

Contourennota inrichting Mondzorg

Inleiding

Het convenant over de Meerjaren Afspraken Mondzorg (MJA) is op 24 januari 2000 door de Minister en partijen (NMT en ZN) ondertekend. Deze MJA zijn een uitvloeisel van het Regeer-akkoord 1998 waarin is afgesproken om met zorgaanbieders en verzekeraars afspraken te maken over welke doelstellingen met welke financiering moeten worden bereikt. De afspraken hebben tot doel om voor de nabije en verdere toekomst voorwaarden te scheppen om aan de patiënt doelmatige, toegankelijke en kwalitatief verantwoorde zorg aan te bieden.

In het convenant is onder meer vastgelegd dat voor de periode waarover de MJA zich uitstrekt het in de Zorgnota weergegeven macrokader maatgevend is. Partijen (VWS, ZN, NMT) zullen onderzoeken welke honorerings- c.q. financieringstructuur de minste kans biedt op overschrijdingen van dit macrokader. Daarbij wordt rekening gehouden met mogelijke kosteneffecten als gevolg van de herstructurering van de mondzorg. Tevens zal worden onderzocht of -en zo ja: op welke wijze- een heldere afbakening tussen algemeen noodzakelijke zorg en aanvullende zorg model kan staan voor het onderscheid tussen tweede en derde compartiment. Afsproken is dat over dit onderdeel van de MJA door ZN het voortouw zal worden genomen in samenwerking met VWS, NMT en CTG.

Na de totstandkoming van de MJA is bekend geworden dat het kabinet de invoering van een wettelijk geregelde basis-verzekering voor alle Nederlanders overweegt. Dit plaatst de uitwerking van de MJA in een nieuw licht.

ZN zal in de te voeren discussie over genoemde onderwerpen een visie naar voren dienen te brengen. Daartoe worden door de Begeleidingscommissie Tandheelkunde (BCTA) in deze notitie voorstellen gedaan. Aan de directie van ZN wordt gevraagd of met deze visie naar buiten kan worden getreden.

Vorbereiding contourennota

College Adviserend Tandartsen (CAT)

Door het CAT is in 1999 het rapport "*Perspectief 2000*" opgesteld en aan ZN aangeboden. In dit rapport wordt een opsomming gegeven van -voornamelijk zorginhoudelijke knelpunten in de huidige Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering (RTHZ), die sedert 1995 na de 'stelselwijziging Tandheelkunde' zijn gesignaleerd. Het rapport bevat een aantal aanbevelingen voor 'reparatie' van de aanspraken van ziekenfondsverzekerden.

ZN-werkgroepen

Ter voorbereiding op een standpuntbepaling zijn binnen ZN drie werkgroepen ingesteld met als taak de gewenste richting aan te geven voor de toekomstige inrichting van de mondzorg. De werkgroepen werden samengesteld uit leden van de BCTA en het CAT.

In één van de werkgroepen is gekeken of met een (geringe) verschuiving van zorgonderdelen in tweede en derde compartiment, helder omschreven en afgebakend, een oplossing kan worden gevonden voor de in "*Perspectief 2000*" gesignaleerde knelpunten in de huidige ziekenfondsverzekering. De gewenste keuze kan dan tevens als basis dienen voor de invulling van een mogelijk toekomstige basisverzekering. Terdege is rekening gehouden met de voorwaarde van behoud van voldoende aantrekkelijkheid van aanvullende verzekeringsproducten.

In de beide andere werkgroepen zijn gedachten ontwikkeld met betrekking tot een mogelijke oplossing van het capaciteitsprobleem in de mondzorg en met betrekking tot bevordering van de kwaliteit van de zorg.

De werkgroepen hebben over hun bevindingen en aanbevelingen aan de BCTA gerapporteerd. Mede na raadpleging van het CAT is deze Contourennota tot stand gekomen. De nota beschrijft de door de BCTA geadviseerde positionering van de mondzorg in het huidige of mogelijk toekomstige verzekerings-(compartimenten)stelsel en de voor de toekomst gewenste structuur van het zorgaanbod in relatie tot capaciteit en kwaliteit.

In de tekst is gekozen voor persoonsaanduiding in de mannelijke vorm. Waar "hij" staat, wordt tevens "zij" bedoeld.

I. MONDZORG IN VERZEKERINGSSTELSEL

Geschiedenis

Tot 1995 hadden jeugdige ziekenfondsverzekerden aanspraak op integrale tandheelkundige hulp. Volwassen ziekenfonds-verzekerden hadden weliswaar beperktere aanspraken, maar het pakket omvatte -naast controle, preventie en EHBO- ook restauraties (vullingen), wortelkanaalbehandelingen en de behandeling van parodontale aandoeningen.

Per 1 januari 1995 zijn door de Overheid op bezuinigings-gronden belangrijke wijzigingen (lees: versoeringen) aangebracht in het tandheelkundig pakket van de ziekenfondsverzekering. Voor de jeugd verviel de aanspraak op kronen en bruggen en op (het grootste deel van de) orthodontie; voor volwassenen verdween de tandheelkundige hulp vrijwel volledig uit het pakket. In 1997 is onder politieke druk de volledige prothese weer terug in het pakket gebracht.

Zorgverzekeraars hebben het ontstane "gat in de markt" opgevuld met de introductie van aanvullende verzekerings-producten, waardoor tandheelkunde op vrijwillige basis (gedeeltelijk) kon worden (her)verzekerd.

Kosten mondzorg anno 2000

De totale uitgaven voor tandheelkundige zorg in Nederland bedragen circa 3 miljard gulden. Een deel hiervan (43%) is collectief gefinancierd, het andere deel (57%) wordt gefinancierd uit private middelen.

a) collectief gefinancierd:

jeugdzorg, preventieve zorg volwassenen, AWBZ, bijzondere zorg, en volledige prothese:	1300 mln gulden
--	-----------------

<i>b) privaat gefinancierd:</i>	1700 mln gulden
---------------------------------	-----------------

Gewenste inrichting

In de BCTA is de vraag aan de orde geweest of in de collectief gefinancierde sector (het wettelijk deel) moet worden uitgegaan van gelijke aanspraken voor iedereen, ongeacht de leeftijd, of dat gekozen moet worden voor verschillende aanspraken voor jeugdigen en volwassenen.

Volwassenen kunnen (tot zekere hoogte) verantwoordelijk worden gesteld -en derhalve financiële verantwoording dragen- voor hun tandheelkundige verzorging en voor het kiezen van wel of geen aanvullende verzekering. Jeugdigen daarentegen kunnen niet in persoon worden aangesproken op het dragen van eigen (financiële) verantwoordelijkheid; voor wel of niet aanvullend herverzekeren zijn zij afhankelijk van anderen.

De BCTA is daarom voorstander van (behoud van) verschil in aanspraak tussen volwassen en jeugdige verzekerden; voor volwassenen een beperkt pakket wettelijk verzekerde basiszorg, voor jeugdigen een uitgebreid pakket.

A. Voorstellen m.b.t. jeugdige verzekerden tot 18 jaar

De BCTA pleit voor het handhaven van de huidige aanspraak van jeugdige ziekenfondsverzekerden, zowel naar omvang van het pakket als naar inhoud.

Een (beperkte) verruiming van de aanspraak op het onderdeel bijzondere tandheelkunde wordt bepleit in gevallen waarin als gevolg van een ongeval aan frontelementen een zodanig ernstig letsel is ontstaan dat slechts met kroon- en brugwerk of implantologie doelmatige hulp kan worden geboden. Evenzo wordt een verruiming van de aanspraak op bijzondere tandheelkunde bepleit in gevallen waarin als gevolg van een (beperkt) meervoudig niet aangelegd zijn van frontelementen tandvervangende hulp geïndiceerd is.

De niet onder de aanspraak vallende hulp kan aanvullend verzekerd worden. Met name het onderdeel orthodontie wordt door de BCTA beschouwd als een stimulans voor verzekerden om hiertoe over te gaan. Om die reden -en mede gelet op het feit dat weinig signalen worden ontvangen over knelpunten in de huidige (beperkte) aanspraak op orthodontie- is de BCTA geen voorstander van verruiming van de aanspraken op dit onderdeel.

B. Voorstellen m.b.t. volwassen verzekerden

De BCTA is van mening dat het bestaande ziekenfondspakket als wettelijk verzekerde basisvoorziening voor volwassenen in zijn huidige (beperkte) omvang in stand kan blijven, met uitzondering van het onderdeel tandsteen verwijderen, en met toevoeging van de enkele onderdelen die betrekking hebben op diagnostiek en pijnbestrijding. Deze elementen vormen tezamen de **tandheelkundige basiszorg**.

