Position paper innovatieve tandheelkunde.

Stelling:

***De overheids maatregelen zorgen ervoor, dat de Innovatieve tandheelkunde binnen de huidige tandheelkundige gezondheidszorg onvoldoende gestimuleerd wordt en de gevolgen van deze situatie is een minder goede tandheelkundige zorg voor de patiënt en daarnaast ook veel hogere zorgkosten.***

Toelichting op stelling:

In Nederland is de tandheelkunde zowel in het medische circuit zelf als maatschappelijk volledig buiten de gezondheidszorg geplaatst. Verzekeringstechnisch zowel als medisch wordt het steeds meer een paramedisch beroep. Dit is een zorgwekkende ontwikkeling, omdat in het in de toekomst wel eens zo zou kunnen zijn, dat door het oplossen van tandheelkundige problemen er veel minder geld uitgegeven behoeft te worden aan de algemeen medische zorg bij diezelfde patiënt(e).

De verklaring voor deze hypothese kan men vinden in de wetenschappelijk bewezen anatomie van het menselijke neurologische systeem. Meer dan éénderde van het hersenoppervlak van de cortex (hersenschors) is de projectie van het tandheelkundige werkterrein! Bijna de helft(!) van het volume van de onbewuste hersenen in de hersenstam, die het gezondheidssysteem reguleert, wordt eveneens ingenomen door neurologisch kernmateriaal . Ook dit gedeelte, bijna de helft dus is het projectiegebied van het werkterrein van de tandarts. Zorgwekkend is het feit, dat de tandarts vrijwel geen neurologische kennis heeft en omgekeerd, dat de neuroloog vrijwel geen tandheelkundige kennis heeft. Hierdoor zijn er enorm grote gaten in kennis wat de effecten van tandheelkundige problemen zijn op de gezondheid van de totale patiënt. In plaats van een ontwikkeling naar een betere integratie van deze belangrijke feiten is er een duidelijke trend waarneembaar, dat de tandheelkunde steeds verder afdrijft naar een niet academisch vak, waar bouwkunde belangrijker is dan medische kennis. De tandheelkunde zou wel eens één van de belangrijkste medische specialisaties kunnen zijn om de totale gezondheidszorg beter en goedkoper te maken.

Onderbouwing en voorbeelden van deze stelling:

***In de huidige tandheelkunde in Nederland wordt er gewerkt met een uniform maximum tarief. Dit UPT is fnuikend voor innovatieve tandheelkunde, omdat er geen tarief bestaat voor dit soort handelingen . Sterker nog, de tandarts dient zelf vaak de kosten voor eigen rekening te nemen of is gedwongen anders een economisch delict te plegen*.**

2 voorbeelden uit de dagelijkse praktijk:

In mijn praktijk en ook in andere praktijken waar gewerkt wordt met dezelfde innovatieve methodes wordt percentagewijs heel veel therapiesucces geboekt, die zodanig veel effect hebben, dat deze patiënten na behandeling helemaal geen of vrijwel geen medische kosten meer behoeven te maken uit het basispakket, omdat zij vrijwel klachtenvrij zijn en dan met name ook op algemeen medisch gebied. Nooit is er onderzoek gedaan naar deze manier van bezuinigen , omdat er gewerkt wordt met 2 budgetten. Het basispakket en het tandheelkundige aanvullende pakket. Hierdoor komen dit soort besparingen nooit bovendrijven en wordt niet gezien, dat er nu gewerkt wordt volgens het penny wise pound foolish systeem.

*Veel chronisch zieke mensen kunnen beter worden in de breedste zin des woords als er rust verkregen wordt in de belangrijkste tandheelkundige zenuw, de drieling zenuw. Deze rust kan men verkrijgen op verschillende manieren.*

Voorbeeld 1: Door gebruik te maken van innovatieve apparatuur komt er nieuwe kennis bovendrijven, die het mogelijk maakt om exact zaken vast te stellen hoe een patiënt dichtbijt en wat de neurologische effecten daarvan zijn op de gehele patiënt. Hellaas zijn deze meetmethodieken niet vastgelegd in het UPT tarief en zijn de tandartsen genoodzaakt om via omwegen toch te komen tot een vergoeding. Dit is erg omslachtig en bovendien ontmoedigend voor de behandelend tandarts. Hierdoor worden minder mensen op deze manier geholpen en blijven deze patiënten steken in het langdurig gebruik maken van dure en zware medicatie en vervolgonderzoeken, die vaak geen duidelijke diagnose opleveren. Ook zijn deze vervolgkosten vele malen groter dan de relatief lage kosten van zo’n tandheelkundige behandeling ( deze ligt meestal maar tussen de 150 en 500 euro, terwijl de medicatie en vervolgonderzoeken in het ziekenhuis vaak jaar in jaar uit vele duizenden euro’s kost!!)

Voorbeeld 2: Binnen de tandheelkunde is er heden ten dage sprake van een enorme bezuinigings korting op de vergoedingen voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat. Deze J33 vergoeding is een maximum vergoeding van 284 euro. Is een implantaat duurder dan is er een groot probleem, omdat dan de tandarts deze extra kosten voor eigen rekening dient te nemen. Hierdoor wordt de tandarts gedwongen implantaten te kiezen van een zodanig goedkoop implantaat, dat hij dan niets voor eigen rekening behoeft te betalen. De patiënt zelf de extra kosten laten betalen is namelijk een overtreding van de wet. Binnen de innovatieve tandheelkunde wordt veel therapiesucces behaald door gebruik te maken van keramische implantaten. Nadeel van deze keramische implantaten is het feit, dat er geen Zirkonium implantaten zijn, die onder de 284 euro kosten, waardoor de tandarts genoodzaakt is deze behandeling niet uit te voeren of de kosten weer voor eigen rekening te nemen. Korte uitleg van het succes: Mensen worden gesaneerd van hun toxische elementen en deze worden vervangen door keramische implantaten. Na deze ontlasting van het zieke lichaam ziet men meer dan op toeval berustend een genezing optreden bij de patiënt. Alle tot nu toe op deze principes uitgevoerde behandelingen blijken een positief effect te hebben. Wederom heeft ook dit als resultaat, dat de zorgkosten voor de basisverzekering hierdoor substantieel minder hoog wordt. Kijkt men alleen naar het tandheelkundige budget, dan komen dit soort positieve feiten nooit naar boven.

Conclusie: De manier van bezuinigen en de aanpak van de tandheelkunde als paramedisch beroep belemmert en ontmoedigt de tandarts in zijn/haar handelingen en resulteert daarom voor de patiënt in een niet optimale behandeling. Onderzoek is nu onvoldoende en zou moeten worden gestimuleerd door de zorgverzekeraars en overheid. De tandheelkunde zal dus meer als academisch beschouwd dienen te worden en juist niet te worden uitgehold door gebruik te maken van minder dure en dus ook minder uitgebreid opgeleide “therapeuten” of door de te lage maximum tarieven.