



Dental revu

100!

Ik ga wel eens naar de film. Op dit moment draait in de bioscopen **De 100-jarige man die uit het raam klom en verdween**. Een hilarische film gebaseerd op het gelijknamige boek van Jonas Jonasson. Heel kort: hoofdrolspeler Allan wordt honderd (wat groots gevierd wordt in het bejaardentehuis) maar krijgt het op zijn heupen en vertrekt vlak voordat het feest losbarst. Hij belandt vervolgens van het ene in het andere doldwaze avontuur.

Kort geleden was ik te gast tijdens het jubileumcongres van de NMT. De 'maatschappij tot bevordering der tandheelkunde' bestaat namelijk 100 jaar en dat werd gevierd met monzorgers, beleidsmakers en met de koning! Ik kon een speelse gedachte niet onderdrukken: stel dat de NMT uit het raam klom en verdween?

De sector zou dan drie monzorgkoepels kennen: de ANT, NVM en de ONT. Het maakt het wel overzichtelijker, maar zouden we daar wijzer van worden? Met de NVM kunnen we als beroepsvereniging van tandprotheticici goed opschieten. We zitten ook vaak in hetzelfde schuitje. Denk aan het kostprijsonderzoek, het norminkomen, de opleiding en taakherschikking. Met de ANT is het nooit saai. Immers, de 'associatie' zoekt soms als een heuse straatvechter het conflict met vriend en vijand en op andere momenten juist op eloquente wijze het intellectuele debat. Zouden ze dat doen om een verschil te maken met de NMT?

Nee, binnen dit gezelschap misstaat een wijze 100-jarige niet. Ze betekenen veel en verzetten veel werk. Maar weet je wat ik de NMT zou willen zien doen? Wel uit het raam klimmen, maar niet verdwijnen. Dus iets meer hang naar het avontuur tonen, het bejaardentehuis van de monzorg wakker schudden en voorop lopen in de vernieuwing van de sector.

Ralph Adolfsen,
Voorzitter ONT



Autoriteit Consument en Markt moet zorggroepen de ruimte geven

Dreiging ACM boete verlamt samenwerking en daarmee innovatie in de zorg

Lex Geerts is verbonden aan Eldermans & Geerts Advocaten in de zorg. Marnix de Romph is directeur van de ONT. Het artikel verscheen eerder in het Financieel dagblad d.d. 18 april 2014.

Zorgverleners in de eerste lijn zoals huisartsen, psychologen, fysiotherapeuten en apothekers, zoeken steeds meer samenwerking. Ook binnen de monzorg is dat een trend die waarneembaar is. Men wil kostbare tweedelijnszorg naar de goedkopere eerste lijn te halen, zorg dichterbij de patiënt en de voordelen van organisatie van zorg in ketenverband benutten. Ook de overheveling van lokale zorg van de AWBZ naar gemeenten zet eerstelijnszorgverleners aan tot samenwerking. Ze richten gezondheidscentra en zorggroepen op, vaak een coöperatie.

Zorggroepen kunnen monodisciplinair of multidisciplinair ingericht zijn. Binnen monodisciplinaire zorggroepen werken soortgelijke zorgaanbieders samen, bijvoorbeeld in het kader van waarneming of gegevensuitwisseling. Multidisciplinair wil zeggen dat verschillende disciplines samenwerken ten behoeve van hun patiënten of een bepaalde groep, bijvoorbeeld diabetici. Een combinatie komt ook voor. De nieuwe bekostigingssystematiek

markt, waarbij marktwerking en samenwerking met het oog op goede zorg soms op gespannen voet met elkaar staan. In de zorg is innovatie vooral gebaat bij samenwerking. Maar als lokale zorgaanbieders — in principe elkaars concurrenten — willen samenwerken, dan staat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) dat alleen toe voor kwaliteitsverbetering, niet als daar ook een kostenaspect aan zit. Want dat is

'Monzorg kan voorbeeld nemen aan rest van de eerstelijns gezondheidszorg'

voor huisartsenzorg en multidisciplinaire die in januari 2015 ingaat, biedt ruimte voor uitbreiding (astma, ouderen en GGZ) en verbreding (farmacie en diagnostiek). Onduidelijkheid over mededingingsrechtelijke aspecten rondom de inrichting van dergelijke zorggroepen, vormt echter een groot obstakel.

concurrentiegevoelig. Er zijn weliswaar mogelijkheden om samen op te trekken, zoals zoals samenwerking beneden bagateldrempels of gezamenlijke aanbesteding, maar die bieden vaak een beperkte oplossing en dan vooral voor zorgaanbieders met een relatief lage omzet. Per saldo kan vooral veel niet. Het feit dat de ACM forse boetes kan opleggen werkt bovendien verlamdend in de sector.

