

1^e voortgangsrapportage

Projectgroep mondzorg

2022 - 2024

Verminderen van ongewenste mijding van mondzorg vanwege financiële redenen.

Periode: januari - juni 2023



Een samenwerking van:

Ministerie van VWS

Ministerie van SZW

Zorgverzekeraars Nederland

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Divosa

Patiëntenfederatie Nederland

Mondzorgalliantie: samenwerkingsverband van KNMT, NVM-mondhygiënist en ONT

Inhoud

- 1. Opdracht projectgroep – 2**
- 2. Uitkomsten onderzoek ACTA (e.a.): problematiek mijding mondzorg – 3**
- 3 Uitkomsten onderzoek BS&F: inzet gemeentelijke regelingen – 5**
- 4. Rode draden gevoerde gesprekken – 6**
- 5. Potentiële oplossingsrichtingen – 7**

1. Opdracht projectgroep mondzorg

Naar aanleiding van signalen vanuit gemeenten en maatschappelijke organisaties over een toenemend aantal mensen dat zegt de mondzorg niet te kunnen betalen zijn VWS, SZW, Mondzorgalliantie¹, Divosa, VNG, ZN en de Patiëntenfederatie Nederland het project '*vermindering mijding mondzorg om financiële redenen*' gestart. Het project 'mondzorg' loopt tot half 2024 en is organisatorisch onderdeel van het programma 'actieplan geldzorgen, armoede en schulden'². De projectgroep bestaat uit medewerkers van de deelnemende partijen en heeft als opdracht de verkenning van:

- de definitie en omvang van het probleem en te onderscheiden deelgroepen;
- oplossingsrichtingen voor de korte – en langere termijn;
- bestuurlijke afspraken waarin deze oplossingsrichtingen worden vastgelegd dan wel een voorstel tot uitvoering van deze oplossingen.

Planning	'22	'23				'24		
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
1: Analyse probleem								
2: Verkennen oplossingsrichtingen								
3: Uitwerken/toetsen oplossingsrichtingen								
4: Eind verslag								

Ten behoeve van deze doelen zijn in het eerste half jaar van 2023 de volgende acties uitgevoerd:

1. ACTA³ heeft samen met Radboud UMC en de Hogeschool van Amsterdam (HvA) in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd naar de definitie van ongewenste mijding van mondzorg, de omvang van het probleem en de te onderscheiden deelgroepen;
2. BS&F heeft in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd naar de inzet van gemeentelijke regelingen.
3. de projectgroep heeft gesprekken gevoerd met mensen die om financiële redenen mondzorg hebben gemeden, mondzorgverleners, maatschappelijke organisaties en gemeenten;
4. de projectgroep heeft aan de hand van de bovengenoemde onderzoeken en de gevoerde gesprekken (nog uit te werken) potentiële oplossingsrichtingen geïdentificeerd.

¹ De KNMT, NVM-mondhygiënist en ONT zijn verenigd in de Mondzorgalliantie.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2021–2022, 24 515, nr. 643

³ Het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

2. Uitkomsten onderzoek ACTA (e.a.): problematiek mijding mondzorg

Opdracht

ACTA heeft samen met Radboud UMC en de HvA een onderzoek⁴ uitgevoerd naar de definitie van ongewenste mijding van mondzorg, de redenen hiervoor, de omvang van het probleem en de te onderscheiden deelgroepen.

Definitie

De onderzoekers spreken van ongewenste mijding van mondzorg als *mijding van wenselijke en noodzakelijke mondzorg resulteert in de noodzaak voor urgente of noodzorg*. De onderzoekers onderscheiden hierbij de volgende vijf categorieën mondzorg.

0. *Zelfzorg* (planbaar): vermogen om de eigen mondgezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen, met of zonder steun van de gezondheidswerker.
1. *Wenselijke mondzorg* (planbaar): regelmatige controle van mondgezondheid.
2. *Noodzakelijke mondzorg* (planbaar): tijdig ingrijpen bij ziekteprocessen om de kans op blijvende schade aan de mondgezondheid te beperken.
3. *Urgente mondzorg* (niet-planbaar): situaties waarin acute manifeste klachten van mondziekten het normale sociale functioneren en welzijn aantasten.
4. *Noodzorg* (niet-planbaar): indien acuut ingrijpen nodig is om levensbedreigende complicaties van mondziekten te voorkomen.

De projectgroep neemt deze definitie over. Deze definitie zal worden gebruikt bij toekomstige onderzoeken naar de omvang van de problematiek.

Redenen

De onderzoekers laten op basis van een literatuurstudie zien dat de mondzorg om verschillende redenen wordt gemeden. Het gaat vaak om een opstapeling van elkaar versterkende redenen. In het rapport worden de volgende redenen toegelicht:

- beperkte financiële mogelijkheden;
- beperkte bereikbaarheid en toegankelijkheid (met name voor ouderen);
- onvoldoende kennis over het belang van een goede mondgezondheid (mondverzorging en bezoek aan tandarts alleen bij pijn);
- schaamte over het eigen gebit of angst voor de behandeling of de kosten daarvan;
- en verminderde motivatie voor zelfzorg.

Deze redenen zijn relevant om te betrekken bij het verkennen van oplossingsrichtingen. De projectgroep constateert dat een breed pallet aan maatregelen nodig is en dat een oplossing alleen gericht op financiën niet zal werken. Het zal ook gaan om bijvoorbeeld investeringen in voorlichting, samenwerking zorg- en sociaal domein en gezondheidsvaardigheden.

Omvang

De onderzoekers constateren dat als gevolg van het ontbreken van een algemeen aanvaarde definitie van mijden van mondzorg een goede schatting van het aantal volwassenen Nederlanders dat wegens financiële redenen mondzorg mijdt ontbreekt. De algemeen bekende onderzoeken leveren een fragmentarisch beeld op. De gemiddelden van de prevalentie schattingen voor het mijden van mondzorg wegens financiële redenen lopen erg uiteen.

De onderzoekers hadden als doel om op basis van de bovengenoemde definitie van ongewenste mijding van mondzorg een data analyse uit te voeren. Gedurende het onderzoek is gebleken dat niet alle data beschikbaar was om een actuele inschatting te maken van de omvang van het probleem. Om die reden is een literatuurstudie uitgevoerd en zijn er aanbevelingen gedaan voor een toekomstig data onderzoek.

⁴ [Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg, ACTA, 2023](#)

Uit internationaal vergelijkend onderzoek blijkt dat in veel landen het mijden van tandartsbezoek om financiële redenen, vergeleken met andere zorg, veruit het meest voor komt. In Nederland zou ca. 3% (1 op 33) van alle Nederlanders (ruim vijfhonderdduizend mensen) de tandarts wegens kosten mijden. De verschillen hierbij zijn groot: 1% (1 op 100) van de 20% Nederlanders met het hoogste inkomen (ruim 29.000 mensen) vergeleken met 12% (1 op 8) van de 20% Nederlanders met het laagste inkomen (ruim 348.000 mensen)⁵. Bij deze onderzoeken is overigens niet de bovengenoemde definitie van ongewenste mijding van mondzorg gehanteerd. Het blijft daarom lastig om precies vast te stellen hoe groot het probleem is. Dat laat onverlet dat de projectgroep aanleiding ziet om de komende jaren te investeren in het terugdringen van dit probleem.

Deelgroepen

De onderzoekers concluderen op basis van de literatuurstudie dat mensen die mondzorg mijden over het algemeen mensen met een kwetsbare sociaal maatschappelijke positie zijn. Bij een combinatie van kenmerken; laag opleidingsniveau, een laag of geen inkomen, geen vast werk of werkeloos, een chronische ziekte, hoge zorgkosten (relatief t.o.v. inkomen), of problematische schulden, neemt hun kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid toe. Hun levensomstandigheden veranderen bij ziekte of echtscheiding (eenoudergezinnen), en voor jongeren bij de overgang naar volwassenheid, waardoor hun kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid groter worden. Relatief veel zorgmijding komt voor onder dakloze mensen en mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. Mensen die zorg mijden kunnen een slechte gebitstoestand hebben, waarbij men zich schaamt om te lachen. Laaggeletterdheid speelt ook een rol bij zorgmijding. Opvallend is dat jongvolwassenen (18-34 jaar) de mondzorg vaker mijden dan andere leeftijdscategorieën.

De projectgroep ziet meerwaarde en mogelijkheden om bij de oplossingsrichtingen rekening te houden met de kenmerken van de deelgroepen. Relevant hierbij zijn leeftijd (i.v.m. eventuele afwijkende problematiek en wijze van communicatie), migratie achtergrond (culturele verschillen), inkomensgroepen (i.v.m. verschillen in toegang tot sociale voorzieningen) en aanwezigheid van andere ziekten (stapelings van kosten en complicerende hulpvoorzieningen).

