

Najaarsvergadering 2006

Mondzorg in het nieuwe zorgstelsel



Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap

Vrijdag 27 oktober 2006

Tweehonderdzesenzeventigste ledenvergadering

Bestuur Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap

K.B. Wabeke, voorzitter

A.J. Feilzer, vice-voorzitter

H. Kalsbeek, 1e secretaris

J.D. Scholtanus, 2e secretaris

J.H.G. Poorterman, penningmeester

Voorjaarsvergadering 2007

Datum: donderdag 29 maart

Locatie: Bomencentrum Nederland

Zandheuvelweg 7 te Baarn

Thema: Uitzonderlijke deelgebieden van de tandheelkunde

Najaarsvergadering 2006

**Mondzorg
in het nieuwe zorgstelsel**



Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap

Tweehonderdzesenzeventigste ledenvergadering

Vrijdag 27 oktober 2006

In de Driehoek (Gertrudiskapel)

Willemsplantsoen 1c

3511 LA Utrecht

<http://www.indedriehoek.nl/routewijzer.html>

AGENDA

Ochtendprogramma

- 09:30 Ontvangst met koffie of thee
10:00 Huishoudelijke vergadering
10:30 Korte pauze
10:45 Inleiding
Prof. dr. A.J. Feilzer, dagvoorzitter
11:00 Het nieuwe stelsel. Wat is veranderd en wat niet?
Dr. J. den Dekker, tandheelkundig adviseur
College voor zorgverzekeringen
11:30 Discussie
11:40 De plaats van de patiënt in het nieuwe
zorgstelsel.
Mw drs. I. van Bennekom-Stompedissel, directeur
van de Nederlandse Patiënten Consumenten
Federatie
12:10 Discussie
12:20 Lunch

Middagprogramma

- 13:20 Hoe worden zorgkeuzen voor gevangenen in
het gevangeniswezen gemaakt?
Drs. J.A.Th. Berendsen, adviseur tandheelkunde,
Ministerie van Justitie
13:50 Discussie
14:00 Hoe gaan ziekenhuizen om met het nieuwe
zorgstelsel en de diagnosebehandelcombinatie
(DBC)?
Drs. J. Moors, voorzitter van de Raad van
Bestuur van het Ziekenhuis Amstelland
14:30 Discussie
14:40 Pauze met koffie of thee
15:10 Het Groningse mondzorgmodel nu realiteit?
Prof. dr. R.M.H. Schaub, hoogleraar
Tandheelkundige Gezondheidszorg
15:40 Discussie
15:50 Van het vrije beroep naar onvrije ondernemers
Drs. H.L. van Nouhuys, tandarts algemeen
practicus
16:20 Discussie
16:30 Afsluiting
16:40 Borrel

Algemene inleiding

A.J. Feilzer, dagvoorzitter

Met ingang van 1 januari 2006 is het nieuwe zorgstelsel ingevoerd. In de financiering van de gezondheidszorg is veel veranderd. Voor de tandheelkunde betekent dit dat de Nederlandse bevolking meer en meer wordt aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid. De mondzorg voor jeugd tot 18 jaar, de tandprothetische zorg en de bijzondere tandheelkunde zijn thans nog verzekerd; voor de overige zorg dient men zich aanvullend te verzekeren. Ook in het laatste geval dekt de verzekering zelden alle kosten en kan de eigen bijdrage een te hoge drempel vormen voor adequate tandheelkundige hulp. Een andere ontwikkeling welke langzaam maar zeker meer vorm krijgt, is de toename van het aantal spelers in het tandheelkundig zorgverleningsveld. Ook deze ontwikkeling zal gevolg hebben voor de kosten en de kwaliteit van de mondzorg.

Tijdens deze dagvergadering wordt gepoogd om de plaats van de tandheelkundige zorgverlening/mondzorg binnen en buiten het nieuwe zorgstelsel vanuit verschillende invalshoeken te belichten.

Het nieuwe stelsel.

Wat is veranderd en wat niet?

