

# Onderzoek

## EEN VERZEKERD GEBIT: ZIJN GELD WAARD?

### DE INVLOED VAN DE VERZEKERINGSVORM OP HET GEBRUIK VAN TANDHEELKUNDIGE ZORG

#### SAMENVATTING

In een voorgaand artikel<sup>1</sup> stond de vraag naar verzekering voor tandheelkundige hulp centraal. In dit artikel wordt ingegaan op de relatie tussen verzekeringsvorm en het gebruik van tandheelkundige zorg. De verzekeringsvorm blijkt slechts van beperkte invloed te zijn op het gebruik van tandheelkundige zorg. Met name ziekenfondsverzekerden, zonder geldig saneringsbewijs, blijken een afwijkend consumptiepatroon te hebben: meer extracties en minder curatieve verrichtingen. Het gebruik van tandheelkundige zorg vertoont daarentegen wel een sterke samenhang met de sociaal-economische status van het individu. De verwachting dat een verkleining van het verstrekkingspakket zou leiden tot een sterk verminderd gebruik van tandheelkundige zorg, wordt niet door onze resultaten bevestigd.

GEURTS JJM, RUTTEN FFH. Een verzekerd gebit: zijn geld waard? De invloed van de verzekeringsvorm op het gebruik van tandheelkundige zorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 326-30.

J. J. M. Geurts, gezondheidswetenschapper  
F. F. H. Rutten, econoom

Uit de vakgroep Economie van de  
Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit  
Limburg te Maastricht.

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde –  
Gezondheidszorg – Ziektekostenverzekering –  
Verstrekkingspakket**

Datum acceptatie: 5 maart 1987.

Adres: Prof. Dr. F. F. H. Rutten, postbus 616,  
6200 MD Maastricht.

#### 1. INLEIDING

Dit artikel belicht de invloed van het verzekerd zijn tegen de kosten van tandheelkundige hulp op het gebruik van tandheelkundige voorzieningen en de mondgezondheid. Een eerdere bijdrage in dit tijdschrift was geconcentreerd op de vraag naar verzekering voor tandheelkundige hulp.<sup>1</sup> Tevens werd daarin een overzicht gegeven van de verzekeringsalternatieven voor tandheelkundige hulp in Nederland.

##### 1.1. Het effect van verzekering

Als belangrijke theoretische onderbouwing voor de vraag naar gezondheid en gezondheidszorgvoorzieningen is de benadering van Grossman te beschouwen.<sup>2</sup> Vanuit de 'human capital'-theorie bezien, kan men de vraag naar gezondheidszorg opvatten als een afgeleide van de vraag naar gezondheid. Het individu streeft een bepaalde gezondheid na en zal proberen deze in stand te houden. Zo zal het achterliggende motief voor het gebruik van tandheelkundige zorg de behoefte aan een goede mondgezondheid zijn.

Zoals reeds aangegeven concentreren we ons in deze bijdrage met name op het effect van verzekering. Het verzekerd zijn tegen de risico's van kosten voor tandheelkundige hulp, zal als gevolg hebben dat de prijs voor een behandeling voor het individu zelf lager dan nul wordt. Het ligt voor de hand dat een dergelijke prijsverlaging tot een andere uitkomst leidt van de kosten-batenafweging. De verlaging van de prijs voor tandheelkundige verrichtingen zal leiden tot een toename van het

gebruik. In het geval dat de verzekering slechts een beperkt aantal verrichtingen omvat, treedt er tevens een wijziging op in de prijsverhouding tussen de verschillende behandelvormen. Zo zullen de voorzieningen die niet zijn opgenomen in het verstrekkingspakket relatief sterk in prijs stijgen. Verwacht kan worden dat het gebruik van deze behandelingen (bij voorbeeld kroon- en brugwerk voor gesaneerde ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden met een beperkt pakket) zal afnemen.

Voor de IZA/IZR-verzekerden, met een procentuele eigen bijdrage per behandeling, is de prijs voor bijna alle verrichtingen lager, maar de prijsverhouding blijft constant. Hoe groot het effect van de prijswijzigingen op het gebruik is, is mede afhankelijk van de bijbehorende prijselasticiteiten. Immers in een situatie waarin de aankoop van een goed niet c.q. nauwelijks beïnvloed wordt door zijn prijs, zal een prijswijziging weinig verandering teweegbrengen in het aankoopbeleid van het individu.

In welke orde van grootte deze verzekerings/prijselasticiteiten voor Nederland liggen, is onbekend. Gezien echter de te verwachten veranderingen in het ziekenfondspakket, de toenemende verzekeringsgraad bij de particulier verzekerden en de invulling van een eventuele volksverzekering,<sup>3</sup> is meer duidelijkheid gewenst omtrent het effect van een verandering in het verzekeringssysteem, en diens gevolge in de prijs, op de vraag naar tandheelkundige hulp en op de mondgezondheid.

##### 1.2. Het gebruik van tandheelkundige hulp in Nederland, onderscheiden naar verzekeringsvorm

In deze paragraaf zal achtereenvolgens een overzicht worden gegeven van:

- de kostenontwikkeling binnen de tandheelkundige zorg,
- het gebruik van tandheelkundige diensten en
- de mondgezondheid.

Er zal hierbij voor zover mogelijk een onderscheid worden gemaakt tussen ziekenfonds-, publiekrechtelijke en particulier verzekerden, met als doel na te gaan in hoeverre er verschillen zijn te ontdekken tussen de groepen verzekerden. Het overzicht is gebaseerd op gegevens uit de literatuur. In paragraaf 3 worden onderzoeksresultaten gepresenteerd, gebaseerd op gegevens uit de Gezondheidsenquête van 1981 en 1982 (CBS).

###### 1.2.1. Kostenontwikkeling van de tandheelkundige zorg

Zoals uit tabel I blijkt, bedroegen de totale uitgaven aan tandheelkundige zorgverlening in 1985 1.719 miljoen gulden. Dit komt globaal overeen met 5% van de totale kosten van de gezondheidszorg. De ontwikkeling van de kosten van tandheelkundige zorgverlening in de periode 1978-1985 komen in grote lijnen overeen met de groei in de kosten van de extramurale gezondheidszorg: de jaarlijkse procentuele groei neemt geleidelijk af.

Over de jaren heen is er wel een aanzienlijke verschuiving opgetreden in de verhouding tussen de uitgaven van de ziekenfondsen en de particuliere uitgaven. In 1978



Tabel I. Kostenontwikkeling tandheelkundige zorg 1978-1985.

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Kosten tandheelkundige zorg in miljoenen gulden	1222	1307	1456	1559	1605	1652	1670	1719
% verandering t.o.v. het voorgaande jaar	-	7.0	11.4	7.1	3.0	2.9	1.1	2.9

Bron: FOGM, 1986-1987

kwam nog 63% van de totale kosten voor rekening van de particulier verzekerden, terwijl in 1984 dit percentage gedaald is tot 55. Deze in verhouding sterkere groei van het kostenaandeel voor ziekenfondsen komt wellicht voort uit de uitbreiding van het verstrekkingenpakket (b.v. fluoride-applicatie per 1 april 1979). Tevens kon als gevolg van de toename van het aantal beroepsbeoefenaren de achterstand in de zorgverlening aan ziekenfondsverzekerden worden ingehaald. Hierbij dient wel opgemerkt te worden, dat in de particuliere uitgaven ook de eigen bijdragen van de ziekenfondsverzekerden worden meegeteld en de door ziekenfondsverzekerden verkregen hulp, die *niet* in het verstrekkingenpakket is opgenomen.

### 1.2.2. Het gebruik van tandheelkundige diensten

Op basis van bevolkingsenquêtes van het CBS en de cijfers van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen kan een globale indruk worden verkregen van de ontwikkeling in het gebruik van tandheelkundige diensten door de Nederlandse bevolking. Door het CBS wordt sinds 1974 in een tweetal bevolkingsenquêtes, respectievelijk het Leef Situatie Onderzoek (LSO) en de Gezondheidsenquête (GE), geïnformeerd naar het tandartsbezoek van de respondent in het jaar voorafgaand aan de enquête. Door Van den Berg is hiervan een overzicht samengesteld over de jaren 1974-1983 (zie tabel II).<sup>5</sup> In dit overzicht is onderscheid gemaakt tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden.

