

## **Enkele overwegingen op persoonlijke titel bij de consultatiedocumenten over de mondzorg van de NZA.**

**Prof dr R.M.H. Schaub**

### **Algemeen:**

Opvallend in de beide consultatiedocumenten over Mondzorg is de keuze voor de aard van de mondzorg. Vooral de traditionele opvatting van de mondzorg en met name de tandarts als uitvoerder van technische handelingen prevaleert. Er is echter niet voor niets een trend om te verschuiven van tandheelkunde naar mondzorg. De voor iedereen herkenbare werkwijze van 'eens per half jaar controle, tandsteen verwijderen, vulling vervangen, zo nu en dan röntgenfoto en de aanbeveling goed te poetsen' bestaat (zie bijlagen over 'overbehandeling') nog steeds maar is aan het wijzigen. Mondzorg wordt individueel gericht, gebaseerd op individuele behoeften, rekening houdend met een groot scala aan mogelijkheden (zie bijlage over 'mondgezondheid'). Niet cariës als schade (een gaatje) maar cariës als pathologisch proces staat hierbij centraal. En dat geldt voor parodontale afwijkingen, orale functie, etc. Diagnostiek en prognostiek zijn essentieel. En omdat de mond en alles wat daarbij hoort tientallen jaren functioneert in een steeds veranderende omgeving is mondzorg een levenslang proces. Dus zijn doelen voor de zorg op lange termijn noodzakelijk en niet slechts de enkele curatieve of preventieve handeling naar aanleiding van directe schade of risico daarop. Op lange termijn doelen moeten middelen zijn afgestemd, waarbij afwisselend maar met elkaar samenhangend screening, monitoring, ondersteuning, preventie en curatie plaats vindt. Daarbij gaan zelfzorg en professionele zorg hand in hand. De een zal jarenlang vrijwel uitsluitend met goede zelfzorg toe kunnen, een ander dient hoogfrequent professionele zorg te krijgen.

Kortom de traditionele 'chirurgische' benadering van de 'tandheelkunde' is aan het wijzigen naar een meer 'internistische' mondzorg. Dat daarin 1100 verrichtingen in de tarieflijst de indruk wekken als chirurgische handelingen onafhankelijk van elkaar te kunnen zijn is misleidend. Dat op zich zijn ook geen prestaties in de ogen van de mondzorg professional; de echte prestatie is het bereiken en behouden van doelen voor individuen op lange termijn. Vooralsnog gebeurt dat door een goede mix van verrichtingen. Het is daarom voor mij twijfelachtig of een deel van de verrichtingen op zich kan leiden tot vrije prijsvorming. Samenwerking nodig.....

In de context van de 'internistische' mondzorg moet ook de plaats van de tandarts als regisseur gezien worden. Hij/zij zet de toon in een groep, geeft inhoudelijke beleidslijnen aan en zorgt daarbij voor draagvlak, zorgt voor zorg- en behandelplannen in individuele gevallen.

### **Consultatiedocument herziening bekostigingsstructuur**

1. deels eens; complexe problemen en risicogroepen en –personen vormen de grootste bedreigingen. Consequentie van verdwijnen cariesepidemie: meer complexe, langduriger en individueel variërende problemen.
2. enige onnauwkeurigheden; zie [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
3. –
4. ??

5. het circus aan aanbiedingen van goederen bij aanschaf van apparatuur, etc lijkt vrij omvangrijk en leent zich niet voor doorberekening. Als tandartsen de echte techniekkosten doorberekenen kunnen er voordelen ontstaan (kronen uit Thailand, etc).
- 5b. pas als echt op kosten wordt geconcurrereerd, overigens weet ik niet om welke bedragen het gaat.
6. de genoemde ontwikkelingen op de bekostigingsstructuur zijn vooral theoretisch van aard; de verandering van het verzekeringsstelsel leidt nog maar beperkt tot veranderingen (minder naar de tandarts is vaak reëel bij een goede mondgezondheid); inkooprol (zie recente publicaties RVZ; tandartsen tekenen ng maar beperkt contracten); wmg en taakherschikking: er zijn nog geen mondartsen, nog maar weinig mondhygiënisten nieuwe stijl. Over de effectiviteit van teams is weinig bekend. Zeker niet als het om zorg en niet alleen verrichtingen gaat (zie bijlagen)

7 a en b. er is niet zo heel veel veranderd: tandartsen (en mondhygiënisten) verrichten veel routine (curatieve) handelingen, leidend tot zelfs overbehandeling. Er is sprake van een sociaal systeem: iedereen ieder half jaar naar de tandarts, tandsteen verwijderen, regelmatig een röntgenfoto, vulling vervangen, instructie mondhygiëne, etc. Aan dit pakket is iedereen gewend, van verzekeraar tot patiënt (en NZA?).