Dr. J. den Dekker

Curriculum vitae

Jan den Dekker studeerde in 1981 af als tandarts aan de Universiteit Utrecht. Tot 1990 was hij algemeen practicus. In dat jaar promoveerde hij aan de Universiteit van Amsterdam. Van 1986 tot heden is hij parttime verbonden aan de vakgroep Sociale Tandheelkunde van ACTA. Van 1990 tot 1992 was hij adviserend tandarts bij het toenmalige ziekenfonds RZR. Van 1992 tot heden is hij tandheelkundig adviseur van het College voor zorgverzekering (tot 1999 de Ziekenfondsraad). In 2004 publiceerde hij het boek 'Sociale tandheelkunde. Structuur en functioneren van de tandheelkundige gezondheidszorg'.

Samenvatting

De invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 betekent een fundamentele wijziging van het systeem van ziektekostenverzekering in Nederland. Wij kennen nu een privaatrechtelijke verzekering met publieke waarborgen. In deze voordracht worden de kenmerken van deze verzekering besproken, zoals de zorgverzekeringsovereenkomst, de zorgaanspraken en de financiering. Vervolgens wordt ingegaan op de mondzorg in het nieuwe stelsel.

Met de ingrijpende beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp voor ziekenfondsverzekerden in 1995 is de mondzorg al grotendeels buiten het wettelijke systeem geplaatst. Tandartsen hebben daardoor relatief weinig te maken met de veranderingen van 2006. Toch zijn ook hier de gevolgen van het nieuwe regime zichtbaar. In het bijzonder zal de rol van de polisvoorwaarden onder de aandacht worden gebracht. Besloten wordt met enkele voorlopige conclusies over de gevolgen van de nieuwe zorgverzekering voor de toegankelijkheid van de mondzorg.

De plaats van de patiënt in het nieuwe zorgstelsel

Mw drs. I. van Bennekom-Stompedissel

Curriculum Vitae

Iris van Bennekom (1962) is sinds 2000 directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Na haar opleiding Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam volgde zij aanvullend de postdoctorale opleiding "Strategie en Management van Organisaties in de Gezondheidszorg" (TIAS/ KUB Tilburg). Gedurende haar carrière was zij werkzaam voor diverse organisaties in de zorgsector, waaronder Zilveren Kruis Verzekeringen en de Algemene Haagse Stichting voor Verzorging en Verpleging. Bij de NPCF richt Iris van Bennekom zich, naast algemeen management, op strategische positionering en beleid.

Samenvatting

Met ingang van 2006 hebben alle Nederlanders te maken gekregen met de nieuwe zorgverzekering. Het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier is verdwenen en er is één zorgverzekering voor iedereen gekomen. Deze verandering biedt kansen voor patiënten, maar kent ook risico's. Een verandering van het zorgstelsel was hard nodig om in te kunnen spelen op de zorgvraag van de patiënt van de toekomst. Die zorgvraag verandert door de vergrijzing, maar ook door 'de nieuwe patiënt' die mondig is en zich meer als zorgconsument zal gaan opstellen. Tendensen in de rest van de samenleving hebben hun weerslag in de zorg. Mensen willen de regie over hun eigen leven voeren en, als zij dat kunnen, eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Zo willen patiënten goede informatie over risico's van bepaalde ingrepen om zelf de kosten en baten hiervan af te wegen. Ouderen en mensen met een chronische ziekte of handicap willen zelf bepalen welke zorg en ondersteuning bijdraagt aan hun kwaliteit van leven. Mensen worden ook kritischer. Voor zorg willen ze best betalen en solidariteit in de zorg wordt nog steeds als een groot goed gezien. Maar mensen willen ook waar voor hun geld. De premie is hoog en daar moet voldoende en goede zorg tegenover staan. De NPCF heeft de afgelopen jaren de ontwikkelingen op de voet gevolgd en waar mogelijk invloed uitgeoefend om patiëntenbelangen veilig te stellen. Leidraad was haar visiedocument 'De meetlat voor een gezond stelsel. Toetsingskader gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief (juni 2001)'. Toetsingscriteria zijn o.a. behoud van solidariteit, individuele keuzevrijheid, kwaliteit van zorg en het recht op zorg. Nu ruim een half jaar na de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is het tijd om een nieuwe tussenbalans op te maken.

Hoe worden zorgkeuzen voor gevangenen in het gevangeniswezen gemaakt?

Drs. J.A.Th. Berendsen

Curriculum Vitae

Hans Berendsen studeerde tandheelkunde aan de Universiteit van Amsterdam en bestuurskunde aan de Rijks Universiteit Leiden.

Na 15 jaar werkzaam geweest te zijn in een algemene praktijk werkte hij de afgelopen jaren in verschillende functies binnen de tandheelkundige zorgverlening. Gemeenschappelijk element in zijn werkzaamheden is het organiseren van tandheelkundige zorg. Momenteel is hij werkzaam als tandheelkundig adviseur van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Justitie en als directeur van MediMatch Nederland BV, een bedrijf dat een aantal tandartspraktijken beheert.

Samenvatting

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is het onderdeel van het Ministerie van Justitie dat verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidbenemende maatregelen die door de rechter zijn opgelegd. Door de vrijheidsbeneming ontstaat een afhankelijkheid van de justitiabelen voor allerlei dagelijkse levensbehoeften, variërend van eten en drinken tot medische zorg. De DJI heeft te voorzien in de verzorging van de in de inrichtingen verblijvende justitiabelen. Deze zorgplicht is omschreven in de Penitentiaire Beginselen Wet. Als gevolg hiervan heeft de DJI ook te voorzien in de tandheelkundige zorg van de in de inrichting verblijvende justitiabelen. De DJI doet dit door voor elk van haar inrichtingen contracten af te sluiten met tandartsen voor de benodigde zorg en door tandartskamers in de inrichtingen te plaatsen en/of een behandelbus in te zetten.

Voorafgaand aan de invoering van de zorgverzekeringswet is op ministerieel niveau besloten de justitiabelen niet op te nemen in deze nieuwe wet. Hierdoor heeft de DJI niet alleen de verantwoordelijkheid voor de zorg, maar draagt deze op enkele uitzonderingen na, ook de kosten hiervan. Bij binnenkomst in de inrichting wordt de basisverzeke-

ring geschorst voor de periode van detentie. Het besluit de justitiabelen niet op te nemen in de zorgverzekeringswet maakte het voor de DJI nodig om de aard omvang en organisatie van de gezondheidszorg door te lichten en waar nodig aan te passen aan de zorgverzekeringswet zoals die buiten de muren van de inrichting voor (vrijwel) iedereen ging gelden. Bij het vaststellen van de omvang van het zorgpakket aan justitiabelen hanteert de DJI het 'equivalentie beginsel'. Dit beginsel houdt in dat de zorg binnen de inrichting vergelijkbaar en gelijkwaardig moet zijn met de zorg zoals die buiten de inrichting verstrekt wordt.

De meeste patiënten die zich bij de tandarts in de inrichting melden, hebben een grote behandelachterstand en een omvangrijke hulpvraag. Een bijkomende bijzonderheid is dat een relatief groot deel van deze patiënten verslaafd is aan verdovende middelen en daarnaast aanzienlijke algemene gezondheidsproblemen heeft. Het bijzondere karakter van de tandheelkundige zorgverlening binnen een DJI vereist daarom een aparte aanpak. Hiervoor heeft de DJI een tandheelkundig beleid ontwikkeld dat in deze lezing zal worden toegelicht.

Hoe gaan Ziekenhuizen om met het nieuwe zorgstelsel en de diagnose behandelcombinatie (DBC)?