Alhoewel we bij ziekenfondsverzekerden een sterkere stijging waarnemen in deze periode dan voor de particulier verzekerden (resp. 18% en 12%), blijven we voor particulier verzekerden een hoger contactpercentage zien. Naast de toename in het aantal tandartsbezoeken geven de cijfers voor ziekenfondsverzekerden aan dat er ook in het behandelpatroon een verschuiving plaatsvindt (zie tabel III).

Bij de ongesaneerden neemt met name het aantal extracties sterk af. Bij de gesaneerde verzekerden vindt er een verschuiving plaats naar enerzijds meer preventieve behandelingen (röntgenfoto's voor diagnostiek) en anderzijds naar de meer intensieve behandelvormen (b.v. wortelkanaalbehandelingen).

### 1.2.3. Verzekeringsvorm en mondgezondheid

Er wordt de laatste jaren een toenemende verbetering van de gebitten van kinderen waargenomen.<sup>6</sup> Deze verbetering komt met name naar voren bij kinderen uit de hogere sociale milieus.<sup>7</sup> De gebitstoestand van de volwassen Nederlanders ziet er aanzienlijk minder rooskleurig uit. De helft van de bevolking in Nederland van 16 jaar en ouder heeft een gebitsprothese (volledige prothese, plaatje, frameprothese en/of brug).<sup>8</sup> Hierbij zijn aanzienlijke verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden (incl. IZA/IZR-verzekerden) te onderscheiden.

Van de ziekenfondsverzekerden heeft 48.7% geen gebitsprothese, bij particulieren is dat 56%. Bovendien verschillen de groepen van elkaar met betrekking tot het soort prothese. Het 'klassieke' kunstgebit komt het meest voor bij ziekenfondsverzekerden, terwijl particulier verzekerden vaker in het bezit zijn van een vaste prothese (i.c. frameprothese of brug(gen)). Uit deze bevindingen kan niet zonder meer een causale samenhang worden afgeleid tussen de verzekeringsvorm en mondgezondheid.

Tabel III. Ontwikkeling van een aantal tandheelkundige verrichtingen per 1000 ongesaneerde en gesaneerde verzekerden 1980-1984.

	1980	1981	1982	1983	1984	gemiddelde jaarlijkse groei in %
<b>Ongesaneerden</b>						
extracties	114,2	91,1	86,9	68,6	61,6	-11,6
vullingen	6,1	5,2	5,1	5,0	3,9	- 8,5
saneringsverklaring	23,3	25,6	25,2	26,4	25,6	1,9
<b>Gesaneerden</b>						
extracties	91,2	84,1	82,9	75,0	73,1	- 4,3
vullingen	760,5	738,3	779,6	810,6	759,1	0,0
wortelkanaal- behandelingen	23,1	25,2	26,1	26,2	28,7	4,4
halfjaarlijks onderzoek	761,4	745,9	811,4	831,4	854,5	2,3
tandsteenverwijdering	308,9	336,7	397,6	438,3	466,9	8,6
röntgenfoto's	149,7	172,2	207,9	220,2	187,1	4,6
<b>Prothesen (alleen gewoon)</b>						
boven en onder	9,1	8,9	9,3	8,8	9,7	1,3
boven of onder	4,9	4,7	5,0	4,8	5,0	0,4
partieel	9,0	10,2	10,3	9,6	9,3	0,7

Bron: FOGM, 1986-1987.

Tabel II. Ontwikkeling in contacten met de tandarts, naar verzekeringsvorm (respondenten ouder dan 17 jaar); % personen met minimaal een contact in 1 jaar.

	ZF	PART
LSO 1974	38.5	57.4
LSO 1977	46.4	64.4
LSO 1980	50.5	63.8
GE 1981	50.4	62.7
GE 1982	51.6	67.3
GE 1983	56.3	69.8

Bron: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1985.