Rem op samenwerking

Marktwerking is in een normale markt goed voor innovatie. Zorg is echter een bijzondere

[lees verder op pagina 2 >>](#)

Stoplicht

Er zijn al heel wat projecten gesneuveld omdat regionaal goed samenwerkende partijen uit angst voor boetes hun initiatieven staakten. Dat kan niet de bedoeling zijn. Weliswaar is de ACM tegenwoordig vaker bereid vooraf meer inzicht te geven in mogelijkheden voor samenwerking, maar zodra dit kostenvoordeel blijkt op te kunnen leveren, springt het licht op rood. Zelfs als de betrokken verzekeraar het geen probleem vindt om daarover te praten. En daar wringt het. Want aan elke vorm van samenwerking hangt uiteindelijk een prijskaartje en ook dat moet onderdeel zijn van de gesprekken tussen zorgaanbieders en -verzekeraars. Als op voorhand al duidelijk is dat het niet mogelijk is om ook een afspraak te maken over de prijs van een innovatief zorgproduct, dan zullen veel partijen ervan afzien überhaupt een dergelijk product te ontwikkelen. Maatschappelijk gezien is dat jammer omdat hiermee een deur dichtgaat voor zogeheten 'triple aim': betere kwaliteit tegen lagere kosten, met hogere tevredenheid bij consument en zorgverlener.

Versoepeling mogelijk

Deze patstelling noopt tot versoepeling van het beleid voor specifiek de zorgsector. Dat kan: in artikel 6 lid 3 van de Mededingingswet staat dat samenwerking tussen concurrenten in het belang van de consument mogelijk is, mits de consument daarbij is gebaat en voldoende restconcurrentie overblijft. Voorwaarde is dat op voorhand duidelijk is wat wel en wat niet onder deze vrijstelling valt. Als concurrerende zorgaanbieders in zorggroepen gezamenlijk over

'Triple aim': betere kwaliteit tegen lagere kosten, met hogere tevredenheid bij consument en zorgverlener

de prijs mogen onderhandelen met verzekeraars, zolang insteek is de zorg te verbeteren en de zorgverzekeraars dat geen probleem vinden, dan kan dat een stimulans zijn voor de substitutie van tweede naar eerste lijn. Dat vergroot op zijn beurt de kans dat innovatie sneller van de grond komt. Zorgverzekeraars zijn vaak best bereid om met concurrerende zorgaanbieders gezamenlijk te praten, zolang er maar alternatieven zijn. Hun inkoopafdelingen zijn niet toegerust op gesprekken met veel individuele aanbieders, zij praten bij voorkeur met collectieven. De ACM hoeft zich over de positie van zorgverzekeraars geen zorgen te maken; deze hebben aangetoond dat zij in staat zijn effectief te onderhandelen.

Groen licht

De toezichthouder heeft al eerder het groene licht gegeven voor het zogenaamde PACT-model, apothekers met elkaar mogen optrekken ook al zijn het concurrenten van elkaar. Onderdeel van dit model is dat daar waar op de grens geopereerd wordt van samenwerking tussen concurrenten, de zorgverzekeraar kan aangeven of deze zich daar comfortabel bij voelt. ACM



WVS houdt miljard over

Voor het eerst in jaren is op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport minder geld uitgegeven dan in de begroting voorzien. In 2013 ging het om 1,1 miljard euro. Na jaren waarin de zorgkosten stelselmatig stegen, een positieve ontwikkeling, aldus de Algemene Rekenkamer.

Het resultaat is vooral toe te schrijven aan het beleid voor geneesmiddelen dat z'n vruchten begint af te werpen. Omdat de prijs van veel medicijnen daalde, was minder geld nodig voor het vergoeden van geneesmiddelen. Ook de huisartsen, paramedische zorg, verloskunde, kraamzorg en mondzorg hadden hun aandeel in deze ontwikkeling.

