



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rapport uitwerking gerichte financiële maatregelen mondzorg voor minima

November 2025

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1 Inleiding 5

- 1.1 Probleemanalyse 5
- 1.2 Om wie gaat het? 5
- 1.3 Achtergrond van het rapport 5
- 1.4 Opzet van het rapport 7

2 Huidig instrumentarium 8

- 2.1 Landelijke instrumentarium 8
- 2.2 De aanvullende mondzorgverzekering 9
- 2.3 Gemeentelijke en lokaal instrumentarium 9

3 Gerichte financiële maatregelen 12

- 3.1 Doelgroep en bereik 12
- 3.2 Dekking 14
- 3.3 Maatregel 1: Landelijke financiële regeling 15
- 3.4 Maatregel 2: Landelijke uniforme aanvullende zorgverzekering 17
- 3.5 Maatregel 3: Nieuwe gemeentepolis met basisverzekering en mondzorg 20
- 3.6 Maatregel 4: Noodfonds 22

4 Doorrekening budgettaire gevolgen per scenario 25

Samenvatting

- ❖ In Nederland gaan 1,4 miljoen volwassenen niet minstens eens in de twee jaar naar de tandarts. Hiervan gaat circa 640.000 niet om financiële redenen.¹
- ❖ In dit rapport zijn gerichte financiële maatregelen uitgewerkt om mondzorgmijding om financiële redenen te verminderen. VWS was penvoerder en medewerkers van ZN, Divosa, de Mondzorgalliantie en Patiëntenfederatie Nederland hebben vanuit hun expertise meegedacht over de technische uitwerking van de maatregelen. Dat een maatregel in dit rapport is opgenomen betekent dus niet dat deze partijen daar voorstander van zijn.
- ❖ Het rapport omschrijft de maatregelen zonder daarbij een voorkeur uit te spreken. Het betreft dus een 'keuzemenu' op basis waarvan, gegeven politieke voorkeuren en beschikbaar budget, een keuze gemaakt kan worden.
- ❖ De volgende maatregelen zijn uitgewerkt:
 - Landelijke financiële regeling
 - Landelijke uniforme aanvullende zorgverzekering
 - Nieuwe gemeentepolis met basisverzekering en mondzorg
 - Noodfonds
- ❖ De eerste drie maatregelen kunnen, afhankelijk van het daadwerkelijke gebruik daarvan door de beoogde doelgroep, een substantiële bijdrage leveren aan het voorkomen van mondzorgmijding om financiële redenen. Daarnaast is een noodfonds uitgewerkt waarmee - indien de politiek beslist om minder financiële middelen ter beschikking te stellen - een kleinere doelgroep ondersteund kan worden.
- ❖ Voor elke maatregel geldt dat gekozen moet worden voor een duidelijke afbakening van wie ervoor in aanmerking komt (de doelgroep) en welke mondzorg vergoed wordt (de dekking). Deze keuzes hebben gevolgen voor de verwachte macrokosten.
- ❖ In dit rapport is qua doelgroep uitgegaan van personen met een inkomen tot 120% respectievelijk 150% van het sociaal minimum. Qua dekking zijn er drie scenario's in beeld gebracht. Scenario A gaat uit van het vergoeden van acute en noodzakelijke mondzorg (tot € 350); in scenario B wordt deze dekking aangevuld met een eenmalige saneringsvergoeding en in scenario C gaat het om een vrijwel volledige vergoeding voor mondzorgkosten.
- ❖ Gupta Stragegists heeft in opdracht van VWS een financiële doorrekening verzorgd van de scenario's in dit rapport. Hieruit komt naar voren dat de maatregelen naar verwachting beperkt bijdragen aan het bereiken van mensen die nu om financiële redenen afzien van mondzorg. Dat heeft allereerst te maken met de afbakening van de doelgroep: een aanzienlijk deel van de mensen die om financiële redenen afziet van mondzorg heeft naar verwachting een inkomen boven 120% respectievelijk 150% van het sociaal minimum. Ten tweede is de inschatting dat het deel binnen deze inkomensgroep dat nu nog niet naar de mondzorgverlener gaat én als gevolg van de maatregel wel gaat, beperkt is. VWS ziet voor wat betreft dit laatste aanknopingspunten voor aanvullend beleid, zoals informatievoorziening, om het bereik te vergroten.

¹ Gupta, Onderzoek toegankelijkheid mondzorg, 2023.

- ❖ In de onderstaande tabellen staan de geschatte kosten voor de doelgroep tot 120% sociaal minimum. De kosteninschattingen hangen af van de gedane aannames. Een uitgebreide toelichting staat in paragraaf 3.1 en hoofdstuk 4.

Tabel 1 Verwachte kosten bij doelgroep 120% sociaal minimum (bron: Gupta Strategists)

	Dekking A (acute en noodzakelijke mondzorg tot € 350)	Dekking B (optie A + een eenmalige saneringsvergoeding)	Dekking C (vrijwel volledige vergoeding van mondzorgkosten)
Maatregel 1: landelijke regeling	135 mln	161 mln	274 mln
Maatregel 2: Landelijke aanvullende zorgverzekering	131 mln	152 mln	267 mln
Maatregel 3: Nieuwe gemeentepolis	136 mln	163 mln	276 mln

Tabel 2 Verwachte kosten noodfonds bij doelgroep 120% sociaal minimum (bron: Gupta Strategists)

Landelijk noodfonds	6 mln
Aansluiten bij bestaande noodfondsen en/of informele mondzorgnetwerken	3 mln

Deze bedragen zijn exclusief de uitvoeringskosten.

- ❖ Voor elke maatregel geldt dat deze nog verder uitgewerkt moet worden voordat deze ingevoerd kan worden. Daarbij dient in ieder geval rekening gehouden te worden met het doenvermogen en de gezondheidsvaardigheden van de doelgroep, de voorlichting die nodig is om de doelgroep te bereiken, de uitvoerbaarheid en de benodigde implementatietijd.

1 Inleiding

1.1 Probleemanalyse

Het merendeel van de Nederlanders (82%²) bezoekt jaarlijks een tandarts en de mondgezondheid is over het algemeen goed.³ Maar er is ook een groep van 1,4 miljoen volwassenen die niet minstens eens in de twee jaar naar de tandarts gaat.⁴ Hiervan gaat circa 640.000 niet om financiële redenen. Naast financiële redenen zijn er ook andere redenen voor het niet naar de mondzorgverlener gaan, zoals angst voor tandheelkundige behandelingen, gebrek aan besef van urgentie, ontevredenheid over de zorg, schaamte, moeite met navigeren in de zorg en een andere kijk op het belang van preventieve zorg.

Het langdurig uitstellen van mondzorg kan leiden tot klachten zoals pijn en ontstekingen. Dit heeft niet alleen negatieve gevolgen voor de mondgezondheid, maar ook voor de algemene gezondheid en ziekterisico's, de participatie op de arbeidsmarkt, productiviteitsverlies (vanwege ziekteverzuim)⁵, het welzijn en welbevinden en de kwaliteit van leven.

1.2 Om wie gaat het?

Het probleem van het mijden van mondzorg uit financiële redenen speelt vooral bij mensen uit lagere sociaaleconomische groepen.⁶ Mensen die mondzorg mijden zijn over het algemeen mensen met een kwetsbare sociaal maatschappelijke positie. Zij hebben een laag opleidingsniveau of een lage startkwalificatie (maximaal mbo1), een laag of geen inkomen, geen vast werk of zijn werkeloos, een chronische ziekte, hoge zorgkosten (relatief t.o.v. inkomen), of problematische schulden. Relatief veel zorgmijding komt voor onder dakloze mensen en mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. Daarnaast is de aanwezigheid van chronische aandoeningen of problemen met mentale gezondheid een risicofactor. Voor mensen die laaggeletterd zijn en mensen met beperkte verstandelijke vermogens, maar ook voor mensen met beperkte zelfredzaamheid of beperkte gezondheidsvaardigheden om andere redenen, is het doenvermogen (plan maken, in actie komen, vol houden en met tegenslag kunnen omgaan) beperkt.⁷

1.3 Achtergrond van het rapport

VWS heeft samen met onder andere SZW, ZN, Divosa, Patiëntenfederatie Nederland en de Mondzorgalliantie⁸ gewerkt aan mogelijke opties om de financiële toegankelijkheid van de mondzorg voor minima te verbeteren. Hiervan is in mei 2024 verslag uitgebracht in het Eindverslag Project 'Verminderen van ongewenste mijding

² [Contacten met de tandarts 2024 | CBS](#).

³ In 2024 beoordeelde 72,7% van de volwassenen hun mondgezondheid als goed of zeer goed. Bron: [StatLine - Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken](#).

⁴ Gupta, Onderzoek toegankelijkheid mondzorg, 2023.

⁵ De gevolgen van mondziekten zijn voor 194 landen geschat op basis van Disability Adjusted Life Years (DALY's) en het nationaal product. Voor Nederland wordt dit geschat op € 4,3 mld euro. Zie: Jevdjovic, Milica; Listl, Stefan, 2022, "Economic impacts of oral diseases in 2019 - data for 194 countries".

⁶ Van alle volwassen Nederlanders in het hoogste inkomens kwintiel (bovenste 20%) ziet slechts 1 op 100 (1%) af van mondzorg wegens kosten, terwijl dat bij Nederlanders in het laagste inkomens kwintiel (onderste 20%) 1 op 8 (12%) is. Zie ACTA-rapport [Ongewenste mijding van mondzorg](#).

⁷ Rapport ACTA / Radboud UMC [Ongewenste mijding van mondzorg](#), p. 10-11.

⁸ Samenwerkingsverband van KNMT, NVM-mondhygiënist en ONT.

van mondzorg vanwege financiële redenen⁹. In dit Eindverslag zijn de volgende aanbevelingen ter overweging meegegeven:

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

Aan de eerste aanbeveling wordt op twee manieren invulling gegeven. VWS heeft in 2024 aan het Zorginstituut Nederland (ZIN) gevraagd om te adviseren over een passende aanspraak voor mondzorg in het basispakket. Dit adviestraject is opgebouwd uit verschillende fases. De kostenanalyse is reeds opgeleverd en het uiteindelijke pakketadvies wordt uiterlijk in 2028 verwacht. Opname van mondzorg in het basispakket is een generieke maatregel, die voor alle verzekerden geldt. Dit zal een grote impact hebben op de mondzorgkosten en daarmee de zorgpremie (ruim €3 miljard per jaar bij de meest uitgebreide dekking). De uitbreiding van het basispakket zal deels een gewenst effect hebben (vermindering van ongewenste mijding van de mondzorg), maar kan ook leiden tot meer behandeling bij de mensen die nu al naar een mondzorgverlener gaan. De zorgvraag zal dus toenemen vanuit de beoogde doelgroep, maar ook vanuit extra zorgvraag vanuit patiënten die al een mondzorgverlener bezoeken. Hierdoor zal de beschikbare capaciteit nog verder onder druk komen te staan.

Om deze redenen wordt ook onderzocht wat gedaan kan worden aan gerichte financiële maatregelen met als doel de mondzorg toegankelijk te maken voor minima. Daarover gaat dit rapport. We zijn ons ervan bewust dat met financiële regelingen het probleem van mondzorgmijding niet volledig opgelost kan worden en dat gerichte financiële maatregelen uiteindelijk in samenhang met de andere aanbevelingen uit het eindverslag gezien moeten worden.

Ook voor dit rapport heeft VWS, als penvoerder van het rapport, samengewerkt met ZN, Divosa, de Mondzorgalliantie en Patiëntenfederatie Nederland. Medewerkers van deze partijen hebben vanuit hun persoonlijke expertise meegedacht over de technische uitwerking van de maatregelen. Dat een maatregel in dit rapport is opgenomen betekent dus niet dat deze partijen daar voorstander van zijn. Ook met enkele andere partijen en het Ministerie van SZW is contact geweest over dit rapport.

Het rapport geeft de maatregelen weer zonder een advies uit te spreken. Voor elke maatregel geldt dat een keuze moet worden gemaakt aangaande de doelgroep die gebruik kan maken van de maatregel en de dekking. Daarom zijn de overwegingen en de keuzes die daarin gemaakt kunnen worden nader beschreven in aparte paragrafen. Onderzoeksbureau Gupta Strategists heeft in opdracht van VWS voor verschillende scenario's een inschatting gemaakt van de verwachte macrokosten. Enkele belangrijke bevindingen staan in dit rapport vermeldt, voor de volledige analyse wordt naar het rapport¹⁰ van Gupta verwezen.

Dit rapport betreft dus een 'keuzemenu' op basis waarvan, gegeven voorkeuren en beschikbaar budget, een politieke keuze gemaakt kan worden. Wel vragen de maatregelen vervolgens nog verdere uitwerking en voorbereiding voordat ze kunnen worden ingevoerd.

⁹ Zie Eindverslag [Project 'Verminderen van ongewenste mijding van mondzorg vanwege financiële redenen'](#).

¹⁰ Doorrekening impact gerichte financiële maatregelen mondzorg voor minima, Gupta Strategists, oktober 2025.

1.4

Opzet van het rapport

In de 'Handreiking acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen' (2023) van de Mondzorgalliantie en het eerdergenoemde Eindverslag worden een universele aanvullende verzekering voor financieel kwetsbaren, een landelijke financiële regeling geïnspireerd op de Regeling Medische Zorg Asielzoekers en de gemeentepolis genoemd als mogelijke maatregelen om de financiële toegankelijkheid van de mondzorg voor minima te verbeteren. Deze maatregelen worden in dit rapport nader uitgewerkt. Daarnaast is een noodfonds uitgewerkt waarmee met minder financiële middelen een kleinere doelgroep ondersteund kan worden. Dit kan een scenario zijn indien politiek besloten wordt beperktere financiële middelen ter beschikking te stellen.

De maatregelen zijn uitgewerkt op de volgende kenmerken:

- Doelgroep en bereik: Welke groep mensen wordt bediend met de maatregel en hoe kan die doelgroep worden geïdentificeerd?
- Toegang: Waar wordt de toegang georganiseerd en hoe komen mensen in aanmerking voor de maatregel?
- Juridisch: Met welke wet- en regelgeving moet rekening gehouden worden om de maatregel te realiseren?
- Dekking: Welke zorg wordt vergoed?
- Macrokosten: Wat zijn de totale kosten die verbonden zijn aan een maatregel? En aan welke knoppen kan er gedraaid worden om de kosten van een maatregel te wijzigen?
- Uitvoering: Wie kan de maatregel uitvoeren en wat is er voor nodig om de maatregel uit te voeren?
- Neveneffecten: Welke onbedoelde gevolgen of effecten heeft een maatregel?

Dit rapport maakt inzichtelijk welke opties er zijn voor gerichte financiële maatregelen voor het verminderen van mondzorgmijding om financiële redenen door minima, welke overwegingen daarbij van belang zijn en wat de verwachte macrokosten zijn. Als voor een maatregel gekozen wordt, moet deze beleidsmatig nog verder uitgewerkt worden dan in dit rapport is gedaan. Ook wordt aanbevolen de uitgewerkte maatregel op uitvoerbaarheid te toetsen. Naast de uitvoerbaarheid moet er bij elke maatregel rekening mee worden gehouden dat deze alleen het gewenste effect kan hebben als de maatregel aansluit bij het doenvermogen en de gezondheidsvaardigheden van de doelgroep. Dat betekent dat ook geïnvesteerd moet worden in bijvoorbeeld voorlichting en het op weg helpen van de doelgroep.

2 Huidig instrumentarium

Dit hoofdstuk gaat in op welk instrumentarium er al is op het gebied van mondzorg en in welke mate dat kan bijdragen aan het voorkomen van mondzorgmijding door minima om financiële redenen.

2.1 Landelijke instrumentarium

De Rijksoverheid bevordert gezondheid, waaronder mondgezondheid, via wetgeving, financiering, kwaliteitsbewaking (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Zorgautoriteit), preventiecampagnes, onderwijs in mondzorg en onderzoek. De Rijksoverheid heeft invloed op de financiële toegang tot de mondzorg via het basispakket en via voorzieningen voor bijzondere groepen.

Basispakket Zorgverzekeringswet

In 1995 werd mondzorg voor volwassenen grotendeels uit het ziekenfondspakket gehaald vanwege de verbeterde mondgezondheid en de veronderstelling dat verdere kosten zelf konden worden gedragen. In 2002 werd ook preventief onderhoud uit het ziekenfondspakket gehaald. Op dit moment vergoedt de zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) mondzorg voor minderjarigen. Voor volwassenen worden de volgende behandelingen vergoed:

- Sommige bijzondere tandheelkundige hulp
- Röntgenonderzoek voor chirurgische tandheelkundige hulp, door of op verzoek van een kaakchirurg
- Kunstgebitten (volledige prothese) voor de bovenkaak en onderkaak
- Chirurgische tandheelkundige hulp die alleen kan worden uitgevoerd door een kaakchirurg
- Orthodontie bij ernstige ontwikkelings- of groeistoornissen van tand, kaak of mond

Voorzieningen voor bijzondere groepen

De Rijksoverheid heeft voor vier doelgroepen voorzieningen georganiseerd:

- Ontheemden Oekraïne: Regeling medische zorg ontheemden uit Oekraïne (RMO)
- Asielzoekers: Regeling medische zorg asielzoekers (RMA)
- Onverzekerden: Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV)
- Onverzekerbare vreemdelingen: Regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV)

Deze voorzieningen dekken meerdere vormen van zorg. We gaan nu in op de mondzorgdekking binnen deze voorzieningen.

De RMA en RMO vallen onder de verantwoordelijkheid van de minister van JenV. Op basis van deze regelingen hebben asielzoekers en ontheemden uit Oekraïne recht op noodhulp bij ernstige pijn- en/of kauwklachten, tot een maximum van € 350 per jaar. Kinderen tot 18 jaar krijgen tandzorg, inclusief een jaarlijkse preventieve controle, vergoed op dezelfde wijze als dat is geregeld in de basisverzekering. De dekking en de vergoeding zijn voortgekomen vanuit ervaringen met de behoefte van de doelgroep en consensus bij de uitvoerders van de regelingen.

De SOV en OVV vallen onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS en worden uitgevoerd door het CAK. De dekking voor mondzorg in de SOV en OVV is gelijk aan die van de basisverzekering. Noodhulp wordt onder deze regelingen niet vergoed.

De regelingen voor bijzondere groepen, en met name de RMA en RMO, zijn goede voorbeelden van een gerichte maatregel. Dit kan omdat deze genoemde bijzondere groepen goed zijn afgebakend en geregistreerd. Dit is niet het geval voor wie om financiële redenen mondzorg mijdt. Dat betreft namelijk een diverse groep die niet als zodanig geregistreerd staat.

2.2 De aanvullende mondzorgverzekering

De aanvullende zorgverzekering voor mondzorg is een financieel product dat aangeboden wordt door zorgverzekeraars waar de verzekerde zelf voor kan kiezen. Het aanbod voor een aanvullende zorgverzekeringen met mondzorgdekking verschilt per zorgverzekeraar. Doorgaans worden de volgende pakketten aangeboden: een basale verzekeringen die €100-250 dekken per jaar, middenpakketten die €300-500 dekken per jaar en uitgebreide pakketten die tot €1000 of meer dekken per jaar. Een groot deel van de reguliere verzekeringen vergoedt 75% van de kosten per behandeling, waardoor verzekerden 25% zelf moeten betalen.

In 2024 had 63% van de volwassen verzekerden een aanvullende zorgverzekering met mondzorgdekking. In 2020 was dit 66%¹¹. Het effect van verzekering is duidelijk meetbaar. Bij mensen met lagere inkomens gaat 52% zonder tandartsverzekering minimaal één keer per jaar naar de tandarts, tegenover 82% van degenen die wel verzekerd zijn. Bij mensen met hogere inkomens is dit verschil kleiner, omdat zij tandartskosten vaker zelf kunnen dragen.¹²

De aanvullende mondzorgverzekering draagt bij aan de toegankelijkheid van de mondzorg, maar biedt niet voor iedereen een oplossing. Minima geven aan dat de aanvullende zorgverzekering soms onvoldoende dekking geeft of dat de eigen bijdrage een probleem vormt. Er zijn ook minima voor wie de premie te hoog is of die zijn geroyeerd vanwege een betalingsachterstand.

2.3 Gemeentelijke en lokaal instrumentarium

Gemeenten en GGD'en spelen een rol in het bevorderen van mondgezondheid als onderdeel van lokaal gezondheidsbeleid via onder andere preventie en signalering. Zij geven collectieve voorlichting, onder andere via consultatiebureaus en jeugdgezondheidszorg, en signaleren mondproblemen bij kinderen en kwetsbare groepen en verwijzen waar nodig door naar de tandarts.

De gemeenten hebben invloed op de financiële toegang tot de mondzorg via het voeren van armoedebelief en het bieden van minimaregelingen. In het rapport 'Ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen' (2023) beschrijft BS&F de categorale bijzondere bijstand (gemeentepolis), individuele bijstand, noodfondsen, financiële tegemoetkoming medische kosten, diverse lokale initiatieven en de 'sociale tandarts'. Hieronder worden, in verband met de leesbaarheid, de eerste drie maatregelen beschreven.

Categorale bijstand: gemeentepolis

Het belangrijkste instrument voor gemeenten om de beschikbaarheid van mondzorg voor minima te bevorderen is op dit moment de gemeentepolis. Afhankelijk van de politieke keuzes en beschikbare budgettaire middelen zijn er verschillen in wat voor

¹¹ Gegevens uit de Vektis publicatie Verzekerden in beeld genoemd in mondzorgmijding vanwege financiële redenen: een leidraad voor gemeenten, BS&F, april 2025, te raadplegen via www.bsenf.nl.

¹² Mondzorgmijding vanwege financiële redenen: een leidraad voor gemeenten, BS&F, april 2025, te raadplegen via www.bsenf.nl.

gemeentepolis (qua doelgroep, dekking en gemeentelijke bijdrage) gemeenten aanbieden. Circa 95% van de gemeenten biedt een gemeentepolis aan en 635.000 mensen maken gebruik van de gemeentepolis.¹³ De gemeentepolis is een collectieve zorgverzekering voor minima die bestaat uit een basisverzekering en een aanvullende verzekering waar altijd ook mondzorg inzit, met doorgaans 100% vergoeding (in plaats van zoals bij veel reguliere tandartsverzekeringen 75%) tot een maximumbedrag. In de gemeentepolis verschilt de maximale dekking voor mondzorg per zorgverzekeraar, veel pakketten voldoen al grotendeels aan de 'Handreiking voor acute en noodzakelijke mondzorg' die door de Mondzorgalliantie is opgesteld. Ook zijn andere vormen van zorg, bijvoorbeeld brillen of fysiotherapie aanvullend meeverzekerd. Gemeentepolissen bieden daarmee een relatief uitgebreide dekking. De gemeentepolis wordt tegen een lagere premie aangeboden dan een reguliere aanvullende verzekering dankzij een bijdrage van de gemeente die momenteel varieert van € 10 tot rond de € 67 per maand¹⁴, en een premiekorting door de zorgverzekeraar. Adviesbureau BS&F geeft in zijn leidraad voor gemeenten aan dat de hoogte van de premie voor veel mensen wordt gezien als een belangrijk aspect voor de keuze van de zorgverzekering en dat dit het sterkst geldt voor mensen zonder aanvullende verzekering. Door de lagere premie is de gemeentepolis aantrekkelijker dan een reguliere aanvullende zorgverzekering met een vergelijkbare dekking.

Adviesbureau BS&F ziet de gemeentepolis als een effectief instrument aangezien vanwege de mondzorgverzekering deelnemers van de gemeentepolis vaker gebruik maken van mondzorg¹⁵. Tegelijkertijd is het zo dat de gemeentepolis voor een deel van de doelgroep een te uitgebreide dekking heeft vanwege de dekking voor bijvoorbeeld brillen, fysiotherapie en een herverzekering van het eigen risico. Voor minima met een lage zorgvraag is de gemeentepolis daarom minder passend.

Individuele bijzondere bijstand

Bijzondere bijstand is een vorm van bijstand die wordt verstrekt indien er door bijzondere omstandigheden noodzakelijke kosten gemaakt moeten worden die niet uit het normale inkomen kunnen worden voldaan. Er bestaat geen recht op bijzondere bijstand voor kosten waarvoor een beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening die, gezien haar aard en doel, voor de belanghebbende wordt geacht toereikend en passend te zijn.

Voor sommige zorg gerelateerde kosten, zoals mondzorgkosten, is de zorgverzekering (met aanvullende verzekeringen, waaronder de gemeentepolis) aan te merken als voorliggende voorziening waarvoor bijzondere bijstand in principe niet mogelijk is. Kosten die door de wetgever niet zijn opgenomen in de verzekering worden volgens jurisprudentie namelijk niet aangemerkt als noodzakelijke kosten van het bestaan en komen daardoor ook niet voor vergoeding vanuit de bijzondere bijstand in aanmerking. Uitzonderingen zijn wel mogelijk als de gemeente in een individuele situatie de afweging maakt dat er sprake is van bijzondere omstandigheden waardoor het de aanvrager niet verweten kan worden dat er geen gebruik is gemaakt van een voorliggende voorziening. Het komt daarnaast ook voor dat gemeenten buitenwettelijk begunstigend beleid voeren om toch bijzondere bijstand voor tandheelkundige zorg te verstrekken.