Drs. J. Moors

Curriculum Vitae

Na zijn studie bedrijfskunde was Jacques Moors achtereenvolgens medewerker van het Openbaar Lichaam Agglomeratie Eindhoven met als specifieke taak het opstellen van gegevensoverzichten van alle gezondheidszorgvoorzieningen in de regio Eindhoven, beleidsmedewerker DGD Midden Kennemerland bij het bureau WVG (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg), medewerker bij het verzekeringsconcern Nationale Nederlanden en vanuit die functie namens alle particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars regiovertegenwoordiger in Rotterdam waarbij hij budgetonderhandelingen voerde met alle ziekenhuizen in die stad, directeur van de

Stichting Bijzondere Tandheelkunde bij ACTA en directeur van het Revalidatiecentrum Amsterdam. Zijn huidige functie is voorzitter van de Raad van Bestuur Ziekenhuis Amstelland. Daarnaast is hij lid van diverse besturen en commissies, onder meer van SIGRA, de koepel van zorginstellingen in de regio Amsterdam.

Samenvatting

Per 1 januari 2005 kent Nederland het fenomeen van de Diagnose Behandeling Combinatie, ofwel de DBC. Voor diegenen die sedertdien een behandeling hebben ondergaan en een factuur van het ziekenhuis hebben ontvangen is meer dan duidelijk dat er iets gewijzigd is. Vooral in het jaar 2005 hebben de media menigmaal bericht over de invoeringsperikelen van het nieuwe financieringssysteem voor de ziekenhuizen. Maar wat betekent nu de invoering van deze nieuwe financieringswijze voor de ziekenhuizen? En zal in de naaste toekomst dit model de richting aangeven voor de financiering van de andere onderdelen van de Nederlandse gezondheidszorg? En hoe verhoudt zich de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel per 1 januari 2006 tot de werkwijze van de Nederlandse ziekenhuizen? Heeft dit nieuwe zorgstelsel alleen effect gehad op de relatie tussen de zorgverzekeraars onderling respectievelijk tussen de verzekerde en zijn/haar zorgverzekeraar of staat ook de positie van de ziekenhuiszorg hiermee ter discussie?

Stilgestaan wordt bij het ontstaan van de politieke discussie met als kern het beheersbaar houden van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en meer in het bijzonder de kostenbeheersing van de ziekenhuiszorg en de daaraan te koppelen medisch specialistische zorg. Krijgen we via DBC's en de nieuwe zorgverzekeringswet meer "vat" op de kostenontwikkeling; blijven de kosten betaalbaar? Of zal in de toekomst afscheid genomen worden van ons op solidariteit gebaseerde systeem van ziektekostenverzekering en zal degene met de meeste financiële mogelijkheden de beste zorg kunnen kopen en voorkeur- of voorkruipzorg zijn intrede doen? Wat zijn de alternatieven? Zijn we ook in de toekomst nog in staat om een vooraanstaande rol te spelen in de wereld waar het gaat om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?

In de lezing wordt aangegeven wat de (positieve) waarde

is van de DBC's, welke problemen zich voordoen in het systeem respectievelijk welke oplossingsrichtingen het systeem hanteerbaar zouden kunnen maken. Essentieel daarbij is dat de overheid een consistente en heldere lijn volgt. De controverse tussen ziekenhuizen en VWS, die zich momenteel voordoet, komt voort uit het hinken op twee gedachten door VWS. Het voortzetten van deze handelwijze door VWS zal dodelijk blijken voor de levensvatbaarheid van het DBC systeem of welke modernisering van de financieringssystematiek dan ook van de Nederlandse ziekenhuizen.

Het Groningse mondzorgmodel nu realiteit?

Prof. dr. R.M.H. Schaub

Curriculum Vitae

Rob Schaub is als tandarts afgestudeerd in 1972 te Groningen. In 1974 volgde hij de opleiding Diplom Dental Public Health in Londen. Tot 1987 was hij verbonden aan de vakgroep Sociale Tandheelkunde te Groningen, uiteindelijk als UHD. De aandacht in onderwijs ging uit naar communicatie en wijze van zorgverlening. Zijn onderzoek was epidemiologisch gericht. In zijn proefschrift (1984) werden deze aandachtgebieden gecombineerd: ernstige parodontale afwijkingen bleken niet algemeen voor te komen en bij een communicatieve instelling van de tandarts bleek er meer aandacht voor het parodontium. In de periode van sluiting van de Groningse opleiding van 1987 tot 1996 heeft hij gewerkt in de directie van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Uit die tijd, en de langjarige bestuurlijke ervaring in de thuiszorg, stamt de belangstelling voor zorgmodellen. Sinds 1996 is hij hoogleraar Tandheelkundige Zorgverlening, met in de aanvangsfase een taak de opleidingen tandheelkunde en mondhygiëne vorm te geven. Thans vervult Schaub taken in de onderwijsontwikkeling, en de ontwikkeling van zijn vakgebied. De belangstelling gaat daarbij vooral uit naar zorgmodellen (samenwerking) en professionalisering.

