

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2062

Vragen van het lid **Ellemeet** (GroenLinks) aan de Minister voor Medische Zorg over *mondzorg in het basispakket* (ingezonden 17 februari 2021).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 19 maart 2021). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020–2021, nr. 1917.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Geef ook minder rijken de kans op een goed gebit»?¹

Antwoord 1

Ja

Vraag 2, 5 en 6

Hoe evalueert u de conclusie van Dokters van de wereld, die stellen dat de totale kosten van gebrekkige mondzorg hoger liggen dan de besparingen? Hoeveel bespaart volgens u de opname van mondzorg in het basispakket, gegeven het feit dat problemen aan het gebit minder vaak leiden tot andere medische problematiek?

Welke invloed kan een slecht gebit hebben op de algehele gezondheid van een verzekerde? Welke ziektes en aandoeningen kunnen hun oorsprong hebben in een slecht verzorgde mond en hoeveel kan daarvan worden voorkomen als iedereen in Nederland goede toegang heeft tot mondzorg?

Antwoord 2, 5 en 6

Ik beschik over onvoldoende informatie om de conclusie van Dokters van de Wereld, dat de totale kosten van gebrekkige mondzorg hoger liggen dan de besparingen, te onderschrijven. Het is bekend dat wanneer kleine gebitsproblemen niet worden opgelost, deze tot grotere gebitsproblemen kunnen leiden. Daarnaast komt de afgelopen jaren steeds meer onderzoek beschikbaar dat laat zien dat er relaties zijn tussen een ongezonde mond en andere gezondheidsproblemen. Dit betreft met name associaties tussen parodontitis

¹ Het Parool, 13 januari 2021, «Geef ook de minder rijken de kans op een goed gebit», («Geef ook de minder rijken de kans op een goed gebit» | Het Parool).

enerzijds en diabetes en cardiovasculaire aandoeningen anderzijds.² In dit verband heeft ook een onderzoek op basis van Nederlandse zorgverzekeringsdata laten zien dat er een significant effect is van parodontale behandeling op diabeteskosten.³

De meerderheid van de onderzochte studies deed daarbij geen uitspraak over causaliteit. Dit betekent overigens niet noodzakelijk dat er geen causale verbanden zijn tussen mondziekten en chronische ziekten – «absence of evidence is not evidence of absence». Op dit moment is echter geen uitspraak te doen over welke ziektes en aandoeningen hun oorsprong kunnen hebben in een slecht verzorgde mond en dat een deel daarvan kan worden voorkomen door betere toegang tot mondzorg. Het is daarmee ook niet mogelijk om aan te geven of andere medische kosten worden bespaard door mondzorg in het pakket op te nemen. Ook voor het Zorginstituut is er op dit moment onvoldoende basis om tandheelkundige (curatieve) behandelingen te beschouwen als preventie voor medische aandoeningen.

Vraag 3

Als mondzorg in het basispakket opgenomen zou worden, hoeveel euro extra per maand zou de premiebetaler dan kwijt zijn? Hoe groot is het verschil tussen algemene premieverhoging voor mondzorg en de gemiddelde kosten voor mondzorg in de aanvullende verzekering? Als de gemiddelde kosten voor de premiebetaler in het basispakket lager zijn dan via de aanvullende verzekering, deelt u dan de mening dat mondzorg daarmee veel toegankelijker wordt voor mensen met een laag inkomen?

Antwoord 3

In «Zorgkeuzes in Kaart» is berekend dat het uitbreiden van het basispakket met tandheelkundige zorg, een netto effect op de collectieve zorguitgaven heeft van 1,45 miljard euro per jaar. De premiebetaler zal per jaar € 15 euro extra betalen.⁴ Daar moeten eventuele kosten voor eigen risico bij worden opgeteld. Deze variëren per persoon, afhankelijk van of iemand het eigen risico sowieso al vol maakt. In het slechtste geval waarbij iemand veel tandheelkundige kosten maakt (> € 385) en het eigen risico volledig wordt aangesproken, betaalt diegene dat jaar € 400 voor mondzorg via het basispakket.

De premie voor het verzekeren van mondzorg in de aanvullende verzekering (AV) varieert per gekozen pakket: van losse tandmodules à € 100,- per jaar tot uitgebreide AV's met allerlei soorten dekkingen van boven de € 500,- per jaar. Welke zorgkosten tot welk maximumbedrag (en soms ook maximumpercentage) vergoed worden, verschilt daarbij per pakket. Het is daarom niet mogelijk om iets te zeggen over de gemiddelde premiekosten van mondzorg in de AV. Op basis van declaratiedata van Vektis over 2018 kan de gemiddeld *vergoede* kosten voor tandheerkunde vanuit de AV worden vastgesteld op € 126 per jaar (incl. orthodontie).⁵ In dit bedrag zijn eventuele bijbetalingen en mondzorg die niet uit de AV werd vergoed niet meegenomen. Een andere benadering is op basis van de totale omzet van eerstelijns mondzorg: dan zou je uitkomen op gemiddelde tandheelkundige kosten van € 167 per volwassene per jaar.⁶

Niet iedereen heeft een AV voor mondzorg. Opname in het basispakket betekent dus vooral een kosten*verschuiving* van het private naar het publieke domein. Gegeven het eigen risico, wordt mondzorg niet vanzelf toegankelijker voor alle mensen met een laag inkomen.

² Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, et al. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. *Prev Chronic Dis* 2019; 16:180641.

³ Smits KPJ, Listl S, Plachokova AS, Van der Galien O, Kalmus O. Effect of periodontal treatment on diabetes-related healthcare costs: a retrospective study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020 Oct;8(1):e001666.

⁴ Daarnaast stijgen de werkgeverslasten (die linksom of rechtsom ten laste van de loonruimte gaan) met circa 80 euro per volwassene per jaar.

⁵ Vektis, «Verzekerden in beeld 2020».

⁶ Uit CBS-cijfers blijkt dat er jaarlijks € 3,3 miljard omgaat in eerstelijns mondzorg. Hiervan wordt 0,93 miljard afgetrokken i.v.m. vergoedingen vanuit het basispakket en de Wlz. Dit bedrag wordt gedeeld door de 14,2 miljoen volwassen Nederlanders.

Vraag 4

Welke andere manieren zijn er om de kosten van mondzorg in het basispakket op te nemen? Kunnen deze kosten eventueel ook via belastingen worden opgehaald, waardoor het opnemen van mondzorg in het basispakket niet automatisch tot een premieverhoging leidt? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd (art 10). Deze wordt op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord (art 14). Een *sociale* indicatie als toegang tot bepaalde zorg is gegeven de beginselen van de Zvw dus niet mogelijk. De genoemde suggestie om kosten via belastingen op te halen en aan zorgverzekeraars uit te keren zodat deze kosten niet tot een premieverhoging leiden, is ook niet mogelijk. In de Zvw is vastgelegd dat ter dekking van de Zvw-kosten evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage, de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage kinderen samen (de zogenaamde 50/50-verdeling). Een stijging van de Zvw-kosten, als gevolg van een uitbreiding van het pakket, uit zich dus automatisch in een hogere nominale premie.

Vraag 7

Bent u bekend met het feit dat mensen zonder tandartsverklaring in verreweg de meeste gevallen niet in aanmerking komen voor een aanvullende verzekering en dat dit dus voor mensen met mondzorgproblemen van enige omvang geen toegankelijke oplossing is? Welke oplossingen heeft u voor dit probleem?