8 a en b. Bekostiging moet vooral interdisciplinaire zorg op langere termijn mogelijk maken, vergelijkbaar met ketenzorg.

9a en b. de sterke punten zijn erg sterk; tariefonderbouwing etc is niet sterk, maar het is zo simpel stuurbaar; zowel de vroegere 'spiegelinformatie' van ziekenfondsen als de budgetsystematiek konden macro uitstekend gebruikt worden om zaken bij te stellen (zie bv invoering paro-protocol). Transparantie: voor het grootste deel geen probleem als het om handelingen gaat (je krijgt heus niet 1100 verrichtingen op de rekening); wel als het om zorg gaat: wat levert al die behandeling nu op de langere termijn op?

10a-d: centraal zou zorg moeten staan; wat is nodig om iemand langdurig 'stabiel' te houden; daarvoor zijn heel brede DBC's nodig, niet slechts 'vulling' of 'preventie'. De huidige verrichtingen zijn uiterst stuurbaar, een combinatie van DBC en verrichtingen is daarom zinvol (model van Hans Sandberg uit Zweden). ental Caries :: classification

Swed Dent J. 2007 ;31 (4):171-9 18220220 ([P,S,E,B](#))

[The HIDEP model--a straightforward dental health care model for prevention-based practice management.](#)

[Hans C H Sandberg, Uno G H Fors](#)

Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (LIME), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Hans.Sandberg@ki.se

With the ambition of continuously improving the effectiveness of oral health care, the concept of minimal invasive dentistry has become an issue within modern dentistry. The ultimate goal of this concept is to preserve dental tissues (teeth and their attachment). To preserve oral tissue, effective methods for management and resource allocation are needed. Involving the patient within the dental team as a member and not as a customer might also increase the effectiveness. To achieve this, a dedicated tool for managing the actions of all parties involved towards the desired goals is needed. This paper describes the development and use of a special management tool, the HIDEP model (Health Improvement in Dental Practice). The model is used to measure, steer and evaluate the actions within a dental clinic involving patients as well as professionals.

11a-d: -

12a-c: vooral spiegelinformatie/benchmarks zijn van belang; maak professionals zelf verantwoordelijk. Het spookbeeld van de HMO's dreigt ( Zie ook Weggeman)

13a-c: goede informatie van de zorgverlener is essentieel, gekoppeld aan een sterke consumentenorganisatie

14. big bang is niet zinvol, omdat vele argumenten en aannames nog theoretisch zijn (bv teamconcept).

15-17; heel aparte problematiek met nog fundamentele onbekendheden.

### **Consultatiedocument Mondzorg, vrije prijsvorming.**

1. Afschaffen fixus. Het gaat dan om een instellingsfixus: de bekostiging (budgetfinanciering) van de universiteiten staat geen groter aantallen studenten tandheelkunde toe dan wel de universiteiten willen (ten koste van andere studierichtingen) ook niet meer ruimte maken. Omdat geen sprake is van een arbeidsmarktfixus (de overheid wil niet meer tandartsen), zoals in de jaren 80 van de vorige eeuw, is het niet vreemd dat tegelijk met de fixus de instroom op de markt vrij is voor buitenlandse tandartsen.

Overigens is er sprake van dualisme: In het rapport innovatie in de mondzorg wordt wel degelijk uitgegaan van een beperking van het aantal tandartsen, waardoor de instroom van studenten beperkt kan worden. Dit lijkt een arbeidsmarktfixus, doch is een instellingsfixus: de vrijkomende middelen door beperking van aantal studenten wordt gebruikt voor de verlenging van de studie tandheelkunde (mondarts).

Bij private financiering (Groningen gaat saudische studenten opleiden tegen betaling) vervallen de bovenstaande redeneringen.

Meer studenten opleiden leidt op den duur tot meer tandartsen; voor dat zichtbaar wordt zijn 5-10 jaar verstreken. Tegelijk zijn de HBO's bezig de aantallen mondhygiënisten op te schroeven. Dat loopt al enkele jaren, dus daarvan worden de resultaten langzamerhand zichtbaar. Dat betekent een groeiende aanbodmarkt ten opzicht van de huidige schattingen/verwachtingen: In 'innovatie in de mondzorg' is uitgegaan van 3-5000 tandartsen en 8-10.000 mondhygiënisten. In het klinisch handelen worden bovendien (een naar verwachting groeiend) aantal medewerkers betrokken, zoals preventieassistenten en klinisch prothesetechnici.

Het is niet ondenkbaar, dat het 'teamconcept' dat hiervoor gedacht is als sturend mechanisme heel anders gaat uitwerken dan wordt voorgesteld. Bij grote aantallen tandartsen zal niet voor ieder een zinvolle rol als regisseur zijn weggelegd. Wel kan hiermee worden bereikt dat er mogelijk voldoende tandartsen met de affiniteit van regisseur zullen zijn.

Bij een grote aanbodmarkt is mijn verwachting dat tandartsen en anderen zich in allerlei niches van aanbod van zorg zullen nestelen. Vaak in kleine praktijken.

Dat is ook gebeurd in de jaren 80 van de vorige eeuw . Ong 1400 tandartsen kregen geen contract van het ziekenfonds (budgettaire redenen, waardoor 'normale' praktijkvoering onmogelijk of zeer moeilijk werd. Een deel (ong 400) is naar het buitenland vertrokken, een deel heeft (in de private sfeer) praktijken opgezet. Dat kon zijn heel klein, parttime of specifiek gericht (bv 2<sup>e</sup> consultatiepraktijk). Overigens heeft deze groep bij het verruimen van de mogelijkheden (opheffen contractbeperkingen) nog een inhaalslag gemaakt. Helaas is dit proces slecht gedocumenteerd en beschreven. De parallel met de huidige tijd en nabije toekomst is te trekken: er zijn nu (tandheelkundige inhoudelijk, zie de differentiaties) veel meer mogelijkheden om een niche in de markt te vinden. Een gevolg hiervan kan zijn dat sterke versnippering van het zorgaanbod optreedt. De onderlinge concurrentie kan door een groter aantal aanbieders toenemen. Beide effecten kunnen leiden tot verschraving van de kwaliteit (minder samenhang in de zorg) .

2. als onderzoeker lijken het mij onuitvoerbare onderzoeken. Het aantal factoren is groot, vele aannames zijn niet of slecht gefundeerd. De analyses van NZA zijn zeer te waarderen, wat opvalt is echter de beperkte benadering steeds weer, omdat veel onbekend is. Een kritische reflectie op de eigen analyse-beperkingen zou dat inzicht kunnen leveren.

3-5; zie ook [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)

6. zie bijlage met name 'nabeschuwing'
7. in theorie wel, maar of het echt zo is.....instroom buitenlanders bv
8. lengte van opleidingen; dat leidt tot informele oplossingen (preventie-assistent).
9. wel eens, maar of dat een probleem is? zie argument 'sociaal systeem'
10. wordt een papieren exercitie: zie 'sociaal systeem'
11. mee eens; bovendien is er een monopolie voor tandartsen (en dadelijk ook mondhygiënisten en tandprotheticici).
- 12, 13. marktverhoudingen kloppen wel door het sterke 'sociale systeem'; nieuwe beroepen (mondhygiënisten) hebben wat te winnen, dus zij contracteren wel.
14. ook getalsmatig zijn de tandartsen voorlopig in het voordeel (200 tandproth tegenover 7000 tandartsen?). zie overigens bijlage 'nabeschuwing'.
15. vooral het 'te hoge' is boeiend. Ten opzichte van....? Men zal mogelijk meer doorberekenen. Veel belangrijker is de combinatie volume behandelingen en prijzen. Lage tarieven worden nu gecompenseerd met hogere productie; als productie nu afneemt bij hogere prijzen: minder overbehandeling en betere kwaliteit?
16. het 'sociale systeem' zal dat voorlopig voorkomen; diverse ketens van praktijken tonen nu wel aan dat echt lagere kosten niet rendabel is.
17. –
- 18.- op termijn een groot risico; zie ook recente advies RVZ
19. de verwijdering van de 3<sup>e</sup> molaar is echter wel een schoolvoorbeeld van afwentelen; ook verwijzing naar de parodontoloog zie ik hierbij.
- 20 bij onduidelijke rolverdeling zal vrije prijsvorming ketenzorg in de weg staan; zeker als taakherschikking echt wordt doorgevoerd (onvermijdelijk).
21. (mond)zorg is in grote mate een aanbodsmarkt (implantaten)
22. verschuiving treedt op, langdurige natuurlijke experimenten in socialistische staten in de vorige eeuw bieden hiervoor een uitbundige hoeveelheid informatie.

23. over het positieve aspect ben ik minder optimistisch. Het gehele veld is zeer complex, het sociale systeem is zeer stabiel. In het complexe systeem zal al spoedig een benadeelde partij de media halen, gevolg bijsturing (nog complexer dus). Algemeen: kosten nemen toe.