Overschrijding ziekenhuizen

Wel lijken de ziekenhuizen 300 miljoen euro meer te hebben uitgegeven dan was afgesproken. Het gaat om voorlopige cijfers, die begin 2015 definitief worden, aldus de woordvoerder van WVS-minister Edith Schippers. De 1,1 miljard euro die WVS minder uitgaf, is volgens hem gebruikt om overschrijdingen elders op de rijksbegroting op te vangen of nieuw beleid in te zetten. In 2012 gaf WVS nog 900 miljoen euro te veel uit, de jaren daarvoor ging het zelfs om 1,5 miljard euro of meer.

dient de mogelijkheden die de wet biedt voor samenwerking in de zorg aan te moedigen in plaats van af te remmen. Zo kan ze een bijdrage leveren aan het door zorgaanbieders zo vurig gewenste level playing field. En is de consument — waar het tenslotte om zou moeten draaien — beter af.

straight. dental equipment

sterilisator aanbieding



actieprijs
€ 2.100

Klasse B autoclaaf, 18 liter, inclusief ingebouwde printer.
Actie tot 15 juli 2014, prijs ex BTW.

Voor meer informatie en voorwaarden:
www.straightdental.com of mail: info@straightdental.com

dental units | thermodesinfectoren | autoclaven

Korenmolenweg 5, Haaksbergen, telefoon: 053 2600 002

Zorgverzekeraars voldoen aan zorgplicht en kopen steeds beter zorg in

“Zorgverzekeraars kopen steeds beter zorg in doordat ze meer informatie hebben over de verschillen tussen zorgaanbieders. Ze kunnen daardoor selectiever inkopen terwijl ze toch blijven voldoen aan hun zorgplicht. Dit blijkt uit de monitor Zorginkoop van de NZa. In bepaalde sectoren zoals de mondzorg, huisartsenzorg en GGZ ontbreekt nog goede informatie over kwaliteit en doelmatigheid. De zorginkoop kan daar nog effectiever. Verzekeraars kunnen nog beter zorg inkopen als zij zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mogen bepalen, en er ook voor kunnen kiezen om helemaal niets te vergoeden voor zorg geleverd door aanbieders waar zij geen contract mee hebben.” Zo is te lezen in een persbericht van de NZa dat hieronder wordt weergegeven. In de kadertekst staat de reactie van de ONT.

Zorgverzekeraars zijn selectiever in het inkopen van onder meer fysiotherapie en planbare zorg zoals heup- en knieoperaties en bij complexe zorg zoals kankerbehandelingen. Dit komt vooral doordat er voor deze zorg steeds betere informatie beschikbaar is over de verschillen tussen zorgaanbieders: de zogenoemde spiegelinformatie. Over andere zorgsoorten zoals de mondzorg, huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg is nog onvoldoende objectieve informatie beschikbaar over de verschillen tussen aanbieders in de kwaliteit, doelmatigheid en service van de zorg.

Stop met verplichte vergoeding niet-gecontracteerde zorg

In een aantal zaken besliste de rechter dat de zorgverzekeraar voor niet-gecontracteerde zorg 75 tot 80 procent van het gebruikelijke tarief moest vergoeden. In de visie van de NZa is het echter nu ook al toegestaan dat zorgverzekeraars zelf bepalen hoeveel zij voor niet-gecontracteerde zorg vergoeden, als het maar meer is dan nul euro. In artikel 13 van de

Zorgverzekeringswet (Zvw) staat dat de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bepaalt. Als de wet zo wordt uitgelegd als nu is opgeschreven in art 13 Zvw, betekent dat volgens de NZa dat elke vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg van meer dan nul euro is toegestaan. Daarnaast vindt de NZa het wenselijk om de wet zo aan te passen dat de zorgverzekeraar er ook voor kan kiezen om helemaal geen vergoeding te geven voor niet-gecontracteerde zorg. Een verplichting om niet-gecontracteerde zorg voor ten minste 75 tot 80 procent te vergoeden, betekent dat de premie onnodig hoog blijft omdat de zorgverzekeraar ook een aanzienlijk deel moet vergoeden van zorg die hij niet heeft ingekocht. Bovendien zorgt zo'n standaardvergoeding ervoor dat zorgaanbieders minder druk ervaren om betere of efficiëntere zorg te bieden. De zorginkoop wordt effectiever als zorgverzekeraars zelf de hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg kunnen bepalen, en er ook voor kunnen kiezen om helemaal niets te vergoeden voor zorg van zorgaanbieders waar zij geen contract mee hebben.

Contracteerproces moet eerder en beter

De NZa vindt het positief dat de contracten voor 2014 weer eerder klaar waren dan het jaar ervoor, maar ziet nog mogelijke verbeteringen in het proces van contracteren. Zo moeten zorgaanbieders voldoende tijd krijgen om te reageren op contractvoorstellen van de zorgverzekeraars. Om dit mogelijk te maken, zorgt de NZa ervoor dat haar eigen regels voor 2015 uiterlijk op 1 juli 2014 beschikbaar zijn, zodat de verzekeraars en zorgaanbieders eerder kunnen starten met het contracteerproces. Dan kunnen de zorgverzekeraars bovendien uiterlijk half november in hun polisvoorwaarden exact aangeven met welke zorgaanbieders zij wel en niet een contract hebben in 2015. Om de onderhandelingen tussen de vrije beroepsbeoefenaren in de zorg en de zorgverzekeraars te ondersteunen is een leidraad beschikbaar: de Good Contracting Practices. Voor de contractonderhandelingen geldt het gewone contractrecht, zowel voor de zorgaanbieders als voor de zorgverzekeraars.

Reactie ONT: “NZa verkwanselt de belangen van zorgverleners”

De ONT reageert bij monde van haar directeur Marnix de Romph op het persbericht van de NZa: “De NZa vindt het blijkbaar nodig om de sector weer in een kwaad daglicht te stellen. Zo gaat ze voorbij aan het feit dat de Nederlandse mondzorg wereldwijd voorop loopt bij de ontwikkeling van richtlijnen. Ook heeft de sector het initiatief genomen om etalage-plus-informatie te publiceren over praktijken binnen de mondzorg, patiëntervaringen uit te vragen, indicatoren te ontwikkelen voor de kwaliteit van zorg en ga zo maar door. Ik vind het verder opmer-

kkelijk dat de NZa van mening is dat artikel 13 van de Zvw niet ver genoeg gaat. Ze willen zelfs de wet zo aanpassen dat zorgverzekeraars helemaal geen vergoeding hoeven te geven voor niet-gecontracteerde zorg. Dat betekent feitelijk een contracteerverplichting en in plaats van een door de NZa vastgesteld tarief hebben we dan te maken met de volstrekte willekeur van zorgverzekeraars op het moment dat zij van mening zijn dat ze voldoende zorg hebben gecontracteerd. De ervaring van tandprotheticis is wat dat betreft vergelijkbaar met die van fysiotherapeuten,

logopedisten en kleine aanbieders in de GGZ. En dat is dat er op geen enkele manier sprake is van een gelijk speelveld waarbij de belangen van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars met elkaar in evenwicht zijn. Zelfs grote zorggroepen van huisartsen worden daar mee geconfronteerd. Kortom, de belangen van zorgverleners wordt hiermee te grabbel gegooid!”



Van automonteur tot diamantslijper

Tekst: Gerben Stolk / PlumaTekst

Waarom heerst hier zo'n rustige sfeer, terwijl jullie het toch heel druk hebben met al die cliënten?

Niet zelden wordt die vraag gesteld aan Pieter Monten. Zijn verklaring: "Bijna vijf procent van onze cliënten is psychisch-geriatrisch of fysiek beperkt. Voor deze mensen moet je twee keer zoveel tijd nemen om een gebitsprothese te maken als bij reguliere cliënten. Geduld en aandacht zijn extra belangrijk. Automatisch neem je die houding ook mee naar je andere cliënten. Ik kan nu eenmaal niet van het ene op het andere moment een andere Pieter Monten zijn."

Van automonteur in een garage tot innovatieve mondzorgverlener. Zie hier de ontwikkeling die Pieter Monten doormaakte in zo'n 35 jaar tijd. Waarom 'innovatieve mondzorgverlener'? Onder meer vanwege de vele cursussen, bijscholingen en studieavonden die hij volgt en volgde. Denk aan bezoeken aan de Universiteit van Frankfurt om nieuwe ontwikkelingen gade te slaan. Of denk aan een cursus in Zuid-Duitsland, inclusief een bezoek aan de Vita-fabriek, waar hij geprinte gebitsprotheses zag. Verder waren er de bezoeken aan de fabrieken Straumann Zwitserland, Nobel Biocare in New York en Ankylos in Duitsland.

Hij zegt: "Ik ben nu 54 en heb een tijd gedacht: ik ga het als actief tandprotheticus niet meer meemaken dat ik rekening moet houden met geprinte en gefreesde protheses. Maar kijk eens: ik sta er met mijn schoenmaat 42 al bijna middenin. De techniek gaat zo snel. Je kunt er maar beter op anticiperen en bedenken welke rol je straks als tandprotheticus kunt spelen binnen de nieuwe omstandigheden."

Verjaardag

Monten, eigenaar van tandprothetische praktijken in Vught en Valkenswaard, is de zoon van een techneut, zoals hij zelf zegt. "Al op jonge leeftijd ging ik met mijn vader mee om klussen uit te voeren bij andere mensen in Valkenswaard. Kleine verbouwin-

Tegelijk besloot ik mijn tandtechnische papieren te gaan halen."

De exercitie zou uitmonden in een gang naar het ministerie van Economische zaken. De reden: zijn toenmalige werkgever wilde niet meewerken aan een opleiding overdag in Nederland, zodat Monten naar België ging voor een avondopleiding, in Hasselt en Neerpelt. Een zware combinatie? Hij zegt: "Ach, als je ergens bij wilt horen, moet je een vakdiploma halen. In die periode zorgde ik er ook voor dat ik in Nederland een aantal certificaten verzamelde bij het Instituut Vakopleiding Tandtechniek (IVT). Uiteindelijk heb ik diploma en certificaten gebundeld en aan het ministerie gevraagd of die gezamenlijk volstonden om een tandtechnisch lab te beginnen. Het antwoord luidde bevestigend. Ik kreeg ook te horen dat het een rechtsgeldige opstap was naar de opleiding tot tandprotheticus."



'De tijd is voorbij dat je als individuele tandprotheticus kunt overleven'

gen bijvoorbeeld. Na mijn school kwam ik als automonteur te werken in een garage. Ik moet zeggen: ik had het er niet naar mijn zin. Toen ik tijdens een verjaardagsvisite in gesprek kwam met de eigenaar van een tandtechnisch laboratorium in Valkenswaard, raakte ik enthousiast om dáár aan de slag te gaan. Zo kwam ik terecht in een protheselaboratorium in Valkenswaard.

Veranderen

Het zou nog een jaar of vijf duren voordat Monten inderdaad een nieuwe fase inging. "Al die tijd sluimerde in mijn hoofd het idee dat ikzelf cliënten wilde behandelen en dus méér wilde doen dan alleen tandtechniek. Ik was vaak teleurgesteld over het werk van tandartsen. Kijk, op de universiteit leren zij

tandprothetiek, maar in hun praktijk is het daarna niet de core business. Je ziet bij menigeen de prestaties afnemen in de loop der jaren. Daarom besloot ik in 1988 van werkgever te veranderen. Ik ging aan de slag bij een duo-praktijk van een tandarts en tandprotheticus in Eersel. De tandprotheticus was Ronald Luijten. Verder meldde ik me aan voor de tandprothetische opleiding in Amersfoort. Je moest er voor 200% voor gaan, want het was een zware opleiding. We begonnen met veertig leerlingen en slechts dertien haalden hun diploma. In 1991 mocht ik me gediplomeerd tandprotheticus noemen."

Loondienst

Terwijl hij nog in loondienst was bij een tandarts en tandprotheticus, stichtte Monten

ook zijn eigen onderneming. Geen tandtechnisch lab, zoals een paar jaar eerder gedacht, maar een tandprothetische praktijk. "Ik ben aan huis begonnen, in Valkenswaard. In de avonduren bouwde ik de garage om tot een praktijk van twintig vierkante meter. Nee, het liep niet storm in die beginperiode. Daarom leek het me goed ook een praktijk te beginnen in een andere plaats. Op die manier kon ik mijn bedrijfsrisico spreiden."