Antwoord 7

Uit cijfers van Zorgweb blijkt, dat er in 2021 91 losse tandmodules werden aangeboden. In 14 van die gevallen (15%), met de meest uitgebreide dekkingen, golden acceptatiecriteria. Van de 170 gecombineerde aanvullende polissen (met daarin vaak ook mondzorg opgenomen) waren slechts 4 met acceptatiecriteria (2,4%). Daarnaast bieden gemeentepolissen ook vaak dekking voor tandheelkundige zorg; voor deze polissen geldt sowieso geen medische selectie. Daarnaast gold voor 10% van de losse tandmodules en 11% van de gecombineerde aanvullende polissen een wachttijd van een jaar voor specifiek orthodontie, kronen/bruggen/implantaten of gedeeltelijke prothesen. Ik deel daarom niet de analyse dat er in die zin sprake is van een toegankelijkheidsprobleem.

Vraag 8

Klopt de inschatting van Dokters van de wereld dat ongeveer anderhalf miljoen mensen in Nederland geen toegang hebben tot mondzorg in Nederland?⁷ Zo nee, hoeveel mensen in Nederland hebben naar schatting volgens u geen toegang tot mondzorg en bij hoeveel mensen leidt dit tot andere medische problemen? Kunt u uw antwoord onderbouwen?

Antwoord 8

Vanwege de beperkte beschikbaarheid van betrouwbare data is het moeilijk om een precieze uitspraak te doen over de hoeveelheid mensen in Nederland dat puur vanwege financiën mondzorg mijdt: de verschillende bronnen geven geen eenduidig beeld. Daarnaast is op dit moment überhaupt weinig structurele informatie beschikbaar omtrent de mondgezondheid van Nederlanders. Het laatste «Signalement Mondzorg», dat werd opgesteld in opdracht van het Zorginstituut, dateert uit 2013 voor volwassenen en 2018 voor de jeugd. Ik vind het van belang dat er structurele informatie beschikbaar komt over de mondgezondheid van mensen in Nederland. Ik zet daarom een langdurige monitor op om de mondgezondheid in Nederland te meten. In afstemming met het veld zal hiertoe een set indicatoren worden opgesteld, waarna de informatie driejaarlijks zal worden uitgevraagd. Het eerste meetmoment start in 2022. Met het verkrijgen van meer informatie over de

⁷ Dokters van de wereld Nederland, januari 2021, «Mondzorg is essentiële zorg, en hoort daarom in het basispakket» (<https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2021/01/Positie-Paper-Dokters-van-de-Wereld-Waarom-Mondzorg-in-het-Basispakket-Moet.pdf>).

staat van de mondgezondheid in Nederland, wordt ook de mondgezondheid onder specifieke groepen beter inzichtelijk. Op basis daarvan kan zo nodig aanvullend beleid worden gemaakt.

Vraag 9

Bent u bekend met het onderzoek van Stefan Listl, waaruit blijkt dat productiviteitsverlies door gebrekkige mondzorg 3 miljard euro bedraagt in Nederland?⁸

Antwoord 9

Ja. In het artikel wordt geschat dat mondgezondheidsproblemen in Nederland samenhangen met een gemiddeld verlies van productiviteit van \$ 209 dollar per persoon. Ook wordt beschreven dat er kanttekeningen te plaatsen zijn bij de gebruikte methodiek en schatting.

Vraag 10

Deelt u de mening dat mondzorg in het basispakket voor een groot deel het productiviteitsverlies tegen kan gaan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10

Mondziekten hebben een invloed op zowel individuen als de maatschappij. Pijn, schaamte, verminderde kwaliteit van leven en verminderde arbeidsproductiviteit kunnen zich daarbij voordoen.⁹ Mondgezondheid is ook zeer relevant voor integratie in de samenleving, denk aan kansen op de arbeidsmarkt. Slechte mondgezondheid kan de problematiek van mensen met sociale problemen en kwetsbare doelgroepen dus verergeren. Het onderzoek stelt echter niet dat met het toevoegen van mondzorg aan het basispakket het totaal aan productiviteitsverlies kan worden voorkomen. Ook voor zorgmijding is de vraag of hiermee het probleem wordt opgelost. Uit CBS-cijfers blijkt dat in 2018 80,3% van de Nederlanders minimaal 1 keer naar de tandarts is gegaan.