¹³ [Over de gemeentepolis – Gezondverzekerd.nl](https://overdegemeentepolis-gezondverzekerd.nl).

¹⁴ De hoogste premiebijdrage wordt momenteel gegeven in Ouder-Amstel (€ 66,85 per maand).

¹⁵ Rapport Ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen, BS&F, 2023.

Noodfondsen

Noodfondsen zijn lokale of regionale samenwerkingsverbanden (vaak publiek en privaat gefinancierd) die giften en leningen verstrekken aan mensen met urgente financiële noden. In Nederland zijn momenteel ruim 100 noodhulpbureaus actief die zijn aangesloten bij de Stichting Urgente Noden Nederland (SUN).

Van alle aangevraagde bedragen wordt ongeveer de helft toegekend aan mensen die dringend mondzorg nodig hebben maar deze niet kunnen betalen. De meest basale tandheelkundige hulp wordt vergoed. Het gaat dan hoofdzakelijk om pijnbestrijding en herstel van de kauwfunctie. Hogere mondzorgkosten (bijvoorbeeld bij parodontitis) wordt soms expliciet uitgesloten.

Noodfondsen zijn het meest effectief wanneer ze onderdeel uitmaken van een breder lokaal vangnet. Dit betekent dat ze het beste functioneren in combinatie met andere initiatieven zoals informele mondzorgnetwerken die bereid zijn kosteloos of tegen gereduceerde tarieven te behandelen, en gemeentelijke maatwerkbudgetten. Noodfondsen zijn niet bedoeld als vervanging voor een tandartsverzekering. Voor de mondgezondheid is het daarom belangrijk dat mensen die via een noodfonds geholpen zijn, vervolgens begeleid worden naar de reguliere mondzorg.

3 Gerichte financiële maatregelen

3.1 Doelgroep en bereik

Het exact identificeren van de 640.000 volwassenen die mondzorg mijden vanwege financiële redenen is niet haalbaar. Het betreft namelijk een diverse groep die te maken heeft met verschillende soorten problematiek. Deze groep valt nu niet onder één bestaande regeling en er wordt niet bijgehouden wie om financiële redenen mondzorg mijdt. Daarom moet een meer praktische benadering gezocht worden. Er is onderzoek gedaan naar welke kenmerken deze groep heeft.¹⁶ Het overkoepelende kenmerk lijkt dat de meeste volwassenen die om financiële redenen mondzorg mijden een laag (besteedbaar) inkomen hebben. Daarom ligt het voor de hand om bij de afbakening van de doelgroep aan te sluiten bij grenzen die gehanteerd worden bij bestaand minimabeleid.

De meeste gemeenten hanteren voor hun minimabeleid een grens van 120% bijstandsnorm en een vermogensgrens.¹⁷ Landelijk betreft dit circa 922.000 huishoudens¹⁸ en daarvan alleen de volwassenen (18 jaar en ouder) aangezien mondzorg voor minderjarigen in de basisverzekering zit. In de doorrekening van Gupta is aangegeven dat 1.190.000 volwassenen een inkomen tot 120% van het sociaal minimum hebben en 1.980.000 tot 150% van het sociaal minimum. Deze doelgroep is dus breder dan de groep mensen die mondzorg mijdt om financiële redenen en een aanzienlijk deel van hen heeft al een gemeentepolis of aanvullende mondzorgverzekering. Aangezien de groep die om financiële redenen mondzorg mijdt niet exact te identificeren is, zal deze niet helemaal samenvallen met een afbakening op basis van inkomensgrenzen. Niet de hele groep van 640.000 personen bestaat namelijk uit minima en niet alle minima mijden om financiële redenen mondzorg.

Indien politiek gewenst kan de doelgroep vergroot worden door een hoger percentage van de bijstandsnorm te nemen of verkleind door een lager percentage.¹⁹ Hierbij moet er wel rekening mee worden gehouden dat hoe groter de doelgroep hoe meer mensen er onder komen te vallen die zonder de maatregel al van mondzorg gebruik maakten, bijvoorbeeld omdat zij al een aanvullende verzekering met mondzorgdekking hebben. Voor de mensen die zonder maatregel al naar de mondzorgverlener gingen dan leidt de maatregel dus niet tot minder mondzorgmijding om financiële redenen maar is er sprake van een verschuiving van private naar publieke bekostiging van mondzorg. Door de doelgroep te vergroten wordt de maatregel dus duurder (want voor meer mensen zal de mondzorg publiek bekostigd worden) en de besteding van de publieke middelen minder doelmatig (een groter gedeelte van de publieke kosten wordt gemaakt voor mensen die zonder de maatregel ook naar de mondzorgverlener gingen). Met de nuance dat áls een gerichte regeling méér mondzorg vergoedt dan een reguliere aanvullende verzekering nu vergoedt, de financiële toegankelijkheid van mondzorg ook onder de groep die al naar de mondzorgverlener gaat kan toenemen.

¹⁶ ACTA-rapport [Ongewenste mijding van mondzorg](#) p. 9-11.

¹⁷ BS&F: Landelijk heeft 5% van de gemeenten een inkomensgrens tot 110% van de bijstandsnorm. 51% van de gemeenten heeft een inkomensgrens tot 120% van de bijstandsnorm en 44% hanteert een inkomensgrens van hoger dan 120% van de bijstandsnorm.

¹⁸ Volgens de [Armoedescan](#) van het CBS ging het in 2022 om 921.700 huishoudens in Nederland met een inkomen van 120% van het sociaal minimum gedurende minimaal 1 jaar (12,0% van alle huishoudens).

¹⁹ Voor 150% komt dit uit op 1.465.000 huishoudens (19,1% van alle huishoudens). Een huishouden bestaat [volgens het CBS](#) in 2024 gemiddeld uit 2,11 personen.

Ook moet er bij het afbakenen van de doelgroep rekening mee worden gehouden dat wie er net buiten valt geen aanspraak kan maken op de maatregel. Hierdoor kan het de prikkel om (meer) te gaan werken verkleinen. Tot slot kan politiek overwogen worden om ook een vermogensgrens te hanteren zoals in sommige gemeentes ook bij regelingen als de gemeentepolis gedaan wordt. Dit om te voorkomen dat mensen met een laag inkomen maar hoog vermogen in aanmerking komen voor de maatregelen. Bij een vermogens en inkomenstoets moet zoveel mogelijk voorkomen worden dat de vergoede kosten moeten worden terugbetaald. Want dan kunnen mensen aarzelen om van de maatregel gebruik te maken.

Het bereik betreft welk deel van de doelgroep daadwerkelijk gebruik maakt van de maatregel. Dit wordt positief beïnvloed door onder andere hoe eenvoudig de maatregel is, de hoogte van de premiebijdrage, de dekking, de hoogte van een eventuele eigen bijdrage en de mate van communicatie over de beschikbare instrumenten. Bij elke maatregel moet er rekening mee worden gehouden dat deze alleen het gewenste effect kan hebben als de doelgroep goed op de hoogte is van de mogelijkheden die de maatregel biedt. Een toereikende informatievoorziening is dus cruciaal.

Er heeft een eerste quickscan plaatsgevonden naar de doenlijkheid van de vier financiële regelingen voor minima in dit rapport. Een uitgebreidere analyse en oordeel kan plaatsvinden als de maatregelen verder zijn uitgewerkt. Een gerichte financiële regeling zal alleen gebruikt worden als mensen de regeling begrijpen en (het aanvragen en gebruiken van) de regeling doenlijk voor hen is. Binnen de groep mensen die mondzorg mijden om financiële redenen gaat het ook om mensen in een kwetsbaardere positie waar het doenvermogen al onder druk staat. Uit de quickscan blijkt dat het belangrijk is dat mensen de meerwaarde van een regeling inzien, begrijpen of en welke mondzorg voor hen vergoed wordt als ook de verschillen tussen de regeling en al bestaande verzekeringen (zoals de gemeentepolis of reguliere aanvullende verzekeringen) begrijpen. Ook komt naar voren dat minder handelingen voor de burger, het automatisch verlenen van toegang én het aansluiten bij bestaand beleid het doenvermogen positief beïnvloeden. Laagdrempelige hulp of persoonlijke begeleiding draagt ook bij aan overzetten tot de gewenste actie.

