

Addendum TAAKDELEGATIE behorend bij Definitieve Gedragscode voor de specialist voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschiurgie (kaakchirurg), goedgekeurd: NVMKA-ALV Hoorn, d.d. 07-11-2019

De Sectie Tandarts-Specialisten (STS) van de KNMT en het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschiurgie (NVMKA) vinden het noodzakelijk misverstanden over taakdelegatie binnen de MKA-chirurgie te voorkomen.

Een voorbeeld van zo'n misverstand is dat taakdelegatie van MKA-chirurgie aan de tandarts is toegestaan, omdat de declaratieregels van de NZa dit niet expliciet verbieden. Wij vatten de eerdere discussies en het beroepsstandpunt hieronder samen, en bespreken waarom MKA-chirurgie niet kan worden geleverd door tandartsen die geen tandarts-specialist voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschiurgie (hierna: kaakchirurg) zijn. Wij doen dat vanuit vier invalshoeken, namelijk: het wettelijk kader (1), de patiënt en de zorg (2), opleiding en erkenning (3) en de beroepsgroep (4).

1. Het wettelijke kader

- 1.1. Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de NZa vast, via welke prestaties geleverde zorg mag worden gedeclareerd, welke tarief in rekening mag worden gebracht en aan welke regels de zorgverlener zich daarbij moet houden.

Uit de wet en de toelichting daarop blijkt, dat de NZa via de bevoegdheid om regels over het declaratieverkeer te stellen, wel dat declaratieverkeer kan stroomlijnen, maar geen bestaande rechten en verplichtingen kan beïnvloeden. De NZa kan dus bepalen *hoe* moet worden gedeclareerd, maar kan bijvoorbeeld geen recht op betaling laten ontstaan of laten vervallen. Dat betekent dat als declaratieregels toe zouden staan dat kaakchirurgische prestaties (de overige zorgproducten) in rekening worden gebracht als de zorg feitelijk door een tandarts is uitgevoerd, daarin niet mag worden gelezen dat dit ook op zorginhoudelijke gronden is toegestaan. Immers, dan gaat het niet meer over declaratieverkeer, maar over inhoud en kwaliteit van zorg; de NZa heeft daarin geen taak of bevoegdheid.

- 1.2. Hoewel de declaratieregels niet lijken te verhinderen dat door een tandarts uitgevoerde MKA-chirurgie wordt gedeclareerd, zien wij in de prestaties en tarieven wel de nodige aanwijzingen dat (ook) de NZa ervan uitgaat dat de MKA-chirurgie door de kaakchirurg wordt geleverd en niet door de tandarts. De NZa spreekt zowel in de Prestatie- en tariefbeschikking als in de Regeling medisch-specialistische zorg van 'mondzorg zoals *kaakchirurgen* die bieden', en plaatst de zorg in het gebied van de (tandheelkundig) specialistische zorg, en buiten de algemene tandheelkundige zorg, die eigen regels en een eigen prestatie- en tariefbeschikking heeft.



2. De patiënt en de zorg

- 2.1. Patiënten kunnen uitsluitend na verwijzing naar de kaakchirurg. Dat betekent dat een zorgverlener, in de meeste gevallen de tandarts van de patiënt, moet hebben vastgesteld dat de patiënt specialistische tandheelkundige zorg nodig heeft, die een tandarts niet kan leveren. Bekeken vanuit de zorginhoud, is daarmee niet te rijmen dat de zorg vervolgens toch door een tandarts zou worden geleverd. Dit is ook niet bevorderlijk voor een heldere taakverdeling tussen tandarts en kaakchirurg. Het kan bij patiënten verwarring scheppen als zorg eerst niet en vervolgens toch weer wel door een tandarts kan worden geleverd.
- 2.2. Het Besluit zorgverzekering kwalificeert de zorg waarvoor de volwassen patiënt naar de kaakchirurg wordt verwezen in artikel 2.7 lid 5 onder a als *chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard*. Uit tekst en indeling van het Besluit volgt, dat deze zorg moet worden onderscheiden van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, zoals de ongecompliceerde extractie. Hoewel daaruit niet volgt dat een bekwame tandarts niet incidenteel zorg van specialistische aard zou kunnen verlenen, is het structureel laten uitvoeren van zorg van specialistische aard door tandartsen niet in lijn met de ordening die uit het Besluit volgt. Het Zorginstituut beschrijft op zijn website in de 'consumentenversie' van de aanspraak de zorg niet voor niets als chirurgische tandheelkundige hulp, *uitgevoerd door een kaakchirurg*.
- 2.3. Al gebruikt het Besluit zorgverzekering in artikel 2.7 lid 5 niet letterlijk (zoals bij de omschrijving van de algemene mondzorg) het begrip 'plegen te bieden', het criterium geldt wel voor de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard. Wat deze zorg precies inhoudt, kan immers in de tijd veranderen en wordt (als het gaat om zorginhoud) bepaald door de beroepsgroep.

In zijn rapport 'betekenis en beoordeling van het criterium 'plegen te bieden'' geeft het Zorginstituut aan dat voor de concrete invulling van wat een beroepsgroep als zorg pleegt te bieden, ook moet worden gekeken naar wat de beroepsgroep verstaat onder het op een professioneel juiste wijze leveren van zorg. Zorg die niet op professioneel juiste wijze wordt geleverd, valt buiten wat de beroepsgroep pleegt te bieden en dus buiten de aanspraak. Wij constateren dat de beroepsgroep het verlenen van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard door een tandarts niet als een professioneel juiste wijze van zorgverlening kwalificeert. Het gaat in dat geval dus niet om zorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden.