Inhoud tandheelkundige basiszorg:

Bepaalde onderdelen van de mondzorg zijn voor behoud c.q. herstel van mondgezondheid zodanig essentieel, dat zij in ongeacht welk verzekeringsstelsel beschouwd kunnen/moeten worden als een noodzakelijke voorziening (basiszorg). Deze basiszorg dient in de ogen van de BCTA voor elke volwassen verzekerde drempelloos toegankelijk te zijn.

Dit betreft:

- a. consultatie en diagnostiek;
- b. preventieve voorlichting;
- c. pijnbestrijding (door middel van extractie);
- d. herstel van ontbrekende of verloren gegane functie bij aangeboren of verworven zeer ernstige afwijkingen, (zoals thans geregeld in artikel 8 van RTHZ);
- e. herstel van functie bij volledig verlies van de eigen dentitie in één of beide kaken door middel van een volledige prothese, zo nodig afgesteund op implantaten (zoals thans geregeld in Regeling Hulpmiddelen en RTHZ);
- f. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (zoals thans geregeld in RTHZ).

Consultatie en diagnostiek, nader toegelicht

In de visie van de BCTA dient elke volwassen verzekerde wettelijk aanspraak te hebben op een kostenloze toegang tot (elke vorm van) tandheelkundige consultatie en diagnostisch onderzoek. Dit kan zijn:

- a) preventief consult: periodiek diagnostisch onderzoek naar de toestand van mond en gebit, al dan niet gevolgd door verlengd parodontaal onderzoek; of
- b) incidenteel consult (in geval van klachten): diagnostisch onderzoek naar de oorzaak van de klacht.

Op grond van onderzoek en diagnostiek komen behandelingsopties tot stand die met de patiënt worden besproken. Behoudens in gevallen van bijzondere aard (artikel 8 RTHZ) eindigt daar de aanspraak. Vervolgens is het aan de patiënt om vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid te kiezen voor de gewenste uitvoeringsvorm van zorg.

Preventief consult

Het periodiek preventief diagnostisch onderzoek van mond en gebit (de periodieke controle) levert onmiskenbaar de belangrijkste bijdrage tot behoud en zo nodig herstel van mondgezondheid en kan/moet daarom gezien worden als een elementaire basisvoorziening, waarvoor geen financiële belemmeringen mogen gelden.

Omdat röntgenopnamen bij tandheelkundig onderzoek vaak een onmisbaar diagnostisch hulpmiddel zijn, mogen hiervoor

-anders dan nu het geval is- evenmin financiële belemmeringen bestaan.

Het periodiek preventief diagnostisch onderzoek dient volgens de BCTA via standaardisering en protocollering "omhoog getild" te worden naar een kwalitatief hoogwaardige en toetsbare verrichting, waarvan naar de patiënt toe verantwoording wordt afgelegd door het vastleggen van de bevindingen in een rapport (onderzoeksverslag) dat de patiënt mee krijgt.

Bij periodiek preventief diagnostisch onderzoek vragen niet alleen de gebitselementen aandacht maar ook de steunweefsels rondom tanden en kiezen: het parodontium. Een goed gebit dient immers op een gezond fundament te staan. De huidige Regeling voorziet in aanspraak op periodieke screening van de parodontale condities. Met deze screening kan worden vastgesteld of het parodontium gezond

of niet gezond is. Bij uitslag “ongezond” is volgens de richtlijnen van het Paro-protocol uitgebreider parodontaal onderzoek nodig om te kunnen vaststellen wát er mis is. De BCTA acht het onjuist dat dit vervolgonderzoek thans niet tot de aanspraak behoort, omdat pas daarna voor de patiënt een zorgplan kan worden opgesteld en pas dán -en niet eerder- de patiënt op zijn eigen verantwoordelijkheid kan worden aangesproken.

Omwille van de vereiste helderheid en afbakening van de aanspraak, mede met het oog op een mogelijke wijziging van het verzekeringsstelsel waarin wettelijke aanspraken zich niet meer zullen beperken tot uitsluitend het huidige ziekenfondsverzekerde deel van de bevolking, pleit de BCTA voor een limitering van de aanspraak van volwassenen op periodieke preventieve consultatie tot eenmaal per jaar. De verzekerde en de zorgverlener kunnen onderling overleggen of meer dan één preventief onderzoek per jaar gewenst is en dit in een preventief zorgplan vastleggen; de meerdere onderzoeken komen dan voor eigen rekening.

