

knmt



Visienota MKA-chirurgie 2018 – 2022

November 2017

Opgesteld door

knmt

In samenwerking met



Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Inhoud

SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	6
2. UITGANGSPUNTEN VISIENOTA	7
3. DE MKA-PATIËNT EN DE VERWACHTE ONTWIKKELING VAN DE ZORGVRAAG	8
4. DE KAAKCHIRURG EN DE DOORONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED	11
5. DE POSITIONERING EN ORGANISATIE VAN DE MKA-CHIRURGIE BINNEN HET ZORGLANDSCHAP	14
6. TOT SLOT	18

Samenvatting

Drie uitgangspunten vormen de basis voor de organisatie en positionering van de MKA-chirurgie in de jaren 2018-2022.

Vooruitstrevende patiëntgerichte ambitie

Zorg leveren van het allerhoogste kwaliteitsniveau, aansluiten bij de behoefte van de patiënt, een belangrijke bijdrage leveren aan de publieke mondgezondheid, blijvend investeren in de opleiding van hooggekwalificeerde kaakchirurgen én als kaakchirurgen blijven behoren tot de Europese top zijn belangrijke drijfveren.

Heldere definitie en positie

MKA-chirurgie is gespecialiseerde tweede- en derdelijns zorg voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie. De MKA-chirurgie is een tandheelkundig specialisme en daarmee onderdeel van de mondzorgkolom, waarbij de triage hoofdzakelijk plaatsvindt door de tandarts. De kaakchirurg vormt het vangnet in deze kolom. Daarmee kan de eerste lijn binnen de mondzorg goed functioneren.

Samenwerking in stimulerende organisatie

De MKA-chirurgie zal voor een belangrijk deel verbonden blijven met ziekenhuizen. Een duurzame relatie met ziekenhuisbesturen en medisch specialisten is daarbij onontbeerlijk. De kaakchirurgen zullen betrokken zijn bij belangrijke ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg zoals het vormen van netwerken, verdere digitalisering en waardegerichte zorg (VBHC). Daarbij dient er voor kaakchirurgen voldoende ruimte te zijn om de doorontwikkeling van hun vakgebied binnen de mondzorgkolom vorm te geven en (waar van toepassing) het ondernemerschap op een duurzame manier in te vullen.

De belangrijkste tien conclusies, in het verlengde van bovengenoemde drie uitgangspunten.

1. MKA-chirurgie blijft alleen toegankelijk via een verwijzing. Het is dan ook primair de eerste lijn die de grens bepaalt tussen eerstelijns mondzorg en tweede- en derdelijns MKA-chirurgie. In de komende jaren wordt binnen de MKA-chirurgie geen substantiële substitutie naar de eerste lijn verwacht.
2. Het is van groot belang dat de MKA-chirurgie die nu onder de basisverzekering valt ook in de toekomstige jaren beschikbaar blijft vanuit de basisverzekering. Ondanks het relatief hoge eigen risico is het namelijk een groot goed dat burgers voor deze specialistische zorg verplicht verzekerd zijn. Bovendien is dit randvoorwaardelijk om als vangnet binnen de mondzorgkolom te kunnen functioneren.
3. Er wordt een toenemende zorgvraag verwacht voor de MKA-chirurgie. Zo behouden patiënten steeds langer hun eigen gebit en met de verwachte vergrijzing zal dit ook een toename van de zorgvraag voor de MKA-chirurgie tot gevolg hebben. Verder is er in bepaalde gebieden (o.a. in de grote steden) sprake van slecht onderhoud en verwaarlozing van het gebit. Dit zal ook tot meer verwijzingen leiden, omdat de problematiek niet binnen de eerste lijn verholpen kan worden.
4. De kaakchirurg is een breed opgeleide generalist, mét verregaande specialisatie op het gebied van de MKA-chirurgie. Teneinde de meer complexe MKA-chirurgische behandelingen met de hoogste kwaliteit vaardig te verrichten, is het van belang dat de kaakchirurg in voldoende mate de meer eenvoudige MKA-chirurgische behandelingen blijft uitvoeren. Een verbreding van de MKA-chirurgie naar taken die nu worden uitgevoerd door de tandarts is niet aan de orde.

5. Binnen de MKA-chirurgie zelf zal de komende jaren geen sprake van taakherschikking zijn. Wel kan er sprake zijn van taakdelegatie, maar dit vindt altijd plaats onder verantwoordelijkheid en toezicht van de kaakchirurg als onderdeel van een totaalbehandeling door de kaakchirurg. MKA-chirurgie is zorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden. Wanneer tandartsen bepaalde behandelingen uitvoeren, is er geen sprake van MKA-chirurgie.
6. De kaakchirurg is de aangewezen coördinator in de multidisciplinaire zorg rond de mond, de kaak en het aangezicht. Om die rol goed te kunnen invullen, is het van belang dat ook in de basisartsenopleiding voldoende aandacht wordt besteed aan MKA-chirurgie en er meer aandacht is voor horizontale integratie op inhoud van de zorg van de MKA-chirurgie binnen de andere medisch specialismen.
7. MKA-chirurgie zal ook in de komende jaren voor een belangrijk deel verbonden blijven met ziekenhuizen. Het weghalen van deze zorg uit de ziekenhuizen is geen wenselijke ontwikkeling.
8. MKA-chirurgische Zelfstandig Behandel Centra (ZBC's) kunnen een aanvullende functie hebben in het medisch specialistische zorglandschap, mits hier een verbondenheid is met een ziekenhuis in die regio. Zo kan er sprake zijn van een waardevolle aanvulling op het behandelaanbod in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het tegengaan van wachtlijsten rondom laag complexe zorg met een hoog volume.
9. Het Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB)-model wordt op dit moment gezien als het meest passende model bij een rol als vrijgevestigde kaakchirurg. De MKA-chirurgie wil de komende jaren verder verkennen of een doorgroei van de TSB's naar meer een participatiemodel wenselijk en haalbaar is. Historisch gezien, heeft de MKA-chirurgie ook vooropgelopen in investeringen in eigen personeel en apparatuur. Mogelijk kunnen ook de TSB's een voortrekkersrol innemen in de verkenning naar verdere participatie in het ziekenhuis.
10. Voor de MKA-chirurgie is het van groot belang dat er rust komt in de regelgeving en stabiliteit in de bekostiging. De MKA-chirurgie pleit er dan ook nadrukkelijk voor om geen grote wijzigingen in de regulering van de MKA-chirurgie door te voeren in de komende jaren.

1. Inleiding

In de organisatie, regulering en financiering van de MKA-chirurgie is in de afgelopen jaren veel veranderd. De stelselwijzigingen, aanpassingen in bekostigingsstructuren, honorariumkortingen, overheveling van budgetten naar het medisch specialistische kader én de invoering van het integrale tarief en daaruit volgende nieuwe organisatiestructuren binnen ziekenhuizen hebben een grote impact gehad op de kaakchirurgen. Daarnaast is de positie van de MKA-chirurgie voortdurend onderwerp van gesprek. Immers, de kaakchirurg voert zijn/haar werk uit op het snijvlak van de tandheelkunde en geneeskunde. De bovengenoemde factoren hebben geleid tot een nieuwe positie van de kaakchirurg.

In 2016 heeft de KNMT opdracht gegeven een toegankelijk totaaloverzicht op te stellen van alle wijzigingen in de organisatie, regulering en financiering van de MKA-chirurgie. Dit heeft geleid tot het rapport 'De stand van de MKA-chirurgie' (Zorgmarkten, september 2016). Er is zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Ten aanzien van de wijzigingen in de regulering is op kwalitatieve wijze in kaart gebracht welke stelselwijzigingen invloed hebben gehad op de positie van de MKA-chirurgie. Ten aanzien van de organisatie en financiering van de MKA-chirurgie is een uitgebreide enquête uitgezet onder alle vakgroepen MKA-chirurgie in Nederland. Dat heeft een goed beeld gegeven van de organisatie en financiering van de MKA-chirurgie op dit moment.

Nu duidelijk is geworden waar de MKA-chirurgie staat, heeft de KNMT - in samenwerking met de NVMKA - deze visienota 'MKA-chirurgie 2018 - 2022' opgesteld. Hier is een zorgvuldig traject aan voorafgegaan van interviews, consultaties en een werkconferentie. Deze visienota richt zich op de positionering en organisatie van kaakchirurgen in de komende vijf jaar. Echter, dit kan niet los gezien worden van de ontwikkeling van de zorgvraag en de doorontwikkeling van het vakgebied van de kaakchirurg. Daarom komen ook deze onderwerpen in deze visienota op hoofdlijnen aan bod.

Bij het opstellen van deze visienota is een aantal uitgangspunten vastgesteld die de basis vormen van de visienota 'MKA-chirurgie 2018 – 2022'.

2. Uitgangspunten

Drie uitgangspunten vormen de basis voor de organisatie en positionering van de MKA-chirurgie in de jaren 2018 – 2022.

Vooruitstrevende patiëntgerichte ambitie

Zorg leveren van het allerhoogste kwaliteitsniveau, aansluiten bij de behoefte van de patiënt, een belangrijke bijdrage leveren aan de publieke mondgezondheid, blijvend investeren in de opleiding van hooggekwalificeerde kaakchirurgen én als kaakchirurgen blijven behoren tot de Europese top zijn belangrijke drijfveren.

Heldere definitie en positie

MKA-chirurgie is gespecialiseerde tweede- en derdelijns zorg voor mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie. De MKA-chirurgie is een tandheilkundig specialisme en daarmee onderdeel van de mondzorgkolom, waarbij de triage hoofdzakelijk plaatsvindt door de tandarts. De kaakchirurg vormt het vangnet in deze kolom. Daarmee kan de eerste lijn binnen de mondzorg goed functioneren.

Samenwerking in stimulerende organisatie

De MKA-chirurgie zal voor een belangrijk deel verbonden blijven met ziekenhuizen. Een duurzame relatie met ziekenhuisbesturen en medisch specialisten is daarbij onontbeerlijk. De kaakchirurgen zullen betrokken zijn bij belangrijke ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg zoals het vormen van netwerken, verdere digitalisering en waardegerichte zorg (VBHC). Daarbij dient er voor kaakchirurgen voldoende ruimte te zijn om de doorontwikkeling van hun vakgebied binnen de mondzorgkolom vorm te geven en (waar van toepassing) het ondernemerschap op een duurzame manier in te vullen.

3. De MKA-patiënt en de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag

MKA-chirurgie betreft gespecialiseerde tweede- en derdelijns zorg voor mondziekten, kaak- en aangezichts-chirurgie die, voor wat betreft het verzekerde deel (Zvw-zorg), alleen toegankelijk is na een verwijzing vanuit de eerste lijn. Op hoofdlijnen (dus niet limitatief) zijn er drie groepen patiënten die op verwijzing bij de kaakchirurg komen:

1. Patiënten die een (technisch) complexe ingreep nodig hebben, waarvoor de gespecialiseerde kaakchirurg het meest aangewezen is, vanwege het inherent complexe karakter. Te denken valt aan de chirurgische verwijdering van gebitselementen of andere specialistische ingrepen waarvoor een kaakchirurg in het bijzonder is opgeleid.
2. Patiënten die behoren tot een specifieke patiënten-categorie waarbij behandeling in een specialistische MKA-chirurgische omgeving noodzakelijk is. Bijvoorbeeld patiënten met ernstige aandoeningen (zoals stollingsziekten), ernstige comorbiditeiten of extra gevaar op complicaties (zoals na bestraling).
3. Patiënten die behandeld worden in een multidisciplinaire medisch specialistische setting. Een dergelijke behandeling wordt gekenmerkt door multidisciplinaire besprekingen en/of complexe behandelingen/operaties waarbij een aantal specialismen betrokken is. De drie bekendste subcategorieën zijn:
 - Aangeboren afwijkingen (bekend voorbeeld: Schisis);
 - Oncologische Hoofd-Halschirurgie;
 - Ernstig trauma.

Patiënten die niet behoren tot één van de bovengenoemde drie categorieën zouden mogelijk patiënten kunnen zijn die ook door de tandarts kunnen worden behandeld. Te denken valt aan patiënten die komen voor eenvoudige extracties, MRA-behandelingen en implantologie. Echter, dit betreft een zeer beperkt deel van de huidige MKA-patiënten. Ingeval van complicaties behoren deze patiënten per definitie tot de MKA-doelgroep.

De kaakchirurg zal zich in de komende jaren dan ook primair blijven richten op de patiëntengroep zoals onder 1 t/m 3 gedefinieerd. Een verbreding naar taken die nu worden uitgevoerd door de tandarts is niet aan de orde, temeer daar er een toenemende zorgvraag wordt verwacht op het gebied van de MKA-chirurgie.

“Verwacht wordt dat de demografische zorgvraag voor de MKA-chirurgie de komende 10 jaar stijgt met gemiddeld 0,3% per jaar. De vraag naar MKA-chirurgie stijgt ook vanwege epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Door de vergrijzing stijgt het aantal geriatrische patiënten, waarbij dit een categorie betreft die dentaat is, dus het eigen gebit behouden heeft. Dit brengt een specifieke problematiek met zich mee, waardoor de epidemiologische vraag stijgt met 0,3% per jaar. De parameter sociaal-cultureel stijgt met 0,4% per jaar, onder andere doordat de MKA-chirurg zich steeds meer bezighoudt met OSAS-problematiek (slaapapneu). Op dit moment is er bovendien nog een onvervulde vraag van 2%.”

Bron: Capaciteitsplan 2016 deelrapport 3, Capaciteitsorgaan

Er wordt een toename in de zorgvraag naar MKA-chirurgie verwacht. Zo behouden patiënten steeds langer hun eigen gebit en met de verwachte vergrijzing zal dit ook een toename van de zorgvraag naar de MKA-chirurgie tot gevolg hebben. Verder is er in bepaalde gebieden (o.a. in de grote steden) sprake van slecht onderhoud en verwaarlozing van het gebit. Dit zal ook tot meer verwijzingen leiden als de problematiek niet binnen de eerste lijn verholpen kan worden.

Het is van groot belang dat de MKA-chirurgie ook in de komende jaren vanuit de basisverzekering beschikbaar blijft. Alleen op die manier kan de MKA-chirurgie binnen de mondzorgkolom ook een echte vangnetfunctie vormen. Verder wordt voor de MKA-chirurgie een groei in de orale geneeskunde, reconstructieve chirurgie en esthetische chirurgie (bij bijzondere zorggroepen) verwacht.

“Er is een toename van de esthetische chirurgie voor de MKA-chirurgen. Daarom wordt de vakinhoudelijke ontwikkeling voor MKA-chirurgie gesteld op 2% in 10 jaar.”

Bron: Capaciteitsplan 2016 deelrapport 3, Capaciteitsorgaan

De verschuiving van de vijf- naar de zesjarige opleiding tot tandarts heeft niet geleid tot minder verwijzingen naar de kaakchirurg. Binnen de MKA-chirurgie is er geen sprake van taakherschikking. Wel kan er sprake zijn van taakdelegatie als onderdeel van een totaalbehandeling, die wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid en toezicht van de kaakchirurg.

“Er zijn tot op heden nog geen signalen dat de 6-jarig opgeleide tandartsen taken zullen overnemen van de MKA-chirurgen. Ook zijn geen tekenen van taakherschikking van MKA-chirurgie naar andere specialismen zoals KNO, of naar de Physician Assistants of Verpleegkundig Specialisten. De parameter taakherschikking wordt daarom gehandhaafd op 0% voor de MKA-chirurgie.”

Bron: Capaciteitsplan 2016 deelrapport 3, Capaciteitsorgaan

De ontwikkeling van de zorgvraag naar MKA-chirurgie hangt onder andere samen met de doorontwikkeling van het vakgebied van de kaakchirurg, maar ook van de tandarts. Deze beide ontwikkelingen bepalen namelijk of de dento-alveolaire zorg en de implantologie eenzelfde omvang behouden voor de kaakchirurg of juist krimpt of groeit. Ook is nog onduidelijk wat de impact van taakverbreiding/specialisaties van tandartsen is op de zorgvraag van de kaakchirurg. Er is sprake van een tekort aan tandartsen en er zijn veel tandartsen in Nederland werkzaam die in het buitenland zijn opgeleid. Het tekort aan tandartsen kan een stuwend effect hebben op de zorgvraag naar MKA-chirurgie (bijvoorbeeld door slechter onderhoud en meer verwaarlozing). Ook de bekwaamheid van tandartsen die niet in Nederland zijn opgeleid, kan vragen oproepen. Wanneer een tandarts zijn bekwaamheid

verkeerd inschat, kan dit grote gevolgen hebben.

Gezien alle ontwikkelingen wordt voor de MKA-chirurgie in de komende vijf jaar dan ook een toename van de zorgvraag verwacht.

Conclusies t.a.v. de MKA-patiënt en de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag in 2018-2022:

MKA-chirurgie is gespecialiseerde tweede- en derdelijns zorg voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie. De MKA-chirurgie is een tandheelkundig specialisme en daarmee onderdeel van de mondzorgkolom, waarbij de triage hoofdzakelijk plaatsvindt door de tandarts. De kaakchirurg vormt het vangnet in deze kolom. Daarmee kan de eerste lijn binnen de mondzorgkolom goed functioneren.

De patiëntendoelgroep voor de MKA-chirurgie kan op hoofdlijnen (en niet-limitatief) als volgt gedefinieerd worden:

- Patiënten die een (technisch) complexe ingreep nodig hebben, waarvoor de gespecialiseerde MKA-chirurgie het meest aangewezen is, vanwege het inherent complexe karakter.
- Patiënten die behoren tot een specifieke patiënten-categorie waarbij behandeling in een specialistische MKA-chirurgische omgeving noodzakelijk is.
- Patiënten die behandeld worden in een multidisciplinaire medisch specialistische setting.

MKA-chirurgie blijft alleen toegankelijk via een verwijzing. Het is dan ook primair de eerste lijn die de grens bepaald tussen eerstelijns mondzorg en tweede- en derdelijns MKA-chirurgie. In de komende jaren wordt binnen de MKA-chirurgie geen substantiële substitutie naar de eerste lijn verwacht.

Het is van groot belang dat de MKA-chirurgische zorg die nu onder de basisverzekering valt ook in de

toekomstige jaren beschikbaar blijft vanuit de basisverzekering. Ondanks het relatief hoge eigen risico is het namelijk een groot goed dat burgers voor deze specialistische zorg verplicht verzekerd zijn en is dit randvoorwaardelijk om als vangnet binnen de mondzorgkolom te kunnen functioneren.

Er wordt een toenemende zorgvraag verwacht voor de MKA-chirurgie. Zo behouden patiënten steeds langer hun eigen gebit en met de verwachte vergrijzing zal dit ook een toename van de zorgvraag voor de MKA-chirurgie tot gevolg hebben. Verder is er in bepaalde gebieden (o.a. in de grote steden) sprake van slecht onderhoud en verwaarlozing van het gebit. Dit zal ook tot meer verwijzingen leiden, omdat de problematiek niet binnen de eerste lijn verholpen kan worden.

Een verbreding van de MKA-chirurgische zorg naar taken die nu worden uitgevoerd door de tandarts is niet aan de orde. Wanneer kaakchirurgen reguliere tandheelkundige zorg leveren, betreft dit geen MKA-chirurgie maar reguliere mondzorg.

4. De kaakchirurg en de doorontwikkeling van het vakgebied

Om kaakchirurg te worden, is een tandarts- en artsdiploma nodig. De volgorde van beide studies maakt niet uit. Deze vereiste van een dubbele vooropleiding is nu zo'n 20 jaar van toepassing. De grootste groep (60% volgens de NVMKA) start met geneeskunde om daarna in te stromen in de opleiding tandheelkunde. Na de opleiding tandheelkunde en geneeskunde volgt de vierjarige opleiding tot kaakchirurg aan één van de acht universiteiten die verbonden zijn aan een Universitair Medisch Centrum (UMC). Daarna kunnen nog diverse vervolgoopleidingen volgen.

Vanuit de NVMKA wordt gewerkt aan een nieuwe versie van het opleidingsplan. Er wordt in dit nieuwe plan gewerkt met Entrustable Professional Activities (EPA's). Daarin wordt de vakinhoud gekoppeld aan competenties en vaardigheden. Per EPA worden diverse niveaus onderscheiden. Er kan dan sprake zijn van verplichte EPA's die iedere kaakchirurg op een bepaald niveau moet beheersen, maar er kan ook gedacht worden aan optionele EPA's die specialisatie op een bepaald gebied mogelijk maken. Dit maakt de opleiding niet alleen flexibeler, maar zorgt er ook voor dat voldoende aandacht is voor competentieontwikkeling. Verder zal binnen het nieuwe opleidingsplan ook aandacht zijn voor de nieuwste ontwikkelingen op de vakinhoud, zoals technologische ontwikkelingen in de beeldvorming en 3D-techniek.

Vanuit de wet BIG zijn kaakchirurgen op basis van artikel 3 zowel arts als tandarts. Deze dubbele registratie zal ook in de toekomst de standaard blijven voor de MKA-chirurgie. De wettelijke erkenning als specialist op basis van artikel 16 van de wet BIG is geënt op het basisberoep van tandarts. De MKA-chirurgie is dan ook een tandheelkundig specialisme. Er is geen noodzaak ook wettelijk erkenning als medisch specialisme te krijgen, alhoewel gezien de inhoud van het beroep een dubbele erkenning wel voor de hand zou liggen. Immers, de MKA-chirurgische zorg wordt

binnen een medisch specialistische omgeving geleverd en vanuit de regelgeving is het medisch specialistische regime van toepassing.

Bij de doorontwikkeling van het opleidingsplan van de MKA-chirurgie blijft de relatie met de tandheelkunde van groot belang, omdat het overgrote deel van de werkzaamheden van de kaakchirurg voortkomt uit de mondzorgkolom.

Er is een aantal externe ontwikkelingen bij de doorontwikkeling van het vakgebied van de kaakchirurg waarmee rekening gehouden moet worden. Zo is ook de rest van de mondzorgkolom in ontwikkeling. Tandartsen differentiëren zich vaker op gebied van bijvoorbeeld de implantologie, endodontologie en parodontologie. Ook wordt in de mondzorgkolom gekeken naar taakherschikking (bijvoorbeeld de discussie of de mondhygiënist meer bevoegdheden zouden moeten krijgen). De vraag is of deze ontwikkelingen impact hebben op het vakgebied van de kaakchirurg. Als uitgangspunt voor het inhoudelijk vakgebied van de kaakchirurg geldt het in mei 2017 door de NVMKA vastgestelde 'Beroepsprofiel van de Kaakchirurg, 2020-2030'

Binnen de MKA-chirurgie zelf zal de komende jaren geen sprake van taakherschikking zijn, maar mogelijk wel van taakdelegatie. Deze vindt dan altijd plaats onder verantwoordelijkheid en toezicht van de kaakchirurg en als onderdeel van een totaalbehandeling van de kaakchirurg. MKA-chirurgie is zorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden. Wanneer tandartsen bepaalde behandelingen uitvoeren, is er geen sprake van MKA-chirurgie. De MKA-chirurgie zal ook in de toekomstige jaren een tandheelkundig specialisme zijn. Ook blijft de MKA-chirurgie onderdeel van de mondzorgkolom aangezien deze zorg doorgaans wordt ingezet ná triage door de tandarts. De MKA-chirurgie vormt het vangnet in de mondzorgkolom. Daarmee kan de eerste lijn goed functioneren.

Wanneer de behandelingen van de drie patiëntencategorieën (zie hoofdstuk 3 de indeling in 1 t/m 3) zouden worden ingedeeld in complexiteit kan er onderscheid gemaakt worden tussen meer eenvoudige en meer complexe behandelingen. De meer eenvoudige behandelingen vinden doorgaans plaats onder plaatselijke verdoving. Hieronder valt een groot deel van de dento-alveolaire chirurgie. Voor de meer complexe behandelingen geldt dat deze vaker op een OK worden uitgevoerd en een multidisciplinair karakter hebben. Voor het hele spectrum geldt dat dit zorg is zoals kaakchirurgen die plegen te bieden. Niet voor niets is er een verwijsplicht. Deze zorg kan dus niet door de tandarts of andere beroepsgroep in de eerste lijn geleverd worden. Alleen op verwijzing krijgt de patiënt toegang tot de tweede- of derdelijns MKA-chirurgie.

De kaakchirurg is een breed opgeleide generalist mét verregaande specialisatie op het gebied van de MKA-chirurgie. Voor de MKA-chirurgie geldt dat voor het uitvoeren van de meer complexe behandelingen voldoende ervaring en vaardigheden nodig zijn in het uitvoeren van de meer eenvoudige behandelingen. Binnen de meer complexe behandelingen kan het stimuleren van specialisatie en differentiatie vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg wel gewenst zijn. Immers, de volumes van bepaalde behandelingen zijn dusdanig laag dat voldoende ervaring alleen bereikt kan worden als er een bepaalde mate van concentratie plaatsvindt. Echter, het is en blijft voor elke kaakchirurg van belang om ook de minder complexe MKA-chirurgie te leveren om zo in dit brede behandel-spectrum zo goed mogelijk te diagnosticeren en kwalitatief hoogwaardige MKA-chirurgische zorg te leveren.

Voor de MKA-chirurgie geldt dat er ook een verworven positie is binnen de medisch specialistische zorg. Zo is de MKA-chirurgische zorg dikwijls verweven met zorgpaden van andere medische specialismen, zoals bij oncologie of aangeboren afwijkingen, en zijn er veel interacties met de

KNO en de plastische chirurgie. De vraag is daarbij hoe deze inhoudelijke verwevenheid zich verder zal ontwikkelen. De kaakchirurg is nu nog te weinig de aangewezen coördinator in de multidisciplinaire zorg rond de mond, de kaak en het aangezicht. Deze rol wordt in de praktijk vaak ingevuld door andere specialismen. Om die rol goed te kunnen invullen, is het van belang dat ook in de basis-artsenopleiding voldoende aandacht wordt besteed aan MKA-chirurgie en er meer aandacht is voor horizontale integratie op inhoud van de zorg van de MKA-chirurgie binnen de andere medisch specialismen.

Conclusies t.a.v. de kaakchirurg en de doorontwikkeling van het vakgebied in 2018-2022:

De kaakchirurg is een breed opgeleide generalist, mét verregaande specialisatie op het gebied van de MKA-chirurgie. Vanuit de wet BIG zijn kaakchirurgen op basis van artikel 3 zowel arts als tandarts. Deze dubbele opleiding en registratie zal ook in de toekomst de standaard blijven voor de MKA-chirurgie. De wettelijke erkenning als specialist op basis van artikel 16 van de wet BIG is geënt op het basisberoep van tandarts. De MKA-chirurgie is dan ook een tandheelkundig specialisme.

Binnen de MKA-chirurgie zelf zal de komende jaren geen sprake van taakherschikking zijn, maar mogelijk wel van taakdelegatie. Deze vindt dan altijd plaats onder verantwoordelijkheid en toezicht van de kaakchirurg als onderdeel van een totaalbehandeling door de kaakchirurg. MKA-chirurgie is zorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden. Wanneer tandartsen bepaalde behandelingen uitvoeren, is er geen sprake van MKA-chirurgie.

Er komt geen tweedeling in de MKA-chirurgie met een afgeslankte opleiding dento-alveolaire chirurgie. Binnen meer complexe behandelingen wordt differentiatie en specialisatie gestimuleerd. Het is en blijft voor

elke kaakchirurg van belang om ook de minder complexe tweedelijns MKA-chirurgie te leveren teneinde in dit brede behandelspectrum zo goed mogelijk te diagnosticeren en kwalitatief hoogwaardige MKA-chirurgische zorg te leveren.

De kaakchirurg is de aangewezen coördinator in de multidisciplinaire zorg rond de mond, de kaak en het aangezicht. Om die rol goed te kunnen invullen, is het van belang dat ook in de basisartsopleiding voldoende aandacht wordt besteed aan MKA-chirurgie en er meer aandacht is voor horizontale integratie op inhoud van de zorg van de MKA-chirurgie binnen de andere medisch specialismen.

5. De positionering en organisatie van de MKA-chirurgie binnen het zorglandschap

De MKA-chirurgie is in de afgelopen jaren ook door overheidsmaatregelen meer en meer opgeschoven naar het medisch specialistische kader. Dit zouden we reguleringverwevenheid kunnen noemen.

Concreet heeft dit voor de MKA-chirurgie in de afgelopen jaren tot de volgende wijzigingen geleid (op aanwijzing van de minister van VWS):

- in het verlengde van de kortingen op de medisch specialisten zijn ook honorariumkortingen doorgevoerd voor de kaakchirurgen;
- het gekorte budgettair kader MKA-chirurgie is overgeheveld naar het budgettair kader medisch specialistische zorg. De MKA-chirurgie valt sindsdien ook onder het Macro Beheersingsinstrument (MBI) medisch specialistische zorg;
- op de prestaties kaakchirurgie is een nieuw kostprijsmodel van toepassing verklaard; hetzelfde model als voor de gereguleerde prestaties in de DBC-systematiek van andere medisch specialismen. Jaarlijks moeten de kostprijzen van de MKA-chirurgische verrichtingen via het ziekenhuis worden aangeleverd aan de NZa ten behoeve van de tariefberekening;
- de invoering van integrale bekostiging per 2015 en het samenvoegen van de kosten- en honorariumdelen van de tarieven van MKA-chirurgische prestaties;
- het opheffen van het zelfstandig declaratierecht voor vrijgevestigde kaakchirurgen en de nieuwe organisatiestructuren die dit in ziekenhuizen heeft teweeggebracht.

Hierbij wordt opgemerkt dat ook binnen de mondzorgketen veel reguleringwijzigingen zijn doorgevoerd. Echter, deze wijzigingen waren niet van toepassing op de MKA-chirurgie.

Over de setting waarin de meer eenvoudige MKA-chirurgische behandelingen worden uitgevoerd, wordt soms verschillend gedacht. Iedereen is het er wel over eens dat de meer complexe behandelingen in een ziekenhuisomgeving dienen te worden uitgevoerd, waar de juiste faciliteiten aanwezig zijn (zoals een IC) en waarin ook collega specialismen direct beschikbaar zijn. Ook voor de meer eenvoudige behandelingen is een verbondenheid met het ziekenhuis zeer waardevol, zeker wanneer het gaat om complexe patiënten of om risico's op complicaties. Het overgrote deel van de MKA-chirurgie wordt dan ook geleverd binnen de muren van het ziekenhuis. De kaakchirurgen werken daar in vakgroepen en zijn verbonden met de ziekenhuisorganisatie en gebonden aan de faciliteiten van het ziekenhuis. Zowel binnen als buiten het ziekenhuis zijn diverse ontwikkelingen gaande.

De zelfstandige kaakchirurg is tegenwoordig een onderaannemer van het ziekenhuisbestuur en onderhandelt over de tarieven / het budget MKA-chirurgie voor het betreffende jaar. Hierdoor is de rechtstreekse invloed op het MKA-chirurgietarief verdwenen en is er nu ook formeel sprake van een extra schakel tussen de kaakchirurg en de zorgverzekeraar. Bovendien loopt de kaakchirurg het risico dat achteraf nog een korting wordt doorgevoerd op deze afspraken wanneer het MBI door de overheid zou worden ingezet en er over de verrekening afspraken zijn gemaakt met het ziekenhuisbestuur.

Wat betreft de organisatie en financiering zijn de vakgroepen MKA-chirurgie in het eerdere onderzoek ('De stand van de MKA-chirurgie, september 2016') middels enquêtes bevraagd op hun ervaringen.

Ten algemene valt op dat nog een aanzienlijk deel van de vakgroepen (12,5%) ten tijde van het onderzoek aangaf (nog) geen onderdeel te zijn van een MSB, maar zich ook nog geen TSB kan noemen. Verder onderzoek naar deze vakgroepen wees uit dat hier doorgaans een wil is om een TSB op te richten, maar dat dit 1,5 jaar na de invoering van integrale bekostiging nog niet goed gelukt is, bijvoorbeeld omdat er druk is vanuit het ziekenhuis of het MSB om zich aan te sluiten bij het MSB.

Voor de vakgroepen die in loondienst zijn van het ziekenhuis (16,1%) is er niet veel veranderd. Deze vakgroepen waren ook voor de overgang naar integrale bekostiging in loondienst. Dit betreft in ieder geval de acht UMC's, maar ook twee algemene ziekenhuizen. Wel bleek uit het onderzoek dat er geen enkele MKA-chirurgische vakgroep is die naar aanleiding van de invoering van integrale bekostiging de overstap heeft gemaakt naar loondienst.

44,6 % van de vakgroepen in ziekenhuizen heeft bij de invoering van integrale bekostiging een eigen TSB opgericht en is daar ten algemene tevreden over. Voor al deze vakgroepen geldt dat dit ook hun voorkeursmodel was en men wil dan ook voorlopig niet van organisatie-model veranderen.

Dit in tegenstelling tot de vakgroepen in ziekenhuizen die deel uitmaken van een MSB (26,8%) waarin ook andere vrijgevestigde medisch specialisten (niet kaakchirurgen) zijn vertegenwoordigd. Doorgaans was dit voor deze MKA-vakgroepen niet het voorkeursmodel, maar heeft men toch voor een MSB moeten kiezen. Meer dan de helft van deze vakgroepen geeft aan alsnog van organisatie-model te willen veranderen, doorgaans naar een TSB-model.

Een ruime meerderheid van de TSB's geeft aan dat de beleidsinvloed ten opzichte van het ziekenhuis gelijk is gebleven ten opzichte van de periode vóór de overgang naar integrale bekostiging. Echter, de vakgroepen die deel uitmaken van een MSB vinden bij meerderheid dat hun beleidsinvloed op het ziekenhuis is verkleind. Eenzelfde lijn is te zien als het gaat over de samenwerking met het ziekenhuisbestuur. Vakgroepen die deel uitmaken van een MSB ervaren vaker dat de samenwerking met het ziekenhuisbestuur slechter is geworden dan TSB's. De vakgroepen wier positie nog onduidelijk is, ervaren ook in ruime meerderheid een verslechterde samenwerking met het ziekenhuisbestuur. Naar de mening van bijna alle vakgroepen is de samenwerking met andere specialismen in het ziekenhuis gelijk gebleven na de invoering van integrale bekostiging.

Bron: De Stand van de MKA-chirurgie, september 2016, Zorgmarkten

De uitkomsten van dit onderzoek wijzen bij de vrijgevestigde kaakchirurgen op een duidelijke voorkeur voor een TSB als organisatievorm voor vrijgevestigde kaakchirurgen. Via het TSB is er een eigenstandige relatie met het ziekenhuisbestuur en ervaart men een grotere beleidsinvloed dan in een situatie waar men onderdeel is van een MSB.

Het veel gekozen samenwerkingsmodel waarin ziekenhuis en medisch specialisten met elkaar verbonden zijn middels een samenwerkingsovereenkomst wordt door de minister van VWS gezien als een tussenmodel. De MKA-chirurgie wil de komende jaren verder verkennen of een doorgroei van de TSB's naar een participatiemodel wenselijk en haalbaar is. Historisch gezien heeft de MKA-chirurgie ook vooropgelopen in investeringen in eigen personeel en apparatuur. Mogelijk kunnen ook de TSB's een voortrekkersrol innemen in de verkenning naar verdere participatie in het ziekenhuis.

“In de aanloop naar de invoering van integrale bekostiging zijn - naast het loondienstmodel - twee nieuwe besturingsmodellen ontwikkeld, het samenwerkingsmodel en het participatiemodel. Het samenwerkingsmodel zie ik nadrukkelijk als een tussenmodel. De (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten kunnen in dit model tegenstrijdig zijn. Ook kan de machtspositie van het MSB ten koste kan gaan van de slagkracht van de raad van bestuur, die de eindverantwoordelijkheid heeft voor kwaliteit en veiligheid. De NVZ en de FMS richten hun aandacht op verbetering van de samenwerking tussen specialisten en ziekenhuis binnen het samenwerkingsmodel. Dat is lovenswaardig, maar ik ben van oordeel dat op de lange duur het loondienstmodel en het participatiemodel betere condities geven voor (financiële) gelijkgerichtheid van medisch specialisten en ziekenhuis, en daarmee voor goede en doelmatige patiëntenzorg, dan het samenwerkingsmodel.”

Bron: Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 4 juli 2016

De ontwikkelingen in de organisatie van de ziekenhuiszorg zullen ook de komende jaren doorgaan. Niet alleen binnen de ziekenhuizen, maar ook daarbuiten. In de afgelopen jaren zijn veel ziekenhuizen gefuseerd. Of deze fusiegolf ook de komende jaren doorgaat, valt te betwijfelen. De ACM en de NZa toetsen of deze fusies wel in het belang van de burger zijn.

Met de invoering van integrale bekostiging per 2015 is het voor de MKA-chirurgie ook mogelijk een toelating aan te vragen als instelling voor medisch specialistische zorg (een ZBC). Er is inmiddels een aantal voorbeelden bekend van maatschappen die deze stap hebben gemaakt. Bijvoorbeeld 'MKA-Chirurgie Zeeland' en 'Kaakchirurgie Oost-Nederland'. Diverse redenen kunnen ten grondslag liggen aan een verzelfstandiging van de MKA-chirurgie, waaronder redenen omtrent het ondernemerschap. Ook kan het zo zijn dat het MKA-chirurgische zorgaanbod

vanuit de ziekenhuizen in de regio te gering is en dat kaakchirurgen ervoor kiezen dit hiaat op te vullen middels een ZBC. De oorzaak van het beperkte aanbod kan liggen in de beschikbare capaciteit van kaakchirurgen, maar kan ook te maken met ontoereikende afspraken met de zorgverzekeraar.

De NZa heeft een rapport uitgebracht over de wachttijden in de medisch specialistische zorg. De MKA-chirurgie staat niet in de lijst van acht specialismen die in 2016 landelijk gemiddeld boven de Treeknorm uitkwamen. De MKA-chirurgie staat wel in de lijst met vier specialismen die in 2016 regionaal boven de Treeknorm uitkomen. De NZa wijst erop dat ZBC's ook een rol zouden kunnen spelen in het oplossen van de wachtlijstproblematiek voor de MKA-chirurgie.

“.....Er zijn diverse regio's verspreid over het land met hoge wachttijden voor kaakchirurgie. Het valt op dat er in deze regio's wel verschillende ZBC's gevestigd zijn, die afhankelijk van hun aanbod mogelijk een deel van de zorg kunnen overnemen. Omdat de ZBC's aangeven doorgaans kortere wachttijden te hebben dan de ziekenhuizen, zouden patiënten naar ZBC's bemiddeld of verwezen kunnen worden.....”

“.....Hoewel de gemiddelde wachttijd bij de kaakchirurgie binnen de Treeknorm valt, zijn er in Nederland diverse regio's waar sprake is van een lange wachttijd. De ZBC's zijn niet meegenomen in de analyse, en bevinden zich ook in de regio's met lange wachttijden. Bij de ZBC's lijkt meer capaciteit te zijn, met name voor de hoog volume/laag complexe behandelingen. Het is daarom aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de regionale knelpunten beter in kaart te brengen en passende afspraken over de benodigde capaciteit te maken.”

Bron: Rapport Wachttijden medisch-specialistische zorg, Nederlandse Zorgautoriteit, 5 juli 2017

Als het gaat om de organisatie van de MKA-chirurgie dienen ontwikkelingen in de gehele mondzorgkolom in ogenschouw genomen te worden. Zo is binnen de mondzorgkolom een opkomst te zien van tandheelkundige ketens, die een zo divers mogelijk zorgaanbod willen neerleggen. Niet zelden zijn daar ook onderdelen van zorg terug te vinden die doorgaans tot het spectrum van de MKA-chirurgie behoren. Ook komt het soms voor dat kaakchirurgen in dienst treden van tandartspraktijken.

MKA-chirurgie kan uitsluitend geleverd worden door hiertoe bevoegde kaakchirurgen. De KNMT is van mening dat de MKA-chirurgie ook in de komende jaren voor een belangrijk deel verbonden dient te blijven met ziekenhuizen. Immers, dit zijn specialistische omgevingen, waarin de nodige faciliteiten aanwezig zijn en waar tijdig geanticipeerd kan worden op ontwikkelingen omtrent de patiënt. Ook zijn aanpalende specialisme-gebieden beschikbaar en kan wanneer nodig een multi-disciplinaire aanpak doelmatig worden ingezet. Het weghalen van deze zorg uit de ziekenhuizen is geen wenselijke ontwikkeling.

Na jarenlange wijzigingen in de regulering en bekostiging van de MKA-chirurgie is het voor de MKA-chirurgie van groot belang dat er rust komt in de regelgeving en stabiliteit in de bekostiging. De MKA-chirurgie pleit er dan ook nadrukkelijk voor om geen grote wijzigingen in de regulering van de MKA-chirurgie door te voeren.

Conclusies t.a.v. positionering en organisatie van de MKA-chirurgie binnen het zorglandschap in 2018-2022

MKA-chirurgie zal ook in de komende jaren voor een belangrijk deel verbonden blijven met ziekenhuizen. Het weghalen van deze zorg uit de ziekenhuizen is geen wenselijke ontwikkeling.

MKA-chirurgische ZBC's kunnen een aanvullende functie hebben in het medisch specialistische zorglandschap, mits hier een verbondenheid is met een ziekenhuis in die regio. Zo kan er sprake zijn van een waardevolle aanvulling op het behandelaanbod in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het tegengaan van wachtlijsten rondom laag complexe zorg met een hoog volume.

Een duurzame relatie met ziekenhuisbesturen en medisch specialisten is essentieel. De kaakchirurgen zullen binnen de medisch specialistische zorg hun plek blijven innemen en betrokken zijn bij belangrijke ontwikkelingen zoals het vormen van netwerken, verdere digitalisering en waardegedreven zorg (VBHC).

Er dient voor kaakchirurgen voldoende ruimte te zijn om de doorontwikkeling van hun vakgebied binnen de mondzorgkolom vorm te geven en (waar van toepassing) het ondernemerschap op een duurzame manier in te vullen. Het TSB-model wordt gezien als het meest passende model bij een rol als vrijgevestigde kaakchirurg.

Voor de MKA-chirurgie is het van groot belang dat er rust komt in de regelgeving en stabiliteit in de bekostiging. De MKA-chirurgie pleit er dan ook nadrukkelijk voor om geen grote wijzigingen in de regulering van de MKA-chirurgie door te voeren in de komende jaren.

6. Tot slot

Elke patiënt is uniek en de kaakchirurg zal de patiënt ook op die manier behandelen. Bij het leveren van zorg voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie is het van belang aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt.

De kaakchirurgen willen zorg leveren van het allerhoogste kwaliteitsniveau. Deze zorg is bewezen effectief en sluit aan bij de behoefte van de patiënt. Daarnaast willen de kaakchirurgen zich ook inzetten voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg.

De kaakchirurgen zien het als hun taak om niet alleen het vak van MKA-chirurgie uit te oefenen, maar ook in bredere zin de gezondheid van de mond, de kaak en het aangezicht te bevorderen. De kaakchirurgen willen bijdragen aan een betere mondgezondheid en het stimuleren van gezond gedrag (preventie).

De MKA-chirurgie wil blijvend innovatief en vooruitstrevend zijn. Er zijn veel ontwikkelingen gaande op het terrein van het behandelaanbod van de MKA-chirurgie, zoals de opkomende 3D-technieken, die gedeeltelijk al onderdeel van de MKA-chirurgische praktijk uitmaken. Deze technieken zullen de komende jaren een veel grotere rol gaan spelen binnen de MKA-chirurgie.

Om als kaakchirurgen deze uitdagingen aan te gaan, met structurele aandacht voor de kwaliteit van zorg, innovatie binnen het vakgebied en met grote uitdagingen op het terrein van de mondgezondheid is het van groot belang dat er zo min mogelijk aandacht hoeft uit te gaan naar de randvoorwaarden, zoals een heldere organisatie van de MKA-chirurgie en een duidelijke positionering. In deze visienota is daarom een gezamenlijke basis gelegd voor de organisatie en positionering van de MKA-chirurgie in de komende jaren.

knmt



knmt.nl/specialisten

kaakchirurgie@knmt.nl



030 60 76 380