Gupta Strategists heeft een inschatting gemaakt van de verwachte kosten per maatregel. Daarbij is gekeken naar het verwacht aantal gebruikers van de maatregelen en de verwachte kosten per gebruiker. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de budgettaire gevolgen per maatregel. In deze paragraaf gaan we in op de verwachtingen over het bereik. Uit de doorrekening komt naar voren dat de in dit rapport beschreven maatregelen naar schatting in beperkte mate zullen bijdragen aan het verminderen van mondzorgmijding om financiële redenen. Dat komt ten eerste door de afbakening van de doelgroep. Want van de 640.000 mensen die afzien van mondzorg om financiële redenen, hebben naar schatting 310.000 een inkomen tot 120% sociaal minimum en 405.000 een inkomen tot 150% van het sociaal minimum. Een aanzienlijk deel van de mensen die om financiële redenen afziet van mondzorg, heeft dus een hoger inkomen dan de in dit rapport voorgestelde inkomensgrenzen. Tegelijkertijd gaat, binnen de in dit rapport gekozen inkomensgroepen, circa twee derde tot driekwart van de mensen al naar een mondzorgverlener. Het merendeel van de verwachte kosten van de maatregelen (1, 2 en 3) wordt dus gemaakt voor huidige gebruikers van mondzorg. Ten tweede is de aanname dat een beperkt deel van de beoogde doelgroep de maatregel daadwerkelijk gaat gebruiken. Op basis van wetenschappelijke literatuur is de aanname gedaan dat rond de 40% van de mensen die nu afziet van mondzorg

gebruik gaat maken van een maatregel²⁰. Deze bevindingen ondersteunen wat VWS betreft het belang van aanvullend beleid, zoals een toereikende informatievoorziening en begeleiding, om het gebruik van de maatregel te stimuleren.

3.2

Dekking

Net als voor de doelgroep geldt voor de dekking dat hierin gevarieerd kan worden en dat dit uiteindelijk een politieke keuze is, waarbij de keuze gevolgen heeft voor hoeveel een maatregel kost.

Voor de vraag welke mondzorg gedekt moeten worden kan gebruik gemaakt worden van de 'Handreiking acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen'²¹ van de Mondzorgalliantie. Hierin staat beschreven wat wordt verstaan onder noodzakelijke en acute mondzorg.

Deze handreiking is gebaseerd op de volgende uitgangspunten voor basale mondgezondheid:

- Pijnvrij en zonder (acute) ontsteking leven;
- Zonder last alles eten;
- Ongehinderd praten;
- Zich zonder schaamte sociaal bewegen en participeren in de maatschappij.

Hiervoor is een lijst van de specifieke prestatiecodes opgesteld die zonder machtiging tot een maximumbedrag en daarboven met een machtiging voor deze interventies kunnen worden gedeclareerd. Dit betreft noodzakelijke en acute mondzorg.

In dit rapport brengen we drie dekkingsopties in beeld, zodat hier een (politieke) weging in gemaakt kan worden. De minst uitgebreide optie gaat uit van het enkel vergoeden van acute en noodzakelijke mondzorg, de meest uitgebreide optie gaat uit van een vrijwel volledige vergoeding voor mondzorgkosten en we presenteren ook een tussenvariant.

Hoewel preventie van groot belang is voor de mondgezondheid en het voorkomen van hoge zorgkosten is een pakket dat enkel uit preventieve behandelingen bestaat (zoals controles en gebitsreiniging) niet in dit rapport opgenomen. De reden daarvoor is dat mondzorgmijding om financiële redenen vooral komt door de vrees voor de kosten van grotere behandelingen. Een pakket met alleen preventieve behandelingen draagt daardoor weinig bij aan het voorkomen van mondzorgmijding. Bovendien blijkt uit onderzoek dat na controle circa 40% van de mensen aanvullende (curatieve) mondzorg nodig heeft.²²

Een brede dekking kan bijdragen aan het realiseren van een optimale mondgezondheid voor alle patiënten. Daarmee wordt voorkomen dat patiënten periodiek (zelfs met enige vertraging) terugkeren met problemen die doorgaans eenvoudig en kostenefficiënt voorkomen hadden kunnen worden.

In dit rapport worden de volgende opties doorgerekend:

²⁰ Dit verschilt per maatregel en zal lager liggen als meer handelingen nodig zijn vanuit de burger om gebruik te maken van de maatregel en hoger als de maatregel bekend is. De aanname van Gupta is dat het gebruik voor maatregel 2 32% is en voor maatregel 3 41,8%. Voor een noodfonds is de aanname dat dit 5-10% is.

²¹ [Handreiking noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen](#).

²² Gupta, Onderzoek toegankelijkheid mondzorg, 2023, p 10.

- A. Behandelingen die zijn opgenomen in de 'Handreiking acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen' (2023) van de Mondzorgalliantie met een maximum van €350 (per jaar).²³
- B. Behandelingen die zijn opgenomen in de 'Handreiking acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen' (2023) van de Mondzorgalliantie met een maximum van €350 en daarbovenop een eenmalige vergoeding voor sanering. Door het eenmalig vergoeden van sanering kunnen ook mensen met gevorderde mondziekten geholpen worden.
- C. Alle behandelingen die zijn opgenomen in de basisverzekering voor minderjarigen.

Voor al deze pakketten geldt dat er voor de geleverde zorg geen kosten voor rekening van de zorggebruiker komen.

Bij het noodfonds kan ook gekozen worden voor uitsluitend het vergoeden van het behandelen van gevorderde mondziekten, zie paragraaf 3.6.

3.3

Maatregel 1: Landelijke financiële regeling

Maatregel	Een landelijke voorziening (wettelijke regeling), geïnspireerd op de regeling voor asielzoekers (RMA) waarbij alle mondzorgkosten binnen een bepaalde dekking door de Rijksoverheid vergoed worden. Er is geen premie of rekening voor de patiënt.
Doelgroep en bereik	120% bijstandsnorm, zie paragraaf 3.1.
Toegang	- Toegang kan automatische verleend worden op basis van een inkomensgrens. - Een andere optie, om het budgettair beslag van de maatregel te beperken, is dat de burger een aanvraag doet waarna een inkomenstoets wordt gedaan. De maatregel krijgt dan meer het karakter van een noodfonds (maatregel 4). In beide gevallen ontvangt de uitvoerder (Rijksuitvoerder of een zorgverzekeraar) een signaal (bijvoorbeeld van de Belastingdienst of een andere partij die een inkomenstoets doet) of een persoon in aanmerking komt voor de voorziening. Er moet nog bepaald worden op welke wijze het inkomen wordt vastgesteld en wat de bron van de inkomensgegevens is.
Dekking	Zie paragraaf 3.2.
Kosten	- Voor deze maatregel moet bepaald worden of met een budgetplafond gewerkt moet worden en als voor een

²³ Gelijk aan de maximale vergoeding in de RMA en RMO voor noodhulp. In de Handreiking staat momenteel een maximumbedrag van €250.

	budgetplafond gekozen wordt hoe hoog deze moet zijn. - Ten behoeve van een goede uitleg aan burger en verantwoording van de bestede middelen moet in de regelgeving goed afgebakend worden wat het doel is van de maatregel en welke kosten wel en niet voor rekening van de overheid komen. Tussen de € 135 en 274 miljoen bij een doelgroep van 120% sociaal minimum, zie verder tabel 4.1. Deze bedragen zijn exclusief uitvoeringskosten.
Uitvoering	Voor de wijze van uitvoering zijn twee opties in beeld gebracht: A. Uitvoering door zorgverzekeraars voor de eigen verzekerden. Hierbij brengt de zorgverlener de gemaakte zorgkosten in rekening bij de zorgverzekeraar van de klant via het declaratiesysteem VECOZO. De zorgverzekeraar declareert deze kosten periodiek bij een Rijksuitvoerder, bijvoorbeeld het CAK. Eventueel kan dit beperkt worden tot een aantal mondzorgverleners. De BSN van personen die in aanmerking komen voor de voorziening worden toegevoegd aan de 'Controle op Verzekeringsgegevens' van VECOZO, zodat zorgverleners de status van een patiënt kunnen controleren. Om deze werkwijze toe te passen is een implementatieperiode noodzakelijk. B. Door een rijksuitvoerder. Hierbij declareert de zorgverlener de gemaakte zorgkosten bij een rijksuitvoerder, bijvoorbeeld het CAK. Uitvoering door een rijksuitvoerder zal in de voorbereiding enkele jaren kosten (minimaal twee jaar nadat de regeling af is) vanwege de benodigde expertise, capaciteit en ICT-systemen. Mogelijk dat Rijksuitvoerders, in verband met andere beleidsvoornemens, niet gelijk kunnen starten met het implementeren van zo'n regeling. Voor de uitvoerbaarheid van deze maatregel moet met het volgende rekening gehouden worden: - De uitvoering is complex omdat er meerdere partijen bij betrokken zijn die gegevens met elkaar moeten uitwisselen. - Voorbereiding van de uitvoering kost tijd en geld. - Maatregel gaat gepaard met aanzienlijke administratieve lasten en ICT-uitdagingen bij de uitvoerende partij. Laat de uitvoerende partij een uitvoeringstoets doen om zo de implementatieperiode, kosten en risico's in beeld te brengen.
Neveneffecten	- Deze maatregel heeft potentieel effect op het aantal mensen dat een gemeentepolis of andere aanvullende zorgverzekering afsluit. Er is een risico van onderverzekering op andere zorgvormen als de

	dekking in plaats komt van een verzekering met een bredere dekking dan alleen mondzorg. - En andersom: als mensen voor de landelijke voorziening kiezen terwijl ze nu een aanvullende verzekering of gemeentepolis hebben maakt dit de maatregel relatief duur en zal er ook sprake zijn van een minder doelmatige besteding van publieke middelen.
Juridische kaders	- Variant A: omdat zorgverzekeraars geen nevenactiviteiten mogen verrichten (Artikel 73 Solvency II en artikel 3:36 Wft) mogen zij deze activiteiten alleen uitvoeren voor verzekerden die een zorgverzekering bij hen hebben gesloten. Het is dus niet toegestaan dat één zorgverzekeraar de voorziening uitvoert voor iedereen die ervoor in aanmerking komt. - De inkomenstoets zal door een derde partij (bijvoorbeeld de Belastingdienst) gedaan moeten worden, aangezien zorgverzekeraars geen inkomensgegevens mogen opvragen bij hun klanten.

3.4

Maatregel 2: Landelijke uniforme aanvullende zorgverzekering

Een aanvullende zorgverzekering mondzorg is effectief in het voorkomen van mondzorgmijding (zie ook paragraaf 3.2). Om meer minima te bereiken zou de verzekering aangeboden kunnen worden tegen een gereduceerde premie. Het Rijk kan een subsidieregeling inrichten voor zorgverzekeraars voor het aanbieden van een betaalbare (lage premie) mondzorgverzekering aan minima.

Maatregel	- Een subsidieregeling voor zorgverzekeraars voor het aanbieden van een betaalbare (lage premie) mondzorgverzekering aan minima. - Deze maatregel biedt minima toegang tot een mondzorgverzekering (afhankelijk in hoeverre zorgverzekeraars gebruik maken van de subsidieregeling). - Subsidievoorwaarden moeten minimaal bevatten: 1) dat het een aanvullende verzekering voor minima betreft, 2) dat het bestaat uit de afgesproken dekking en 3) de hoogte van de premie (moet immers betaalbaar zijn voor minima). - Er komt geen plicht voor minima om zo'n aanvullende mondzorgverzekering te sluiten. - De privaatrechtelijke ziektekostenverzekeraars hebben geen plicht om de aanvullende mondzorgverzekering aan te bieden en mogen ook andere mondzorgverzekeringen aanbieden. Het enige gevolg daarvan is dat ze voor andere mondzorgverzekeringen geen subsidie ontvangen.
-----------	--

	- Voor alle aanvullende verzekering geldt dat de overheid geen acceptatieplicht op kan leggen.
Doelgroep en bereik	- 120% bijstandsnorm, zie paragraaf 3.1. - Een deel van de doelgroep zal de voorkeur houden voor een gemeentepolis, of andere aanvullende verzekering, vanwege de bredere dekking dan alleen mondzorg. - Verzekeraars zijn niet verplicht dit verzekeringsproduct aan te bieden. Als weinig verzekeraars meedoen aan de subsidieregeling wordt niet de hele doelgroep bereikt²⁴. - Een deel van de groep die een gesubsidieerde aanvullende verzekering voor mondzorg aangaat zou het ook gedaan hebben zonder subsidie. Voor dat deel van de doelgroep leidt de subsidie niet tot minder mondzorgmijding.
Toegang	- De doelgroep vraagt de mondzorgverzekering aan bij de zorgverzekeraar. - Op basis van inkomensgegevens van een derde partij weten zorgverzekeraars of de aanvragers wel of niet in aanmerking komt voor een lagere premie. - De zorgverzekeraar ontvangt subsidie voor de premiekorting per verzekerde.
Dekking	- Zie paragraaf 3.2.
Kosten	- Voor deze maatregel moet bepaald worden of wel of niet met een budgetplafond gewerkt moet worden en als voor een budgetplafond gekozen wordt hoe hoog dit moet zijn. - Ten behoeve van een goede uitleg aan burger en verantwoording van de bestede middelen moet in de regelgeving goed afgebakend worden wat het doel is van de maatregel en welke kosten wel en niet voor rekening van de overheid komen. - Tussen de € 131 en 267 miljoen bij een doelgroep van 120% sociaal minimum, zie verder tabel 4.1. Deze bedragen zijn exclusief uitvoeringskosten.
Uitvoering	De wijze van uitvoering: - Uitvoering door een rijksuitvoerder. - De inkomenstoets wordt gedaan door de Belastingdienst, Dienst Toeslagen of een derde partij. De zorgverzekeraar hoeft niet te beschikken over inkomensgegevens, maar ontvangt alleen een ja/nee bericht. Voor de uitvoerbaarheid van deze maatregel moet met het volgende rekening gehouden worden:

²⁴ Het is mogelijk om een aanvullende verzekering af te sluiten bij een andere verzekeraar dan de verzekeraar waar je een basisverzekering hebt afgesloten. Wij nemen hier aan dat een deel van de doelgroep beide verzekeringen bij dezelfde verzekeraar wenst af te sluiten.

	- De uitvoering is complex, omdat er meerdere partijen bij betrokken zijn die gegevens met elkaar moeten uitwisselen. - Maatregel gaat gepaard met aanzienlijke administratieve lasten en ICT-uitdagingen bij de uitvoerende partij. Vraag de uitvoerende partij een uitvoeringstoets te doen om zo de implementatieperiode, kosten en risico's in beeld te krijgen.
Neveneffecten	- Deze maatregel heeft potentieel effect op het aantal mensen dat een gemeentepolis of andere aanvullende zorgverzekering afsluit. - Er is een risico van onderverzekering op andere zorgvormen als de dekking in plaats komt van een verzekering met een bredere dekking dan alleen mondzorg.
Juridische kaders	- Zorgverzekeraars kunnen niet verplicht worden een bepaalde landelijke uniforme aanvullende zorgverzekering aan te bieden (EU-richtlijn Solvabiliteit II, zoals geïmplementeerd in de Wet op het financieel toezicht (Wft)), maar zij kunnen dit wel uit eigen beweging organiseren. - Een dergelijke subsidieregeling moet passen binnen de kaders van Solvency II, staatssteun en privacywetgeving. - De subsidie moet worden verstrekt aan iedere privaatrechtelijke ziektekostenverzekeraar die zo'n mondzorgverzekering voor minima aanbiedt en uitvoert. Dus ook aan privaatrechtelijke ziektekostenverzekeraars die geen zorgverzekeringen aanbieden of uitvoeren, en ongeacht of zo'n privaatrechtelijke ziektekostenverzekeraar zijn zetel in Nederland heeft of elders in de EU. - De privaatrechtelijke ziektekostenverzekeraars die subsidiabele aanvullende mondzorgverzekeringen aanbieden, hebben daarvoor geen acceptatieplicht.

3.5 Maatregel 3: Nieuwe gemeentepolis met basisverzekering en mondzorg

In paragraaf 2.3 is de gemeentepolis toegelicht. Adviesbureau BS&F geeft in zijn leidraad voor gemeenten aan dat de hoogte van de premie voor veel mensen wordt gezien als een belangrijk aspect voor de keuze van de zorgverzekering en dat dit het sterkst geldt voor mensen zonder aanvullende verzekering(en). Uit de analyse van BS&F blijkt dat een hogere premiebijdrage aan de gemeentepolis, en daarmee een lagere premie voor de verzekerde, samenhangt met een hoger bereik van de gemeentepolis. En daarmee dus het aantal mensen dat verzekerd is voor mondzorg.