Samenvatting

In 1995 werden in Groningen de opleidingen tandheelkunde en mondhygiëne gestart, in een hoge mate van samenwerking. Tandartsen en mondhygiënisten zouden gezamenlijk worden opgeleid. De basis voor deze unieke situatie, die vrijwel nergens ter wereld bestaat, was het 'teamconcept'. Door met meerdere beroepsbeoefenaren in een zekere taakverdeling mondzorg te verlenen kan flexibel op menskrachtschommelingen worden ingespeeld. Dat was de essentie van het concept 'teamconcept' zoals dat in 1985 in het rapport "Advies Opleiding Tandartsen" werd voorgesteld. En dat advies werd oppoortuun aan het begin van de 90-er jaren, toen scenario-berekeningen wezen op een tekort aan tandartsen. De beide opleidingen gaven invulling aan hun gezamenlijke missie door een aantal uitgangspunten, die aangeduid werden met 'Groninger model'. Daarvan hier de inhoudelijke onderdelen op een rij:

- integrale mondzorg, een visie op het uitvoering van tandheelkunde en mondhygiëne, gericht op complete, levenslange, individueel afgestemde zorg.
- een samenhang van screening, monitoring, preventie en curatie, met een centrale plaats voor diagnostiek.
- zorgplanning als basis voor zorg en behandeling.
- samenwerking van verschillende beroepsbeoefenaren in de vorm van 'platte organisaties', het team in optima forma.

De onderwijskundige aspecten van het 'Groninger Model' blijven hierbij buiten beschouwing. Het model werd bij de introductie tamelijk tumultueus op een aantal uiterlijke kenmerken be- en vooral veroordeeld. Zo werd de individuele afstemming vooral beschouwd in het licht van de kritiek op de standaard 'half jaarlijkse controle'. Heftiger nog was de reactie op uit het uitgangspunt dat de mondhygiënist een substantiële rol in de mondzorg zou moeten en kunnen spelen. Een aantasting van vak en beroep werd door vele tandartsen en zeker hun woordvoerders ervaren.

Nu 10 jaar later lijkt er gewenning te zijn voor de concepten en uitgangspunten. Het gebruik van het begrip 'mondzorg' kan nu zonder negatieve reacties. Dat mondhygiënisten een grotere rol in de mondzorg kunnen vervullen, stuit niet meer op complete afwijzing. Maar het is

duidelijk dat de ontwikkeling van de uitgangspunten en concepten van het 'Groninger Model' nog in volle gang is. In de praktijk lijkt mondzorg nog maar langzaam tot leven te komen. Het reparatieve aspect van de tandheelkunde staat nog centraal. De 'halfjaarlijkse controle' is als adagium wel verlaten. Tandartsen melden vaker een individuele afstemming, maar vaker nog een standaard jaarlijks onderzoek. Mogelijk mede ingegeven door verzekeringstechnische redenen. Zorgplanning met een individuele afstemming van zelfzorg, screening, monitoring, professionele preventie en curatie, met een duidelijk verdeling van taken over teamleden komt weinig voor. Het team, zoals een team bedoeld is, lijkt een zeldzaamheid. Er bestaan wel samenwerkingspraktijken, maar doorgaans met een sterke hiërarchische organisatiestructuur. Een zekere animositeit tussen verschillende beroepsgroepen bevordert 'teamvorming' niet echt. Met name de discussie over diagnostiek van cariës en de 'regiefunctie van de tandarts' staan hierbij centraal. Die discussie wordt gevoed door een overheid, die streeft naar taakherschikking en daarbij onderlinge concurrentie wenst te bevorderen. Economische en bedrijfsmatige doelen lijken te prevaleren. Er is wel een brede beweging van taakdelegatie ontstaan, waarbij langs en over de grenzen van wat wettelijk mogelijk is taken worden overgedragen naar mondhygiënist en assistenten. Maar ook hier bestaat dat hierbij de bedrijfsmatige doelen prevaleren (indicatie-maximalisatie). Bovendien lijkt een vergroting van het aanbod te ontstaan, door differentiatie. Dat alles doet twijfel rijzen of het doel van het Groninger Model (inspelen op menskrachtfluctuaties) wel wordt bereikt. Hetzelfde geldt het uitgangspunt van de mondzorg. Eerder worden economische en bedrijfsmatige doelen nagestreefd. Daarin passen concrete technische behandelingen beter dan 'zorg', daarin is onderlinge concurrentie belangrijker dan samenhang. Daarmee wordt overigens vooral ingespeeld op maatschappelijke ontwikkelingen, waarvan het nieuwe zorgstelsel een exponent is. Of de beroepsgroepen in staat zijn, onder beheersing van de kosten, hun missie uit te voeren wordt dan ook met nieuwsgierige, maar ook bezorgde belangstelling gevolgd.

Van het vrije beroep naar onvrije ondernemers

Drs. H.L van Nouhuys

Curriculum vitae

Herman van Nouhuys (1947), tandarts (1973, RUU). Tijdens zijn studie was hij actief bij het studententoneel, is voorzitter geweest van John Tomes en was initiatiefnemer en oprichter van het sociëteitsschip 'De Oude Buis'. Vanaf 1984 heeft hij zich actief ingezet voor het vrije beroep. Hij heeft daartoe in 1986 de Stichting Onafhankelijke Hulpverlening opgericht en in 1995 de tweede tandheelkundige beroepsorganisatie: de Associatie Nederlandse Tandartsen. In het Nederlands Tandartsenblad en het 'tANTwoord deed hij regelmatig van zich horen. Hij heeft ervaringen opgedaan als militair tandarts, in een experimentele groepspraktijk, in een grote ziekenfondspraktijk, in een tandartsen maatschap en in de jeugd tandzorg van de GG en GD. Van 1976 t/m 1978 was hij als opleider verbonden aan het opleidingscentrum voor jeugd tandverzorging in Suriname. In 1981 startte hij een eigen vrij gevestigde particuliere praktijk in Breda en in 1984 verhuisde hij zijn praktijk naar Bilthoven.

Samenvatting

Aan de hand van persoonlijke ervaringen met uitzicht op inzichten in de geaardheid van de mens wordt u getraceerd op een aantal beschouwelijke reflecties. In het verlengde daarvan wordt er een uiteenzetting gegeven hoe de tandheelkunde zich heeft ontwikkeld onder invloed van het gezondheidszorgbeleid. Vervolgens zal het eigenlijke hoe en waarom van de stelselwijziging worden geduid. Er zal een verband worden aangegeven tussen de teloorgang van de vrije beroepsuitoefening en de morele en derhalve ook fysieke gezondheid van de samenleving.

HUISHOUDELIJKE VERGADERING

1. Opening
2. Ingekomen stukken en mededelingen
3. Notulen van de 275-ste ledenvergadering (bijlage I)
4. Installatie van nieuwe leden
5. Begroting 2007 (bijlage II*) en vaststelling van de contributie voor 2007
6. Bestuursverkiezing**
7. Aankondiging voorjaarsvergadering 2007
8. Rondvraag
9. Sluiting

* Deze begroting is gebaseerd op een jaarcontributie van € 90. Leden van 65 jaar en ouder kunnen volstaan met de helft van dit bedrag.

** In de voorjaarsvergadering zal de huidige eerste secretaris, Huib Kalsbeek, aftreden als bestuurslid. Hans Scholtanus, nu tweede secretaris, is bereid als eerste secretaris te gaan optreden. Als nieuwe tweede secretaris wordt voorgesteld Mw. Dyonne L.M. Broers.



Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap