



Kennisnotitie

Toegankelijkheid van mondzorg voor minima: maatschappelijke kosten en baten en andere beleidsoverwegingen

Uitwerking voor de ontwikkeling van een afwegingskader voor preventie

Afwegingskader preventie en eerste casussen

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd een afwegingskader voor preventie te ontwikkelen. Dit afwegingskader brengt de maatschappelijke kosten en baten van preventie en andere beleidsoverwegingen in kaart als basis voor besluitvorming over investeringen in preventie. Het afwegingskader maakt onderdeel uit van activiteiten waar het ministerie van VWS op in zet met het investeringsmodel preventie (zie voor meer informatie de Kamerbrieven^{1,2,3}).

In 2025 is een eerste prototype van dit afwegingskader opgesteld. Dit prototype wordt toegepast op vijf eerste casussen (voorbeelden van preventiemaatregelen die nog niet in Nederland zijn ingevoerd). In deze kennisnotitie beschrijven we de bevindingen voor een van deze casussen. Omdat het afwegingskader nog in ontwikkeling is, betreft het een beperkte uitwerking op basis van versie 1.0 van het afwegingskader.

Op basis van de bevindingen van de eerste casussen wordt het prototype van het afwegingskader de komende jaren verder ontwikkeld tot een volwaardig afwegingskader. In de periode 2026-2029 zullen ook andere casussen worden geëvalueerd, op basis waarvan het afwegingskader verder ontwikkeld wordt.

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 088 689 89 89

Auteurs:

Iris Meulman
Seyyide Kilic
Noah Wong-Loi-Sing
Babette Everaars

Centrum:

Volksgezondheid, Zorg en
Maatschappij

Contact:

costsbenefitsprevention@rivm.nl

Kenmerk:

KN-2025-0131

DOI:

10.21945/RIVM-KN-2025-0131

Datum:

18-03-2026

Figuur 1 Bouwstenen en elementen prototype afwegingskader



¹ Kamerstuk 2024/25, 32 793, nr. 819

² Kamerstuk 2024/25, 32 793, nr. 849

³ Kamerstuk 2025/26, 32 793, nr. 878

Samenvatting

Context en karakterisering maatregel

Gezondheidsprobleem

Mensen uit lagere inkomensgroepen vermijden mondzorg vaker vanwege financiële barrières dan mensen uit hogere inkomensgroepen, bezoeken minder vaak een mondzorgverlener en ervaren een slechtere mondgezondheid. De ziektelast door mondaandoeningen is aanzienlijk en de kosten voor mondzorg bedragen 4,3% van de totale zorguitgaven in Nederland. Volgens een Nederlandse schatting vermijden circa 310.000 volwassenen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum mondzorg vanwege financiële redenen.

Maatregel

De maatregel houdt in dat er binnen de gemeentepolis een aanvullende verzekering wordt aangeboden die alleen een mondzorgmodule bevat. Deze module dekt zowel preventieve als curatieve mondzorg en kan door gemeenten (deels) worden gesubsidieerd, zodat mondzorg toegankelijker wordt voor deze doelgroep.

Huidig preventief beleid

De basisverzekering vergoedt alleen mondzorg in bijzondere gevallen voor mensen van 18 jaar en ouder. Reguliere controles en behandelingen kunnen, vaak gedeeltelijk, worden verzekerd in een aanvullende verzekering. De gemeentepolis is een collectieve verzekering voor volwassenen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum, waarbij de gemeente bijdraagt aan de premie. De gemeentepolis bestaat nu uit een basisverzekering en een uitgebreide aanvullende verzekering inclusief mondzorg, wat niet altijd passend is voor burgers met een specifieke behoefte aan mondzorg.

Brede maatschappelijke kosten en baten

Gezondheidseffecten

Op basis van studies die voldoen aan de richtlijn voor passend bewijs is het waarschijnlijk dat uitbreiding van mondzorgdekking leidt tot meer tandartsbezoeken en een verbeterde mondgezondheid. Het effect op de algemene gezondheid is niet eenduidig. De beschikbare studies zijn uitgevoerd in het buitenland, waardoor de toepasbaarheid op de Nederlandse context beperkt is, maar zij wel waardevolle inzichten bieden in de effecten van mondzorgdekking.

Verdeling van gezondheidseffecten

De gezondheidseffecten van de maatregel komen terecht bij mensen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum, wat kan bijdrage aan het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen inkomensgroepen.

Totale maatschappelijke kosten en baten

Een Nederlandse kostenschatting komt uit op een jaarlijkse budget impact van 276 miljoen euro, maar dit is afhankelijk van het daadwerkelijk aantal verzekerden via de gemeentepolis en het mondzorggebruik. De gevonden kosten- en baten analyses waren onvoldoende vergelijkbaar en toepasbaar op de onderzochte maatregel in Nederland, waardoor geen inschatting van de kosteneffectiviteit gegeven kan worden.

Budgettaire impact Rijksoverheid

De budgettaire impact voor de Rijksoverheid is onzeker, omdat gemeenten zelf de hoogte van de bijdrage aan de gemeentepolis bepalen. Als hier compensatie via het gemeentefonds tegenover komt te staan, komt een deel van de kosten ten laste van de Rijksoverheid. Het gemeentefonds is een aparte post op de Rijksbegroting.

Verdeling van kosten en baten

Voor alle actoren zijn er zowel kosten als baten verbonden aan de maatregel, en is het saldo niet te kwantificeren. Voor burgers met een aanvullende verzekering voor mondzorg die overstappen naar de gemeentepolis met de mondzorgmodule zal het saldo waarschijnlijk positief zijn door de lagere premie.

Arbeidsinzet

Door toevoeging van de mondzorgmodule aan de gemeentepolis zal de vraag naar mondzorg op korte termijn toenemen, wat leidt tot een grotere vraag naar mondzorgverleners. Op lange termijn is het effect van de maatregel op het aantal benodigde mondzorgverleners onzeker. De maatregel kan ook de arbeidsinzet van burgers vergroten die door meer mondzorggebruik een betere (mond)gezondheid ervaren.

Overige kosten en baten

Een betere mondgezondheid kan bijdragen aan een beter psychisch en sociaal welzijn en vergroot het zelfvertrouwen en de sociale participatie. Dit werd niet meegenomen in bovenstaande elementen.

Brede beleidsoverwegingen

Het aanbieden van een gemeentepolis, al dan niet met een losse mondzorgmodule, is geen verplichting voor gemeenten, maar er zijn juridische gezien geen belemmeringen voor de uitvoering. Voor effectieve implementatie is het belangrijk om ook mensen te bereiken die nu geen gebruik maken van de gemeentepolis, en aanvullende maatregelen te overwegen naast alleen financiële ondersteuning. De maatregel kan bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen, maar roept ethische vragen op over solidariteit, rechtvaardigheid en de balans tussen individuele en collectieve en verantwoordelijkheid.