Nader onderzoek naar het effect van de verzekeringsvorm op de mondgezondheid van het individu is hiervoor noodzakelijk.

## 2. MATERIAAL EN METHODE

Ons onderzoek naar het effect van de verzekeringsvorm op het gebruik van tandheelkundige hulp is gebaseerd op gegevens afkomstig uit de CBS-Gezondheidsenquêtes van 1981 en 1982. Het doel van deze enquête is het verzamelen van representatieve gegevens van de gezondheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen voor de Nederlandse bevolking.<sup>9</sup> Naast de informatie over het aantal bezoeken aan de tandarts dat de respondenten gedurende het laatste jaar heeft afgelegd, wordt in de enquête tevens nagègaan om welke *reden* het contact plaats vond (periodiek onderzoek, pijnklacht of langdurige behandeling) en welke *behandeling* de tandarts verrichtte (uitsluitend controle, trekken, vullen, kroon/brug, gebitsre-



gulating en overige behandelingen). Op basis van deze gegevens kan onderzocht worden of er verschillen bestaan tussen de verzekeringsvormen, reden van bezoek en soorten behandeling. Bij deze analyses zullen we vijf verzekeringscategorïen onderscheiden, te weten:

- ziekenfondsverzekerden, in het bezit van een saneringsbewijs (ZF-SAN);
- IZA/IZR-verzekerden;
- particulier verzekerden met een verzekering voor tandheelkundige hulp (PART-TA);
- ziekenfondsverzekerden zonder saneringsbewijs (ZF-NSAN);
- particulier verzekerden zonder een verzekering voor tandheelkundige hulp (PART-NTA).

Er kan geen onderscheid worden gemaakt tussen ziekenfondsverzekerden met en zonder aanvullende verzekering. Deze indeling is gebaseerd op de omvang van het verstrekkingenpakket, de hoogte van de eigen bijdrage en de gehanteerde tarieven.<sup>10</sup>

### 3. RESULTATEN

Uit de cijfers van de Gezondheidsenquêtes, zoals ze worden gepresenteerd in tabel IV, blijkt dat de categorie ZF-SAN de meeste contacten met de tandarts heeft voor periodiek onderzoek. Dit ligt voor de hand gezien de verplichting die zij hebben elk halfjaar de tandarts te bezoeken. De categorie ZF-NSAN daarentegen heeft relatief gezien veel meer bezoeken voor pijnklachten of langdurige behandeling. De overige verzekeringsvormen vertonen weinig verschillen.

Tabel V geeft de cijfers met betrekking tot de tandartscontacten naar soort behandeling. Deze

Tabel VI. Procentuele verschillen tussen het verwacht aantal contacten voor de verzekeringsalternatieven ten opzichte van gesaneerde ziekenfondsverzekerden.\*)

Verzekeringsvorm	Aantal contacten met specifieke verrichting extracties	vullen	kroon/brug
IZA/IZR	- **)	-	+ 72%
PART, met aanvullende verzekering	-	-	-
ZF, niet gesaneerd	+ 223%	- 18%	- 51%
PART, zonder aanvullende verzekering	-	-	-

\*) Populatie, ouder dan 16 jaar, zonder volledige prothese en met minimaal één bezoek aan de tandarts gedurende het laatste jaar.

\*\*) Niet significant ( $p > .05$ ) effect.

cijfers wijzen op een samenhang tussen de verzekeringsvorm en het gebruik van specifieke behandelingen. Het meest opvallende is het grote percentage behandelingen voor ziekenfondsverzekerden zonder saneringsbewijs, voor het extraheren van een tand of kies. Hierbij kan worden betrokken het feit dat alleen deze verrichting gratis aan de niet-gesaneerde ziekenfondsverzekerden wordt verstrekt. Gesaneerde ziekenfondsverzekerden hebben relatief meer contacten alleen voor controle, terwijl de overige verzekerden meer bezoeken blijken te hebben voor intensievere behandelcategorïen. Deze cijfers lijken onze verwachting ten aanzien van het effect van verzekering op het gebruik van voorzieningen te bevestigen. Bij de verzekeringsvormen met een beperkt verstrekkingenpakket zien we dat met name het gebruik van de niet-gedekte verrichtingen (die relatief in prijs gestegen zijn ten opzichte van de wel verze-

de voorzieningen) lager is.