Tenslotte merkt de BCTA in dit kader op dat in de huidige regeling de verzekerde verplicht is om tenminste eenmaal per twaalf maanden de tandarts te bezoeken op straffe van verlies van de aanspraak op preventief onderhoud. Deze verplichting wordt gezien als een residu van het niet meer tot deze tijd behorende systeem met plichten en sancties. De BCTA pleit voor het laten vervallen van deze voorwaarde. Net zoals de particuliere patiënt kan ook de ziekenfonds-verzekerde zélf verantwoording en verantwoordelijkheid dragen voor regelmatig preventief tandartsbezoek.

Incidenteel consult bij pijnklacht

De hierboven genoemde beperking van de aanspraak tot één onderzoek per jaar geldt uitsluitend voor het periodiek preventief controlebezoek. De aanspraak op onderzoek en diagnostiek in de gevallen waarin een verzekerde zich incidenteel (ongepland, tussentijds) met een pijnklacht tot de tandarts moet wenden mag niet worden gelimiteerd.

Preventieve voorlichting, nader toegelicht

De meeste tandheelkundige aandoeningen van gebitselementen en steunweefsels hebben een plaque-gerelateerde oorzaak. Door gezonde voeding en adequate mondhygiënische zelfzorg kunnen de meeste aandoeningen worden voorkomen. Het geven van voorlichting en aanwijzingen aan de patiënt over voedingsgedrag en uitvoering van mondhygiëne wordt door de BCTA beschouwd als zodanig essentiële en noodzakelijke zorg, dat deze -geïntegreerd in het preventief periodiek diagnostisch onderzoek- voor iedereen bereikbaar moet kunnen zijn zonder financiële drempels of andere belemmeringen.

Tandsteen verwijderen, nader toegelicht

Op dit moment vormt het tandsteen verwijderen -naast het periodiek onderzoek- onderdeel van de aanspraak van volwassen ziekenfondsverzekerden op preventief onderhoud, met een samenhangende honorering op abonnementsbasis (clustertarief). De BCTA is voorstander van een ontkoppeling van periodiek onderzoek en tandsteen verwijderen, met overheveling van tandsteen verwijderen naar het derde compartiment.

Argumenten hiervoor zijn:

- In het huidige declaratiegedrag van tandartsen en mondhygiënisten wordt geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen tandsteen verwijderen en parodontale hulp;
- tandsteen verwijderen is een verrichting die zich bij patiënten naar aard, omvang, frequentie en tijds-inspanning zodanig verschillend kan voordoen dat een abonnementshonorering (cluster) hiertoe niet geëigend is;
- tandsteen is vaak het gevolg van onvoldoende mondhygiëne en zelfzorg en kan met goede voorlichting en instructie voorkómen c.q. beperkt worden; het verwijderen van tandsteen kan daarom gezien worden als een zorgonderdeel waarvoor de patiënt eigen verantwoording kan dragen.

Pijnbestrijding, nader toegelicht

Vanuit maatschappelijk oogpunt kan moeilijk verdedigd worden dat een patiënt met tand- of kiespijn moet betalen om van zijn pijn afgeholpen te worden. Doeltreffende hulp kan worden geboden door verwijdering van het gebitselement dat de pijn veroorzaakt. De BCTA pleit daarom voor het opnemen

van de extractie in de aanspraak. De patiënt, die geen extractie wenst, behoudt uiteraard de vrijheid om vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid (en dus voor eigen rekening) te kiezen voor een andere behandeling.

Bijzondere tandheelkundige zorg

De BCTA is voorstander van behoud van de aanspraak op tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, zoals deze thans geregeld is in artikel 8 van de RTHZ.

Volledige gebitsprothese

De BCTA pleit voor behoud van de huidige aanspraak op uitneembare volledige prothetische voorzieningen, zoals geregeld in de Regeling Hulpmiddelen.

Overige tandheelkundige zorg

(niet behorende tot de hierboven omschreven tandheelkundige basiszorg):

De overige tandheelkundig zorg voor volwassenen, inclusief het verwijderen van tandsteen, behoort volgens de BCTA niet tot de noodzakelijk geachte basiszorg, maar tot de zorg die voor eigen verantwoording kan komen en dus voor eigen rekening. Men kan zich hiervoor desgewenst in meerdere of mindere mate aanvullend verzekeren.

Kostenconsequenties van de voorstellen

A. voor huidige ziekenfondsverzekering

De macro-meerkosten voor uitbreiding van de aanspraak van jeugdige ziekenfondsverzekerden met behandeling van gebitsletsel na trauma en met behandeling van (beperkt meervoudige) agenesieën worden geschat op circa 2 miljoen gulden.

Het "ombouwen" van de aanspraak van volwassen ziekenfonds-verzekerden op preventief onderhoud door:

- hieruit het tandsteen verwijderen te verwijderen, en
 - de aanspraak op periodiek diagnostisch onderzoek te beperken tot eenmaal per jaar,
- in combinatie met het "omhoog tillen" van het periodiek diagnostisch onderzoek tot een kwalitatief hoogwaardige, gestandaardiseerde en toetsbare handeling, zal op macro-niveau naar verwachting een besparing opleveren van circa 100 miljoen gulden.

De macro-meerkosten van de voorgestelde uitbreiding van het verstrekkingenpakket worden geschat op 150 miljoen gulden, te weten:

- voor röntgendiagnostiek 75 mln;
- voor parodontale diagnostiek 50 mln;
- voor extracties 25 mln.

Per saldo wordt door de BCTA verwacht dat op macro-niveau de kosten voor tandheelkundige verstrekkingen in het ziekenfondspakket met 50 miljoen gulden zullen stijgen.

B. voor aanvullende verzekeringen

De voorstellen van de BCTA leiden tot een verschuiving van zorgonderdelen tussen 2e en 3e compartiment. De vice-versa-overheveling zal (de omvang van) het speelveld van de bestaande aanvullende tandheelkundige verzekeringsvormen niet of nauwelijks aantasten.

Het aanvullend herverzekeren van tandsteen verwijderen en van meerjaarlijks periodiek onderzoek (boven het aantal van één) zal bijzondere aandacht van verzekeraars vragen; de financiële gevolgen van aanvullende herverzekering worden in belangrijke mate bepaald door de wijze waarop en de omvang waarin deze herverzekering zal plaatsvinden.

Tegenover schadelastvergroting staat schadelastvermindering doordat kosten voor röntgendiagnostiek, parodontale diagnostiek en extracties wegvallen.

II. INRICHTING VAN MONDZORG M.B.T. CAPACITEIT EN KWALITEIT

Teamconcept

Door de VWS-Adviesgroep Capaciteit Mondzorg, die onlangs rapport heeft uitgebracht aan de Minister, is het team-concept naar voren gebracht als middel om te komen tot oplossing van het capaciteitsvraagstuk op middellange en lange termijn. Dit concept biedt tevens waarborgen voor verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

Structuur

Onder teamconcept wordt verstaan: een georganiseerd en samenhangend systeem van mondzorgverlening, waarin meerdere tandartsen met andere aanbieders van mondzorg gestructureerd samenwerken op basis van uniforme protocollen en vastgelegde taakomschrijvingen; de teamleden maken onderling afspraken over zorg op maat (zorgplannen), doelmatigheid en kwaliteit.

Op dit moment werkt circa 75% van de tandartsen in een min of meer solistische praktijksetting. Er is een autonome verschuiving naar werken in teamverband, maar dit gaat (te) langzaam. Het tot stand komen van mondzorgteams moet daarom actief gestimuleerd worden. Verzekeraars kunnen hiertoe bijdragen met financiële incentives.

Instelling voor mondzorg

Het bieden van financiële incentives aan een tandheelkundig team kan volgens de BCTA pas in beeld komen, als voorafgaande duidelijkheid bestaat over de structuur van de samenwerkingsrelatie. Deze kan niet vrijblijvend zijn, maar dient een juridisch vormgegeven zorgeenheid te zijn waarbinnen de afzonderlijke teamleden met elkaar hebben afgesproken -en zich jegens elkaar verplicht hebben- om samen de zorg te leveren en niet meer als vrije individuele zorgaanbieders. In dat geval kunnen zorgverzekeraars het team beschouwen als een **instelling voor mondzorg (IVM)**. In dit model contracteert de zorgverzekeraar niet de afzonderlijke zorgaanbieders in het team, maar de instelling (IVM).