Naar verwachting heeft het echter meer effect om een nieuw pakket in de gemeentepolis aan te bieden, dan de premiebijdrage voor de huidige polissen te vergroten. Voor minima met een lage zorgvraag kan de dekking van de huidige gemeentepolissen namelijk te breed en daardoor minder passend zijn. Het is daarom onbekend in hoeverre een hogere premiebijdrage van de gemeente aan de huidige gemeentepolis bijdraagt aan het verminderen van de mijding van mondzorg door minima. Het heeft naar verwachting een groter effect om naast het huidige aanbod van gemeentepolissen aan minima met een lagere zorgvraag een extra pakket aan te bieden bestaande uit een basisverzekering en enkel een mondzorgverzekering. Om zo de doelgroep aan te spreken voor wie de gemeentepolis in de huidige vorm minder passend is vanwege de bredere dekking. Door een premiebijdrage zal dit nieuwe pakket financieel toegankelijker zijn vergeleken met een reguliere basisverzekering en reguliere tandartsverzekering.

Maatregel	- Werken aan een pakket waarin gemeenten binnen de gemeentepolis een pakket aan inwoners kunnen bieden bestaande uit een natura basisverzekering (B) en uitsluitend een aanvullende mondzorgverzekering (+M). - Over het pakket maakt de gemeente afspraken met een zorgverzekeraar. - Gemeenten (en zorgverzekeraars) worden niet verplicht dit B+M pakket aan te bieden. - Onderzocht kan worden of het B+M pakket aangeboden kan worden voor het bedrag van een gemiddelde basisverzekering, door afspraken rondom korting met zorgverzekeraars en de bijdrage van gemeenten. - Op het moment dat er een nieuw aanbod is, zullen de gemeenten gefaciliteerd worden om de gemeentepolis en het nieuwe pakket onder de aandacht te brengen bij inwoners. - Door dit nieuwe aanbod en de bekendmaking van dit nieuwe aanbod zal er een hoger bereik en een hoger gebruik van de gemeentepolis zijn. Hiervoor zijn extra middelen nodig die via het Gemeentefonds ter beschikking worden gesteld aan gemeenten. Deze middelen zijn ongeoormerkt. Om het beoogde doel te bereiken is het zinvol om bestuurlijke afspraken te maken over besteding van de middelen. Dit vereist draagvlak bij gemeenten.
-----------	--

	- Lokaal armoedebelid kent weerbarstigheid doordat het onderhevig is aan lokale politieke kleur en de financiële randvoorwaarden. Op het moment dat er aan het laatste onvoldoende wordt voldaan, zullen gemeenten niet geneigd zijn dit pakket extra aan te bieden of heeft het consequenties op andere minimaregelingen (waterbedeffect).
Doelgroep en bereik	120% bijstandsnorm, of aansluiten bij afbakening bestaande gemeentepolissen van deelnemende gemeentes.
Toegang	Aanmelden kan bij de gemeenten zoals nu al het geval is voor de bestaande gemeentepolissen, in de meeste gevallen via gezondverzekerd.nl.
Dekking	Zie paragraaf 3.2.
Kosten	Tussen de € 136 en 276 miljoen bij een doelgroep van 120% sociaal minimum, zie verder tabel 4.1 Deze bedragen zijn exclusief uitvoeringskosten.
Uitvoering	De maatregel wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraar die voor de gemeente de gemeentepolis uitvoert en gemeenten. De uitvoeringslasten voor gemeenten zijn afhankelijk van de gestelde voorwaarden, zoals inkomen en vermogen, en de mate waarin de toegang is geautomatiseerd. Steeds meer gemeenten maken bij de bestaande gemeentepolissen gebruik van een digitaal systeem waarin verzekerden de gemeentepolis kunnen aanvragen en toegang steeds meer automatisch verleend kan worden. Dit vermindert de uitvoeringslasten aanzienlijk bij de huidige gemeentepolissen en dus ook bij een nieuw aan te bieden gemeentepolis. Overweeg een pilot te starten onder leiding van een tussenpartij om te leren van afspraken, implementatie, communicatie en impact om vervolgens een uitrol te doen.
Neveneffecten	- Er is een risico van onderverzekering op andere zorgvormen als de dekking in plaats komt van een verzekering met een bredere dekking dan alleen mondzorg. - Deze maatregel heeft potentieel effect op het aantal mensen dat een "reguliere" gemeentepolis of andere aanvullende zorgverzekering afsluit.

3.6 Maatregel 4: Noodfonds

Indien voor bovenstaande maatregelen onvoldoende financiële middelen beschikbaar komen, kan een noodfonds overwogen worden gericht op diegenen waarbij de nood het hoogst is. Deze maatregel zal naar verwachting minder mensen kunnen bereiken dan de andere maatregelen. Een noodfonds als afzonderlijke maatregel biedt daarmee een beperktere oplossing voor de problematiek.

Dit noodfonds kan op verschillende manieren ingericht worden, mede afhankelijk van het beschikbare budget. Hieronder zijn ter inspiratie twee varianten globaal uitgewerkt, hier kunnen – meer dan bij de voorgaande drie maatregelen – nog andere keuzes in gemaakt worden.

Een landelijk noodfonds zal, net als maatregel 1, 2 of 3, geen volledige vervanging vormen voor de al bestaande lokale noodfondsen of andere initiatieven (zoals informele mondzorgnetwerken). Er zullen altijd groepen blijven die tussen wal en schip vallen. Bijvoorbeeld mensen die niet geregistreerd staan. Naar verwachting zal het inzetten op een gerichte regeling het beroep op de al bestaande noodfondsen verminderen.

Maatregel	Een noodfonds kan op twee manieren vormgegeven worden: A. Als een landelijke voorziening (uitgevoerd door rijksuitvoerder of zorgverzekeraar, zie maatregel 1) met een beperkte dekking. Net als de bestaande noodfondsen heeft een beroep op dit noodfonds geen structureel karakter en werkt op basis van een behandelplan in plaats van automatische toegang, op deze manier kan maatwerk geboden worden. Na het ontvangen van een vergoeding kan pas na een nog vast te stellen periode (bijvoorbeeld drie jaar) weer een nieuwe aanvraag worden ingediend. B. Door boven op de bestaande financiering publiek geld beschikbaar te stellen aan bestaande of nieuw op te richten (lokale) noodfondsen en/of bestaande informele mondzorgnetwerken. Hierbij moet er rekening mee worden gehouden dat deze er niet in elke gemeente al zijn en dus niet iedereen er gebruik van kan maken. Ook zijn deze bestaande noodfondsen en informele mondzorgnetwerken maar in beperkte mate opschaalbaar.²⁵
Doelgroep en bereik	- Optie A: Het betreft een kleinere doelgroep dan bij maatregel 1, 2 en 3, namelijk: mensen die tot 120% (of 150%) bijstandsnorm verdienen, een mondzorgbehandeling met hoge kosten nodig hebben én niet al toegang tot mondzorg hebben via een mondzorgverzekering. Er is geen automatische toegang, er moet een behandelplan zijn opgesteld.

²⁵ Zie tussentijdse evaluatie Dokters van de Wereld: [Mondzorgmijding vanwege financiële redenen: een leidraad voor gemeenten, BS&F, april 2025](#).

	- Optie B: Aansluiten bij huidige doelgroep van noodfonds: de voorwaarden die de afzonderlijke noodfondsen stellen.
Toegang	Bij optie A: - Hierbij is sprake van maatwerk. De burger vraagt bij een mondzorgpraktijk een offerte en behandelplan op en dient deze in bij het noodfonds. Het noodfonds beoordeelt de offerte en het behandelplan en laat een derde partij een inkomenstoets doen. Bij akkoord wordt de zorg verleend en door de zorgverlener gedeclareerd bij het noodfonds. - Dit vraagt een aanzienlijk doenvermogen van de burger. - Overweeg ook doorverwijzing mogelijk te maken door gemeenten en straatdokters, bijvoorbeeld specifiek voor onverzekerden aangezien zij minder vaak hun weg naar de gemeente weten te vinden.
Dekking	- Bij optie A: Hier kunnen verschillende keuzes in gemaakt worden. Het ligt voor de hand in ieder geval de behandelingen te vergoeden die doorgaans niet (voldoende) vergoed worden in een mondzorgverzekering of via een bestaand lokaal noodfonds, bijvoorbeeld behandelingen met hoge zorgkosten. - Bij optie B: Dekking wordt momenteel bepaald door de lokale noodfondsen. Noodfondsen verschillen, maar vergoeden over het algemeen enkele honderden euro's in noodsituaties met pijnklachten. Onderzocht kan worden welke voorwaarden gesteld kunnen worden aan financiële ondersteuning door het Rijk en in gesprek met bestaande noodfondsen kan verkend worden wat een passende dekking is.
Kosten	- Voor deze maatregel moet bepaald worden of wel of niet met een budgetplafond gewerkt moet worden en als voor een budgetplafond gekozen wordt hoe hoog dit moet zijn. - Ten behoeve van een goede uitleg aan de burger en verantwoording van de bestede middelen moet in de regelgeving goed afgebakend worden wat het doel is van de maatregel en welke kosten wel en niet voor rekening van de overheid komen. - Het budget dat politiek ter beschikking gesteld wordt is leidend voor de invulling van het noodfonds. In de doorrekening van Gupta is een kosteninschatting tussen de 3 (lokaal) en 6 (landelijk) miljoen gegeven, zie verder tabel 4.2. Belangrijk is dat hierbij de aanname is gedaan van beperkte opschalingsmogelijkheden en bekendheid wat resulteert in een (zeer) laag gebruik door de doelgroep. - Deze bedragen zijn exclusief uitvoeringskosten.
Uitvoering	De wijze van uitvoering bij optie A: - Een landelijk noodfonds kan als voorziening worden georganiseerd (zie maatregel 1).