Zoals al eerder aangegeven is de verzekeringsvorm van het individu niet de enige factor die van invloed is op het gebruik van tandheelkundige diensten. Een combinatie van economische, demografische en sociaal-culturele factoren is van invloed op de vraag naar tandheelkundige hulp. Om het effect van de verzekeringsvorm op het gebruik aan te geven, dienen we dit verband te corrigeren voor de overige beïnvloedende factoren. Derhalve hebben we met behulp van multiële regressie-analyse onderzocht welk effect de verzekeringsvorm heeft op het gebruik van tandheelkundige hulp, als we tevens rekening houden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding, huishoudinkomen, grootte van het huishouden, de gebitstoestand en het aanbod van tandheelkundige diensten. De verzekeringsvorm wordt geoperationaliseerd door een viertal dummy-variabelen. De verzekeringscategorïen (IZA/IZR, Part-met aanvullende verzekering, ZF-niet gesaneerd en Part-zonder aanvullende verzekering) worden als afzonderlijke dichotome variabelen in het regressiemodel opgenomen. De categorie ZF-gesaneerd dient hierbij als referentiegroep.<sup>11</sup> De regressiecoëfficiënten geven de verschillen weer tussen de gemiddelde scores van de verschillende verzekeringsvormen ten opzichte van het gemiddelde van de gesaneerde ziekenfondsverzekerden. Met behulp van de regressiecoëfficiënten kunnen we het procentuele verschil berekenen tussen het verwacht aantal contacten per jaar voor een specifieke verrichting voor de onderscheiden verzekeringsalternatieven ten opzichte van het gemiddelde voor gesaneerde ziekenfondsverzekerden (onder constanthouding van alle overige variabelen). De resultaten hiervan worden gepresenteerd in tabel VI. Voor een gesaneerde ziekenfondsverzekerde bedraagt het verwachte aantal contacten voor de verrichting 'extracties' .07, voor de verrichting 'vullen' en 'kroon/brug' .41 respectievelijk .05. De procentuele verschillen zijn alleen berekend voor de significante coëfficiënten ( $p \leq .05$ ).

Uit de analyse blijkt dat niet alle verzekeringsvariabelen van invloed zijn op het gebruik van

Tabel IV. Tandartscontacten naar reden van contact\*) en verzekeringsvorm.

Reden contact	ZF-SAN	IZA/IZR	PART-TA	ZF-NSAN	PART-NTA
periodiek onderzoek	80.2**)	76.7	72.9	53.1	70.6
pijnklachten	7.9	9.5	12.1	25.2	10.7
langdurige behandeling	12.4	16.6	16.5	21.8	18.9

\*) Deze gegevens zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquêtes 1981 en 1982. N = 7709 respondenten met minimaal één contact.

\*\*) De percentages kunnen tot meer dan 100 optellen aangezien per contact meerdere redenen konden worden opgegeven.

Tabel V. Tandartscontacten naar soorten behandeling\*) en verzekeringsvorm.

Soort behandeling	ZF-SAN	IZA/IZR	PART-TA	ZF-NSAN	PART-NTA
alleen controle	57.4**)	51.0	51.0	37.6	47.6
extractie	5.1	5.0	4.7	23.4	5.1
vullen	27.7	27.7	30.2	23.5	29.8
kroon/brug	3.5	9.7	6.0	5.3	7.9
gebtsregulatie	0.8	0.9	1.8	1.8	1.7
overige behandelingen	13.2	15.3	15.1	16.5	15.9

\*) De gegevens zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquêtes 1981 en 1982.

\*\*) De percentages kunnen tot meer dan 100 optellen aangezien per contact meerdere behandelingen konden worden opgegeven.



tandheelkundige diensten. Wel komt duidelijk naar voren dat, ook na correctie voor andere factoren het consumptiepatroon van niet-gesaneerde ziekenfondsverzekerden sterk afwijkt van dat van de overige verzekerden. Ze hebben, ceteris paribus, significant meer bezoeken (+223%) waarin een of meerdere gebitselementen worden geëxtraheerd; daarentegen hebben ze significant minder bezoeken voor curatieve verrichtingen (vullen en kroon/brugwerk: -18 resp. -51%). IZA/IZR-verzekerden hebben, ceteris paribus, significant meer bezoeken voor het plaatsen van kronen en/of bruggen (+72%), dan de overige verzekerden. Voor beide groepen particulier verzekerden worden geen significante verschillen gevonden. Ook indien we de verzekeringsvariabele op andere manieren inde-len, bij voorbeeld een groep met verzekering voor tandheelkundige hulp (combinatie met ZF-SAN, IZA/IZR en PART-TA) ten opzicht van niet-verzekerden (ZF-NSAN en PART-NTA), vinden we vergelijkbare resultaten. Niet-verzekerden hebben significant meer contacten voor 'extracties' en minder contacten voor de overige verrichtingen. Deze laatste verschillen zijn echter niet-significant. De resultaten bevestigen derhalve slechts gedeeltelijk onze verwachtingen met betrekking tot het effect van de verzekeringsdekking op het gebruik van tandheelkundige zorg.

Over het algemeen dragen de factoren opleiding, huishoudinkomen, grootte van het huishouden, de leeftijd en het geslacht van het individu meer bij aan de verklaring van het gebruik. In tabel VII geven we de procentuele verschillen in gemiddeld aantal contacten met specifieke verrichting tussen verschillende groepen personen.

Interessant hierbij is met name de bevinding dat de richting van het effect van deze factoren op de vraag naar de verrichting 'extracties' tegengesteld is aan de resultaten bij de vraag naar curatieve verrichtingen (vullen en/of kroon/brugwerk). Zo hebben respondenten met een universitaire opleiding, ceteris paribus, significant minder bezoeken (-74%) voor de verrichting 'extracties' dan respondenten die alleen lager onderwijs hebben genoten, terwijl ze significant meer bezoeken hebben voor curatieve verrichtingen. Een zelfde samenhang zien we met inkomen: respondenten met een jaarinkomen boven de 60.000 gulden hebben significant minder bezoeken (-29%) waarin een gebitselement wordt geëxtraheerd. Klaarblijkelijk zijn extracties een 'inferieur' goed! Uit deze resultaten blijkt dat het gebruik van tandheelkundige zorg een sterke samenhang vertoont met de sociaal-economische status van het individu. Tevens zien we dat vrouwen, ceteris paribus, 7% meer contacten hebben voor de verrichting 'vullen' en 35% meer voor 'kroon/brugwerk' dan mannen. Tot slot blijkt de huishoudgrootte een significant negatief effect te hebben op het gebruik van curatieve verrichtingen: een persoon uit een huishouden met vijf personen heeft, ceteris paribus, 43% minder contacten voor de

Tabel VIII. Procentuele verschillen in het gemiddeld aantal contacten voor verschillende groepen personen. \*)

Persoonskenmerk	Aantal contacten met specifieke verrichting		
	extracties	vullen	kroon/brug
<i>leeftijd</i>			
45-jarige t.o.v. 18-jarige	- **)	- 9%	-
<i>geslacht</i>			
vrouwen t.o.v. mannen	-	+ 7%	+ 35%
<i>inkomen</i>			
jaarinkomen boven f 65.000,— t.o.v. minimumloon	- 29%	-	-
<i>opleiding</i>			
universitair t.o.v. alleen lager onderwijs	- 74%	+ 26%	+ 420%
<i>huishoudgrootte</i>			
huishouden van 5 personen t.o.v. alleenstaande	-	- 43%	- 44%

\*) Populatie, ouder dan 16 jaar, zonder volledige prothese en met minimaal één bezoek aan de tandarts gedurende het laatste jaar.

\*\*) Niet significant ( $p > .05$ ) effect.

verrichting 'vullen' en 44% minder voor 'kroon/brugwerk' dan een alleenstaande.

De beperkte invloed van de verzekeringsvariabelen i.c. prijsvariabelen op het gebruik van tandheelkundige diensten is opmerkelijk te noemen, gezien de resultaten uit met name Amerikaanse onderzoeken. In deze studies werden voor tandheelkundige hulp hogere prijselasticiteiten gevonden dan voor overige gezondheidszorgvoorzieningen. Manning en Phelps<sup>12</sup> berekenden dat personen met een volledige verzekeringsdekking 2 tot 3 maal zoveel tandheelkundige zorg consumeren in vergelijking met personen zonder verzekering. Ook de resultaten van het RAND-verzekeringsexperiment,<sup>13 14</sup> tonen aan dat de hoogte van de eigen bijdrage van invloed is op het gebruik van tandheelkundige zorg. De personen met een volledige verzekeringsdekking bezochten vaker de tandarts (34% meer bezoeken) en gaven meer uit aan tandheelkundige hulp (46%), dan de personen met een eigen risico van 95%. Het grootste effect van de bijbetaling werd echter gevonden op de keuze om al dan niet de tandarts te bezoeken.

Mogelijke verklaringen voor het geringe effect in onze analyse zijn wellicht te vinden in de beperkte registratie van de diverse verrichtingen: alleen het aantal contacten is bekend; de totale kosten van de behandelingen zouden een betere indicatie vormen voor de omvang en de intensiteit van de zorg. De beperkte registratieduur van één jaar en de geringe mogelijkheid om te corrigeren voor verschillen in mondgezondheid kunnen mede een rol spelen.

#### 4. DISCUSSIE

De verzekeringsvorm blijkt van beperkte invloed te zijn op de frequentie van het

aantal contacten met de tandarts. De verschillende groepen verzekerden onderscheiden zich wel in de mate waarin ze gebruik maken van de diverse behandelingsalternatieven en in het voorkomen van gebitsprothesen op oudere leeftijd. Met name de gesaneerde ziekenfondsverzekerden blijken te reageren op de relatieve verhoging van de prijzen voor kroon en brugwerk (vanwege hun beperkt verzekerd pakket) door hiervan beduidend minder gebruik te maken dan andere verzekeringscategorieën. Wanneer men zou willen streven naar een verschuiving van de behandelingsmix in de richting van kwalitatief betere zorgverlening dan lijkt de huidige ziekenfondsverzekering hiervoor een belemmering op te werpen.

Buitenlandse studies wijzen wel op een sterke samenhang tussen verzekeringsvorm en gebruik van voorzieningen. Dit is in tegenspraak met de resultaten van onze analyse. Daarbij moet worden bedacht, dat het door ons geanalyseerde materiaal niet toestaat dat wij in de analyse afdoende corrigeren voor de variabele mondgezondheid. Wanneer verzekeringsmaatschappijen een streng toelatingsbeleid voeren, dan mag men aannemen dat mensen met een relatief slechte mondgezondheid een lage verzekeringsgraad kennen, maar desondanks wel gedwongen zijn veel tandheelkundige zorg te consumeren. Bij onvoldoende correctie voor mondgezondheid zou dit fenomeen een bestaande en reële invloed van verzekeringsvorm op consumptie kunnen versluieren. Opheldering op dit punt vereist een analyse op meer gedetailleerd datamateriaal.



Wel is duidelijk, dat een uitbreiding van het verstrekkingspakket voor wat betreft tandheelkundige zorg een denivellerend effect zal hebben. Een uitbreiding van het verstrekkingspakket betekent voor de consument een prijsverlaging voor de toegevoegde verstrekkingen.

Uit onze analyse blijkt, dat hogere sociale klassen al reeds een groter gebruik maken van deze voorzieningen, waardoor uitbreiding van het verstrekkingspakket simpelweg een lastenverlaging voor deze groep betekent.

De auteurs danken Dr. H. H. Tan en collega's van de vakgroep voor hun commentaar op een eerdere versie van het artikel. Tevens bedanken zij het Centraal Bureau voor de Statistiek voor het ter beschikking stellen van de gegevens.

## SUMMARY

### THE EFFECTS OF DENTAL INSURANCE ON THE UTILIZATION OF DENTAL SERVICES

Keywords: Social dentistry – Dental insurance – Dental services utilization

In this paper the influence of dental insurance coverage on the use of dental services is examined. Several types of dental insurance existing in the Netherlands have been compared. When controlling for a variety of socio-demographic factors, the insurance coverage seems to have only a limited influence on the use of dental care. We found that publicly insured patients without a 'dental fitness certificate' use a different mix of services compared to those with such a certificate. They pay relatively more visits to the dentist for 'extractions' but considerably less for other services. The demand for dental care shows a much stronger relationship with socio-economic status of the patient.

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> GEURTS JJM, RUTTEN FFH. Tot de tanden verzekerd? De verzekeringskeuze voor tandheelkundige hulp nader onderzocht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 287-91.
- <sup>2</sup> GROSSMAN M. Demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York: 1972.
- <sup>3</sup> Zie 1.
- <sup>4</sup> FINANCIËEL OVERZICHT GEZONDHEIDSZORG MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING, 1986-1987, stuk 19703, nrs. 1-2.
- <sup>5</sup> VAN DEN BERG J. Contact met de tandarts 1974-1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS: 1985; 1.
- <sup>6</sup> REDACTIE. Over de teruggang van het verschijnsel cariës. I. Bevindingen in vele landen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 221-4.
- <sup>7</sup> HOUWINK B ET AL. Een onderzoek naar mondgezondheid. Deel III. Mond(on)gezondheid van 15-jarigen in Amersfoort. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92: 104-11.
- <sup>8</sup> VAN DEN BERG J. Gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1982; 10.
- <sup>9</sup> APPELBOOM WJM. De continue Gezondheidsenquête; enkele aspecten ter nadere oriëntatie. Maandbericht Gezondheidsstatistiek: 1982: nr. 5.
- <sup>10</sup> Zie 1.
- <sup>11</sup> WONNACOTT TH, WONNACOTT RJ. Regression, a second course in statistics. New York: 1981.
- <sup>12</sup> MANNING WG, PHELPS CE. The demand for dental care. The Bell Journal of Economics 1979: 10.
- <sup>13</sup> MANNING WG ET AL. The demand for dental care: evidence from a randomized trial in health insurance. J Am Dent Assoc 1985; 110: 503-25.
- <sup>14</sup> BAILIT HL. The effect of patient cost-sharing on oral health and expenditures: results from the RAND health insurance experiment. Najaarsvergadering Nederlandse Vereniging voor de Studie van Sociale Tandheelkunde. Amsterdam 22 november 1984.

## Bladvulling

## UITREIKING ACUPUNCTUURDIPLOMA UNIVERSITEIT VAN SHANGHAI TE GRONINGEN

De eerste zestien Nederlandse huisartsen en een kaakchirurg ontvingen vrijdag 31 juli 1987 in Groningen uit handen van de voorzitter van het Hwa To Centre, de heer H. Termeulen, hun acupunctuurdiploma. Zij sloten daarmee de introductie cursus 'Acupunctuur' af.

De stichting Hwa To Centre is een samenwerkingsverband tussen de Shanghai Academy of Traditional Chinese Medicine en de rijksuniversiteit te Groningen, dat tot

stand is gekomen op initiatief van de Groningse Subfaculteit der Tandheelkunde.

De 17 geslaagden zijn de eersten die de introductie cursus aan het genoemde centrum van de rijksuniversiteit te Groningen volgden en daarmee het officiële diploma van de universiteit van Shanghai verwierven. Inmiddels is men aldaar bezig een Dental School op te zetten, geheel naar het model van de Groningse subfaculteit.

In de zes weken durende cursus kwa-

men de achtergronden van de acupunctuur en de vereiste kennis voor het kunnen toepassen daarvan aan de orde. Daarnaast zijn veel – ook angstige of nerveuze – patiënten behandeld, waarbij de nadruk werd gelegd op pijn en pijnbestrijding.

Voor de volgende, in november te starten, introductie cursus te Groningen zijn reeds ruim 200 belangstellenden.