In de jaren dat de mondzorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder nog in het ziekenfondspakket was opgenomen, was het percentage Nederlanders dat minimaal 1 keer per jaar naar de tandarts ging aanzienlijk lager. Dit percentage was in 1990 71,3% en in 1995 74,6%. De data van het CBS geven overigens geen uitsluitsel *om welke redenen* mensen afzien van tandartsbezoek. Uit het TNO-onderzoek «Gebit Fit» uit 2014 kwam naar voren dat individuen die niet jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist gaan, daar diverse redenen voor hebben. Die redenen lopen uiteen van «niet nodig om jaarlijks te gaan vanwege een goed gebit» tot «niet jaarlijks gaan vanwege financiële consequenties» of «niet gaan vanwege verstrekkende angst voor tandheelkundige behandelingen» en allerlei redenen daar tussen in. Ik vind het daarom passender om in te zetten op lokaal (financieel) maatwerk. In dat verband heb ik u recent geïnformeerd¹⁰ over onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut naar de maatregelen die gemeenten en zorgverkeerspartners kunnen nemen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen tegen te gaan. Momenteel werk ik een motie¹¹ uit waarbij wordt verkend of na de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie eigen risico (Cer) de gewenste omslag is gemaakt naar maatwerk toegesneden op de persoonlijke situatie van de burger. Ik verwacht uw Kamer hier vóór het zomerreces over te informeren.

Ook neemt VWS, gezien de sterke samenhang tussen schuldenproblematiek en gezondheid, actief deel aan de versnelling van maatregelen uit de brede schuldenaanpak die wordt gecoördineerd door de Staatssecretaris van SZW. Zoals beschreven in mijn brief van 12 februari jongstleden¹², wil ik samen met betrokken gemeenten en zorgverzekeraars verkennen op welke wijze het onderwerp «ongewenste zorgmijding» betrokken kan worden bij vroegsigna-

⁸ Listl et. al., 17 januari 2018, «Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015» (<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034517750572>).

⁹ Tandzorg in Nederland kan beter – Internationale deskundigen publiceren in The Lancet over de mondiale mondzorg – Radboudumc.

¹⁰ Kamerstuk 29 689, nr. 1081.

¹¹ Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 134.

¹² Kamerstuk 29 689, nr. 1093.

lering van schulden. In het contact met mensen met beginnende betalingsachterstand kan actief worden gevraagd naar, en actiegenomen op, de situatie van ongewenste zorgmijding.

Vraag 11

Deelt u de mening dat maatschappelijke baten, zoals verbeterde economische productiviteit en fysieke en mentale gezondheidswinst deel moeten zijn van de overweging om behandelingen al dan niet in het basispakket op te nemen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 11

Keuzes over de inhoud en omvang van het basispakket worden genomen aan de hand van pakketcriteria.¹³ De pakketcriteria zijn effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Bij de bepaling van effectiviteit wordt ook gekeken naar de gezondheidswinst die de behandeling oplevert voor de patiënt. Dit kan fysiek én mentaal zijn. Wanneer de kosteneffectiviteit van de behandeling wordt beschouwd, komen ook maatschappelijke kosten en baten, zoals verbeterde economische productiviteit, aan bod. Maatschappelijk baten zijn daarmee onderdeel van de overweging om behandelingen op te nemen in het basispakket.¹⁴

¹³ Zie voor een uitgebreide bespreking van de pakketcriteria de publicatie van het Zorginstituut (2017) *Pakketadvies in de praktijk, wikken en wegen voor een rechtvaardiger pakket*.

¹⁴ Zie ook de richtlijn voor economische evaluaties van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/02/29/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>.