Monten onderzocht waar zich in het gebied tussen Den Bosch en Weert al tandtechnische labs en tandprothetische parktijken bevonden. "Op basis daarvan schatte ik in dat Vught kansrijk was. Ik huurde een ruimte van 22 vierkante meter die grensde aan het treinstation. Mijn gedachte bleek juist te zijn, ik bouwde een mooie klantenkring op. Als het op de ene plek wat rustiger was, bleek het op de andere juist druk te zijn. Al jaren heb ik hetzelfde patroon: 's morgens veertig

zorgkwaliteit. Maar omdat het mondzorgcentrum zich bevindt op het Zorgpark Voorburg, waar geestelijke gezondheidszorg wordt geboden, krijg ik ook patiënten uit die hoek verwezen." Psychisch-geriatrische personen vormen een aparte groep, weet Monten. Hij zegt: "Bij hen is het menselijke aspect extra belangrijk. Het is zaak geduldig te zijn en veel persoonlijke aandacht te schenken om te komen tot een prothese waarover iedereen tevreden is. Verder is de dankbaarheid groot. De ene keer is iemand in staat die dankbaarheid onder woorden te brengen, de andere keer zie je het aan de blik in de ogen. En hoewel we het hebben over een relatief kleine groep, hebben hun benadering en behande-



zijn, dat ze als hapklare brokken worden geïntroduceerd bij de tandarts en ons onderscheidend vermogen verdwijnt. De techniek is niet te stoppen en je moet je kop dus niet in het zand steken. We moeten nu goed nadenken over onze plaats in de naaste toekomst. Hoe kunnen wij meerwaarde blijven bieden? Hoe gaan wij om met de nieuwe situatie? Ik ken het antwoord nog niet, maar vind het wel belangrijk regelmatig met collega's van gedachten te wisselen over dit soort zaken."

Innovaties delen

Monten is sowieso voorstander van structureel overleg en samenwerking met andere tandprothetici. "Als solist ben je kwetsbaar. De tijd is voorbij dat je als individuele tandprotheticus kunt overleven. We moeten dus proberen elkaar te versterken. Vind ook niet allemaal hetzelfde wiel uit. Deel innovaties met elkaar en organiseer studieavonden om je voordeel te doen met de kennis van een ander. En wat innovaties betreft: ik volg nog altijd veel cursussen en bijscholingen samen met collega Frans Kauenberg. Ons vak is een diamant waar je aan kunt blijven slijpen."

'Bij psychisch-geriatrische personen zijn geduld en persoonlijke aandacht extra belangrijk'

kilometer van Valkenswaard naar Vught rijden om daar te behandelen en daarna veertig kilometer terug om mensen te helpen in Valkenswaard. Daar bevindt zich ook het tandtechnisch lab. De praktijk in Vught is geopend van 8.30 tot 12.30 uur en die in Valkenswaard de gehele dag."

Ondertussen is Monten tijdens het vorige decennium in beide plaatsen naar een grotere ruimte verhuisd en beschikt hij ook alweer meer dan tien jaar over een hecht en vast team. "Ik prijs me rijk met de ervaring die we hier hebben. Kristien Schildermans is een zeer ervaren tandtechniekster, Orson Altenstad is hier opgeleid als tandprotheticus en heeft in 2012 zijn diploma gehaald, en Eric Bollen werkte sinds 1977 op een tandtechnisch lab en is klinisch prothesetechnicus. Mijn vrouw Anja, die mij in het begin assisteerde bij de tandtechniek, verzorgt de administratie, in Valkenswaard."

GGZ

Na de verhuizing in Vught kreeg Monten meer te maken met psychisch-geriatrische patiënten. Hij vertelt: "Ik ben er als zelfstandig tandprotheticus ingetrokken bij het Centrum voor Mondzorg Wim Kapteijns. Ja, de samenwerking met tandartsen, tandartsen-implantologen, mondhygiënist en preventieassistenten op één locatie bevalt me goed. Je overlegt gemakkelijker en weet elkaar sneller te vinden. Dat verhoogt de

ling effect op onze andere patiënten. Die merken dat we ook voor hen uitgebreid de tijd nemen."