Er zijn uiteenlopende formele instellingen en professionele organisaties in het sociale domein die waarschijnlijk in contact staan met mensen die mondzorg mijden, zoals woningcorporaties, scholen, jongerenwerk, gemeentelijke afdeling werk en inkomen, wijkteams en schuldhulpverlening. Ook zien hulpverleners in het zorg domein, te weten huisartsen, praktijk-ondersteuners (POH), apothekers en paramedici, waarschijnlijk mensen die medicatie of zorg om financiële redenen afwijzen en daarnaast al langere tijd om financiële redenen van mondzorg (of vervolgzorg) afzien. Tenslotte is er een aantal andere (veelal vrijwilligers) organisaties in het sociale domein, te weten voedselbanken, noodhulpbureaus, opvanghuizen en charitatieve fondsen.

Internationale aanpakken

De onderzoekers hebben beschreven op welke wijze in Denemarken en België wordt omgegaan met mondzorg voor financieel kwetsbaren. De projectgroep zal deze voorbeelden meenemen in het vervolg.

- In Denemarken kunnen kwetsbare burgers gratis tandheelkundige zorg ontvangen via gemeentelijke sociaal tandheelkundige centra. Deze gratis mondzorg betreft pijnstillende acute behandeling, functieversterkende en functiebehoudende behandelingen en nadien adviezen gericht op behoud van resultaat en preventieve begeleiding zoals instructie gericht op zelfzorg en mondhygiëne en informatie over aanwezige of nieuwe mondziekten.
- In België bepaalt het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering samen met de ziekenfondsen en de tandartsen welke behandelingen vergoed worden tegen welke tarieven. Een tandarts die volgens deze tarieven wil werken is "geconventioneerd". Mensen met een laag inkomen, een chronische ziekte of invaliditeit hebben bij het ziekenfonds een statuut van verhoogde tegemoetkoming en krijgen de meeste behandelingen volledig vergoed.

⁵ OECD. Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems. 2019.

3. Uitkomsten onderzoek BS&F: inzet gemeentelijke regelingen

Opdracht

Het onderzoek van BS&F⁶ biedt inzicht in welke signalen gemeenten krijgen over een toenemende mondzorgmijding, welke bestaande gemeentelijke regelingen en lokale initiatieven gemeenten zij inzetten, en welke regelingen effectief zijn.

Signalen vanuit gemeenten

Van de 342 gemeenten hebben 185 gemeenten gereageerd op de vragenlijst die is uitgezet. De meeste gemeenten (54% van de respondenten) krijgen signalen dat er sprake is van een toenemende mijding van mondzorg vanwege financiële redenen. Gemeenten baseren dit op het aantal mensen dat zich meldt bij gemeentelijke schuldhulpverlening en op signalen van zorgverleners en maatschappelijk werkers. Daarnaast zien gemeenten een toename in het aantal aanvragen bijzondere bijstand voor mondzorg. De signalen variëren echter per gemeente. In de G4 en G40 gemeenten herkent 76% van de gemeenten dit probleem. In de overige gemeenten ligt dit percentage lager, namelijk op 49%. We zien met name in Noord-Brabant, Flevoland en Zuid-Holland dat gemeenten signalen opvangen van een toenemende mijding van mondzorg vanwege financiële redenen. In Groningen en Noord-Holland zijn deze signalen minder aanwezig, terwijl er in Zeeland geen toename van het probleem wordt ervaren.

Inzet gemeentelijke regelingen

Aan gemeenten is gevraagd om aan te geven welke gemeentelijke regelingen en lokale initiatieven zij kennen en inzetten. De meest voorkomende regelingen zijn: 1. individuele bijzondere bijstand; 2. categoriale bijzondere bijstand; 3. financiële tegemoetkoming medische kosten; 4. Noodfonds; 5. de Sociale Tandarts.

Uit de weging lijkt de categoriale bijzondere bijstand (gemeentepolis) de meest effectieve gemeentelijke regeling te zijn om de mijding van mondzorg vanwege financiële redenen tegen te gaan. 84% van de gemeenten geeft aan dat zij de gemeentepolis als een instrument zien om de mijding van mondzorg om financiële redenen te verminderen. In bijzondere gevallen is de dekking van de gemeentepolis echter niet altijd toereikend. Ook is de individuele bijzondere bijstand een regeling die door 70% van de gemeenten wordt ingezet om mondzorgkosten te compenseren, ondanks dat mondzorg strikt genomen niet voor bijzondere bijstand in aanmerking zou komen vanwege de aanwezigheid van een voorliggende voorziening (de (aanvullende) zorgverzekering). Gemeenten zien de individuele bijzondere bijstand niet als een duurzame oplossing. Daarnaast geven gemeenten aan dat lokale initiatieven en noodfondsen een aanvullende rol spelen op de gemeentelijke regelingen.

Oplossingen volgens gemeenten

Gemeenten geven aan dat de oplossing voor het probleem niet alleen bij gemeenten ligt. Zij geven aan dat er een rol is weggelegd voor zorgverzekeraars (64%), het Rijk (59%), tandartsen (52%), gemeenten zelf (35%), huisartsen (21%) en inwoners (20%). Gemeenten geven aan dat zij zelf ook stappen kunnen zetten om een solide basis te creëren voor de bestrijding van de mijding van mondzorg vanwege financiële redenen. Om hiertoe te komen is er een stappenplan opgesteld voor gemeenten. Dit stappenplan wordt op dit moment getoetst bij een aantal gemeenten en wordt daarna landelijk aangeboden.

Conclusie projectgroep

De uitkomsten van de uitvraag onder gemeenten versterkt de eerdere conclusie van de projectgroep dat er aanleiding is om te investeren in het terugdringen van ongewenste mijding van mondzorg op zowel landelijk – als regionaal/lokaal niveau. Dit vraagt om een samenwerking van het zorg- en het sociaaldomein; van Rijk, gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgprofessionals. Er liggen kansen om het vangnet voor de problematiek eenduidiger en eenvoudiger in te richten.

⁶ [Ongewenste-mijding-van-mondzorg-om-financiële-redenen.pdf \(bsenf.nl\)](#)

4. Rode draad gevoerde gesprekken

Leden van de projectgroep hebben verschillende indringende gesprekken gevoerd met mensen die om verschillende redenen te maken hebben gehad met mondziekten en niet altijd hiervoor naar de mondzorg konden gaan. Ook is gesproken met mondzorgprofessionals en maatschappelijke organisaties die zich inspannen om deze mensen te helpen. De projectgroep spreekt dan ook veel bewondering uit voor de straattandartsen, de organisatie van de dag van de tandarts in Rotterdam en de mondzorgkaravaan van Dokters van de Wereld, die zij gesproken hebben.

In vrijwel alle gesprekken was er sprake van een levensgebeurtenis (ziekte, scheiding, ontslag etc., vaak ook meerdere tegelijk), waardoor er een (grote) terugval was in inkomen en vaak schulden zijn ontstaan. De mondzorg wordt gemeden om deze financiële redenen, maar ook wordt het door de stress van geldzorgen lastiger om de angst voor de tandarts te overwinnen of eraan te denken dat het weer tijd is voor een controle. Mensen blijven soms jaren doorlopen met problemen en dempen de pijn met veel paracetamol.

In de gesprekken kwamen vaak de volgende drie situatie voor (en regelmatig gestapeld): 1. predispositie zwak gebit, 2. beperkte gezondheidsvaardigheden (culturele verschillen spelen hierbij een rol) en 3. te weinig financiën als gevolg van inkomensval/schulden door een levensgebeurtenis. Er was vaak sprake van angst voor de tandarts en schaamte die door de stress van geldzorgen minder gemakkelijk was te overwinnen. Ook speelt geluk een rol bij het vinden van hulp. Bijvoorbeeld ervarenheid en doortastendheid van een hulpverlener en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van lokale sociale voorzieningen.

Er is een aantal gesprekken gevoerd met mondzorgprofessionals over de mondgezondheid van jongeren. Zij geven vanuit hun eigen ervaringen aan dat door het veelvuldig gebruik van frisdranken met een hoge zuurgraad de kwaliteit van het gebit van jongeren achteruit is gegaan. Ook zien zij dat jongeren van 17 jaar in grotere getale gebruikmaken van de dekking vanuit de basispakket en in de eerste jaren na de 18^e verjaardag jongeren minder vaak de mondzorg bezoeken.

De projectgroep wil de bovengenoemde rode draden betrekken bij de uitwerking van de oplossingsrichtingen.

5. Mogelijke oplossingsrichtingen

“Voorkomen is beter dan genezen” en dat geldt ook voor aandoeningen in de mond en aan het gebit. Het voorkomen van tandbederf en tandvleesproblemen scheelt veel schaamte, pijn, andere gezondheidsproblemen en kosten. De projectgroep ziet op basis van de onderzoeken van ACTA en BS&F, en de gevoerde gesprekken, dat er ruimte is om vaker mondziekten te voorkomen en dat met korte – en lange termijn oplossingsrichtingen de beweging ingezet kan worden naar meer en betere preventie. De uitsplitsing van ‘preventie’ die in het onderzoek van ACTA is gepresenteerd is hierbij behulpzaam.

Preventie omvat de bevordering van de zelfzorg en het verlenen van preventieve zorg. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen preventie gericht op de gehele bevolking, bepaalde bevolkingsgroepen en individuen. Op individueel niveau wordt onderscheid gemaakt tussen geïndiceerde preventie (bij een beginnende ziekte of een verhoogd ziekterisico) en zorg-gerelateerde preventie (bij manifeste klachten van ziekte).

Figuur 1 Vormen van preventie

VORM	DOELGROEP	DOEL
COLLECTIEVE PREVENTIE		
Universele preventie	Algehele preventie	Ziekte voorkomen & gezondheidsbescherming
Selectieve preventie	Bevolkingsgroep met verhoogd ziekterisico	Ziekte voorkomen & gezondheidsbescherming
INDIVIDUELE PREVENTIE		
Geïndiceerde preventie	Individueel met een beginnende ziekte of verhoogd risico op klachten	Voorkomen van gezondheidsschade als gevolg van voortschrijden van ziekte
Zorg-gerelateerde preventie	Individueel met manifeste klachten van ziekte	Voorkomen van verergering of complicatie van ziekte & ondersteuning zelfredzaamheid

De projectgroep ziet de reeds aangekondigde inzet van mondzorgcoaches bij aanbieders van jeugdgezondheidszorg als belangrijke vorm van ‘universele preventie’. De mondzorgcoach zet in op preventie (via de ouders) door een goede leefstijl te ontwikkelen (door middel van coaching en motivational interviewing), te kijken of op korte termijn mondzorg nodig is en er voor te zorgen dat het kind bij een praktijk wordt ingeschreven. De voorbereidingen voor de inzet van mondzorgcoaches worden momenteel getroffen. Naast deze inzet om ouders eerder te bereiken via het consultatiebureau kan ook worden gekeken naar het optimaliseren van de inzet van de schooltandarts in kwetsbare buurten (gerichtere preventie). Dit houdt in het op een rij zetten van de mogelijkheden om via school kinderen te bereiken én vaststellen wanneer deze inzet wel en niet doelmatig is, ermee rekening houdend dat de mogelijkheden om deze ouders en kinderen via de JGZ-aanbieder (0-4-jarigen) te bereiken ook worden uitgebreid. Een andere mogelijkheid om gericht financieel kwetsbare mensen te ondersteunen is de beschikbaarheid van mondverzorgingsproducten en eenvoudige informatie over mondverzorging en de mondzorg. De projectgroep wil de mogelijkheden verkennen om samen met bedrijven mondverzorgingsproducten en informatie over een goede mondgezondheid aan te bieden aan financieel kwetsbare mensen.

Hoewel er ruimte is om vaker mondziekten te voorkomen, is het onvermijdelijk dat mensen worden geconfronteerd met mondziekten en de kosten van mondzorg hiervoor. De projectgroep ziet twee oplossingsrichtingen voor de korte termijn.

Verbeterde inzet van gemeentepolissen: In Nederland hebben 685.000 mensen een Gemeentepolis. In alle gemeentepolissen is mondzorg aanvullend verzekerd. De projectgroep wil in het najaar een verbeterde inzet van de gemeentepolis verkennen op basis van handreiking minimaal noodzakelijke mondzorg en goede voorbeelden, zoals een eenmalige vergoeding voor sanering. Dit zou op zijn vroegst doorwerken in de gemeentepolissen per 2025.

Versterken informele mondzorgnetwerken: De projectgroep ziet voor de korte termijn mogelijkheden om informele mondzorgnetwerken in focusgebieden te versterken om daarmee de meest kwetsbare mensen te helpen bij acute mondzorgproblematiek. Deze netwerken worden op uiteenlopende manieren bekostigd. Het gaat vaak om een combinatie van subsidie en/of steun in natura door maatschappelijke fondsen, gemeenten, zorgverzekeraars, kerkelijke instanties en donaties. Volgens Dokters van de Wereld werden via deze netwerken in 2018 naar schatting 10.000 consulten verleend aan (onder meer) mensen met een laag inkomen, een lage sociaaleconomische status, schulden of psychiatrische problemen, dak- en thuisloze mensen, ongedocumenteerden, sekswerkers en (ex)verslaafden. De inzet van deze netwerken zou met name in de focusgebieden kunnen worden versterkt om daarmee het bereik te verbeteren. Het gaat expliciet om een oplossing op de korte termijn om mensen met gevorderde problematiek te helpen, en om daarna, door verbeterde preventie, te voorkomen dat zij weer met deze problematiek te maken krijgen.

Voor de langere termijn stelt de projectgroep voor om naast de investeringen in de (bevolkingsgroepgerichte) publieke gezondheid, passend bij deze beweging en ten behoeve van een volgend kabinet, verdiepend te kijken naar de aanspraak (pakketbeheer). Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder maakt, met uitzondering van de zogenaamde bijzondere tandheelkunde en het volledige kunstgebit, geen deel uit van het basispakket van de Zvw. De mondzorg voor volwassenen is in 1995 voor een groot deel uit het basispakket gehaald, in 2002 gevolgd door het uit het pakket halen van preventief onderhoud. Een belangrijk uitgangspunt hierbij was dat jongeren op 18-jarige leeftijd een goede mondgezondheid hebben, waardoor de kosten die daarna grotendeels voor eigen rekening komen, te overzien zouden zijn. Ten behoeve van het project wordt een analyse uitgevoerd of en zo ja waar het in de aanspraak mondzorg knelt voor mensen die mondzorg mijden en waar bijvoorbeeld betere voorlichting of verduidelijking van de aanspraak mondzorg (zie kader) zou kunnen helpen. Zo is de aanspraak bijzondere tandheelkunde mogelijk niet altijd duidelijk, of bestaan er misverstanden over de aanspraak voor kinderen of over de dekking van aanvullende verzekeringen. Bij deze analyse wordt ook de verbeterde en verbrede toets op het basispakket van de Zorgverzekeringswet betrokken (waar geïndiceerde of zorggerelateerde preventieve (leefstijl)interventies onderdeel van zijn). De uitkomsten van deze analyse kunnen bijdragen aan de te maken keuzes door een volgend kabinet. De projectgroep zal hiervoor ook de aanvullende zorgverzekering analyseren.

Hoewel het accent van de structurele oplossingen in het zorgdomein liggen blijft een samenwerking van het zorg- en het sociaal domein nodig om maatwerk te kunnen bieden aan bevolkingsgroepen en individuen, bijvoorbeeld ten aanzien van voorlichting, het vinden en doorverwijzen van kwetsbare burgers en het bieden van een financieel vangnet. Dit vangnet vraagt echter wel om meer eenduidigheid en eenvoud voor zowel de inwoner, de mondzorgprofessional als de gemeente. Zowel het Rijk als gemeenten, zorgverzekeraars, mondzorgprofessionals hebben hier een rol in en kunnen hieraan bijdragen. De projectgroep wil bij de uitwerking van de versterking van de samenwerking van het zorg- en sociaal domein en de vereenvoudiging van het sociale vangnet, de volgende zaken betrekken:

- de herziening Participatiewet (o.a. met betrekking tot de inzet van categorale bijstand, het onderzoek naar een toereikend bestaansminimum en de ruimte voor mondzorgkosten in schuldhulptrajecten);
- de handreiking '*acute en noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen*' van de Mondzorgalliantie*;
- de handreiking inzet gemeentelijke regelingen van BS&F;
- de geleerde lessen uit België en Denemarken, bijvoorbeeld ten aanzien van het gebruik van sociale tarieven in de mondzorg.

*De Mondzorgalliantie heeft een handreiking opgesteld voor een passende en doelmatige regeling (aansluitend bij bestaande regelingen) voor het bieden van basale mondzorg; (incl. lijst met prestatiecodes). Deze handreiking wordt momenteel betrokken bij de uitwerking van de oplossingsrichtingen.