Kwaliteit

Als zorginstelling valt een IVM onder de Kwaliteitswet voor Zorginstellingen, op grond waarvan zorgverzekeraars eisen kunnen stellen aan de te leveren kwaliteit en de verantwoording daarvan. In IVM-verband werken aan kwaliteit en dit naar buiten toe transparant maken kan dan -anders dan bij solistisch werkende zorgaanbieders- door de verzekeraar extra "beloond" worden.

De IVM-gedachte moet uiteraard nog verder uitgewerkt worden. Zo zal er een erkenningstructuur voor IVM's moeten komen, met erkenningseisen en toetsbare criteria. De binnen HKZ ontwikkelde protocollen voor certificering kunnen daartoe een leidraad zijn.

Verzekeraars hebben belang bij de uitwerking van deze gedachte, omdat daarmee niet alleen het capaciteitsprobleem op termijn beheersbaar wordt, maar ook -meer dan nu- actief kan worden ingespeeld op sturing van doelmatig handelen, beheersing van kosten en verbetering van kwaliteit.

Bijlagen: 3

Bijlage 1

Huidige inrichting mondzorg in ziekenfondsverzekering:

jeugd tot 18 jaar	volwassenen
<u>tweede compartiment</u> bijzondere tandheelkunde	<u>tweede compartiment</u> bijzondere tandheelkunde
<u>tweede compartiment</u> overige hulp	<u>tweede compartiment</u> - preventief onderhoud (inclusief tandsteenverwijderen) - chirurgische hulp van specialistische aard - volledige prothese
<u>derde compartiment</u> * - kroon- en brugwerk - orthodontie - implantologie in betande kaak	<u>derde compartiment</u> * - orthodontie - implantologie in betande kaak - kroon- en brugwerk - partiële prothese - parodontale diagnostiek en therapie - vullingen - zenuwbehandelingen - chirurgische hulp van algemene aard

*) voor zo ver niet vallende onder bijzondere tandheelkunde

Bijlage 2

Door de BCTA geadviseerde nieuwe inrichting van mondzorg in ziekenfondsverzekering (of mogelijk toekomstige basis-verzekering):

jeugd tot 18 jaar	volwassenen
<u>tweede compartiment</u> bijzondere tandheelkunde, <i>inclusief traumabehandeling en hulp bij agenesieën</i>	<u>tweede compartiment</u> bijzondere tandheelkunde
<u>tweede compartiment</u> overige hulp	<u>tweede compartiment</u> - consultatie en diagnostiek (<i>inclusief parodontaal onderzoek</i>) - röntgendiagnostiek - preventieve voorlichting - <i>extractie</i> - chirurgische hulp van specialistische aard - volledige prothese
<u>derde compartiment</u> * - kroon- en brugwerk - orthodontie - implantologie in betande kaak	<u>derde compartiment</u> * - kroon- en brugwerk - orthodontie - implantologie in betande kaak - partiële prothese - parodontale therapie - vullingen - zenuwbehandelingen - <i>tandsteen verwijderen</i>

*) voor zo ver niet vallende onder bijzondere tandheelkunde

cursief = voorgestelde wijzigingen t.o.v. huidige situatie

Bijlage 3

Gebruikte afkortingen:

<i>BCTA</i>	<i>Begeleidingscommissie Tandheelkunde (ZN)</i>
<i>CAT</i>	<i>College Adviserend Tandartsen (van zorgverzekeraars)</i>
<i>CTG</i>	<i>College Tarieven Gezondheidszorg</i>
<i>IVM</i>	<i>Instelling voor Mondzorg</i>
<i>MJA</i>	<i>Meerjarenaafspraken Mondzorg (convenant VWS-NMT-ZN)</i>
<i>NMT</i>	<i>Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde</i>
<i>NPCF</i>	<i>Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie</i>
<i>NVM</i>	<i>Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten</i>
<i>NVSU</i>	<i>Nederlandse Vereniging van Samenwerkende Universiteiten</i>
<i>ONT</i>	<i>Organisatie van Nederlandse Tandprotheticci</i>
<i>RTHZ</i>	<i>Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering</i>
<i>VWS</i>	<i>Departement Volksgezondheid, Welzijn en Sport</i>
<i>ZN</i>	<i>Zorgverzekeraars Nederland</i>