Niet te stoppen

Hoe ziet Monten de toekomst van de beroepsgroep? "Dat is niet gemakkelijk te beantwoorden. Het zou zomaar eens kunnen dat de gefreesde of geprinte prothese gemeengoed gaat worden. Maar wat betekent dat voor de tandprotheticus? Natuurlijk, een deel van de tandtechniek verdwijnt daarmee bij ons. Verder zouden de nieuwe technieken straks zó goed kunnen



Ken uw patiënt

“Remember, this salary comes in fact ... from your customers”, staat er op het salarisstrookje van de medewerker in een Engels sprekend land. En zo is het natuurlijk ook. De tandprotheticus heeft weliswaar geen klanten, maar patiënten en wordt via zorgverzekeraars betaald. Toch is er een duidelijk verband. In het zorgstelsel is de taak van de behandelaar kwalitatief goede en doelmatige zorg te verlenen. Dat kan alleen als u uw klant / patiënt kent.

Ruim 1,3 miljoen Nederlanders zijn (ooit) klant geweest bij een tandprotheticus. Dat is 47% van het totaal aantal prothesedragers in Nederland (bron: Nivel). Nog een kleine 1,5 miljoen Nederlanders te gaan. En wie zijn dat dan?

Ruim 6 op de 10 prothesedragers zijn 65 jaar of ouder. En die groep van ouderen stijgt snel. Nu zijn nog ruim 2,8 miljoen mensen 65 jaar of ouder. Over 25 jaar zijn dat er ruim 4,7 miljoen, oftewel een stijging van 67% (bron: CBS).

U weet nu hoe uw toekomstige patiënt er uit zal zien. En wat zijn dan zijn of haar behoeftes? Wat vinden uw klanten belangrijk? Volgens het Nivel-rapport:

- 1) dat u uw afspraken nakomt
- 2) de tijd neemt
- 3) begrijpelijke taal spreekt,
- 4) vriendelijk, rustig en kalm bent.

Dan is uw patiënt bereid even in de wachtkamer te wachten en af te gaan op uw deskundigheid. Denkt u eens na over zorg op afstand. Hoe u dat zou kunnen doen en hoe zou u daarbij de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. Een mooie uitdaging voor de komende 25 jaar zou ik zeggen. Ik ben benieuwd.

De bedrijfsadviseur



'60 procent vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is voldoende'

Recentelijk werd door een rechter besloten dat zorgverzekeraar Achmea maar maximaal 60 procent hoeft te vergoeden als een patiënt een behandeling ondergaat bij een niet-gecontracteerde GGZ (Geestelijke gezondheidszorg) zorgverlener. Met andere woorden, 40 procent van de kosten zijn (in theorie) voor de patiënt. Het kiezen van gecontracteerde zorgaanbieders door patiënten wordt daardoor – in het kader van vergoeding door de zorgverzekeraar – steeds belangrijker. En dat kan ook grote gevolgen hebben voor de mondzorg.

Over de beslissing van de rechter is, vooral bij zorgaanbieders, nogal wat discussie. Eerder vergoedde Achmea 80 procent van de kosten van de behandeling. In de praktijk bleek dat deze vergoeding zo dicht bij de kostprijs lag dat er geen kosten voor de verzekerde in rekening werden gebracht door de zorgaanbieder. Daarom besloot Achmea het vergoedingspercentage te verlagen naar 60 procent. De rechter ging hiermee akkoord.

Discussie

Volgens zorgaanbieders zou de rechter vergeten zijn dat een vergoeding van 60 procent zo ver onder kostprijs ligt dat zorgaanbieders het verschil in vergoeding wel in rekening moeten brengen bij hun patiënten. Dit heeft als gevolg dat patiënten voor een andere zorgaanbieder zullen kiezen en de kostprijs voor de behandeling zal stijgen. Om de kosten te blijven dekken zullen patiënten daarom voortaan wel de volledige 40 procent zelf moeten betalen. Volgens de zorgaanbieders zou dit niet volgens de wet zijn aangezien er in dat geval wel sprake zou zijn van een financiële drempel voor verzekerden.

