

2^e voortgangsrapportage

Projectgroep mondzorg

2022 - 2024

Verminderen van ongewenste mijding van mondzorg vanwege financiële redenen

December 2023

Een samenwerking van:

Ministerie van VWS

Ministerie van SZW

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Divosa

Patiëntenfederatie Nederland

Mondzorgalliantie: samenwerkingsverband van KNMT, NVM-mondhygiënist en ONT

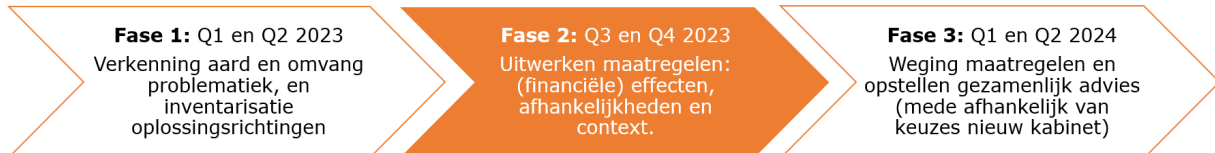


Inhoudsopgave

1. Opdracht project en voortgang.....	2
2. Bredere kosten en baten van mondgezondheid en toegang mondzorg.....	3
2.1 Nederland in internationaal perspectief.....	3
2.2 Bredere kosten en baten: de gevolgen van mondziekten voor de gezondheid.....	3
2.3 Bredere kosten en baten: verlies arbeidsproductiviteit door mondziekten.....	4
2.4 Bredere kosten en baten: maatregelen ter verbetering van de mondgezondheid.....	4
2.5 Bredere kosten en baten: de specifieke Nederlandse situatie – versnipperde data.....	4
3. Uitwerking oplossingsrichtingen.....	5
3.1 Landelijke optie: herziening basispakket.....	6
3.2 Landelijke optie: landelijke financiële regelingen doelgroepen.....	9
3.3 Landelijke optie: versterken publieke gezondheid.....	9
3.4 Lokale optie: versterken van het gemeentelijke vangnet.....	10
3.5 Lokale optie: versterken van het maatschappelijke vangnet.....	11
3.6 Integrale zorg.....	12
3.7 Discussie.....	12
4. Vervolg van het project.....	14
Literatuuroverzicht.....	15

1. Opdracht project en voortgang

Naar aanleiding van signalen over toenemende sociale ongelijkheid ten aanzien van de toegang tot mondzorg en de mondgezondheid is begin 2023 het project 'vermindering mijding mondzorg om financiële redenen' gestart. Dit project is een samenwerking van VWS, SZW, Mondzorgalliantie, Divosa, VNG, ZN en Patiëntenfederatie Nederland en loopt tot half 2024. Het project is organisatorisch onderdeel van het programma 'aanpak geldzorgen, armoede en schulden' en aanvullend op de programma's 'De Mond Niet Vergeten!' (gericht op kwetsbare ouderen), GigaGaaf! (gericht op jonge kinderen) en Gezonde Peutermonden (mondzorgprofessional bij de aanbieder van jeugdgezondheidszorg). Het project bestaat uit drie fases.



Op 29 juni 2023 is de [1^e voortgangsrapportage](#) van dit project gepubliceerd waarin is gerapporteerd over de aard en omvang van de problematiek en de geïnventariseerde oplossingsrichtingen. In deze rapportage is aangegeven dat het erg lastig is om exact vast te stellen hoeveel Nederlanders de mondzorg mijden om financiële redenen en wat daar de gevolgen van zijn. Bestaande onderzoeken verschillen in onderzoeksmethodiek en definities en er wordt niet altijd rekening gehouden met de verschillende, vaak stapelende redenen, zoals financieel, angst, onbekendheid met de vergoedingen of omdat men pas naar de tandarts gaat als er pijn is. Wel is vastgesteld dat in absolute aantallen in 1990 4,3 miljoen mensen de mondzorg niet bezochten en in 2021 was dit 3,7 miljoen (CBS). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat in 1990 veel meer Nederlanders een volledig kunstgebit hadden, die de tandarts minder vaak bezochten (24,4% (3,6 mln mensen) toen tegen 8% (1,4 mln mensen) nu). Volgens de literatuurstudie van ACTA zouden ca. 500.000 Nederlanders om financiële redenen de mondzorg mijden. Bij de 20% Nederlanders met het laagste inkomen is dat 12% (ruim 348.000 mensen).

De projectgroep heeft in het voorjaar verschillende landelijke – en lokale oplossingsrichtingen geïnventariseerd, vanuit de conclusie uit gesprekken met de doelgroep (mensen die mondzorg niet kunnen betalen) dat er niet één oorzaak is voor het probleem en dus ook niet één simpele oplossing. Een mix van deze oplossingsrichtingen zal moeten leiden tot het verbeteren van de toegang tot de mondzorg en daarmee vaker problemen met de mondgezondheid moeten voorkomen. Een aantal oplossingen betreft langere termijn trajecten, zoals het onderzoeken van aanpassingen in het basispakket. Voor de korte termijn zal daarom ook gekeken moeten worden naar oplossingen om bestaande problemen bij een groep Nederlanders nu op te lossen. Het is daarbij belangrijk om voor ogen te hebben dat voor kwetsbare Nederlanders meer hulp nodig is dan een vergoeding alleen. Hoe kwetsbaarder, hoe minder aandacht er is voor een gezonde mond. Ook het tekort aan mondzorgprofessionals (en de regionale verschillen hierin) zorgen hierbij voor drempels.

In het najaar 2023 heeft de projectgroep de geïnventariseerde opties verder uitgewerkt op basis van expertmeetings, literatuurstudie, extern onderzoek en verdiepende gesprekken. Een belangrijke leidraad voor de uitwerking van de oplossingen is de '*Handreiking acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen*' (2023) van de Mondzorgalliantie. De oplossingsrichtingen zijn uitgewerkt in de context van de recente parlementsverkiezingen, die nieuwe politieke keuzes ten aanzien van bestaanszekerheid en gezondheidszorg door het nieuw te vormen kabinet met zich mee zullen brengen. Dit maakte het lastig oplossingen al in gang te zetten.

2. Bredere kosten en baten van mondgezondheid en toegang mondzorg

De projectgroep heeft verschillende expertmeetings georganiseerd om beter zicht te krijgen op de mondgezondheid van Nederland in internationaal perspectief en de bredere kosten en baten van mondgezondheid en de toegang tot mondzorg. Veel dank aan professor Stefan Listl (o.a. Radboud UMC) en de onderzoekers van het Talma Instituut voor deze inzichten.

2.1 Nederland in internationaal perspectief

In 2019 gaf 72 procent van de volwassenen aan hun mondgezondheid als goed te ervaren¹. Mensen die hun mondgezondheid als goed beoordelen gaan vaker naar de tandarts dan degenen met een minder goede mondgezondheid. Een minder goede mondgezondheid hangt ook samen met een minder goede ervaren gezondheid en met langdurige aandoeningen zoals diabetes. Uit onderzoek van de leerstoel van prof. Listl blijkt echter ook dat de sociale ongelijkheid ten aanzien van de mondgezondheid van 50 plussers in Nederland groter is dan in veel andere Europese landen². Daarbij valt op dat minder gebruik van mondzorg in Nederland een sterke indicatie vormt voor sociale ongelijkheden, sterker dan in andere Europese landen. Zweden presteert consequent het beste met de laagste ongelijkheden (gecorrigeerd voor inkomen, onderwijs en vermogen).

Daarnaast valt het op dat het gemiddeld aantal consulten aan een tandarts per inwoner in Nederland (2,8 per jaar) significant hoger ligt dan de rest van Europa. In Zweden is dit 1,3. Een mogelijke verklaring is dat in Nederland vaak een nieuwe afspraak wordt ingepland voor een eventuele behandeling, terwijl in andere landen, mogelijk vanwege de afstand, een behandeling vaker direct wordt geboden. Uit internationaal onderzoek³ blijkt verder dat er in het algemeen weinig verschil is in gezondheidswinst tussen mensen die meerdere keren per jaar versus eens in de drie jaar naar de tandarts gaan voor controle, tenzij hier aanleiding voor is vanwege een kwetsbaar gebit (aanleg), leeftijd en slechte mondhygiëne. Ook de lange traditie in Nederland van het periodiek mondonderzoek zou een verklaring kunnen zijn. Verder onderzoek is nodig voordat solide conclusies kunnen worden getrokken over de precieze oorzaken van deze verschillen.

2.2 Bredere kosten en baten: de gevolgen van mondziekten voor de gezondheid

Er zijn associaties bekend tussen enerzijds parodontitis, tandverlies en cariës en anderzijds o.a. hartziekten, diabetes en neurologische ziekten⁴. De meerderheid van de onderzochte studies deed daarbij echter geen uitspraak over causaliteit. Causaliteit is lastig aan te tonen door klassieke experimentele methoden, maar recent onderzoek op basis van innovatieve epidemiologische methoden toont wel causale effecten van tandverlies op diabetes, cardiovasculaire aandoeningen en mentale gezondheid aan⁵. Op basis van Nederlandse zorgverzekeringsdata hebben Smits et al. (2020)⁶ bijvoorbeeld een significant effect van parodontale behandeling op diabeteskosten laten zien. De resultaten toonden aan dat parodontale behandeling geassocieerd was met € 12,03 lagere zorgkosten per kwartaal gerelateerd aan diabetes in vergelijking met geen parodontale behandeling. Dit gold voor een cohort van 41.598 individuen met diabetes in verschillende leeftijdsgroepen en geslachten. De immateriële belasting van de gezondheid in verband met mondziekten is lastiger te meten. Toch is deze ziektelast naar alle waarschijnlijkheid aanzienlijk. Voorbeelden zijn onbegrepen gedrag bij (beginnende) dementie op basis van niet-herkende pijn en ontstekingsprocessen in de mond, en ondervoeding⁷. Dit kan leiden tot ongeplande ziekenhuisopnamen bij ouderen met chronische mondproblemen⁸.

2.3 Bredere kosten en baten: verlies arbeidsproductiviteit door mondziekten

De productiviteitsverliezen (ziekteverzuim) ten gevolge van mondziekten zijn voor 194 landen geschat op basis van DALY's⁹ en het nationaal product. Voor Nederland wordt dit geschat op € 4,3 mld euro¹⁰. Hoewel deze schatting geen directe uitspraak kan doen over het exacte economische rendement van alternatieve beleidskeuzes voor de mondzorg, geeft deze schatting wel aan dat de Nederlandse maatschappij niet alleen door minder behandelkosten maar ook door minder productiviteitsverlies (door minder ziekteverzuim) baat heeft bij vermindering van de ziektelast door mondziekten.

2.4 Bredere kosten en baten: maatregelen ter verbetering van de mondgezondheid

Er zijn aanwijzingen dat bepaalde maatregelen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de mondgezondheid. Bijvoorbeeld door programma's ter verlaging van de consumptie van suiker, de voorlichting over goede mondhygiëne en door de toegang tot de mondzorg voor bepaalde doelgroepen te verbeteren¹¹. Het Talma instituut¹² heeft een internationale scoping review uitgevoerd naar beleidsinterventies die bewezen effectief bijdragen aan het verbeteren van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van tandheelkundige zorg. Er zijn 4 soorten interventies in de literatuur geïdentificeerd: 1. vergroten capaciteit mondzorg¹³, 2. veranderen van de vergoeding, 3. veranderen organisatie en 4. veranderen bekostiging en contractering.

Op basis van de geïnccludeerde onderzoeken zou het uitbreiden van *managed care* (doelmatige zorgverlening in combinatie met zorg op maat) zorginterventies voor kinderen en het toevoegen van tandheelkundige dekking aan de basisverzekering voor volwassenen de toegang tot tandheelkundige zorg in Nederland kunnen verbeteren. Vanwege mogelijke overloopeffecten is het raadzaam een combinatie van deze beleidsinterventies te onderzoeken. Het onderzoek van het Talma Instituut geeft geen berekeningen van de benodigde investeringen en de (bredere) baten voor Nederland. Er wordt wel gewezen op het belang van voorspelbaarheid van kosten¹⁴.

2.5 Bredere kosten en baten: de specifieke Nederlandse situatie – versnipperde data

Zoals uit voorgaande paragrafen blijkt, wijst internationaal en Nederlands onderzoek in de richting van belangrijke baten van investeren in mondzorg.^{11,13,15} Specifieke berekeningen zijn echter (nog) niet mogelijk vanwege versnipperde data, die ook niet altijd openbaar toegankelijk zijn of die bewerkt moeten worden met nog te ontwikkelen modellen. De projectgroep wil onderzoeken in hoeverre RIVM, Mondzorgalliantie, Radboudumc, ACTA, CBS en ZiNL de krachten zouden kunnen bundelen om tot (betere) berekeningen te kunnen komen. Een verkenning kennisinfrastructuur van mondzorg door de Gezondheidsraad of ZonMw zou hierbij kunnen helpen. Daarnaast bieden de door het Radboudumc gecoördineerde EU onderzoeksprojecten DELIVER en PRUDENT mogelijke synergiën omtrent de berekening van kosten en baten van beleidsopties voor de mondzorg in Nederland. Overigens ontbreekt dergelijke informatie ook in veel andere landen.

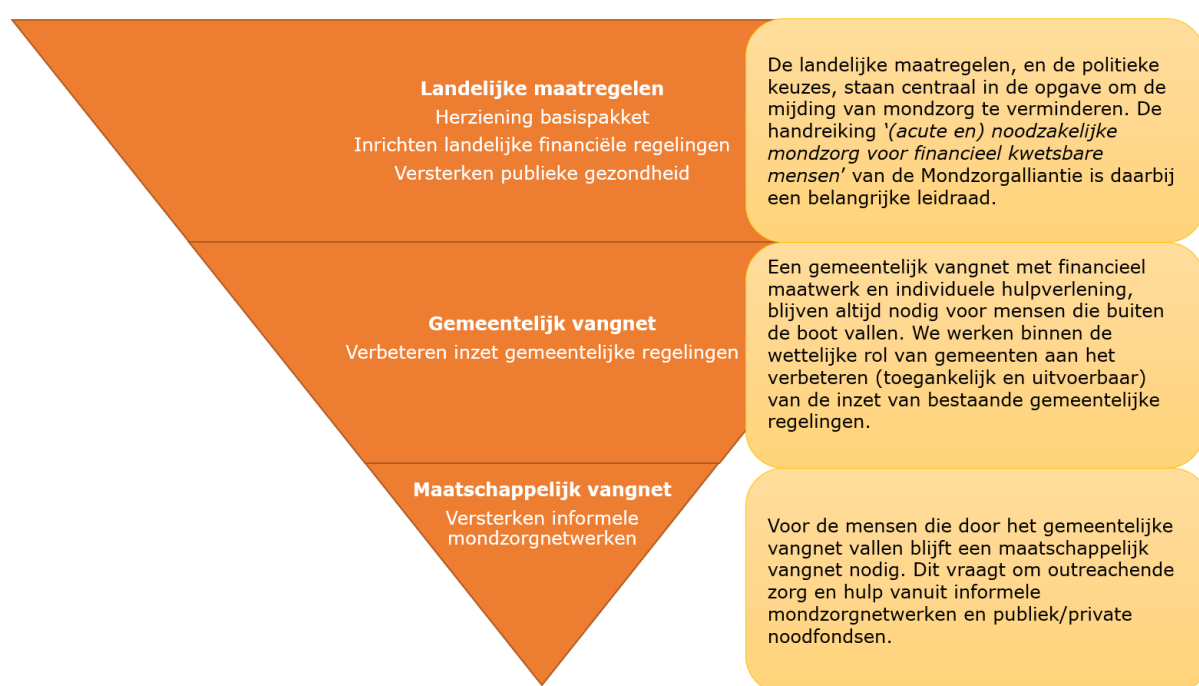
3. Uitwerking oplossingsrichtingen

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat verschillende maatregelen kunnen bijdragen aan het terugdringen van de sociale ongelijkheid in Nederland voor wat betreft de mondgezondheid. Ook laat de literatuur zien dat het terugdringen van mondziekten bredere kosten en baten kent. Het is niet gemakkelijk, noch op korte termijn haalbaar, om de exacte (bredere) kosten baten te bepalen van elke maatregel, of combinatie van maatregelen. In dit hoofdstuk worden de opties naast elkaar gepresenteerd, maar er wordt nog geen advies gegeven.

Grofweg kan onderscheid worden gemaakt tussen algemene of doelgroepgerichte landelijke opties (herziening basispakket, landelijke regelingen en versterken publieke gezondheid) en lokale opties (versterken gemeentelijk en maatschappelijk vangnet). Geen enkele optie lost op zichzelf de problematiek op. Een mix van elkaar versterkende oplossingen is nodig. De keuze voor deze mix is mede afhankelijk van politieke keuzes ten aanzien van organisatie en bekostiging van gezondheidszorg en bestaanszekerheid die het nieuwe kabinet zal maken. Het verhogen van de koopkracht, noch de uitbreiding van het basispakket, zijn oplossingen op zichzelf. Ook dan zal een aantal mensen niet naar de tandarts gaan, al dan niet vanuit een bewuste keuze. Daarom zijn aanvullende maatregelen (zoals voorlichting) nodig.

Een belangrijke leidraad voor de uitwerking van de oplossingen is de '*Handreiking acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen*' (2023) van de Mondzorgalliantie. Deze handreiking beschrijft voor het eerst wat onder noodzakelijke en acute mondzorg wordt verstaan en pleit voor een uniforme oplossing binnen bestaande regelingen om voor de juiste doelgroep acute en noodzakelijk mondzorg te bieden vanuit een specifieke aanspraak op zorg. Hiervoor is een lijst van de specifieke prestatiecodes opgenomen die binnen de specifieke aanspraak zonder machtiging voor deze interventies kunnen worden gedeclareerd. Hierbij wordt bijv. € 250,- per jaar als afkappunt gehanteerd. Declaraties boven de € 250,- vragen dan om een machtiging.

In de onderstaande figuur zijn de maatregelen geschetst. De projectgroep is van mening dat dat landelijke maatregelen weliswaar centraal staan, maar dat een gemeentelijk en maatschappelijk vangnet nodig blijven.



3.1 Landelijke optie: herziening basispakket

Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden (18 jaar of ouder) maakt, met uitzondering van de zogenaamde bijzondere tandheeldkunde, het volledige kunstgebit en klikgebit, geen deel uit van het basispakket van de Zvw. De mondzorg voor volwassenen is in 1995 voor een groot deel uit het toenmalige ziekenfondspakket gehaald. Een belangrijk uitgangspunt hierbij was dat jongeren op 18-jarige leeftijd een goede mondgezondheid zouden hebben, waardoor de kosten die daarna zouden komen, te overzien zouden zijn en daarmee voor eigen verantwoordelijkheid en rekening konden komen. In 2002 is preventief onderhoud (periodieke controle, gebitsreiniging en foto's) uit het ziekenfonds gehaald. De bezoekfrequentie van volwassenen aan de tandarts is na deze pakketkeuzes vrij stabiel gebleven.

Het Talma instituut stelt op basis van hun onderzoek dat de uitbreiding van het basispakket (bijvoorbeeld door het toevoegen van diensten zoals preventief onderzoek of spoedeisende zorg) of uitbreiding van de groep die in aanmerking komt voor de dekking (bijvoorbeeld door de dekking uit te breiden naar andere leeftijdsgroepen) de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg verbeteren. Een paar studies toonden significante positieve effecten aan op de mondgezondheidstoestand of betaalbaarheid. Een complicerende factor zijn de extra kosten van het dekken van tandheelkundige zorg voor volwassenen binnen het basiszorgverzekeringspakket, aangezien dit waarschijnlijk zal leiden tot een verhoogde premie en dus niet automatisch de financiële barrières voor de gezondheidszorg zal oplossen. De zorgtoeslag loopt weliswaar parallel met de hoogte van de premie, maar vangt premiestijgingen nooit volledig op. Daarnaast speelt het al dan niet van toepassing zijn van eigen risico een rol in beleefde, financiële toegankelijkheid van mondzorg. Een ander probleem is het tekort aan tandartsen, waardoor bij meer vraag naar mondzorg door bredere vergoeding het maar de vraag is of die zorg kan worden geleverd. De projectgroep stelt vast dat het uitbreiden van de aanspraak een algemene (politieke) maatregel is met gevolgen voor de hoogte van de zorgpremie (waardoor er een andere lastenverdeling ontstaat) en voor het zorgstelsel. De exacte effecten zijn niet duidelijk. Enerzijds zou zorginkoop kunnen leiden tot doelmatigere zorg, doordat zorgverzekeraars op grotere schaal benchmarks uit kunnen voeren en meer inzicht krijgen in de algehele mondgezondheid van volwassenen. Anderzijds zouden de zorgkosten kunnen toenemen, omdat een uitbreiding van het basispakket niet kan leunen op wetenschappelijk onderzoek naar optimaal mondzorg bezoek. Ook verschilt de behoefte aan mondzorg per persoon. Bij een kwetsbaar gebit kan tweemaal per jaar een controle verstandig zijn, terwijl in andere gevallen eenmaal een controle per twee jaar voldoende is ¹⁶.

Voorbeelden van mogelijke opties ter herziening van het basispakket zijn (niet uitsluitend):

Optie 1. Een breed verzekerd pakket

In 2022 waren de totale uitgaven aan mondzorg volgens het CBS¹⁷ € 3,4 mld, waarvan ca. € 900 mln via de Zorgverzekeringswet, € 100 mln via de Wet langdurige zorg en € 2,4 mld via de aanvullende zorgverzekering of door eigen betaling. Ca. 685.000 Nederlanders zijn verzekerd via een gemeentelijke collectiviteit met altijd een aanvullende verzekering voor mondzorg.

De onderstaande subopties gaan uit van een uitbreiding van het basispakket met vrijwel alle vormen van mondzorg. Het is de vraag of orthodontie aan dit bredere pakket zou moeten worden toegevoegd, omdat dit voornamelijk om esthetische redenen wordt ingezet. Een tweede vraag is of het verstandig is om het eigen risico van toepassing te laten zijn. Enerzijds is het eigen risico een manier om de zorg betaalbaar te houden (o.a. doordat mensen kritischer zijn over de meerwaarde van zorgverlening), anderzijds werpt dit voor mensen in een financieel kwetsbare positie weer een drempel op.

- **Optie 1a '(vrijwel) alle mondzorg':** Bij deze optie wordt geschat dat het basispakket wordt uitgebreid met ca. € 2,42 miljard euro (incl. eigen risico) en € 1,62 mld (excl. eigen risico) aan mondzorgkosten. De stijging van de kosten van de verzekering bedraagt € 9,50 per maand, waarvan € 4,75 via de premie en € 4,75 via werkgeversbijdrage zal moeten worden opgebracht.
- **Optie 1b 'max vergoeding € 250,-':** Een variant van optie 1a is om een maximum in te stellen van € 250,-

Toelichting berekening: Bij deze optie is uitgegaan van de totale uitgaven aan mondzorg via de aanvullende zorgverzekeringen en eigen betalingen. Het eigen risico wordt geschat op € 610 mln. Bij de berekening wordt uitgegaan van 20% preventieve mondzorg (gelijke verdeling over verzekerden) en 80% niet-preventieve mondzorg (ongelijke verdeling over verzekerden). Disclaimer: Deze berekeningen kennen een grote mate van onzekerheid.

(Mogelijke) effecten:

- De individuele financiële effecten zijn afhankelijk van het zorggebruik. De lastenverdeling mondzorgkosten zal met deze maatregel veranderen in het voordeel van 'ongezondere Nederlanders', die het eigen risico al hebben volgemaakt. Voor mensen die weinig zorg gebruiken zou het deel van de mondzorg in de basisverzekering ten koste gaan van het eigen risico, en zij zouden dan juist meer gaan betalen. Voor gezonde mensen die nu een aanvullende verzekering hebben kan de financiële drempel bij toepassing van het eigen risico juist hoger worden.
- Een aanvullend effect zou kunnen zijn dat wanneer de zorg onder het basispakket valt zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om betere contractafspraken te maken en bijvoorbeeld selectief in kunnen kopen. Dit kan zowel bijdragen aan lagere kosten (minder overbehandeling) en aan kwalitatief betere zorg (meer mogelijkheden voor benchmarking). In hoeverre contractering bijdraagt aan lagere kosten en kwalitatief betere zorg is ook afhankelijk van het hinderpaalcriterium. Ook kan de rol van zorgverzekeraars een positief effect hebben op preventieve mondzorg door vernieuwende financieringsarrangementen. De totale mondzorgkosten kunnen toenemen doordat een deel van de verzekerden zorg afneemt met een beperkte meerwaarde voor de mondgezondheid (beperkte financiële drempel).
- De verwachting is dat de uitvoeringskosten van de aanvullende verzekering vergelijkbaar zijn met de basisverzekering, omdat deze door zorgverzekeraars op dezelfde wijze wordt uitgevoerd. Wel kunnen de kosten om de zorg in te kopen iets toenemen, maar hier staat tegenover dat selectieve contractering bijdraagt aan doelmatigheid.

Optie 2. Pakket preventie en controle

Primaire preventie is het poetsen met fluoride en verstandig omgaan met voeding. Deze optie past bij het doel om mondziekten te voorkomen, maar past niet in de schadeverzekering die de Zvw is. Het stimuleren van een gezond eetpatroon past beter in de publieke gezondheid, waar veel aandacht voor leefstijl is in het kader van het voorkomen van overgewicht en diabetes type 2. In programma's als GALA zou daarom meer aandacht aan mond en gebit besteed kunnen worden. Zie ook paragraaf 3.3. In de subopties wordt de vergoeding van mondzorg daarom beperkt tot secundaire preventie handelingen, zoals een periodieke controle, röntgenfoto's en gebitsreiniging.

- *Optie 2a '1 x controle' (excl. eigen risico):* Deze optie leidt tot een verschuiving van maximaal € 382,5 mln aan mondzorgkosten naar het basispakket. In deze variant zou een beperkte poetsinstructie kunnen worden toegevoegd.
- *Optie 2b 'Uitgebreide controle inclusief gebitsreiniging en twee kleine foto's' (excl. eigen risico):* Deze optie leidt tot een verschuiving van maximaal € 1,32 mld aan mondzorgkosten naar het basispakket.

Toelichting berekening: Bij de berekening van de opties wordt uitgegaan van 14.299.601 verzekerden en de volgende kostprijzen: € 26,75 per controle¹⁸ of een uitgebreide consult inclusief gebitsreiniging en twee kleine foto's van € 92,33.¹⁹ Hoeveel mensen geen gebruik zullen maken van preventieve zorg is niet bekend. Om die reden wordt gesproken over een 'maximale' verschuiving van kosten. Disclaimer: Deze berekeningen kennen een grote mate van onzekerheid.

(Mogelijke) effecten:

- Het opnemen van preventieve mondzorg in het basispakket is geen garantie dat mensen die op dit moment de mondzorg mijden, dan wel gaan. De redenen om de mondzorg mijden zijn vaak gestapeld. Ook zijn culturele verschillen ten aanzien van het bezoeken van zorgprofessionals hierbij relevant. Het effectief bereiken van bepaalde doelgroepen

(bijvoorbeeld met een migratie achtergrond) vraagt veelal om persoonlijk contact, zoals zal worden gedaan met de geplande mondzorgcoaches bij aanbieders van jeugdgezondheidszorg.

- Wetenschappelijk onderzoek geeft geen uitsluitsel over het optimale te verzekeren 'preventief pakket' met betrekking tot het aantal controles per jaar, aantal röntgenfoto's, etc.. Dit verschilt per persoon. De kosten zouden kunnen toenemen doordat een deel van de Nederlanders vaker naar de tandarts gaat dan nodig.
- Ook voor deze opties geldt dat het berekenen van een eigen risico een drempel kan vormen voor het bezoeken van de tandarts en de positieve effecten van de interventie mogelijk teniet doen, zeker voor mensen met een beperkt inkomen.

Optie 3. Volledige dekking voor doelgroepen: van 18 jaar naar 25 jaar

De onderstaande subopties zien toe op een uitbreiding van de dekking van mondzorg voor doelgroepen, bijvoorbeeld voor jongeren. De gelaats- en gebitsontwikkeling van kinderen is pas voltooid als zij 23 jaar zijn en de hersenontwikkeling pas bij 25 jaar. Jongeren worden vanaf 18 jaar weliswaar als volwassen gezien, maar kunnen tegelijkertijd vaak de gevolgen van het ontbreken van goede mondzorg nog niet goed overzien, waardoor de verleiding groot is om bij weinig inkomen af te zien van een aanvullende (tandarts)verzekering en tandartsbezoek. Ook kan worden gedacht aan een uitbreiding van de aanspraak voor ouderen²⁰.

- *Optie 3a 'uitbreiding basispakket tot 25 jr':* In deze suboptie zou ca. € 230 mln (1,5 mln maal € 146,02 per verzekerde) aan mondzorgkosten verschuiven naar het basispakket.
- *Optie 3b 'uitbreiding basispakket voor kwetsbare ouderen':* De suboptie gericht op ouderen dient eerst verder te worden bestudeerd. Op dit moment zijn de financiële effecten nog niet in beeld.

Toelichting berekening: Over 2022 zijn de kosten van mondzorg uit het basispakket voor de groep 12- tot en met 18-jarigen € 260 miljoen. Volgens het CBS zijn dit ongeveer 1.165.000 mensen, waarmee de kosten per verzekerde op ongeveer €222 uitkomen. Als dit getal wordt geëxtrapoleerd naar de groep 18- tot en met 24-jarigen, dan komt dit uit op een bedrag van circa € 350 miljoen. Deze berekening gaat ervan uit dat het mondzorggebruik van 18- tot en met 24-jarigen ongeveer gelijk is aan dat van 12- tot en met 17-jarigen, hetgeen niet per se het geval hoeft te zijn. Een ander aandachtspunt is dat het gebruik per persoon hierin hoger is ingeschat dan het gebruik van mondzorg op basis van de gemiddelde kosten in de aanvullende verzekering. Disclaimer: Deze berekeningen kennen een grote mate van onzekerheid.

(Mogelijke) effecten:

- De uitbreiding van de aanspraak voor jongeren tot en met 25 jaar zorgt er volgens de KNMT²¹ voor dat iedereen 'drempelvrij' naar de tandarts kan totdat hij/zij/hen fysiologisch is uitgegroeid. Hierbij geldt wel de uitdaging om jongeren te bereiken. Jongeren mijden ook om andere redenen vaker de zorg (betere algehele gezondheid en meer risicovol gedrag).
- Voor kwetsbare ouderen geldt dat complexe medische problematiek en geneesmiddelengebruik de gezondheid van de mond beïnvloeden en andersom. Optie 3b kan daarom vooral voor kwetsbare ouderen met een laag inkomen een positief effect hebben op de mondgezondheid.

Effect in beeld: herziening basispakket	
Algemeen: Verschuiving lasten verdeling (politieke weging)	
Positief effect	Negatief effect
Stimuleert mondgezondheid	Grote investering
Doelmatige zorginkoop door verzekeraars	Administratieve lasten
Gelijk belang mondzorg ten opzichte van andere zorgsegmenten in basisverzekering	Is doelgroep financieel kwetsbaren hiermee geholpen als premie basisverzekering stijgt / eigen risico van toepassing is?
Mogelijkheden benchmark, meer inzicht in zorggebruik, mondgezondheid	Hogere premie voor iedereen om kleinere groep te helpen – solidariteit groot genoeg?
Eenduidig	

3.2 Landelijke optie: landelijke financiële regelingen doelgroepen

De Mondzorgalliantie ziet verschillende opties om de aanspraak op zorg, zoals genoemd in de handreiking²², in een regeling onder te brengen, namelijk:

- een universele aanvullende verzekering, waarop de verzekerde aanspraak heeft als hij/zij/hen voldoet aan de nader te bepalen criteria, zonder een bestaande basisverzekering met eventuele aanvullende verzekering te verliezen;
- een regeling overeenkomstig de Regeling Medische Zorg Asielzoekers en de gemeentepolis.

Het voorstel is dat per jaar tot een maximum van bijv. € 250,- (jaarlijks te indexeren) kan worden gedeclareerd en eenmalig na machtiging boven dit maximumbedrag. In alle gevallen is er geen eigen bijdrage. De regeling is voorspelbaar qua kosten en afgebakend voor wie de mondzorg acuut en noodzakelijk is en hiervoor niet de financiële middelen heeft. Verkend zou moeten worden of dit bereikt kan worden door aan te sluiten bij bestaande regelingen voor vergelijkbare groepen in de maatschappij, bijvoorbeeld de bijstandsregeling, de gemeentepolis of de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV). Het is van belang dat de patiënt daarbij ook wordt voorgelicht en praktische handvatten krijgt voor preventie. De regeling kan daarbij als springplank fungeren, terug naar het reguliere stelsel.

Bij een verdere uitwerking van deze optie zal gekeken worden naar eventuele wettelijke belemmeringen. De Participatiewet verbiedt bijvoorbeeld de inzet van bijstand bij een voorliggende voorziening, zoals een (aanvullende) zorgverzekering. De optie 'landelijke financiële regelingen' kent als nadeel bijvoorbeeld de verdere uitbreiding van een complex stelsel van inkomensondersteuning.

Effect in beeld: landelijke regelingen	
Positief effect	Negatief effect
Effectief voor doelgroepen	Bereikt niet iedereen door het moeten voldoen aan specifieke criteria
Duidelijkheid voor doelgroep, zorgprofessional en overheden	Complexiteit neemt toe door meer regelingen
	Niet-gebruik van de regeling
	Armoedeval

3.3 Landelijke optie: versterken publieke gezondheid

De publieke gezondheidszorg richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen via collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. De verbeteringen in de mondgezondheid in het verleden waren deels het resultaat van de samenwerking met organisaties die zich bezighouden met de publieke gezondheid, dus beschikbaar voor elke burger. GGD's hadden Tandheelkundig Preventief Medewerkers in dienst die ouders, kinderen en leerkrachten ondersteunden in de mondgezondheid. Het was voor de meeste mensen gewoon om elk (half) jaar voor controle naar de tandarts te gaan en de voorlichting over mondzorg werd aangeboden samen met andere thema's over gezond leven. In de afgelopen tientallen jaren is deze samenwerking tussen publieke gezondheidszorg en (private) mondzorg sterk verminderd. Een optie is om weer sterker in te zetten op samenwerking tussen publieke gezondheidszorg, Zvw zorg (mondzorg voor kinderen) en private mondzorg (voor volwassenen) in het kader van preventieve mondzorg, waardoor kennis over preventie en goede mondzorg ook beschikbaar worden voor de mensen die nu niet naar de tandarts en mondhygiënist gaan.

Een bijzondere doelgroep wordt gevormd door kinderen die niet naar de tandarts gaan. In Amsterdam bijvoorbeeld gaan 30.000 kinderen niet naar de tandarts, terwijl ze wel verzekerd zijn vanuit de basisverzekering. Redenen daarvoor zijn angst bij ouders voor toch extra kosten, onbekendheid met verzekering, te weinig aandacht bij jeugdgezondheidszorg door hoge werkdruk en andere prioriteiten. Omdat kinderen in principe wel verzekerd zijn, liggen hier veel mogelijkheden voor het optimaliseren van de samenwerking tussen Publieke Gezondheid en de Zorgverzekeringwet. De mondzorgcoach (mondzorgprofessional) bij het consultatiebureau en

schooltandartsen zijn hiervan goede voorbeelden. Maar het kan en moet nog beter om het uitgangspunt van het verzekeren van kinderen om ze een goede mondgezondheid op volwassen leeftijd mee te geven overeind te kunnen houden.

Uit diverse onderzoeken²³ blijkt dat grote publieke gezondheidswinst is te behalen met het beperken van de suikerinname (bijvoorbeeld door een suikertaks en btw-verlaging voor onbewerkt voedsel). Onderzoek²⁴ van het Radboudumc naar de maatschappelijke kosten en baten van een suikertaks in relatie tot cariës toont bijv. aan dat de invoering van 20 procent belasting op suikerhoudende frisdranken ca. één miljoen minder gaatjes in het gebit zou opleveren, rekening houdend met de gemiddelde levensverwachting. Dit betekent dat de gemiddelde Nederlander door een suikertaks twee extra gaatjesvrije jaren bij zou krijgen. Het grootste effect zagen de onderzoekers van het Radboudumc bij kinderen van 6 tot 12 jaar: het gebit van de meisjes zou door die belasting zes jaar langer gaatjesvrij blijven, bij jongens zou dat zelfs negen jaar langer zijn. Daarnaast zou een dergelijke suikertaks ook ca. 160 miljoen euro aan tandartskosten kunnen besparen. Niet in de laatste plaats zou een dergelijke suikertaks op lange termijn ca. 3.5 miljard euro aan belastinggeld op kunnen brengen, terwijl de uitvoering ervan slechts ca. 37 miljoen euro zou kosten¹⁹.

Het is dan ook opvallend dat mondgezondheid weinig tot geen aandacht krijgt in preventieprogramma's, gericht op verminderen van obesitas en diabetes. Gerichte instructies over goed poetsen en het belang van het gebruik van fluoride tandpasta, dragen ook in belangrijke mate bij aan gezondheidswinst en zijn betaalbaar. Het is zorgwekkend te noemen dat tandpasta zonder fluoride een vaste plek in het schap heeft verworven.

De bovengenoemde (nog verder uit te werken) opties zijn aanvullend op bestaande trajecten:

- **'De Mond Niet Vergeten!':** In dit project wordt met de beroepsgroepen multidisciplinair samengewerkt aan het verbeteren van de mondgezondheid van 100.000 thuiswonende ouderen door attractief en helder voorlichtings- en scholingsmateriaal en samenwerkingsafspraken.
- **GigaGaaf! en Gezonde Peutermonden:** Er zijn verschillende trajecten waarin de mondzorg en de jeugdgezondheidszorg hun samenwerking versterken gericht op het verbeteren van de mondgezondheid van jonge kinderen door o.a. de gerichte verwijzing van kinderen naar de mondzorgpraktijken, schooltandartsen en de mondzorgcoaches bij aanbieders van Jeugdgezondheidszorg.

Effect in beeld: versterken publieke gezondheid	
Positief effect	Negatief effect
Iedereen heeft er baat bij	Indirect effect
Ook positieve effecten op obesitas en diabetes	Voorlichting komt niet aan als je veel andere problemen hebt
PGO mondzorg voor dagelijkse hulp is een optie	
Bij inzet op kinderen hele generaties gered	Lastig om belangrijkste groep te bereiken

3.4 Lokale optie: versterken van het gemeentelijke vangnet

Per 2014 hebben gemeenten een wettelijke verantwoordelijk (art. 2.1.7. van de Wmo 2015) om financieel maatwerk te bieden aan chronisch zieken en gehandicapten (met bovengemiddeld veel zorgkosten). Gemeenten ontvangen daarvoor vanaf 2017 structureel 268 mln euro, in het huidige prijspeil is dit 370 mln euro. Gemeenten hebben de vrijheid om te bepalen op welke wijze ze tot financieel maatwerk voor hun inwoners komen. Bijvoorbeeld via de gemeentepolis, bijzondere bijstand of een noodfonds. Dit financiële maatwerk beperkt zich vaak niet tot chronisch zieken en gehandicapten. Ook minima (vaak tot 120% van de bijstandsniveau) worden geholpen met medische kosten, waaronder mondzorgkosten.

In de 1^e voortgangsrapportage is gerapporteerd over de uitkomsten van het onderzoek door bureau BS&F onder 185 gemeenten. De meeste gemeenten (84%) zien de categoriale bijzondere bijstand, waaronder de gemeentepolis, als de meest effectieve en duurzame gemeentelijke regeling voor het verminderen van de mijsding van mondzorg om financiële redenen. Een aanvullende zorgverzekering voor mondzorg is altijd onderdeel van de gemeentepolis. De gemeentepolis is vanwege de hoogte van de premie niet voor iedereen een geschikte polis. Ook is de dekking niet altijd voldoende.

Er is ook kritiek op de inzet van gemeentelijke regelingen. De commissie sociaal minimum stelt hierover in haar [2^e rapport](#) (okt. 2023) dat *"de verschillen tussen gemeenten bij de inkomensbescherming uit balans zijn geraakt, er wordt gesproken over "de ontoegankelijkheid en onvoorspelbaarheid van lokale regelingen"* en de onwenselijkheid om nieuwe taken bij gemeenten neer te leggen. Op de langere termijn zijn volgens de commissie stelseladaptaties nodig; landelijk wat kan en lokaal als vangnet.

De projectgroep ziet, mede op basis van de handreiking van BS&F²⁵, mogelijkheden om het gemeentelijk vangnet binnen de bestaande wettelijke rol, en met bestaande instrumenten, te verbeteren. De gemeentepolis biedt hiervoor veel mogelijkheden. Gedacht kan worden aan de volgende opties:

- aanvullende landelijke middelen om premiekorting te verhogen;
- uitbreiden dekking aanvullende verzekering op basis van handreiking Mondzorgalliantie en geleerde lessen bij gemeenten (bijvoorbeeld eenmalige vergoeding sanering);
- het gebruik van sociale tarieven door mondzorgprofessionals door deelnemers van de gemeentepolis (bijv. 60%/70% van de maximale tarieven);
- gerichte uit te werken preventieve maatregelen.

Deze maatregel vraagt om een samenwerking van de Rijksoverheid, gemeenten, mondzorgprofessionals en zorgverzekeraars.

Effect in beeld: gemeentelijk vangnet	
Positief effect	Negatief effect
Dicht bij burger, zicht op doelgroep	Niet universeel – verschillen per gemeente
Onderdeel aanpak obesitas/kwetsbaren	Hoge druk op begroting gemeente
Landelijke kosten worden beperkt – meer maatwerk	Hoge uitvoeringskosten en druk op uitvoeringscapaciteit.
Vergroten saamhorigheid en samenwerking tussen organisaties en gemeenten	Veel 'hoepeltjes' voor doelgroepen
	Als gemeentepolis duurder is dan budgetpolis, dan minder effectief
Eerste lijn nodig	

3.5 Lokale optie: versterken van het maatschappelijke vangnet

Als gemeentelijke regelingen en lokale initiatieven ontoereikend zijn, dan is het van belang om een vangnet te organiseren. In sommige gemeenten zijn informele mondzorgnetwerken, van mondzorgprofessionals en maatschappelijke organisaties, actief om de meest kwetsbare mensen te helpen bij acute mondzorgproblematiek. Deze netwerken worden op uiteenlopende manieren bekostigd. Het gaat vaak om een combinatie van subsidie en/of steun in natura door maatschappelijke fondsen, gemeenten, zorgverzekeraars, kerkelijke instanties en donaties en belangeloze medewerking van sociale mondzorgverleners. Volgens Dokters van de Wereld werden via deze netwerken in 2018 naar schatting 10.000 consulten verleend aan (onder meer) mensen met een laag inkomen, een lage sociaaleconomische status, schulden of psychiatrische problemen, dak- en thuisloze mensen, ongedocumenteerden, sekswerkers en (ex)verslaafden.

De inzet van deze netwerken zou met name in de focusgebieden kunnen worden versterkt om daarmee het bereik te verbeteren. Bijvoorbeeld door landelijke (financiële) steun en het helpen

delen van geleerde lessen tussen gemeenten. Onderdeel van een maatschappelijk vangnet kan zijn een noodfonds. Noodfondsen voor mondzorg worden over het algemeen gesubsidieerd vanuit de gemeente, aangevuld met gelden vanuit andere stichtingen, fondsen, sponsors etc. Ook kan er vanuit het lokale ondernemersnetwerk geld worden opgehaald voor het goede doel: mondzorg voor inwoners in een kwetsbare situatie.

Effect in beeld: maatschappelijk vangnet	
Positief effect	Negatief effect
Vangnet voor moeilijkste groepen, bijv. dakloze en ongedocumenteerde mensen.	Mensen liever eerder helpen
Kleinschalig = flexibel	Bereik voldoende?
Bestaande structuren worden geholpen waardoor lagere administratieve lasten	Stevige basis nodig
Aandacht voor mondgezondheid bij maatschappelijk vangnet partijen	Afhankelijk van liefdadigheid
Professionaliseren en institutionaliseren van maatschappelijke hulp geeft waarborgen voor continuïteit en kwaliteit	Risico dat maatschappelijk vangnet wordt gezien als voldoende, waardoor verbeteren / instellen landelijke maatregelen achterwege wordt gelaten

3.6 Integrale zorg

In september 2022 is het integraal zorgakkoord getekend. Dit akkoord heeft als doel om de zorg in de toekomst voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden en de kwaliteit te verbeteren. Er is onder andere afgesproken dat er meer wordt ingezet op preventie, dat partijen intensiever met elkaar moeten samenwerken en dat de eerstelijnszorg versterkt moet worden.

De projectgroep ziet veel meerwaarde in het betrekken van de mondzorg bij de verdere uitwerking van het Integraal Zorgakkoord. De mondgezondheid maakt immers integraal onderdeel uit van onze gezondheid. Meer aandacht voor preventie in de mondzorg is hard nodig. De NVM-mondhygiënist hebben daarom ook eerder in een reactie op Prinsjesdag opgeroepen tot een "overkoepelende en samenhangende visie op preventie" van het kabinet. "Mondhygiënist zien immers steeds meer dat zorgmijding en slechte gebitten een nauwe samenhang hebben met de dalende koopkracht en oplopende armoede bij gezinnen met lagere en middeninkomens." NVM-mondhygiënist hebben toen benadrukt dat samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals in de eerste lijn een voorwaarde voor preventie is.

3.7 Discussie

Het verdiepende onderzoek dat de projectgroep dit najaar heeft verricht, laat zien dat er niet één eenvoudige oplossing is voor het probleem van het mijden van mondzorg om financiële redenen. Wel is duidelijk dat het landelijk stelsel zoveel mogelijk mensen effectief en doelmatig moet bedienen en dat gemeentelijke en maatschappelijke vangnetten daaronder nodig zijn voor die burgers die daar (tijdelijk) niet hun weg in vinden.

Het kwantitatief wegen van de verschillende oplossingsrichtingen blijkt zeer lastig. Om precies te berekenen welke impact een individuele maatregel heeft op de mondgezondheid en welke bredere kosten en baten daarmee gepaard gaan, zal een rekenmodel moeten worden uitgewerkt met daarin aannames over de mondgezondheid van doelgroepen, de mate waarin een maatregel (eventueel in combinatie met andere maatregelen) hen bereikt en de mondgezondheid bij hen verbetert (ten opzichte van niets doen) en de mogelijke effecten die dit heeft voor hun algehele gezondheid en arbeidsproductiviteit. Dit zijn zeer complexe en data intensieve berekeningen. Het is daarom niet mogelijk gebleken om deze berekeningen op korte termijn²⁶ uit te voeren voor alle maatregelen en alle combinaties van (elkaar versterkende) maatregelen. De projectgroep onderzoekt daarom de mogelijkheden voor een opdracht aan het RIVM, in aansluiting op de mondzorgmonitor die dit jaar van start is gegaan.

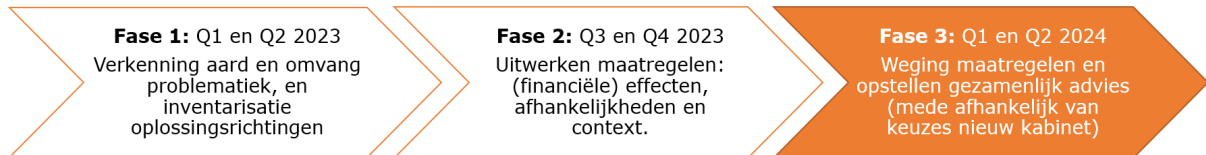
Ter prioritering van maatregelen kunnen besluitvormende gremia gebruik maken van “Evidence-Informed Deliberatieve Processen” (EDP) om geschikte maatregelen te prioriteren op basis van overleg tussen alle belanghebbenden (inclusief burgers), de beschikbare wetenschappelijke kennis en de kosten en baten van de verschillende maatregelen.

Een dergelijke aanpak zou bijvoorbeeld door de EU projecten PRUDENT en DELIVER gefaciliteerd kunnen worden om de gezamenlijke prioritering van oplossingen voor de mondzorg in Nederland, rekening houdend met de kosten en baten, te bevorderen.

- Project DELIVER²⁷: Deliberative Improvement of Oral Care Quality. De algemene doelstelling is om een blauwdrukmodel te bieden en te implementeren voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van mondzorg voor iedereen: het DELIVER Model voor Kwaliteitsverbetering.
- Project PRUDENT²⁸: Prioritization, incentives and Resource use for sUstainable DENTistry. Dit project heeft als doel een innovatief en context-aangepast kader te ontwikkelen en implementeren voor geoptimaliseerde financiering van mondzorg.

4. Vervolg van het project

De projectgroep werkt in de eerste twee kwartalen van 2024 aan een gewogen advies en een voorstel tot borging van de activiteiten en resultaten van het project. Dit is mede afhankelijk van politieke keuzes met betrekking tot bestaanszekerheid (waaronder inkomen), herinrichting sociale zekerheid en voorkeuren ten aanzien van maatregelen om de mijding van mondzorg te verminderen. Hierbij wordt ook gekeken naar samenwerking met de genoemde twee Europese projecten, die door het Radboudumc worden gecoördineerd.



De volgende activiteiten worden gestart:

- Het ministerie van VWS is met Zorginstituut Nederland in gesprek over een pakketadvies.
- De projectgroep verkent een samenwerking met Radboudumc in het kader van de EU projecten PRUDENT en DELIVER om de kosten en baten van de verschillende beleidsopties nader te onderzoeken en gezamenlijke besluitvorming (in gemeenten en landelijk) samen met alle belanghebbenden te ondersteunen.
- In 2024 zal in enkele gemeenten een pilot starten om het gemeentelijk vangnet te versterken door een betere inzet van gemeentelijke regelingen. Onderdeel hiervan is het vormgeven van een 'ideale gemeentepolis'. Hierbij wordt gedacht aan een eenmalige vergoeding voor sanering, het gebruik van sociale tarieven door mondzorgverleners en het doelgroep gericht inzetten op preventie (bijvoorbeeld met een jaarlijks mondzorgpakket).
- De projectgroep is in gesprek met Dokters van de Wereld over het versterken van informele mondzorgnetwerken in enkele gemeenten en het ophalen van de geleerde lessen voor andere gemeenten.

Literatuuroverzicht

- ¹ [Meerderheid volwassenen tevreden met mondgezondheid \(cbs.nl\)](#)
- ² Shen J, Listl S. Investigating social inequalities in older adults' dentition and the role of dental service use in 14 European countries. *Eur J Health Econ.* 2018 Jan;19(1):45-57
- ³ Fee PA, Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Boyers D, Beirne PV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 10. Art. No.: CD004346.
- ⁴ Seitz et al. 2019
- ⁵ *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(12):954-965; *J Dent Res.* 2023 Jan;102(1):37-44; *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021 May 25;30:e38
- ⁶ Smits KPJ, Listl S, Plachokova AS, Van der Galien O, Kalmus O. Effect of periodontal treatment on diabetes-related healthcare costs: a retrospective study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2020 Oct;8(1):e001666.
- ⁷ Dibello V, Lobbezoo F, Sardone R, et al. The Relationship between Oral Health-Related Quality of Life and Body Mass Index in an Older Population from Southern Italy: The Salus in Apulia Study. *J Pers Med.* 2023 Aug 25;13(9):1300. doi: 10.3390/jpm13091300
- ⁸ Aishima M, Ishikawa T, Ikuta K, et al. Unplanned Hospital Visits and Poor Oral Health With Undernutrition in Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2023 Dec
- ⁹ Disability Adjusted Life Years
- ¹⁰ Jevdjevic, Milica; Listl, Stefan, 2022, "Economic impacts of oral diseases in 2019 - data for 194 countries
- ¹¹ Jevdjevic M, Wijn SRW, Trescher AL, Nair R, Rovers M, Listl S. Front-of-Package Food Labeling to Reduce Caries: Economic Evaluation. *J Dent Res.* 2021 May;100(5):472-478.
- ¹² Wolf, E, Ziesemer, KA, Van der Hijden, E. Policy Interventions to Improve the Accessibility and Affordability of Dutch Dental Care. A Scoping Review of Effective Interventions. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4601444> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4601444>
- ¹³ In Nederland werken ca 9400 tandartsen en 3.900 mondhygiënisten aan een goede mondgezondheid.
- ¹⁴ E. Wolf, K.A. Ziesemer, E. vd Hijden, 2023, Policy Interventions to Improve the Accessibility and Affordability of Dutch Dental Care. A Scoping Review of Effective Interventions
- ¹⁵ Listl S, Quiñonez C, Vujicic M. Including oral diseases and conditions in universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2021 Jun 1;99(6):407.
- ¹⁶ De richtlijn is op dit moment: op geleide van de individuele situatie. Besluitvorming moet passen bij de richtlijn Periodiek mondonderzoek die bij de KIMO in ontwikkeling is.
- ¹⁷ [StatLine - Zorguitgaven internat. vergelijkbaar; aanbieders, financiering, 1998-2022 \(cbs.nl\)](#)
- ¹⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_741241_22/1/
- ¹⁹ [Wat kost controle bij de tandarts? \(allesoverhetgebit.nl\)](#)
- ²⁰ Bots – van t Spijker, N. 'Older people in dental practice: oral health and oral health care'. Doctoral Thesis, 2022.
- ²¹ [KNMT-verkiezingsboodschap: Houd een gezonde mond bereikbaar! | KNMT](#)
- ²² [Handreiking noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen \(knmt.nl\)](#)
- ²³ Hagenaars LL, Jeurissen PPT, Klazinga NS, Listl S, Jevdjevic M. Effectiveness and Policy Determinants of Sugar-Sweetened Beverage Taxes. *J Dent Res.* 2021 Dec;100(13):1444-1451
- ²⁴ Jevdjevic M, Trescher AL, Rovers M, Listl S. The caries-related cost and effects of a tax on sugar-sweetened beverages. *Public Health.* 2019 Apr;169:125-132.
- ²⁵ <https://open.overheid.nl/documenten/e9822048-8c2b-477a-badd-03918998e0f1/file>
- ²⁶ De motie Bushoff en Dijk werd op 5 juli 2023 aangenomen. Op 7 juli viel Rutte IV, waardoor de tijd voor het uitvoeren van de toegezegde brede KBA werd verkort van ca 1,5 jaar tot 3 maanden.
- ²⁷ EU DELIVER project: Listl S, Bostanci N, Byrne M, Eigendorf J, van der Heijden G, Lorenz M, Melo P, Rosing K, Vassallo P, van Veen EB. Deliberative Improvement of Oral Care Quality: The Horizon Europe DELIVER Project. *JDR Clin Trans Res.* 2023 Aug 11:23800844231189484. doi: 10.1177/23800844231189484.
- ²⁸ EU PRUDENT project: Listl S, van Ardenne O, Grytten J, Gyrd-Hansen D, Lang H, Melo P, Nemeth O, Tubert-Jeannin S, Vassallo P, van Veen EB, Vernazza C, Waitzberg R, Winkelmann J, Woods N. Prioritization, Incentives, and Resource Use for Sustainable Dentistry: The EU PRUDENT Project. *JDR Clin Trans Res.* 2023 Jul 24:23800844231189485.