Onzekerheden en onderzoeksagenda voor de casus

De grootste onzekerheid rond deze maatregel betreft de toepasbaarheid van internationale onderzoeksresultaten op de Nederlandse situatie en de betreffende maatregel. Het is van belang om ook inzicht te krijgen in de (mond)gezondheidseffecten op langere termijn, de maatschappelijke effecten en andere financiële kosten en baten voor de samenleving.

Geleerde lessen voor de ontwikkeling van het afwegingskader

In deze casus hebben we een methode voor gestructureerd literatuuronderzoek ontwikkeld. Hoewel er relatief veel literatuur beschikbaar was over de effecten van het uitbreiden van mondzorgvergoedingen dat voldeed aan de richtlijn passend bewijs, zorgde de toepasbaarheid in de Nederlandse context voor onzekerheid. Het afwegingskader zou verder ontwikkeld kunnen worden door elementen, zoals de verdeling van het gezondheidseffect, budgettaire impact en arbeidsinzet verder uit te werken en evenwichtiger te betrekken, en door het evalueren van meerdere maatregelen voor hetzelfde gezondheidsprobleem.

Resultaten per element van het afwegingskader

Bouwsteen 1: Context en karakterisering van de maatregel

Gezondheidsprobleem

Tandverlies, tandeloosheid en mondziekten zoals cariës (tandbederf) en parodontitis komen veel voor. De Monitor Mondgezondheid van het RIVM geeft inzicht in de stand van de mondgezondheid in Nederland. Zo rapporteert 72,5% van de volwassenen een (zeer) goede mondgezondheid, gaf 7,3% aan geen echte tanden en kiezen meer te hebben en heeft 19,8% een geheel of gedeeltelijk kunstgebit (1). Ruim 80% van de Nederlanders bezoekt jaarlijks een mondzorgverlener (tandarts of mondhygiënist). De Monitor is momenteel nog in ontwikkeling en heeft nog geen informatie over het voorkomen van cariës en parodontitis. De WHO schatte in 2019 de prevalentie in Nederland van onbehandelde cariës in het blijvende gebit bij mensen van 5 jaar en ouder op 29,2%, de prevalentie van ernstige parodontale aandoeningen bij mensen van 15 jaar en ouder op 17,3%, en de prevalentie van tandeloosheid bij mensen van 20 jaar en ouder op 16,8%. Hoewel mondziekten zelden tot sterfte leiden, veroorzaakt de morbiditeit wel een aanzienlijke ziektelast. De ziektelast van mondaandoeningen werd door de WHO geschat op 85,200 DALY's⁴ in 2021 (2). In 2019 waren de zorguitgaven voor mondzorg (inclusief tandeloosheid) 4,2 miljard euro, wat neer komt op 4,3% van de totale zorguitgaven⁵ (3). Daarnaast zorgen mondaandoeningen ook voor productiviteitsverliezen, welke voor Nederland door de WHO werden geschat op een waarde van 4,4 miljard euro in 2019 (4).

Er zijn geen projecties over de verwachte toekomstige mondgezondheid in Nederland. Verschillende indicatoren voor mondgezondheid, zoals de ervaren mondgezondheid, tandeloosheid, en het aantal mensen dat jaarlijks een mondzorgverlener bezoekt laten een stabiel beeld zien in de afgelopen jaren (1). Wereldwijd wordt het beeld geschetst dat van alle mondziekten, cariës, parodontale aandoeningen en tandeloosheid de komende 30 jaar geleidelijk zullen toenemen (5). Deze stijging kan onder andere worden verklaard door demografische veranderingen, sociaaleconomische ontwikkelingen, toename van risicofactoren en onvoldoende toegang tot mondzorg.

Hoewel de mondgezondheid over het algemeen goed is en veel mensen jaarlijks een mondzorgverlener bezoeken, bestaan er sociaaleconomische verschillen. Mensen in het laagste inkomenskwintiel gaven 15,8 procentpunt minder vaak aan een (zeer) goede mondgezondheid te ervaren. Zij hadden 15,5 procentpunt minder vaak twintig⁶ of meer echte tanden en kiezen dan mensen in het hoogste inkomenskwintiel in 2024 (1). Ook bezochten zij 14,2 procentpunt minder vaak minimaal één keer per jaar een mondzorgverlener. Financiële barrières zijn voor mensen met een lager inkomen een belangrijke reden om geen mondzorgverlener te bezoeken. Het niet bezoeken van een mondzorgverlener kan leiden tot het verwaarlozen van mondhygiëne en het uitblijven van preventieve zorg. Hierdoor neemt het risico op mondziekten toe (6). Volwassenen uit lage inkomensgroepen geven vaker aan mondzorg te duur te vinden dan mensen uit hogere inkomensgroepen (8,1 procentpunt verschil tussen laagste twee en hoogste drie inkomenskwintielen) (1). Gupta Strategists schatte dat circa 640.000 mensen mondzorg mijden vanwege financiële redenen (7).

⁴ Maat voor ziektelast in een populatie; opgebouwd uit het aantal door vroegtijdige sterfte verloren levensjaren, en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen, gewogen voor de ernst hiervan.

⁵ Dit cijfer is gebaseerd op het maatschappelijk perspectief en omvat alle collectieve en private uitgaven, inclusief overheid, verzekeringen eigen betalingen, en exclusief welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang.

⁶ 20 of meer gebitselementen wordt in de literatuur aangehouden als het hebben van een functioneel gebit

Maatregel

De maatregel houdt in dat er binnen de gemeentepolis een aanvullende verzekering wordt aangeboden die alleen een mondzorgmodule bevat voor volwassenen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum (circa 1,2 miljoen mensen). Van deze groep mijden ongeveer 310.000 mensen (26%) mondzorg om financiële redenen (7). Het doel is om de financiële toegankelijkheid van mondzorg te vergroten. Het aanbieden van een aanvullende verzekering met alleen een mondzorgmodule zal naar verwachting zorgen voor een toename van het aantal verzekerden via de gemeentepolis en een toename in het aantal mondzorgbezoeken. Hiermee wordt beoogd mondgezondheidsproblemen te behandelen en voorkomen, en de algemene gezondheid te verbeteren.

Deze maatregel is een van de vier maatregelen zoals beschreven in de Kamerbrief “Mondzorg en financiële toegankelijkheid” van het ministerie van VWS⁷. Voor deze casus is het dekkingsscenario gelijk aan de mondzorgdekking voor jongeren tot 18 jaar in de basiszorgverzekering. De premie van de module kan door gemeenten (deels) worden gesubsidieerd, wat de financiële barrière voor de doelgroep verlaagt. Een losse mondzorgmodule binnen de gemeentepolis kan een toegankelijker, goedkoper en passender alternatief bieden voor mensen die uitsluitend behoefte hebben aan mondzorg. Dit kan een aantrekkelijker zijn dan het huidige uitgebreide pakket waarin verschillende vormen van zorg, waaronder mogelijk mondzorg, worden vergoed.

Nederland heeft een uniek zorgverzekeringsstelsel, maar andere landen hebben ook ervaring met financiële regelingen voor mondzorg voor mensen met een laag inkomen. Zo bieden gemeentelijke sociaal tandheelkundige centra in Denemarken kwetsbare burgers gratis tandheelkundige zorg (o.a. acute pijnbestrijding, functieherstel en preventieve begeleiding). In België krijgen personen met een laag inkomen, chronische ziekte of invaliditeit via een verhoogde tegemoetkoming bij het ziekenfonds volledige vergoeding van de meeste behandelingen bij tandartsen (8).

Huidig preventief beleid

Iedere burger in Nederland is verplicht een basisverzekering af te sluiten. In de huidige situatie wordt mondzorg vergoed via de basisverzekering voor jongeren tot 18 jaar. Voor volwassenen wordt in sommige gevallen specifieke tandheelkundige zorg vergoed, maar reguliere mondzorg valt buiten de basisverzekering. Hiervoor kan een aanvullende verzekering worden afgesloten. Van de 18-plussers heeft 62% een aanvullende verzekering met daarin een vergoeding voor mondzorg (9).

De gemeentepolis is een collectieve zorgverzekering die sinds 1997 beschikbaar is voor mensen met een laag inkomen. In 2024 bood 95% van de gemeenten een gemeentepolis aan, waarmee bijna 638.000 mensen verzekerd zijn (10, 11). De gemeentepolis bestaat nu uit een basisverzekering en een uitgebreide aanvullende verzekering, die worden uitgevoerd door een zorgverzekeraar. Mondzorg maakt deel uit van het uitgebreide aanvullende pakket, maar wordt niet aangeboden als een aparte, alleen op mondzorg gerichte verzekering. De dekking van de gemeentepolis verschilt per gemeente en verzekeraar. Ook kunnen gemeenten naast een inkomenscriteria aanvullende toegangscriteria hanteren, zoals een vermogenscriteria of een WMO-indicatie. De gemeente draagt bij aan de premie van de aanvullende verzekering vanuit het gemeentefonds.

⁷ Kamerstuk 2025/26, 32620, nr. 312

Bouwsteen 2: Brede maatschappelijke kosten en baten*Gezondheidseffecten***Kwaliteit van bewijs**

Binnen het afwegingskader preventie beoordelen we de kwaliteit van het bewijs volgens de Maryland Scientific Methods Scale (SMS). De adviescommissie richtlijn passend bewijs preventie neemt als uitgangspunt dat een maatregel ten minste op niveau 3 van de SMS onderzocht moet zijn om te kunnen stellen dat de interventie effectief is in het kader van besluitvorming over publieke uitgaven (12).

Omvang doelgroep gezondheidseffect

Naar schatting zullen er door het aanbieden van een mondzorg module in de gemeentepolis 130,000 (64,790 – 194,370) extra mensen mondzorg gaan gebruiken en dus gezondheidseffecten ervaren (7). Dit is gebaseerd op de schatting dat circa 310,000 mensen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum mondzorg mijden om financiële redenen, en 41,8% (20.9%-62.7%)⁸ van deze groep daadwerkelijk mondzorg gaat gebruiken als dit vergoed zou worden.

Studies naar uitbreiding mondzorgvergoeding voor mensen met een laag inkomen

Er zijn meerdere studies gevonden over het effect van de uitbreiding van mondzorgvergoedingen voor volwassenen met een laag inkomen op tandartsbezoeken, mondgezondheid en algemene gezondheid van SMS niveau 3. De meeste van de gevonden studies gebruiken een difference-in-difference onderzoeksopzet. Eén studie gebruikt een loterij voor een gerandomiseerd experiment (RCT) om causaliteit aan te tonen (13). Alle gevonden studies zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten en onderzoeken de uitbreiding van Medicaid⁹. De context van de Verenigde Staten verschilt van het Nederlandse zorgsysteem, waardoor de toepasbaarheid beperkt is, maar de studies bieden waardevolle inzichten in de mechanismes en effecten van mondzorgdekking.

Effect van uitbreiding mondzorgvergoeding op mondzorggebruik

Uitbreidingen van mondzorgdekking met alleen spoedmondzorg leidt tot een toename van 2.8 procentpunt spoedmondzorggebruik, een statisch significante afname van 9.8 procentpunt in de behoefte aan mondzorg en 13.5 procentpunt in onvervulde zorgbehoefte, en geen significante toename in het gebruik van reguliere mondzorgbezoeken (13). Uitbreiding van mondzorgvergoedingen in Medicaid met reguliere mondzorgbezoeken leidde tot minder spoedmondzorggebruik (14.1 procentpunt lager in Elani et al. 2020 (14); 11.4 spoedmondzorg bezoeken per 100.000 bezoeken minder in Giannouchos et al. 2023 (15)). Een uitgebreide mondzorgvergoeding leidde daarnaast tot een toename in reguliere mondzorgbezoeken, waarbij de schattingen varieerden in een toename tussen de 5 tot 13 procentpunt (16-19) De toename in reguliere mondzorgbezoeken is echter wel afhankelijk van voldoende aanbod van beschikbare tandartsen (18, 19).

Effect van uitbreiding mondzorgvergoeding op mondgezondheid

De gevonden effecten van een uitbreiding van mondzorgdekking op mondgezondheid zijn wisselend en afhankelijk van de uitkomstenmaat en mate van dekking. Een uitgebreide dekking leidde tot 9.5 procentpunt minder onbehandelde cariës en 16.8 procentpunt minder onbehandeld tandbederf (17, 18). Er werd geen verandering gevonden in het

⁸ De bandbreedte gaat uit van 50% minder en 50% meer zorgmijders die van de maatregel gebruik gaan maken dan verwacht

⁹ Medicaid is een programma in de Verenigde Staten dat zorgverzekeringen aanbiedt aan mensen met een laag inkomen en vermogen

aantal losse tanden, het ontbreken van vullingen of kapotte vullingen, het aantal gevulde tanden, het hebben van een functioneel gebit of subjectieve mondgezondheid. De resultaten voor missende tanden waren niet eenduidig, omdat de ene studie 14.5 procentpunt minder afgebroken/missende tanden observeerde, terwijl de andere studie geen effect vond op het aantal missende tanden.

Effect van uitbreiding mondzorgvergoeding op algemene gezondheid

De effecten van uitbreiding van mondzorgdekking op de algemene gezondheid zijn beperkt en relatief minder vaak onderzocht. Een Amerikaanse studie liet zien dat een uitgebreide mondzorgdekking leidde tot een 2.3 procentpunt afname van de kans op een matige of slechte zelf-gerapporteerde algemene gezondheid. De studie vond geen effect op het aantal dagen in slechte fysieke of mentale gezondheid, of fysiek of mentaal ongemak. Er werden geen studies gevonden die de relatie tussen het uitbreiden van de mondzorgvergoeding en maatschappelijke effecten hebben onderzocht (20).

Causale relatie tussen tandartsbezoek en zorguitgaven

In een Amerikaanse studie is het effect onderzocht van preventieve tandartsbezoeken op medische kosten bij volwassenen met een laag inkomen door middel van een instrumentele variabelen-analyse (21). Personen met een preventief tandartsbezoek in hetzelfde jaar ten opzichte van deelnemers zonder preventief tandartsbezoek verschilden statistisch niet in gemiddelde medische uitgaven (verschil van \$170,31; 95% CI –598,89–939,52) en farmaceutische uitgaven (\$20,84; 95% CI –433,32–475,02). De toepasbaarheid van de resultaten is onzeker, doordat de Amerikaanse zorgcontext afwijkt van de Nederlandse context. Ook is de follow-up van deze studie slechts twee jaar en zijn langetermijneffecten onbekend.

Causale relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid

Er zijn diverse studies gevonden naar de causale relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Een umbrella review onderzocht het bewijs voor het causale effect van parodontale behandelingen op cardiovasculaire aandoeningen (22). In totaal werden zeven systematische reviews en/of meta-analyses meegenomen. Drie van deze reviews vonden geen effect van niet-chirurgische parodontale behandeling op het risico van cardiovasculaire aandoeningen. Twee reviews rapporteerden een positief effect, voornamelijk op intermediaire uitkomstmaten van cardiovasculair risico. De overige twee reviews lieten gemengde resultaten. Daarmee laat het huidige bewijs een verdeeld beeld zien, waarbij de causale relatie tussen parodontale behandeling en vermindering van cardiovasculaire risico's niet overtuigend is aangetoond. Slechts één review bevatte een RCT met cardiovasculaire gebeurtenissen als uitkomstmaat, waaruit bleek dat ernstig negatieve uitkomsten vaker voorkwamen in de controlegroep (6,6% vs. 3,3%; $p=0,19$), maar dit verschil was niet significant. In een Amerikaanse studie is door middel van een instrumentele variabele analyse het effect van tandverlies onderzocht op depressie. Het verlies van één tand verhoogde de depressiesymptomen op de PHQ-8, een veelgebruikte maat voor depressie, met 0,146 punten ($p = 0,039$; 95% BI 0,008–0,284). De kans op een klinische depressie ($\text{PHQ-8} \geq 10$) steeg met 0,81 procentpunt ($p = 0,097$; 95% BI –0,12 tot 1,73) (23). De bevindingen waren statistisch significant, maar klinisch weinig relevant. Een tweede instrumentele variabele analyse uit de VS onderzocht het causale effect van tandverlies op cardiovasculaire aandoeningen, waarbij blootstelling aan fluoridering van drinkwater in de jeugd als instrument werd gebruikt. De resultaten lieten zien dat elke verloren tand de kans op coronaire hartziekten verhoogde met 1,04 procentpunt (95% CI 0,57–1,50). Voor het risico op een beroerte werd alleen bij oudere personen (≥ 60 jaar) een significant effect gevonden (0,93 procentpunt; 95% CI 0,14–1,71) (24). Verder zijn er verschillende studies gevonden die gebruik maken van

Mendelian Randomization (MR) om de causale relaties tussen mondgezondheid en andere gezondheidsuitkomsten te onderzoeken. Zo zijn er studies die op basis van genetische causaliteitsanalyses concluderen dat parodontitis een verhoogd risico geeft op hart- en vaatziekten, diabetes type 2, bepaalde vormen van kanker en longziekten (25-27). Ook zijn er studies die concluderen dat cariës het risico op astma verhoogt en gingivitis leidt tot een hoger risico op alzheimer (28, 29). Een andere studie vond geen causaal verband tussen genetisch bepaalde parodontitis en mentale aandoeningen (30).

Conclusies gezondheidseffecten

Er zijn geen studies die de grootte van de gezondheidswinst van een mondzorgmodule in de gemeentepolis in Nederland kwantificeren. Op basis van studies uit het buitenland die voldoen aan de richtlijn voor passend bewijs is het waarschijnlijk dat uitbreiding van mondzorgdekking leidt tot meer tandartsbezoeken en een verbeterde mondgezondheid. Het effect op de algemene gezondheid is niet eenduidig. Er werden geen studies gevonden die een negatief gezondheidseffect rapporteerden. De studies zijn uitgevoerd in het buitenland, waardoor de toepasbaarheid op de Nederlandse context beperkt is. De studieperioden waren relatief kort, waardoor langere termijn effecten onbekend zijn.

Er zijn veel studies die de associatie tussen tandartsbezoek, mondgezondheid en algemene gezondheid onderzoeken. Deze studies zijn niet beschreven omdat ze niet voldoen aan de richtlijn voor passend bewijs. De studies die een causaal verband tussen mondgezondheid en algemene gezondheid onderzochten en voldoen aan de richtlijn passen bewijs waren niet eenduidig. Dit kan worden verklaard door het verschil in methode en/of populatie. Sommige MR-studies laten een genetisch causale relatie zien voor verschillende uitkomstmaten, maar maken gebruik van dezelfde database. MR is een relatief nieuwe onderzoeksmethode waardoor het belangrijk is om de bevindingen te interpreteren in samenhang met resultaten uit andere studies en onderzoeksmethoden.

Verdeling van gezondheidseffecten

Doordat de maatregel zich specifiek richt op mensen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum komen alle gezondheidseffecten in deze groep terecht. Deze groep bezoekt minder vaak de mondzorgverlener en heeft een slechtere mondgezondheid, waardoor deze maatregel er dus voor zal zorgen dat de gezondheidsverschillen tussen inkomensgroepen kleiner wordt.

Totale maatschappelijke kosten en baten

Er is geen kosten- en batenanalyse beschikbaar voor een aanvullende mondzorg module binnen de gemeentepolis. Wel heeft Gupta Strategists een inschatting gemaakt van de kosten van deze maatregel (7). Per gebruiker wordt er 301 euro aan jaarlijkse kosten verwacht, wat gelijk is aan de gemiddelde mondzorgkosten in de aanvullende verzekering plus eigen betalingen in 2022¹⁰. Het aantal gebruikers van de mondzorg module wordt geschat op 950.000¹¹. Daarnaast wordt er aangenomen dat 10% (41.000 mensen) van de huidige verzekerden in de gemeentepolis met uitgebreide aanvullende verzekering zal overstappen naar enkel de mondzorgmodule, wat 10 miljoen euro bespaart. De totale kosten komen daarmee uit op 276 miljoen euro per jaar, met een

¹⁰ Hierbij werd aangenomen dat de verwachte kosten per gebruiker uit de doelgroep gelijk is aan de huidige jaarlijkse gemiddelde mondzorgkosten per volwassen Nederlander met een aanvullende verzekering. Deze aanname is mogelijk conservatief, omdat mensen die gebruik zouden maken van aanvullende mondzorg binnen de gemeentepolis een slechtere mondgezondheid hebben dan volwassen Nederlanders die wel regelmatig naar de tandarts gaan en volwassenen met een hoger inkomen.

¹¹ Het verwachte aantal gebruikers van 950,000 is geschat op basis van de mensen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum die al mondzorg gebruikten (820.000) en 41,8% van de 310.000 mondzorgmijders om financiële redenen (130.000).

bandbreedte tussen de 257 en 295 miljoen euro¹². In deze schatting is geen rekening gehouden met onzekerheden in de kosten, zoals de mogelijkheid dat de zorgbehoefte en zorguitgaven van minima anders kunnen zijn dan die van de huidige populatie met een aanvullende verzekering voor mondzorg. Daarnaast zou er een inhaaleffect kunnen optreden, waarbij de kosten in de eerste jaren hoger zijn en daarna stabiel worden.

Het Zorginstituut maakte een inschatting van de kosten voor het uitbreiden van de mondzorgvergoeding in de basisverzekering met een dekking die gelijk is aan de dekking voor 18-minners in de huidige basisverzekering op basis van declaratiegegevens uit 2023 (31). Zij schatten de maximale budget impact zonder eigen risico op 3,2 miljard euro. Voor 14,5 miljoen 18-plussers zou dit neerkomen op circa 220 euro per persoon.

In Canada is een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd over de vergoeding voor mondzorgkosten voor volwassenen met een uitkering en ouderen met een laag inkomen (32). Gezondheidseffecten die zijn meegenomen betreffen de effecten van tandheelkundige zorg op hartziekten, diabetes en beroertes. De kosten die zijn meegenomen betreffen ziekenhuiskosten (gebaseerd op kosten per ziekenhuis dag) en tandartskosten. Er werden drie dekkingvarianten doorgerekend: basis, uitgebreid en groot/elite¹³. Alleen een verzekering met basisdekking voor ouderen met een laag inkomen was kosteneffectief¹⁴, en alleen in het model waarin de aannahme werd gedaan dat een betere mondgezondheid tot betere uitkomsten voor hartziekten, diabetes en beroertes leidt. De KEA maakt gebruik van microsimulaties, en neemt het perspectief van het zorgsysteem, een levenslange tijdshorizon en een disconteringspercentage van 1,5%. Daarmee vallen bredere kosten en baten, zoals productiviteit, participatie en sociale voorzieningen, buiten beschouwing.

Daarnaast is de kosteneffectiviteit van het vergoeden van niet-chirurgische parodontale behandeling bij diabetespatiënten onderzocht in de Verenigde Staten (33). Wanneer het aandeel diabetespatiënten met parodontitis dat een behandeling krijgt dankzij de vergoeding stijgt van 27% naar 88%¹⁵, levert dit een gezondheidswinst van 0,6 QALY en kostenbesparingen van \$5.904 per diabetespatiënt over de levensloop op. De interventie voorkwam 34,1% van het tandverlies. De gezondheidswinst bestond uit een daling van 18-21% van microvasculaire complicaties zoals nefropathie en neuropathie, en een lichte afname van de incidentie van cardiovasculaire aandoeningen en beroerte. De interventie bleef kosteneffectief wanneer het aandeel patiënten dat de behandeling ontving werd gevarieerd tussen de 40 en 100%. De KEA maakte gebruik van microsimulaties, werd gedaan vanuit een zorgsysteem perspectief, had een levenslange tijdshorizon en gebruikte een disconteringspercentage van 3%. Daarmee vallen bredere kosten en baten, zoals productiviteit, participatie en sociale voorzieningen, buiten beschouwing. De input parameters van het model werden gebaseerd op een meta-analyse van RCTs die beoordeeld werden als van lage kwaliteit, relatieve risico's en hazard ratio's. Ook betreft de studie een specifieke patiëntenpopulatie in de Verenigde Staten, waardoor de bevindingen beperkt toepasbaar zijn op de Nederlandse situatie en doelgroep.

¹² Gupta Strategists geeft hierbij een bandbreedte afhankelijk van het aantal zorgmijders dat gebruik maakt van de maatregel (50% meer of minder dan verwacht). Het theoretische maximum ligt op 330 miljoen euro, als alle zorgmijders gebruik zouden maken van de maatregel.

¹³ Een basisdekking bestaat uit routinematige controles, routinematige röntgenfoto's, gebitsreiniging, vullingen en tandextracties. Een uitgebreide dekking bestaat uit wortelkanaalbehandelingen en parodontale behandelingen, in aanvulling op de basisdekking. De grote/elite dekking bestaat uit grote vullingen (waaronder kronen en bruggen) en gebitsprothesen, in aanvulling op de uitgebreide dekking.

¹⁴ Onder een referentiewaarde van \$50,000 per QALY. De incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) bedroeg \$32.801.

¹⁵ Dit is gelijk aan het aandeel diabetespatiënten dat gezondheidszorg gebruikt

Budgettaire impact Rijksoverheid

De gemeentepolis valt onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid. De Rijksoverheid kan gemeenten en verzekeraars niet verplichten tot een bepaalde samenstelling van de aanvullende verzekering binnen de gemeentepolis. Gemeenten bieden deze polis aan, en bekostigen dit (deels) via een bijdrage uit het gemeentefonds¹⁶. De gemeentelijke bijdrage bedraagt gemiddeld €242 per verzekerde. De gemeente bepalen zelf de hoogte van de gemeentelijke bijdrage aan de gemeentepolis, maar wanneer meer mensen gebruik gaan maken van de gemeentepolis is het aannemelijk dat de totale gemeentelijke uitgaven stijgen. De gemeentelijke bijdrage zal lager worden voor mensen die een uitgebreide aanvullende verzekering via de gemeentepolis hadden, en nu alleen een aanvullende mondzorgmodule kiezen.

Als er compensatie vanuit de Rijksoverheid via het gemeentefonds tegenover komt te staan dan zal een deel van de kosten van deze maatregel ten lasten van de Rijksoverheid komen. Het gemeentefonds is een apart onderdeel van de Rijksbegroting, en behoort daarmee niet tot een departementale begroting.

Verdeling kosten en baten

Door de onzekerheid over het gezondheidseffect, langetermijneffecten, en bijdrage van het Rijk aan het gemeentefonds kunnen we geen inschatting geven van de orde van grootte van de kosten en baten per actor. Daarom bevat Tabel 1 alleen een kwalitatieve omschrijving van de kosten en baten per actor. Voor de meeste actoren geldt dat er zowel baten als kosten verbonden zijn aan de een aanvullende mondzorgmodule in de gemeentepolis.

Tabel 1. Kosten en baten per actor

Actor		Baten	Kosten	Saldo¹⁷
Burgers	Alle burgers	Mogelijk lagere collectieve uitgaven op langere termijn	Hogere collectieve uitgaven aan gemeentefonds en zorguitgaven op korte termijn	+/-
	Al verzekerd via gemeentepolis en overstappen naar mondzorgmodule	Meer alternatieven die mogelijk beter aansluiten op behoeften, met lagere premie	Lagere dekking voor andere typen zorg, wat tot hogere eigen betalingen kan leiden bij zorggebruik	+/-
	Groep met reguliere zorgverzekering zonder mondzorgdekking die overstapt naar gemeentepolis	- Dekking van mondzorgkosten - Gezondheidswinst door (preventieve) behandelingen en minder zorgmijding - Mogelijk zorgkosten besparend op langere termijn	Hogere premie ten opzichte van een reguliere basisverzekering zonder aanvullende verzekering	+/-

¹⁶ Het gemeentefonds is een financiële bijdrage van het Rijk aan gemeenten voor de uitvoering van taken, zoals de bijstand of het aanbieden van een gemeentepolis.

¹⁷ +/-: niet eenduidig of saldo van kosten en baten positief of negatief is voor de actor

Actor		Baten	Kosten	Saldo¹⁷
		• Mogelijk minder schulden en stress en/of beter in beeld bij gemeenten voor schuldhelpverlening • Mogelijk productiviteitswinsten		
	Groep met reguliere zorgverzekering met mondzorgdekking die overstapt naar gemeentepolis	• Lagere premie via gemeentepolis en mogelijk ruimere dekking		+
Gemeenten		• Minder aanvragen bijzondere bijstand en noodfondsen	• Hogere gemeentelijke bijdrage aan gemeentefonds • Hogere uitvoeringskosten gemeentepolis • Hogere kosten schuldhelpverlening omdat meer burgers in beeld zijn	+/-
Zorgverzekeraars		• Meer premie inkomsten • Minder zorgkosten uit schuldenproblematiek • Mogelijk minder kosten voor zorg op langere termijn	• Collectiviteitskorting	+/-
Werkgevers		• Minder kosten / verzuim als gevolg van mondaandoeningen en schuldenproblematiek	• Meer tandartsbezoeken onder werktijd	+/-
Rijksoverheid		• Mogelijk lagere bijdragen aan gemeentefonds en zorgkosten op langere termijn	• Hogere bijdrage aan gemeentefonds	+/-
Zorgpersoneel		• Mogelijk meer omzet	• Mogelijk meer werkdruk	+/-

Arbeidsinzet

Per januari 2025 waren er 9.555 actieve tandartsen in Nederland, wat neerkomt op een landelijke tandartsratio van 1.855 inwoners per tandarts. Volgens een schatting van het capaciteitsorgaan waren er 3.900 werkzame mondhygiënist in 2022 (34). Het capaciteitsorgaan benadrukt echter grote regionale verschillen in de capaciteit van mondzorgverleners, waardoor de toegankelijkheid van mondzorg in bepaalde regio's beperkt is. Uit een Nederlands modelstudie blijkt dat de benodigde capaciteit aan tandartsen hoger ligt dan het huidige en verwachte aanbod, waardoor de vraag naar

mondzorg de komende decennia waarschijnlijk groter blijft dan het aantal beschikbare tandartsen kan bieden (35).

Door het toevoegen van de mondzorg module aan de gemeentepolis zal naar verwachting de vraag naar mondzorg toenemen op korte termijn doordat voor een groter deel van de bevolking mondzorg wordt vergoed. Het is echter nog onduidelijk of de maatregel op langere termijn het aantal bezoeken aan de mondzorgverlener verlaagt als gevolg van minder (ernstige) mondziekten.

Voor de groep mensen die door de mondzorgmodule in de gemeentepolis (meer) gebruikmaakt van mondzorg en daardoor een betere (mond)gezondheid ervaart, zou deze maatregel ook kunnen leiden tot een hogere arbeidsproductiviteit.

Overige kosten en baten

Naast de eerder genoemde effecten zijn er niet-kwantificeerbare kosten en baten verbonden aan het toevoegen van een mondzorgmodule aan de gemeentepolis. Een betere mondgezondheid kan samenhangen met het psychisch en sociaal welzijn. Mensen die toegang hebben tot mondzorg ervaren vaak meer zelfvertrouwen, minder gevoelens van schaamte en kwetsbaarheid, en een positiever zelfbeeld (36). Een slechte mondgezondheid kan immers leiden tot functionele problemen, zoals moeite met kauwen, slikken of spreken. Dit alles kan ertoe bijdragen dat mensen weer gemakkelijker deelnemen aan sociale activiteiten en zich zekerder voelen in het contact met anderen. Daarnaast kan een betere mondgezondheid de arbeidsparticipatie bevorderen en daarmee productiviteitswinsten opleveren. Verder zou een betere toegang tot mondzorg kunnen leiden tot het eerder signaleren van andere gezondheidsproblemen, zoals mond en keelkanker, wat bijdraagt aan preventie en tijdige zorg.

Bouwsteen 3: Brede beleidsoverwegingen

Juridische aspecten

De Rijksoverheid kan gemeenten niet verplichten om een gemeentepolis aan te bieden, omdat dit geen wettelijke taak is. Gemeenten zijn niet verplicht om een gemeentepolis aan te bieden. Hierdoor staan de gemeentepolis en het aanbieden van een losse module mondzorg los van de Zorgverzekeringswet en zijn gemeenten vrij in het al dan niet aanbieden en de vormgeving ervan. Ook verschilt de gemeentepolis per gemeente. De gemeente en de in de regio preferente verzekeraar stemmen de inhoud van de polis af, afhankelijk van lokale criteria en beleidskeuzes. Juridisch gezien zijn er geen belemmeringen voor een losse module mondzorg, maar gemeente en zorgverzekeraars moeten overeenstemming bereiken over de inhoud en de uitvoering.

Uitvoerbaarheid en implementatieaspecten

Het opzetten en uitvoeren van een losse module mondzorg vereist goede samenwerking en afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Momenteel zijn er binnen de gemeentepolis alleen uitgebreide pakketten beschikbaar. Het ontwikkelen van kleinere/specifieke modules (zoals mondzorg) vraagt om de nodige doorontwikkeling. De vorm van een pilot zou hierbij helpen om zicht te krijgen op de financiële houdbaarheid en praktische uitvoerbaarheid.

Een aandachtspunt bij de implementatie van de maatregel is het bereiken van mensen die nu geen gebruik maken van de gemeentepolis. De effectiviteit zal afhankelijk zijn van de mate waarin zij geïdentificeerd en bereikt worden, de communicatie en de mate van transparantie rondom de gemeentepolis. Het bereik kan mogelijk vergroot worden door het verlagen van toegangscriteria en hogere gemeentelijke bijdrages. Mogelijk is alleen

een financiële maatregel, zoals het aanbieden van losse modulemondzorg aan de gemeentepolis, niet voldoende om de mondgezondheid van mensen in de doelgroep structureel te verbeteren. Er kunnen ook andere redenen spelen waarom deze doelgroep geen mondzorgverlener bezoekt. Een integraal beleid, waarin ook aanvullende maatregelen worden opgenomen op het gebied van bijvoorbeeld educatie, gezondheidsvaardigheden, leefstijlinterventies en het wegnemen van praktische drempels, zou de effectiviteit kunnen vergroten.

Ethische aspecten

De maatregel richt zich op het vergroten van de toegang tot mondzorg voor financieel kwetsbare groepen. Hiermee kan de maatregel bijdragen aan gelijke kansen en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Het voorkomen van zorgmijding vanwege financiële redenen wordt als maatschappelijk wenselijk gezien. Maar een belangrijke ethische kwestie daarbij is of het eerlijk en wenselijk is om de kosten hiervan te laten dragen door de hele samenleving, of dat dit een individuele verantwoordelijkheid is. Het gaat hierbij om een afweging tussen solidariteit, rechtvaardigheid en de balans tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid.

Draagvlak en andere maatschappelijke aspecten

Er zijn signalen dat zorgverzekeraars toenemende bereidheid tonen voor het aanbieden van een mondzorgmodule in de gemeentepolis. Ook onder gemeenten is draagvlak aanwezig. Toch zouden beide partijen bredere politieke steun wensen. Politiek en beleid zijn nog afwachtend, mede door de privaatrechtelijke positie van mondzorg en de lopende landelijke discussies over de dekking over mondzorg uit de basisverzekering in het algemeen¹⁸. Daarnaast is de vraag in hoeverre burgers bereid zijn om te betalen voor mondzorg voor een specifieke groep, wat vaak samenhangt met hoe men solidariteit, rechtvaardigheid en het belang van gelijke toegang tot zorg waardeert.

Onzekerheden en onderzoeksagenda voor de casus

De gevonden studies naar het gezondheidseffecten van het uitbreiden van mondzorgvergoedingen voor mensen met een laag inkomen komen zijn allemaal afkomstig uit de VS en daarmee beperkt toepasbaar voor Nederland. Ook zijn de langere termijn effecten op de (mond)gezondheid, maatschappelijke effecten en zorggebruik onbekend. Daarnaast is de mate waarin er gebruik zal worden gemaakt van de maatregel onzeker. Verder is het causale verband tussen tandartsbezoek, mondgezondheid en algemene gezondheid niet eenduidig aangetoond en is er beperkte literatuur beschikbaar die voldoet aan de richtlijn passend bewijs. Om de gezondheidseffecten in kaart te brengen zou een pilot kunnen worden uitgevoerd waarbij de uitkomsten worden geëvalueerd met een difference-in-difference analyse. Daarbij is het waardevol om huisartsgegevens te koppelen aan mondzorggegevens om inzicht te krijgen in mogelijke causale relaties en de bredere impact. Het is hierbij wel van belang dat mondzorggegevens beter worden geregistreerd.

Geleerde lessen voor de ontwikkeling van het afwegingskader

Voor deze casus is een gestructureerde literatuurzoekstrategie ontwikkeld, met uitgewerkte zoektermen en selectie via AS Review. De kwaliteit van de gevonden studies is beoordeeld volgens de richtlijn passend bewijs. Er was relatief veel literatuur beschikbaar over de gezondheidseffecten bij het uitbreiden van mondzorgvergoedingen

¹⁸ Kamerstukken II, vergaderjaar 2022-2023, 29689, nr. 1211.

die voldeden aan de richtlijn passend bewijs. We hebben geleerd dat niet alleen het voldoen aan de richtlijn passend bewijs belangrijk is, maar dat ook de onderzochte populatie en de gebruikte uitkomstmaten belangrijk zijn voor de toepasbaarheid en bruikbaarheid van de resultaten. Een groot deel van de tijd en middelen is naar het in kaart brengen van het bewijs over gezondheidseffecten gegaan, terwijl ook andere elementen, zoals de verdeling van gezondheidseffecten, budgettaire impact en, arbeidsinzet en bredere beleidsoverwegingen, relevant zijn in de besluitvorming. Het bepalen van een evenwichtige weging van deze elementen kan wenselijk zijn voor toekomstig onderzoek. Daarnaast zou het nuttig kunnen zijn om meerdere beleidsmaatregelen voor hetzelfde gezondheidsprobleem te evalueren. De keuze voor het evalueren van een maatregel via de gemeentepolis om de toegankelijkheid van mondzorg voor minima te vergroten in het afwegingskader, in plaats van via een landelijke maatregel of noodfonds, impliceert niet dat deze maatregel de meeste potentie of een beleidsmatige of politieke voorkeur heeft.

Conclusie

Het aanbieden van een gemeentepolis met een aanvullende verzekering die alleen een mondzorgmodule bevat vergroot de toegankelijkheid van mondzorg voor mensen met een laag inkomen, vooral voor mensen die anders vanwege financiële redenen niet naar de mondzorgverlener zouden gaan. Dit kan bijdragen aan een betere mondgezondheid en verkleining van gezondheidsverschillen in Nederland. De maatregel vraagt een verhoging van de gemeentelijke bijdrage aan de gemeentepolis. Het is onzeker wat het effect van de maatregel is op zorgkosten op de langere termijn en op andere concrete financiële kosten en baten voor de samenleving.

Referenties

1. Volksgezondheid en Zorg. Monitor Mondgezondheid: VZinfo; 2025 [updated 25-11-2025]. Available from: <https://www.vzinfo.nl/monitor-mondgezondheid>].
2. World Health Organization. Global Health Estimates 2021: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2021. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Kosten van Ziekten 2019: RIVM; 2022 [Available from: <https://www.vzinfo.nl/kosten-van-ziekten>].
4. World Health Organization. Oral health country profile - Netherlands: WHO; 2022 [Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/oral-health/oral-health-nld-2022-country-profile.pdf?sfvrsn=5c8bac4d_9].
5. Yan L, Xie B, Li Y, Liu Z, Huang Y, He B, et al. Global burden of oral disorders with projections over the next 30 years. Journal of Periodontology. 2025;96(11):1291–303.
6. Begovic S, van der Heijden G, Listl S. Ongewenste mijding van mondzorg: Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg. Amsterdam: ACTA, Radboud UMC; 2023.
7. Gupta Strategists. Doorrekening Impact - Gerichte financiële maatregelen mondzorg voor minima. 2025.
8. Ministerie van VWS, Ministerie van SZW, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Divosa, Patiëntenfederatie Nederland, et al. 1e voortgangsrapportage Projectgroep mondzorg 2022 - 2024. 2023.
9. Vektis. Zorgthermometer 2025: Verzekerden in beeld. Vektis; 2025.

10. BS&F. Adviesnotitie voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) - Pilots vermindering mijding mondzorg vanwege financiële redenen. Utrecht: BS&F; 2025 31/03/2025.
11. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Informatiekaart Zorgverzekeringen 2024. NZa; 2024.
12. Adviescommissie richtlijn passend bewijs voor preventie. Passend bewijs voor preventie. 2025.
13. Baicker K, Allen HL, Wright BJ, Taubman SL, Finkelstein AN. The Effect of Medicaid on Dental Care of Poor Adults: Evidence from the Oregon Health Insurance Experiment. *Health Serv Res.* 2018;53(4):2147–64.
14. Elani HW, Kawachi I, Sommers BD. Changes in emergency department dental visits after Medicaid expansion. *Health Serv Res.* 2020;55(3):367–74.
15. Giannouchos TV, Reynolds J, Damiano P, Wright B. Association of Medicaid expansion with dental emergency department visits overall and by states' Medicaid dental benefits provision. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):625.
16. Lyu W, Shane DM, Wehby GL. Effects of the Recent Medicaid Expansions on Dental Preventive Services and Treatments. *Med Care.* 2020;58(8):749–55.
17. Elani HW, Kawachi I, Sommers BD. Dental Outcomes After Medicaid Insurance Coverage Expansion Under the Affordable Care Act. *JAMA Network Open.* 2021.
18. Decker SL, Lipton BJ. Do Medicaid benefit expansions have teeth? The effect of Medicaid adult dental coverage on the use of dental services and oral health. *Journal of Health Economics.* 2015;44.
19. Wehby GL, Lyu W, Shane DM. The Impact of the ACA Medicaid Expansions on Dental Visits by Dental Coverage Generosity and Dentist Supply. *Med Care.* 2019;57(10):781–7.
20. Wehby GL, Lyu W, Reynolds J, Levy SM. Effects of Expanding Medicaid Dental Coverage on General Health Status of Low-Income Adults. *Med Care.* 2025;63(8):606–13.
21. Taylor HL, Holmes AM, Menachemi N, Schleyer T, Sen B, Blackburn J. The relationship between preventive dental care and overall medical expenditures. *Am J Manag Care.* 2024;30(2):e39–e45.
22. Lavigne SE, Forrest JL. An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal disease and cardiovascular diseases: Position paper from the Canadian Dental Hygienists Association. *Can J Dent Hyg.* 2020;54(1):32–41.
23. Matsuyama Y, Jurgens H, Dewey M, Listl S. Causal effect of tooth loss on depression: evidence from a population-wide natural experiment in the USA. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e38.
24. Matsuyama Y, Jurgens H, Listl S. Causal Effect of Tooth Loss on Cardiovascular Diseases. *J Dent Res.* 2023;102(1):37–44.
25. Liu Y, Qin H, Li T, Feng C, Han H, Cao Y, et al. Denture use and risk for cardiometabolic disease: observational and Mendelian randomization analyses. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2024;31(1):13–20.
26. Zhao B-L, Yu F-Y, Zhao Z-N, Zhao R, Wang Q-Q, Yang J-Q, et al. Periodontal disease increases the severity of chronic obstructive pulmonary disease: a Mendelian randomization study. *BMC Pulmonary Medicine.* 2024;24(1):220.
27. Corlin L, Ruan M, Tsilidis KK, Bouras E, Yu Y-H, Stolzenberg-Solomon R, et al. Two-Sample Mendelian Randomization Analysis of Associations Between Periodontal Disease and Risk of Cancer. *JNCI Cancer Spectrum.* 2021;5(3):pkab037.
28. Wang C, Liu J, Luo P, Wan W, Hui J, Liang W, et al. Dental Caries as a Potential Risk Factor for Asthma: Evidence From Mendelian Randomization Analysis. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2025;n/a(n/a).

29. Mo D, Li X, He J, Lin X, Wang P, Zeng Y, et al. Chronic gingivitis increases the risk of early-onset Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2025;105(4):1321–40.
30. Zhang S, Mao J, Mei G, Liu J, Huang Y, Tao R, et al. Causality between periodontitis and schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A mendelian randomization study. *Community Dental Health*. 2025;42(2):27–35.
31. Zorginstituut Nederland. Kostenanalyse mondzorg volwassenen. 2024.
32. Laporte A, Rohit Dass A. (Canadian Centre for Health Economics). Evaluating the Cost Effectiveness of Dental Care Insurance for Low-Income Seniors and Social Assistance Recipients in Ontario: An Application of Microsimulation Modelling. Evidence Report. Toronto, Canada: Converge3; 2019.
33. Choi SE, Sima C, Pandya A. Impact of Treating Oral Disease on Preventing Vascular Diseases: A Model-Based Cost-effectiveness Analysis of Periodontal Treatment Among Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2020;43(3):563–71.
34. KNMT. Werkers in de mondzorg - Staat van de Mondzorg: KNMT; 2024 [Available from: <https://www.staatvandemondzorg.nl/werkers-in-de-mondzorg/>].
35. Janssen J, Pold A, Islam MM, Nemeth O, Grytten J, Woods N, et al. How to ensure an appropriate oral health workforce? Modelling future scenarios for the Netherlands. *Hum Resour Health*. 2024;22(1):73.
36. Listl S, Barnighausen T. Oral Health as a Marker of Social Progress. *J Dent Res*. 2025;104(8):820–7.