Naturapolis

Bij een naturapolis mag een zorgverzekeraar besluiten om – zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders – slechts gedeeltelijk te vergoeden. Het gevolg is dat patiënten die van ongecontracteerde zorg gebruik maken, een deel zelf moeten betalen. De enige regel voor zorgverzekeraars hierin is dat de financiële drempel voor patiënten om toch te

kieszen voor ongecontracteerde zorg niet te hoog mag zijn. Daarom wordt in veel gevallen 75 tot 80 procent van de behandelingen geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders toch vergoed.

Wetswijziging

Deze "regel" staat na de rechtszaak echter ter discussie. Sterker nog, er ligt al een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer met als doel het wijzigen van deze regel. Het nieuwe voorstel zal betekenen dat zorgverzekeraars met naturapolissen zelf kunnen bepalen in hoeverre zij niet-gecontracteerde zorg gaan vergoeden, ongeacht of dat voor de verzekerde patiënt financiële gevolgen heeft. Uit het onlangs besproken akkoord in de zorg, is de kans groot dat wetswijziging doorgaat. Zorgaanbieders zijn van mening dat ons zorgstelsel nog verder achteruit zal gaan als de wetswijziging wordt goedgekeurd: vrije zorgkeuze zou alleen nog maar mogelijk zijn voor verzekerden met restitutiepolis of voor patiënten met een flinke bankrekening.

Dit artikel is overgenomen uit de nieuwsbrief van TopSupport



Opleiding Tandprothetiek organiseert cursus Evidence Based Tandprotheticus

Patiënten, zorgverzekeraars en collega's binnen de mondzorg verwachten van tandprotheticici dat zij handelen volgens het beste beschikbare bewijs van de huidige professionele standaard.

Om deze reden is evidence based handelen een belangrijke pijler voor de huidige opleiding Tandprothetiek zoals die wordt gegeven aan de Hogeschool Utrecht. Om te kunnen handelen naar het beste beschikbare bewijs zijn vaardigheden nodig als: zoeken in databanken, beoordelen van een wetenschappelijk artikel, het schrijven van een casereport en/of het kunnen uitvoeren van een praktijkgericht onderzoek en het kunnen toepassen van evidence in de dagelijkse tandprothetische praktijk.

Wilt u zich als Tandprotheticus deze vaardigheden eigen maken? Dan is de deelcursus 'Evidence Based Tandprotheticus' een aanrader. De basis van deze deelcursus bestaat uit onderwijs van de huidige opleiding Tandprothetiek.

Toelatingseisen: Afgestudeerde Tandprotheticici (3 of 4 jarige opleiding)

Organisatie: Deze deelcursus van 28 studiebelastingsuren (1 EC) vormt een onderdeel van de cursus 'De Tandprothetische Zorgprofessional'. Deze cursus bestaat uit 5 deelcursussen van ieder 1 EC en in totaal 140 studiebelastingsuren (5 EC). Het is mogelijk om deel te nemen aan alleen één of meerdere deelcursussen.

Certificaat:	Bij het met goed gevolg afronden van deze deelcursus wordt een deelcertificaat uitgereikt als bewijs van deelname.
Startdatum:	Eind september 2014 (exacte cursusdata volgt nog)
Cursusdagen:	1 cursus zal op 4 zaterdag worden gegeven en een andere cursus zal plaatsvinden op 6 woensdagavonden
Lestijden:	Zaterdag: 9.30 tot 16.30 uur of woensdag: 16.30 tot 20.45 uur
Omvang:	Totale studiebelasting voor deze deelcursus is 28 uur
Kosten:	€ 525,-
Locatie:	Bolognalaan 101 te Utrecht
Groepsgrootte:	15-20 personen
Accreditatie:	De deelcursus is geaccrediteerd voor 28 KRTP punten
Aanmelden:	Per mail via morgan.bosma@hu.nl

AvaDent™ Digital Dentures: de digitale doorbraak in gebitsprothesen

Top kwaliteit:
door bio-hygiënische materialen

Zekerheid:
een nieuwe of reserve prothese dankzij digitale back-up



Tijdsbesparing:
minder zittingen nodig

Perfekte pasvorm:
door CAD/CAM productie