3. Opleiding en erkenning

- 3.1. Met de erkenning van MKA-chirurgie als tandheelkundig specialisme heeft de overheid aangegeven dat het maken van onderscheid tussen de tandarts en de tandarts-specialist (kaakchirurg) wenselijk is voor de bevordering van een

goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Immers, de wet BIG (artikel 14) stelt die ‘wenselijkheid’ als voorwaarde voor de erkenning als specialisme. Het is van belang dit onderscheid zo duidelijk mogelijk te handhaven. Het structureel delegeren van taken door de specialist aan de niet-specialist draagt niet bij aan een helder onderscheid, en kan uiteindelijk afdoen aan de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

- 3.2. Ten opzichte van de tandarts heeft de kaakchirurg een aanzienlijke extra opleidingsinspanning gedaan. Om kaakchirurg te worden, is een tandarts- en artsdiploma nodig, gevolgd door een 4-jarige tandheelkundige specialistenopleiding. Dit leidt tot een zodanig verschil tussen de competentieprofielen en vakinhoudelijke kennis van de beide beroepen, dat een structurele taakdelegatie onwenselijk is en zelf onzorgvuldig kan zijn. Zowel ten opzichte van de patiënt, die recht heeft op zorg van de best toegeruste professional, als ten opzichte van ‘het specialisme MKA-chirurgie’, dat door de taakdelegatie kan verwateren.
- 3.3. Door het bijzondere karakter ervan, geldt taakdelegatie aan de kaakchirurgen in opleiding (hierna: AIOS) niet als taakdelegatie aan een tandarts. Taakdelegatie aan de AIOS moet mogelijk zijn; zonder deze zou de AIOS niet de voor de opleiding vereiste patiëntenzorg kunnen uitvoeren. Doordat de AIOS al tijdens de opleiding een eigen zorgplicht heeft gerelateerd aan het (toekomstige) specialisme, is zijn positie anders dan die van een tandarts. De bij 1.2 bedoelde declaratieregels van de NZa volgen deze lijn, door een consult te definiëren als ‘een face-to-face consult met de kaakchirurg (of arts-assistent)’. In bijzondere gevallen kan een erkende opleidingsinstelling MKA-chirurgie besluiten een ANIOS die zal gaan instromen in de opleiding in het kader van deze aanstaande opleiding aan te merken als AIOS.

4. De beroepsgroep

- 4.1 De breed gedragen ‘Visienota MKA-chirurgie 2018–2022’ die de KNMT in samenwerking met de NVMKA heeft vastgesteld, noemt een heldere positionering van de MKA-chirurgie en de kaakchirurg in de mondzorgkolom als een van drie belangrijke uitgangspunten voor de komende jaren. In deze visienota staat over taakherschikking en taakdelegatie: *‘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.’*

Oftewel: wanneer de taakdelegatie betrekking heeft op de MKA-chirurgische verrichting zelf is er geen sprake van MKA-chirurgie. Wanneer behandelingen uitgevoerd worden door de tandarts kunnen deze niet gekenmerkt worden als MKA-chirurgische verrichting. Taakdelegatie binnen de MKA-chirurgie



beperkt zich tot ondersteunende handelingen door bijvoorbeeld een mondhygiënist of verpleegkundig specialist, maar heeft geenszins betrekking op de MKA-chirurgische ingreep zelf.

- 4.2 In de visienota is ook de MKA-chirurgie gedefinieerd, inclusief de doelgroep: *'MKA-chirurgie betreft gespecialiseerde tweede- en derdelijnszorg voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie 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 patiëntencategorie 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:

- Schisis en craniofaciale aandoeningen;*
- Oncologische Hoofd-Halschirurgie;*
- Ernstig trauma.*

Patiënten die niet behoren tot één van de bovengenoemde drie subcategorieën 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. Wanneer die zorg wordt geleverd door tandartsen is sprake van reguliere mondzorg en niet van MKA-chirurgie. Ingeval van complicerende factoren komen deze patiënten overigens wel weer bij de kaakchirurg terecht. Immers, de kaakchirurg vormt het vangnet in de mondzorgkolom.

5. Conclusie

Op basis van de voorgaande overwegingen, concluderen wij dat uitvoering en levering van MKA-chirurgie alleen door kaakchirurgen (inclusief AIOS) mag

plaatsvinden, en niet door tandartsen. Het leveren van MKA-chirurgie door tandartsen:

- is niet in lijn met de definiëring en bedoeling van de Wmg-prestaties voor MKA-chirurgie en de bijbehorende tarieven en regelgeving;
- past niet binnen het Besluit Zorgverzekering;
- is niet te rijmen met de zorginhoud en de verplichte verwijzing voor MKA-chirurgie;
- doet af aan een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg door zowel tandartsen als kaakchirurgen;
- sluit niet aan bij de competentieprofielen en vakinhoudelijke kennis en kan daardoor ten opzichte van patiënten onwenselijk en zelfs onzorgvuldig zijn.

Taakdelegatie binnen de MKA-chirurgie beperkt zich tot ondersteunende handelingen door bijvoorbeeld een mondhygiënist of verpleegkundig specialist, maar heeft geenszins betrekking op de MKA-chirurgische verrichting.

Bestuur Sectie Tandarts-Specialisten (STS) van de KNMT

Bestuur Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA)