

# Eindverslag verkenning mondzorg

**Project** 'Verminderen van ongewenste mijding van mondzorg  
vanwege financiële redenen'

*mei 2024*

*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



## Samenvatting

Begin 2023 zijn de genoemde partijen in projectvorm gestart met een verkenning van de problematiek 'mijding van mondzorg om financiële redenen' en de oplossingsrichtingen. De partijen hebben hierover reeds twee voortgangsrapportages uitgebracht<sup>1</sup> en brengen nu hun eindverslag uit.

Niet naar de mondzorgprofessionals kunnen omdat je het niet kan betalen komt steeds vaker voor in Nederland. En dat heeft verstrekende gevolgen voor zelfvertrouwen, verdere gezondheid en voor deelnemen aan de maatschappij. Uit gesprekken met mensen die in deze onfortuinlijke situatie zitten blijkt dat er niet één simpele oorzaak is aan te wijzen voor hoe ze daar terecht komen en erin blijven. Dat betekent dat er dus ook niet één simpele (financiële) oplossing voor het probleem is. Het komt neer op het zoeken naar oplossingen op drie niveaus: landelijk stelsel, gemeentelijk maatwerk en maatschappelijk vangnet. Deze niveaus staan met elkaar in verbinding in de raakvlakken tussen zorg- en sociaal domein en kunnen niet goed functioneren los van elkaar. Dat is het belangrijkste inzicht van het project "Verminderen van het mijden van mondzorg om financiële redenen".

De partijen geven het volgende pakket met maatregelen ter overweging:

1. Verbeter de financiële toegankelijkheid van de mondzorg
2. Versterk het sociale vangnet
3. Geef mondzorg hernieuwde aandacht in de publieke gezondheid

De onderzochte maatregelen zijn primair bedoeld om de financiële toegankelijkheid van de preventieve mondzorg en mondzorg bij mondziekten te verbeteren. Hierbij is gekeken naar 1. de afbakening en identificatie van doelgroep, en waar mogelijk de mate waarin de doelgroep wordt bereikt, 2. de uitvoerbaarheid en 3. de kosten. Daarbij zien de partijen voldoende capaciteit aan mondzorgprofessionals en de spreiding daarvan als een noodzakelijke randvoorwaarde bij de verkenning van de maatregelen.

De partijen concluderen daarnaast dat de keuze voor een of meer maatregelen voor een deel een politiek karakter kent. De partijen hebben hierin ook hun eigen standpunten. Dit eindverslag verkent de maatregelen daarom op hoofdlijnen, inclusief de randvoorwaarden en aandachtspunten. Een verdiepende uitwerking van de maatregelen is nodig voordat de maatregelen daadwerkelijk kunnen worden genomen.

---

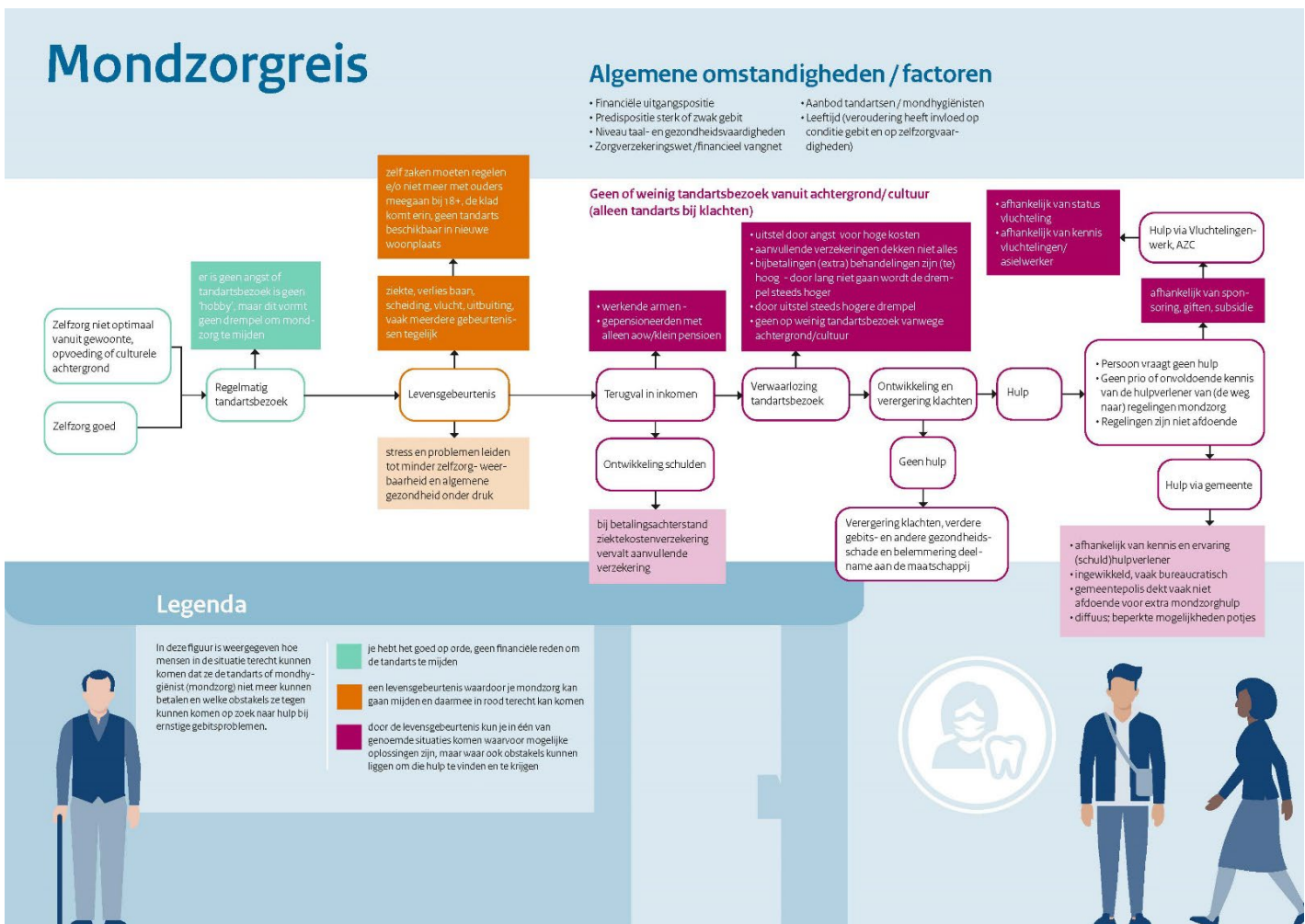
<sup>1</sup> [1<sup>e</sup> voortgangsrapportage](#) en [2<sup>e</sup> voortgangsrapportage](#)

# 1. Problematiek 'mijding van mondzorg om financiële redenen'

Hoewel minimaal 80% van de Nederlanders jaarlijks een tandarts bezoekt<sup>2</sup> en de mondgezondheid over het algemeen goed is<sup>3</sup>, constateren de partijen ook een sociale ongelijkheid in mondgezondheid van de Nederlandse bevolking onder zowel volwassenen als onder kinderen<sup>1</sup>. De financiële toegankelijkheid van de mondzorg speelt hierbij een belangrijke rol. Het 'Eindverslag verkenning mondzorg' richt zich op deze specifieke doelgroep.

We zien dat mensen in kwetsbare situaties vanwege zorgen en stress minder aandacht hebben voor een gezonde mond. Dit is te zien bij volwassenen, maar ook bij jongeren.<sup>ii</sup> De problemen die daardoor ontstaan groeien soms uit tot mondziekten met grote gevolgen. Mensen kunnen door de pijn niet meer goed eten. Ze schamen zich, waardoor ze niet durven solliciteren of te lachen in gezelschap. Of ze ontwikkelen andere gezondheidsproblemen. Dit mag niet gebeuren in een land waar de mondgezondheid en verzorgingsgraad over het algemeen goed zijn.

In onderstaande infographic<sup>4</sup> is weergegeven wat 25 mensen in dit project die mondzorg mijden om financiële redenen aangeven als oorzaken en gevolgen van die mijding en welke drempels zij op hun weg vinden opzoek naar hulp. Onderzoek naar de mijding van mondzorg toont aan dat financiën een rol spelen in mijding van mondzorg, maar dat zaken als angst voor behandelingen, beperkingen in bereikbaarheid en toegankelijkheid én een gebrek aan besef van urgentie ook een rol spelen<sup>iii</sup>.



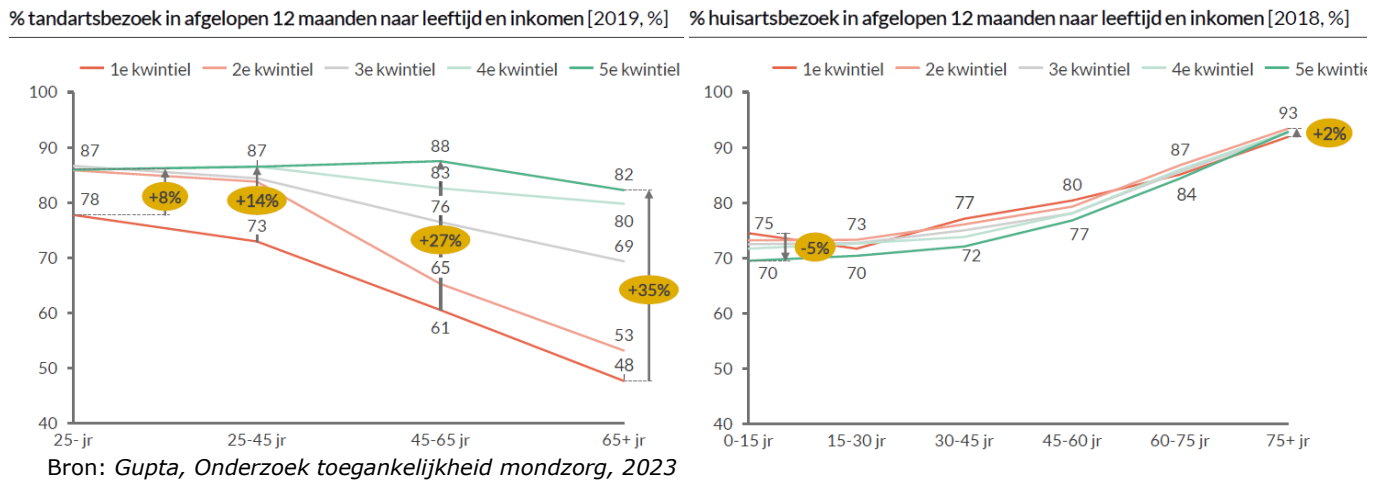
<sup>2</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2024/04/contacten-met-de-tandarts-2022>

<sup>3</sup> In 2019 beoordeelde 72% van de volwassenen hun mondgezondheid als goed<sup>3</sup> en tandenloosheid is gedaald van 16% in 1992 naar 8% in 2022 (CBS).

<sup>4</sup> Gebaseerd op gesprekken met 25 mensen in de betreffende situatie.

### Kwantificering

ACTA schat op basis van hun literatuurstudie uit 2023 in dat circa 500.000 volwassenen in Nederland de mondzorg mijden om financiële redenen.<sup>iv</sup> Op basis van declaratiedata van Vektis en gegevens van het CBS<sup>v</sup> wordt dit aantal iets hoger ingeschat op circa 640.000 volwassenen. In totaal blijkt dat circa 1,4 mln. volwassenen in Nederland niet ten minste om de twee jaar naar de tandarts gaan, waarvan circa 640.000 volwassenen dit niet doen om financiële redenen, 355.000 vanwege een gebrek aan besef van urgentie en 426.000 vanwege angst.

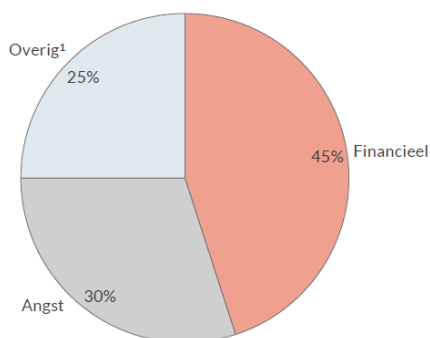


In de bovenstaande grafieken is een groot verschil te zien in het tandartsbezoek tussen lage en hoge inkomens. Opvallend is dat dit verschil er niet is in het huisartsenbezoek.

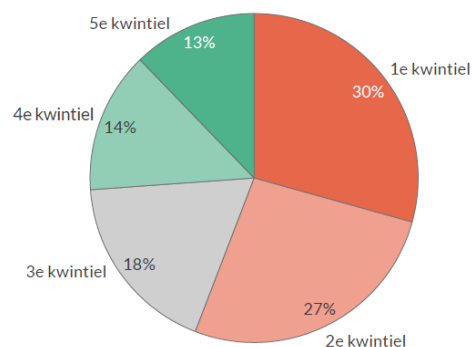
### Doelgroepen en redenen voor mondzorgmijding

Het ACTA rapport van 2023<sup>vi</sup> stelt dat het bij mijding van mondzorg om financiële redenen met name gaat om één-ouder-gezinnen, oudere migranten en jongvolwassenen met weinig inkomen en weinig perspectief op de arbeidsmarkt, maar ook steeds vaker om mensen met een middeninkomen. Naast het vermijden van kosten voor eigen rekening, zijn angst voor tandheelkundige behandelingen, ontevredenheid over zorg, moeite met navigeren in het zorgsysteem en schaamte redenen voor mijden van mondzorg.

Redenen om niet naar tandarts te gaan op controle [% van de mensen die niet naar de tandarts gaat]



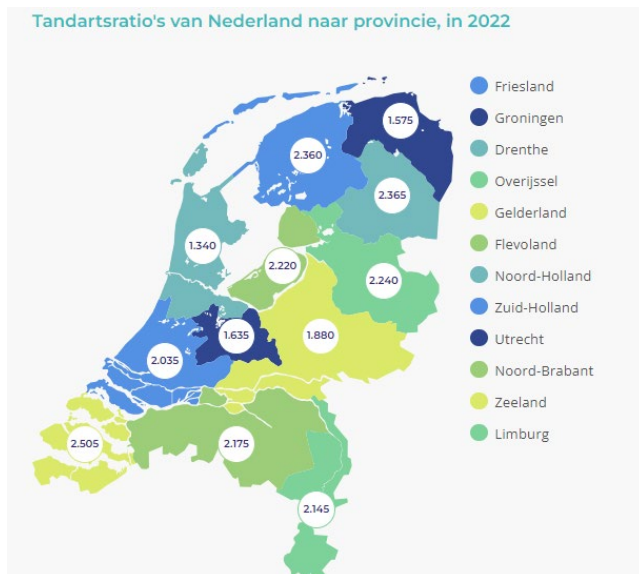
Verdeling mensen die niet naar de tandarts gaan naar inkomen [% totaal]



Bron: Deze grafieken zijn gebaseerd op basis van informatie van de Patiëntenfederatie, CBS en de Commonwealth Fund Survey

Het Capaciteitsorgaan constateert in haar meest recente [deelrapportage 'Eerstelijns mondzorg' d.d. december 2022](#) [deelrapportage 'Eerstelijns mondzorg' d.d. januari 2023](#) dat sprake is van regionale tekorten aan mondzorgprofessionals. Daarnaast signaleert het dat de uitstroomverwachting van tandartsen is gestegen ten opzichte van de raming van 2019. Deze beperkte beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners kan eveneens een reden zijn voor

de mijding van mondzorg. Bereikbaarheid wordt in een Europees onderzoek<sup>vii</sup> bij 4,6% van Nederlandse respondenten genoemd als reden voor het niet bezoeken van een mondzorgprofessional. We zien daarom ook een vraagstuk over een evenwichtige verdeling van de totale capaciteit aan mondzorgprofessionals.



Bron: [Verhouding vraag-aanbod: tandartsratio - Staat van de Mondzorg](#)

Bovenstaande afbeelding toont de tandartsratio die is berekend op basis van het aantal tandartsen per januari 2024 en het aantal inwoners per januari 2023. Landelijk lag de ratio op 1.855 inwoners per tandarts.

## 2. Het stelsel en aanknopingspunten voor oplossingen

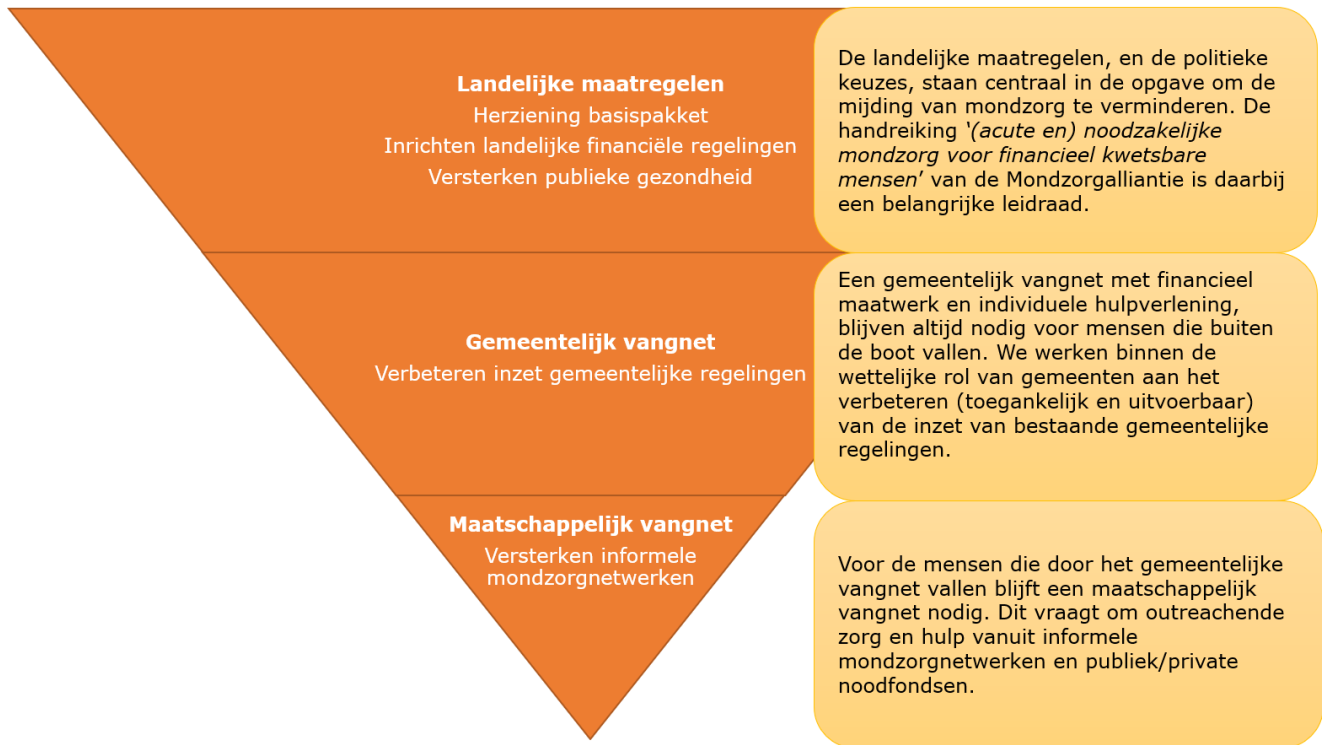
De basis voor de aandacht voor de mondgezondheid ligt in de jaren '70, toen veel is geïnvesteerd in preventie; 'Elke dag tandenpoetsen en twee keer per jaar naar de tandarts'. Nederland kende toen de 'saneringskaart'. Met de saneringskaart werd 2x per jaar naar de tandarts op controle gestimuleerd; als men ging was het gratis, ging men niet dan was de volgende keer voor eigen rekening. De mondgezondheid in Nederland is in die periode met name door preventieve maatregelen (vooral door het gebruik van fluoride) spectaculair verbeterd.

In 1995 werd de mondzorg voor volwassenen voor een groot deel uit het ziekenfonds gehaald. De gedachte van de commissie Dunning<sup>5</sup> was dat met het behouden van mondzorg voor kinderen tot 18 jaar in het ziekenfonds, de mondgezondheid een goede start zou kennen en op volwassen leeftijd goed zou zijn. Daarmee zouden de kosten voor mondzorg daarna beperkt blijven en voor eigen verantwoording en rekening kunnen zijn. Waar in eerste instantie preventief onderhoud nadrukkelijk in het ziekenfonds bleef vanwege bewezen effectiviteit en noodzaak tot behoud van toegankelijkheid van mondzorg voor lage inkomens, werd dit in 2002 vanwege verdere bezuinigingen alsnog uit het ziekenfondspakket gehaald.

De partijen concluderen dat de aanname dat na het 18<sup>e</sup> levensjaar de kosten voor mondzorg door mensen zelf te dragen zouden kunnen zijn voor een deel van de Nederlanders niet opgaat. Financiën spelen bij hen een belangrijke rol bij het mijden van (preventieve) mondzorg. Bij de duurdere vervolgzorg spelen de kosten een nog grotere rol bij de reden voor mondzorgmijding<sup>viii</sup>. De partijen hebben op basis daarvan eerder geconcludeerd dat een mix van landelijke - en lokale maatregelen nodig is. In de 2<sup>e</sup> voortgangsrapportage is de volgende ordening uitgewerkt.

<sup>5</sup> De commissie Dunning werd in 1990 ingesteld om te verkennen hoe Nederland verantwoord kon bezuinigen op gezondheidszorg. Het resultaat van die verkenning was het rapport "Kiezen en Delen" uit 1991.





In de 2<sup>e</sup> voortgangsrapportage is reeds geconstateerd dat door het gebrek aan structurele data (mede omdat de mondzorg voor volwassenen niet in de basisverzekering zit, waardoor verzekeraars minder gegevens en inzicht hebben), en een veelheid aan variabelen, de kosten en baten van mogelijke maatregelen lastig zijn in te schatten of te modelleren. Het is daarom goed dat de *Monitor mondgezondheid RIVM*<sup>ix</sup> in 2023 van start is gegaan, waarin indicatoren (nu 5 en uiteindelijk 17) worden gevolgd, zoals hoe vaak mensen naar een mondzorgprofessional gaan, hoe ze hun mondgezondheid ervaren en het aantal aanwezige tanden en kiezen. Door deze monitor is het mogelijk om beter onderbouwd tot beleidskeuzes te komen en ze draagt bij aan het ontwikkelen van betere richtlijnen, bijv. ten aanzien van periodieke controles. Dit blijft echter maatwerk. Het optimale aantal periodieke controles kan per persoon verschillen, afhankelijk van de predepositie (bijvoorbeeld de sterkte van het glazuur) en de mondhygiëne.

Uit verschillende internationale studies blijkt dat er geen causaal verband is tussen frequente tandartscontroles en mondzorgkosten<sup>x</sup>. Dit bemoeilijkt het berekenen van de bredere kosten en baten. Ten algemene kan wel gesteld worden dat het terugdringen van mondziekten bredere baten kent. Onderzoeken tonen aan dat mondziekten een wisselwerking hebben met onder andere diabetes en hart- en vaatziekten<sup>xi</sup>, dat er een causaal verband bestaat met depressieve klachten<sup>xii</sup>, en dat het aantal verloren gezonde levensjaren ('DALY's) wordt geschat op € 3,5 mld<sup>xiii</sup>. Het is zeer lastig om deze bredere baten te koppelen aan individuele maatregelen.

### 3. Maatregelen

De projectgroep heeft twee type maatregelen verkend om de financiële toegankelijkheid van de preventieve mondzorg en curatieve mondzorg bij mondziekten te verbeteren. Daarbij zien de partijen de verdeling van de beschikbare capaciteit aan mondzorgprofessionals als belangrijk vraagstuk om te betrekken bij de verkenning van de maatregelen. De partijen concluderen dat geen enkele landelijke maatregel de problematiek volledig zal wegnemen. Een sociaal vangnet blijft daarom nodig. De partijen hebben daarom ook maatregelen onderzocht om het sociale vangnet te versterken. Daarnaast is gekeken naar aanvullende meer algemene maatregelen vanuit de publieke gezondheid om de mondgezondheid en de gang naar de mondzorg te verbeteren. De partijen concluderen dat de keuze voor een of meer maatregelen voor een deel een politiek karakter kent. De partijen hebben hierin ook hun eigen standpunten. In dit hoofdstuk worden de verkende maatregelen daarom op hoofdlijnen besproken inclusief de randvoorwaarden en aandachtspunten. Een verdiepende uitwerking van de maatregelen is nodig voordat de maatregelen daadwerkelijk kunnen worden genomen.

### 3.1 Maatregelen gericht op de (financiële) toegankelijkheid

De onderstaande maatregelen zijn geordend op basis van kosten.

#### Investeren in meer capaciteit en spreiding over het land

Partijen zien voldoende capaciteit aan mondzorgprofessionals en de spreiding daarvan als een noodzakelijke randvoorwaarde bij de verkenning van de maatregelen. Investeren in meer capaciteit en de spreiding van deze capaciteit in verband met de tekorten in de verschillende regio's in het land, zijn logische investeringen.

Op verzoek van de Ministeries van VWS en OCW heeft de Commissie Onderzoek Verkorting Opleiding in 2023 onderzocht of het verantwoord is om de opleidingsduur terug te brengen van zes naar vijf jaar. De uitkomsten zijn terug te lezen in het rapport; 'Verkenning van 6 naar 5', Verslag van de Commissie Onderzoek Verkorting Opleiding Tandheelkunde, 8 november 2023

De partijen stellen voor om een nieuwe invulling te geven aan het zesde jaar Tandheelkunde te verkennen door een praktijkervaringsjaar toe te voegen aan het curriculum. Daarnaast is ook gesproken over een gekoppelde investering in meer opleidingsplaatsen (zie kader). Eindejaarsstudenten Tandheelkunde en Mondzorgkunde zouden patiënten (onder supervisie van ervaren mondzorgprofessionals) mondzorg kunnen bieden. Spreiding kan aanvullend worden gerealiseerd door dit praktijkervaringsjaar toe te voegen aan de opleiding Tandheelkunde, waarin studenten ingezet kunnen worden in mondzorgpraktijken (evenwichtig) verspreid over het hele land op basis van te korten aan mondzorgprofessionals in de verschillende regio's in het land.

#### *Investeren in meer opleidingsplaatsen mondzorg breed*

Een aantal partijen geeft ter overweging een uitbreiding van extra opleidingsplaatsen conform de adviezen van het Capaciteitsorgaan voor de opleidingen Tandheelkunde en Mondzorgkunde. Daarnaast zullen er ook extra tandartsassistenten en tandprotheticen moeten worden opgeleid om aan de zorgvraag te voldoen. Dit vergt een structurele extra financiering in de begroting van het ministerie van OCW. Voor de financiering van extra capaciteit zou gekeken kunnen worden naar hoe dit voor de specialistenopleidingen Geneeskunde is georganiseerd.

#### Landelijke aanvullende mondzorgverzekering / financiële regeling

In de 'Handreiking acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen' (2023) van de Mondzorgalliantie wordt voor het eerst beschreven wat onder noodzakelijke en acute mondzorg wordt verstaan. Zij 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 tot een maximumbedrag en daarboven met een machtiging, voor deze interventies kunnen worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars, de Mondzorgalliantie en het ministerie van VWS hebben de gezamenlijke ambitie uitgesproken om te verkennen of de aanspraak op acute en noodzakelijke mondzorg, zoals genoemd in de handreiking, in een regeling onder gebracht kan worden voor doelgroepen: een landelijke aanvullende zorgverzekering / financiële regeling.

#### *Landelijke aanvullende zorgverzekering / financiële regeling*

Om richter de groep financieel kwetsbaren te bereiken wordt gedacht aan een door de zorgverzekeraars op te stellen en uit te voeren **universele aanvullende verzekering voor financieel kwetsbaren**. Bijvoorbeeld met een maximumbedrag op basis van de Handreiking acute en minimaal noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen van de Mondzorgalliantie (2023). Deze aanvullende zorgverzekering kan worden afgesloten zonder de bestaande basisverzekering met eventuele aanvullende verzekering te verliezen. Het zal een specifieke groep betreffen die met het aanvullende pakket bereikt gaat worden, bijvoorbeeld tot 150% van het sociaal minimum. Afbakening van de groep kan nationaal (via bijvoorbeeld Rijksuitvoeringsorganisaties) of lokaal (via de gemeente) plaatsvinden. Ook is het mogelijk dat

zorgverzekeraars kunnen bepalen wie recht heeft op de aanvullende verzekering (acceptatietoets). In samenhang met de gemeentepolis kan de doelgroep ook deels/indirect geïdentificeerd worden middels de gemeentepas.

Een landelijke aanvullende zorgverzekering heeft als voordeel dat mensen zonder veel administratieve veranderingen aanspraak kunnen doen op de regeling en daarvan ook weer afstand kunnen doen als het niet meer nodig is of wanneer niet meer kan worden voldaan aan de criteria. De opzet en het organiseren van de declaratiestromen binnen zo'n regeling zal vergelijkbaar zijn met een specifieke aanvullende verzekering voor financieel kwetsbaren. De partijen hebben aangegeven deze optie met elkaar verder te willen verkennen in een nieuw project.

Met de eventuele inzet van publieke middelen zou het bovengenoemde voorstel meer vergelijking kennen met een **landelijke financiële regeling** overeenkomstig de Regeling Medische Zorg Asielzoekers. Door de systematiek van een aanvullende zorgverzekering/regeling voor financieel kwetsbaren, kunnen mensen (weer) vertrouwd gemaakt worden met regelmatig mondzorgbezoek en goede zelfzorg. Bij toename van inkomen is een nieuwe, 'normale' aanvullende verzekering dan vertrouwd en kunnen mensen verzekerd blijven van goede mondzorg. De doelgroep (financieel kwetsbaren) dient duidelijk te worden omschreven. Bij deze regeling zal zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van bestaande declaratiestromen en methodieken. Dit vergt voor de doelgroep echter meer administratieve handelingen bij intreden en uittreden, terwijl voor deze mensen administratieve handelingen juist weer een barrière kunnen vormen.

Wegingskader: De partijen hebben uitgesproken dat voor het zorgvuldig wegen van de opties het van waarde is te bepalen wat de factoren zijn om de haalbaarheid en uitvoerbaarheid vast te stellen. Daarbij zijn (ten minste) de volgende punten benoemd als voorwaardelijk voor de haalbaarheid van deze optie:

1. Afspraken maken over de identificatie van de doelgroep.
2. Zijn er uitvoeringstechnisch beperkingen?
3. Wat is de doorlooptijd voordat effecten zichtbaar worden?
4. Is een uniforme aanpak mogelijk (via een landelijke regeling)?
5. Wie draagt het financieel risico?
6. Dient een saneringstoets voorafgaand aan het toetreden tot de aanvullende zorgverzekering gedaan te worden?
7. Indien nodig een update van de Handreiking van de Mondzorgalliantie (o.a. de reikwijdte)
8. Zijn er voldoende mondzorgprofessionals?

Juridisch gelden de volgende aandachtspunten:

- *Solvency II*: Voor de Nederlandse zorgverzekeraars (privaatrechtelijke schadeverzekeraars) geldt de EU-Richtlijn Solvabiliteit II. Op basis van deze richtlijn mag de Nederlandse overheid geen regels stellen aan door zorgverzekeraars aangeboden verzekeringen die de dekking van de in de Zorgverzekeringswet bedoelde zorgverzekeringen aanvullen.
- *Gegevensuitwisseling en privacy*: De verwerking van persoonsgegevens moet altijd voldoen aan de voorwaarden van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en artikel 8 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Dat betekent onder meer dat die verwerking noodzakelijk moet zijn voor het verwerkingsdoel.

### **Pakketmaatregelen**

Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder maakt, met uitzondering van de zogenaamde bijzondere tandheelkunde en het volledige kunstgebit, geen deel uit van het basispakket van de Zvw. Op basis van onderzoek<sup>xiv</sup> concluderen de partijen dat pakketmaatregelen kunnen bijdragen aan de verhoging van het aantal mensen dat naar de tandarts gaat. Net als andere mogelijke maatregelen biedt dit evenwel geen volledige oplossing. De mate waarmee de mensen die mondzorg mijden worden bereikt is afhankelijk van de pakketkeuze (welke zorg precies zou worden opgenomen in het basispakket). Bij de onderstaande varianten (ook besproken in de 2<sup>e</sup> voortgangsrapportage) is het eigen risico niet van toepassing.



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. Met name bij mensen die hun eigen risico niet volledig gebruiken (55% van de verzekerden).

*Preventief pakket:* Bij deze optie kan gedacht worden aan een dekking voor 1x controle (€ 26,75), 2 foto's (€ 39,42) en 10 min gebitsreiniging (€ 31,56). Totaal; € 97,73 per persoon<sup>xv</sup>. De totale kosten voor deze preventieve handelingen zijn op dit moment € 548 mln (bron: data Vektis, CBS, analyse Gupta Strategists). Als iedere Nederlander dit pakket elk jaar zou afnemen, dan komen de maximale kosten uit op € 1.397,5 mln (14,3 mln volwassenen x € 97,73). Als alleen de volwassenen die de mondzorg mijden dit pakket afnemen (voor een deel een wenselijke volumegroei), dan komen de kosten uit op € 62,5 mln (640.000 x € 97,73). Bij het preventieve pakket moet worden opgemerkt dat er een grote financiële drempel blijft bestaan, aangezien zo'n 40% van de mensen aanvullende (curatieve) mondzorg nodig heeft na een controle.

*Preventief pakket plus een aantal curatieve behandelingen:* Bij deze optie kan gedacht worden aan het lichte preventieve pakket uitgebreid met vullingen, trekken van een tand of kies, en een deel van de wortelkanaalbehandelingen. Zonder volumerisico's zou deze pakketmaatregel een verschuiving van mondzorgkosten met zich meebrengen van € 1.025 mln (bron: data Vektis, CBS, analyse Gupta Strategists).

*(Vrij)wel alle mondzorg in het basispakket:* In 2022 waren de totale uitgaven aan mondzorg volgens het CBS<sup>xvi</sup> € 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. Het volumerisico is bij dit pakket het grootst. Mede vanwege het onbekende volume opdrijvend risico vanwege cosmetische keuzes.

## **Afweging**

Internationale studies laten zien dat een extra 19% tot 27% van de mensen met een laag inkomen wel naar de tandarts gaat bij een publieke verzekering<sup>xvii</sup>. Dit betekent niet per se dat een dergelijk effect in Nederland ook zou worden bereikt. Er zijn verschillen tussen landen die daar zowel positief als negatief op van invloed zijn, zoals de economische situatie, sociale voorzieningen en de wijze waarop de verzekering is ingeregeld. Ook moet rekening worden gehouden met het feit dat de redenen om de mondzorg mijden vaak gestapeld zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld culturele verschillen ten aanzien van het preventief bezoeken van zorgprofessionals. De gezondheidswinst bij de groep die op dit moment de mondzorg mijdt, is overigens lastig te bepalen. Met name de gezondheidswinst van de preventieve mondzorg, omdat de effectiviteit sterk verschilt per persoon en afhankelijk is van de predepositie en de mondhygiëne.

Naast het gewenste extra zorggebruik bij huidige mondzorgmijders bestaat er een risico op meer ondoelmatig mondzorggebruik bij de totale bevolking. Dit effect zal mogelijk worden beperkt door de schaarste in het mondzorgaanbod, kwaliteitsstandaarden en doelmatiger zorginkoop door verzekeraars. Het is noodzakelijk om bij pakketmaatregelen aanvullende maatregelen te verkennen om de volume-opdrijvende prikkels te mitigeren, zoals contracteerplicht en wijzigingen in het bekostigingssysteem (bijv. een inschrijftarief naar analogie van de huisartsenzorg) gericht op het verminderen van de volumeprikkel.

De partijen concluderen dat de uitbreiding van het basispakket met mondzorg een vrij grove maatregel is, waarmee waarschijnlijk slechts een deel van een beperkte groep wordt bereikt. De partijen concluderen ook dat pakketmaatregelen een politiek karakter hebben vanwege de verschuiving van zorgkosten naar het publieke domein en de gevolgen voor de lastenverdeling. Mensen met lage mondzorgkosten zullen vanwege de te verwachten stijging van de zorgpremie meer gaan betalen dan zij nu doen. Zij betalen in dat geval voor mensen met hogere mondzorgkosten. Daar staat tegenover dat door betere mondzorg andere zorgkosten en duurdere routes via de kaakchirurg worden voorkomen, hetgeen op termijn weer een gunstig effect kan

hebben op de premie. Los van de mogelijk beperkte effectiviteit van een pakketmaatregel voor de doelgroep van mensen die de tandarts niet kunnen betalen, kunnen er andere redenen zijn voor opname van mondzorg in het basispakket, zoals doelmatiger inkoop van zorg of vereenvoudiging van het stelsel.

### **3.2 Hernieuwde aandacht voor mondzorg in de publieke gezondheid**

De verbeteringen in de mondgezondheid vanaf de jaren '70 waren deels het resultaat van de aandacht voor mondgezond in de publieke gezondheid en de samenwerking met organisaties in de publieke gezondheid. GGD'en hadden Tandheelkundig Preventief Medewerkers in dienst die ouders, kinderen en leerkrachten ondersteunden in de mondgezondheid. De partijen concluderen dat in de afgelopen tientallen jaren de aandacht voor de mondgezondheid in de publieke gezondheid is verminderd. Ook de samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de grotendeels private mondzorg is sterk verminderd. Hernieuwde (doelgroepgerichte) aandacht voor de mondgezondheid in de publieke gezondheid kan bijdragen aan de terugdringen van de problematiek. De partijen hebben hiervoor drie maatregelen in beeld.

#### *Verbeter de doelgroepgerichte voorlichting*

In het onderzoek door ACTA is gesteld dat de voorlichting naar bepaalde kwetsbare groepen verbeterd kan worden. Zij stellen dat verbeterde communicatie nodig is over: 1. Wat is mondzorg en wat kun je zelf doen? 2. Wat is er beschikbaar aan mogelijkheden voor bekostigen van mondzorg en wat kost de mondzorg? 3. Wat zijn ondersteuningsmogelijkheden als je er niet uit komt? Veel mensen hebben moeite met navigeren in het zorgstelsel en/of ontbreekt het aan voldoende gezondheidsvaardigheden. Vaak hangt ook cultuur samen met risicogedrag, zoals hoge suikerconsumptie (overweeg hiervoor een progressieve suikertax) en het pas bezoeken van de mondzorgprofessional bij pijnklachten.

Ook de informatievoorziening aan hulpverleners, zoals schuldhulpverleners en bewindvoerders, moet beter, zo bleek uit de gevoerde gesprekken. Een aanvullende tandartsverzekering wordt soms te makkelijk geschrapt omdat het als 'luxe' uitgave wordt gezien, terwijl onvoldoende wordt rekening gehouden met de mondzorg die iemand nodig heeft.

#### *Mondzorg als onderdeel van de preventieketens*

Landelijk wordt met het Preventieakkoord en GALA hard gewerkt aan het voorkomen van overgewicht, diabetes en hart- en vaatziekten. Veel interventies die daarin worden toegepast komen ook de mondgezondheid ten goede. Andersom is een voor het gebit gezond eetpatroon (o.a. minder suiker, minder frisdranken, minder eetmomenten op de dag) ook bevorderlijk voor een gezond eetpatroon en daarmee voor de algehele gezondheid. Specifieke aandacht voor mondgezondheid binnen de preventieprogramma's ligt daarom voor de hand. De partijen doen de aanbeveling om de mondzorg mee te laten doen in de preventieketens, zoals 'gezond gewicht', 'kansrijke start', de zorg voor ouderen en de toeleiding van jongvolwassenen naar volwassenheid.

#### *Meer aandacht voor de jeugd*

De partijen constateren dat de gebitten van jongeren tussen 2013 en 2018 niet verbeterd zijn en in sommige gevallen zelfs verslechterd. Jongeren met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben een slechtere mondgezondheid dan hun leeftijdsgenoten met een hogere SES. Cariës, gebitsslijtage en parodontitis zijn bij hen in een belangrijke mate te wijten aan het niet-gebruik van fluoride en het schadelijke eet- en drinkpatroon<sup>xviii</sup>. Ook gaan sommige kinderen niet naar de tandarts, terwijl ze wel verzekerd zijn vanuit de basisverzekering. Redenen daarvoor zijn angst bij ouders voor toch extra kosten en onvoldoende bewustzijn van het belang van mondzorg, ook voor het melkgebit. Omdat kinderen in principe wel verzekerd zijn, liggen hier veel mogelijkheden voor het optimaliseren van de samenwerking tussen Publieke Gezondheid en de Zorgverzekeringswet. De meeste winst is te behalen bij kinderen onder de 4 jaar. 60% tot 80% van deze kinderen gaat niet naar de tandarts, terwijl het advies is om vanaf het doorbreken van het eerste tandje al te gaan. Vanuit het ministerie van VWS, de relevante mondzorgpartijen en de publieke gezondheidszorg wordt daarom ingezet op mondzorgcoaches bij de aanbieders van

Jeugdgezondheidszorg. Onderdeel hiervan is een betaaltitel daarvoor. De mondzorgcoach gaat ouders bij de aanbieders van Jeugdgezondheidszorg (JGZ) informatie en instructies geven. In uiterste gevallen in wijken met veel financiële kwetsbaarheid en lagere gezondheidsvaardigheden kan daarnaast het organiseren van de schooltandarts meerwaarde hebben, hoewel dit een bewerkelijke maatregel is die kinderen ook uit hun schoolritme kan halen. Daarnaast legt het druk op de onderwijsomgeving en is het lastig om ouders hierbij te betrekken. Scholen, gemeenten en verzekeraars kunnen samen besluiten om mondzorg op school te organiseren door de mondzorgprofessional naar school te laten komen of kinderen naar de mondzorgverlener te brengen. De NZa kan extra vergoedingen voor deze service goedkeuren op basis van ondersteuning door ten minste twee verzekeraars. Dit wordt alleen aanbevolen waar extra zorg nodig is.

### **3.3 Een sterk sociaal vangnet**

Geen enkele landelijke maatregel zal de problematiek volledig wegnemen. Een sociaal vangnet blijft daarom nodig. Een gemeentelijk – en maatschappelijk vangnet, ofwel een sociaal vangnet, zeker bij mondzorgkosten, moet worden gezien als laatste vangnet. Het gaat daarbij om verschillende samenwerkingsvormen van gemeentelijke inzet (met soms financiële bijdragen bijvoorbeeld via noodfondsen) en maatschappelijke initiatieven.

Bijvoorbeeld in de vorm van informele mondzorgnetwerken. In deze netwerken van mondzorgprofessionals en maatschappelijke organisaties worden de meest kwetsbare mensen geholpen 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 mondzorgprofessionals. 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. In Rotterdam organiseren Stichting Anders, Fonds Bijzondere Noden Rotterdam en de Rotterdamse Tandartsvereniging al jaren tandartsdagen, waarop mensen gratis kunnen worden geholpen. In 2024 organiseren ze vanwege de aanhoudende hoge nood vijf tandartsdagen. Per dag worden een kleine 400 mensen geholpen.

#### *Versterk het sociale vangnet ook met landelijke inspanningen*

De partijen zien mogelijkheden voor de Rijksoverheid om bij te dragen aan het opzetten of versterken van deze sociale vangnetten. Bijvoorbeeld door middel van subsidies en het delen van geleerde lessen. Ook kan gekeken worden naar een koppeling met het voorstel voor een praktijkjaar voor eindejaarsstudenten Tandheelkunde met een sociale stage.

## **4. Testperiode: gemeentepilot**

De partijen gaan enkele potentiële maatregelen in de praktijk verder verkennen en testen, samen met gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgprofessionals. De gemeentepolis en de zogenaamde 'Compassie Netwerken' van Dokters van de Wereld hebben daarin een centrale rol. Het instrument van de gemeentepolissen voorziet in het hier en nu in een deel van de oplossing, en kan helpen bij de het nadenken over / het testen van een invulling van een landelijke aanvullende zorgverzekering / regeling (waardoor de gemeentepolis op termijn voor de toegankelijkheid van de mondzorg niet meer nodig is). De dekking van zorg, de samenwerking van partijen en het bepalen en bereiken van de doelgroep, zijn hierin belangrijke onderdelen.

In de periode april 2024 tot maart 2025 gaan circa tien gemeenten en drie zorgverzekeraars aan de slag met één of meer van de onderstaande onderdelen. Hiervoor stelt het ministerie van VWS budget beschikbaar voor regionale coördinatie. Ook wordt subsidie verstrekt aan Dokters van de Wereld.

- a. *Analyse verbetermogelijkheden gemeentelijk vangnet*: Een aantal gemeenten heeft aangegeven meer inzicht te willen krijgen in de verbetermogelijkheden van de inzet van gemeentelijke regelingen op het thema mondzorgkosten. Dit betreft voor de meeste gemeenten een jaarlijks inspanning. Dit onderdeel van de pilot geeft meer inzicht bij de wijze waarop gemeentelijke gelden op dit moment worden ingezet bij mondzorgkosten. Ook zal bij dit onderdeel van de pilot de inwoner die een beroep doet op de gemeente vanwege mondzorgkosten, beter in beeld worden gebracht. De centrale leervragen zijn: Hoe is de samenstelling en effectiviteit van het huidige gemeentelijk vangnet en wat zijn mogelijkheden tot verbetering? Wat is de achtergrond van de inwoner die beroep doet op de gemeente?
- b. *Verbeterde inzet gemeentepolis voor korte termijn (zie kader voor meer informatie)*: Het doel is om op basis van de Handreiking acute en minimaal noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen' van de Mondzorgalliantie, te werken aan een toegankelijke, betaalbare en passende aanvullende zorgverzekering / regeling voor financieel kwetsbaren als onderdeel van de gemeentepolis. Hierbij wordt gekeken naar eventuele benodigde algemene middelen en de mogelijkheden om voor de gemeentepolis onder de NZa maximumtarieven te contracteren (sociale tarieven). De inzichten die worden opgedaan dragen bij aan de totstandkoming van een eventuele landelijke aanvullende zorgverzekering (die niet via gemeentepolis zal lopen). De centrale leervragen zijn: Welke dekking voor mondzorgkosten zou minimaal moeten worden opgenomen in een uniforme aanvullende zorgverzekering? Op welke wijze zou de premie voor deze aanvullende zorgverzekering kunnen worden beperkt? Wat is een acceptabele premie voor de doelgroep?

#### *Gemeentepolis*

Per 2014 hebben gemeenten een wettelijke verantwoordelijkheid (art. 2.1.7. van de Wmo 2015) om financieel maatwerk te bieden aan chronisch zieken en gehandicapten (die bovengemiddeld veel zorgkosten hebben). Gemeenten ontvangen daarvoor vanaf 2017 structureel 268 mln euro, in het huidig prijspeil is dit 370 mln euro. Gemeenten hebben de vrijheid om te bepalen op welke wijze ze tot financieel maatwerk voor hun inwoners komen, bijv. via de gemeentepolis. Uit het onderzoek door bureau BS&F in 2023 onder 185 gemeenten blijkt dat de meeste gemeenten (84%) de categoriale bijzondere bijstand, waaronder de gemeentepolis, inzetten om financieel kwetsbaren te helpen bij zorgkosten, waaronder mondzorgkosten. Een aanvullende zorgverzekering voor mondzorg is altijd onderdeel van de gemeentepolis. De gemeente biedt in verschillende mate een korting op de premie van de aanvullende zorgverzekering. De gemeentepolis is vanwege de beperkte doelgroep (vaak tot 120% van de bijstandsnorm) en de hoogte van de premie (niet iedereen heeft een uitgebreide dekking nodig) niet voor iedereen een geschikte polis, maar kan een aanzienlijke groep wel helpen. De gemeentepolis is daarom in ieder geval voor de korte termijn een interessant 'instrument' om gericht meer ondersteuning te geven aan financieel kwetsbaren vanuit een samenwerking van Rijk, gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgprofessionals.

- c. *Doelgroepgerichte voorlichting*: In het onderzoek door ACTA is gesteld dat de voorlichting over de mondgezondheid, mondzorg en inkomensondersteuning naar bepaalde kwetsbare groepen verbeterd kan worden. Ook professionals kunnen beter worden geholpen om kwetsbare patiënten bij te staan, zo bleek uit met deze patiënten gevoerde gesprekken. In deze pilot wordt bij deelnemende gemeenten de behoefte aan verbeterde doelgroepgerichte voorlichting nader in kaart gebracht en uitgewerkt. Een landelijke - door het ministerie van VWS ter beschikking gestelde- communicatieadviseur stelt hiervoor een plan opmaakt concrete producten die de pilot gemeenten kunnen gebruiken. De centrale leervragen zijn: Hoe ziet de informatievoorziening aan hulpverleners en inwoners rond hulplijnen voor mondzorg er in de deelnemende gemeente eruit, wat zijn de verschillen tussen gemeenten en welke nieuwe communicatieproducten zijn nodig?

- d. *Sociaal vangnet*: Een sociaal vangnet blijft altijd nodig, voor mensen die landelijk en lokaal toch niet geholpen kunnen worden of de weg daarin niet kunnen vinden. In de pilot zal daarom worden gekeken naar de mogelijkheden om in een aantal pilotgemeenten een 'Compassie Netwerk' op te zetten. Dokters van de Wereld ontvangt een Rijkssubsidie om deze gemeenten hierbij te helpen. Het gaat om informele mondzorgnetwerken die bestaan uit vrijwillige tandartspraktijken, die zich committeren om een aantal patiënten belangeloos noodhulp te bieden. De geleerde lessen worden verzameld en landelijk gedeeld. Het doel is niet om landelijke regie te voeren. Het gaat om het op gang brengen van maatschappelijke initiatieven die altijd nodig blijven. Dit onderdeel van de pilot loopt door tot eind 2025.

De resultaten en geleerde lessen van de onderdelen a, b en c zullen worden neergelegd in een eindrapportage die onder gemeenten zal worden verspreid.

## Bronnen

---

- <sup>i</sup> Tweede voortgangsrapportage project vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen
- <sup>ii</sup> Signalement Mondzorg 2018, Zorginstituut Nederland
- <sup>iii</sup> *Gupta, Onderzoek toegankelijkheid mondzorg, 2023*
- <sup>iv</sup> [Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg, ACTA, 2023](#)
- <sup>v</sup> *Gupta, Onderzoek toegankelijkheid mondzorg, 2023*
- <sup>vi</sup> [Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg, ACTA, 2023](#)
- <sup>vii</sup> 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
- <sup>viii</sup> [Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg, ACTA, 2023](#)
- <sup>ix</sup> [Plan van aanpak monitor Mondgezondheid | RIVM](#)
- <sup>x</sup> *Gupta, Onderzoek toegankelijkheid mondzorg, 2023*
- <sup>xi</sup> *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
- <sup>xii</sup> "Causaal effect of tooth loss on depression: evidence from a population-wide natural experiment in the USA" Y. Matsuyama et al., 2021
- <sup>xiii</sup> "Global-, Regional-, and Country-level Economic Impact of Dental Diseases in 2015", A. Righol, M. Jevdjevic, W. Marcenes, and S. Listl, 2018.
- <sup>xiv</sup> Wolf, Elisabeth and Ziesemer, K.A. and Van der Hijden, Eric, Policy Interventions to Improve the Accessibility and Affordability of Dutch Dental Care. A Scoping Review of Effective Interventions.
- <sup>xv</sup> [Wat kost controle bij de tandarts? \(allesoverhetgebit.nl\)](#)
- <sup>xvi</sup> [StatLine - Zorguitgaven internat. vergelijkbaar; aanbieders, financiering, 1998-2022 \(cbs.nl\)](#)
- <sup>xvii</sup> *Gupta, Onderzoek toegankelijkheid mondzorg, 2023*
- <sup>xviii</sup> Signalement Mondzorg 2018, Zorginstituut Nederland