	- Bepaal aan welke voorwaarden de mondzorgverlener en de patiënt moeten voldoen om in aanmerking te komen vergoeding voor de behandeling vanuit het noodfonds. - De individuele offertes en behandelplannen moeten inhoudelijk worden getoetst. Voor de uitvoerbaarheid van deze maatregel moet met het volgende rekening gehouden worden: - De uitvoering is complex omdat er meerdere partijen bij betrokken zijn die gegevens met elkaar moeten uitwisselen. - Voorbereiding van de uitvoering kost veel tijd en geld. - Maatregel gaat gepaard met aanzienlijke administratieve lasten en ICT-uitdagingen bij de uitvoerende partij. - Laat de uitvoerende partij een uitvoeringstoets doen om zo de implementatietijd, kosten en risico's in beeld te krijgen. Bij optie B hoeft in tegenstelling tot het opzetten van een voorziening geen nieuwe structuur te worden opgericht. Overweeg daarom om als eerste stap subsidie te verlenen aan bestaande lokale noodfondsen om leerpunten en opschalingsmogelijkheden op te halen die mogelijk ingezet kunnen worden voor andere lokale noodfondsen of een landelijk noodfonds.
Neveneffecten	- Een landelijk noodfonds kan ten koste gaan van lokale initiatieven. Ook van lokale noodfondsen waar private donaties naar gaan. - Door de introductie van een landelijk noodfonds is het te verwachten dat het huidige beroep op de bestaande noodfondsen en informele netwerken zal afnemen.
Juridische kaders	- Er moet nog verkend worden hoe een eventuele subsidie aan de huidige noodfondsen passend te maken is binnen de geldende juridische kaders.

4 Doorrekening budgettaire gevolgen per scenario

In onderstaande tabellen zijn de verwachte budgettaire gevolgen per scenario weergegeven. De bedragen hangen af van gedane aannames over o.a. de omvang van de doelgroep en de verwachte zorgkosten. Voor een toelichting op de aannames en voor de overige bevindingen wordt verwezen naar het rapport²⁶ van Gupta Strategists.

Uit de doorrekeningen blijkt dat de geschatte kosten per maatregel (1, 2 of 3) redelijk gelijk zijn. De verschillen komen doordat het aantal mensen dat naar verwachting gebruik gaat maken van de maatregel per maatregel verschilt. Tussen de scenario's van dekking zijn er wel grote verschillen in kosten. Dekkingsoptie C, het vrijwel volledig vergoeden van mondzorg, conform hoe mondzorg voor 18-minners nu in de basisverzekering vergoed wordt, leidt tot bijna dubbele kosten ten opzichte van dekkingsoptie A, het vergoeden van acute en noodzakelijke mondzorg tot een bedrag van €350. De daadwerkelijke budgettaire impact van een maatregel zal afhangen van het daadwerkelijk aantal gebruikers van de maatregel en de zorgkosten die zij maken.

De inschatting van de gemiddelde saneringskosten is met onzekerheid omgeven, zoals de onderzoekers ook aangeven. Dit komt deels omdat het begrip sanering meer afbakening behoeft. De beroepsgroepen geven aan dat sanering per definitie maatwerk is, wat maakt dat de behandeling en daarmee de kosten, per patiënt verschillen. Soms zijn andere behandelingen meer aangewezen dan sanering. Het is daarom belangrijk om, als het vergoeden van saneringskosten onderdeel wordt van een financiële regeling, scherp te zijn op wat voor de patiënt een passende behandeling is. De Mondzorgalliantie buigt zich momenteel ook over de vraag wat nodig is voor een goede mondgezondheid en hoe sanering hierin past.

Zoals in paragraaf 3.1 vermeldt staat, dragen de maatregelen naar verwachting beperkt bij aan het terugdringen van mondzorgmijding om financiële redenen. Dat komt door de afbakening van de doelgroep en het verwachte gebruik van de maatregel. Niet alle mondzorgmijders vallen onder de hier gekozen afbakening: de aanname is dat van de 640.000 mensen die afzien van mondzorg om financiële redenen, 310.000 een inkomen tot 120% sociaal minimum heeft en 405.000 een inkomen tot 150% van het sociaal minimum. Een behoorlijk deel van de mensen die afziet van mondzorg heeft dus een inkomen boven de 120% respectievelijk 150% sociaal minimum. Tegelijkertijd blijkt uit de doorrekening dat van de mensen met een inkomen onder 120% of 150% van het sociaal minimum grofweg gezegd twee derde tot driekwart nu al mondzorg gebruikt²⁷. Oftewel: een groot deel van de verwachte kosten per maatregel wordt dus gemaakt voor mensen die anders ook naar de mondzorgverlener zouden gaan. Als de doelgroep vergroot wordt (bijvoorbeeld tot een modaal inkomen) om zo een groter deel van de 640.000 mensen die om financiële redenen afzien van mondzorg te kunnen bereiken, dan zal

²⁶ Doorrekening impact gerichte financiële maatregelen mondzorg voor minima, Gupta Strategists, oktober 2025.

²⁷ Er zijn 1.190.000 volwassenen met een inkomen tot 120% sociaal minimum, waarvan naar verwachting 820.000 al gebruik maken van mondzorg. Er zijn 1.980.000 volwassenen met een inkomen tot 150% sociaal minimum, waarvan naar verwachting 1.480.000 al gebruik maken van mondzorg.

ook een groter deel van de kosten gemaakt worden voor mensen die al mondzorg gebruiken. Ten tweede is de inschatting dat het aantal mensen dat om financiële redenen afziet van mondzorg en gebruik gaat maken van een van de maatregelen beperkt is. Op basis van wetenschappelijke literatuur stelt Gupta dat 40% van de mensen die nu afzien van mondzorg gebruik gaat maken van maatregel 1 bij volledige vergoeding. De verwachting is dat het gebruik bij maatregel 2 wat lager zal liggen en bij maatregel 3 wat hoger. Het enkel bereiken van de groep mensen die mondzorg mijdt om financiële redenen is niet mogelijk, aangezien deze groep niet als zodanig geregistreerd staat. Voor de volledigheid geven we deze cijfers hieronder ook weer, al betreft dit dus een theoretische exercitie.

Tabel 4.1. Verwachte kosten (bron: Gupta Strategists)

	Dekking A	Dekking B	Dekking C
120% sociaal minimum			
Maatregel 1: landelijke regeling	135 mln	161 mln	274 mln
Maatregel 2: Landelijke aanvullende zorgverzekering	131 mln	152 mln	267 mln
Maatregel 3: Nieuwe gemeentepolis	136 mln	163 mln	276 mln
150% sociaal minimum			
Maatregel 1: landelijke regeling	242 mln	276 mln	484 mln
Maatregel 2: Landelijke aanvullende zorgverzekering	237 mln	264 mln	474 mln
Maatregel 3: Nieuwe gemeentepolis	243 mln	279 mln	486 mln
640.000 zorgmijders <i>NB: Theoretisch, niet mogelijk deze groep exact te identificeren</i>			
Maatregel 1: landelijke regeling	39 mln	93 mln	77 mln
Maatregel 2: Landelijke aanvullende zorgverzekering	31 mln	74 mln	62 mln
Maatregel 3: Nieuwe gemeentepolis	41 mln	97 mln	80 mln

Tabel 4.2. Verwachte kosten noodfonds bij doelgroep 120% sociaal minimum (bron: Gupta Strategists)

	120% sociaal minium	150% sociaal minium	640.000 zorgmijders (theoretisch)
Landelijk noodfonds	6 mln	10 mln	4 mln
Aansluiten bij bestaande noodfondsen en/of informele mondzorgnetwerken	3 mln	5 mln	2 mln