

# Tandheelkundige hulp en sociaal-economische status in de periode 1981-1995

H. Swinkels<sup>1</sup>  
J.A.D.M. Maessen<sup>2</sup>

**Samenvatting.** Het aantal personen met een volledig kunstgebit is in de periode 1981-1995 met gemiddeld 0,8 procentpunt per jaar gedaald. Dit betekent een daling van het aantal Nederlanders met een volledig kunstgebit van 3,5 miljoen in 1981 naar 2,5 miljoen in 1995. In het algemeen hebben verhoudingsgewijs meer personen met een lagere dan met een hogere sociaal-economische status een volledig kunstgebit. In deze sociaal-economische verschillen zijn in de periode 1981-1995 geen belangrijke veranderingen opgetreden.

Het aantal tandartsbezoeken waarbij aan patiënten preventieve hulp werd verleend, is tussen 1981 en 1995 met gemiddeld 1 procentpunt per jaar gestegen. De gegevens laten geen grote verschillen in preventieve hulp naar sociaal-economische groepen zien. In de onderzoeksperiode zijn deze verschillen niet toe- of afgenomen.

De op 1 januari 1995 ingevoerde wijziging in het vergoedingensysteem voor tandheelkundige hulp blijkt vooral bij ziekenfondsverzekerden met een lager inkomen tot een daling van het aantal tandartsbezoeken te hebben geleid.

SWINKELS H, MAESSEN JADM. Tandheelkundige hulp en sociaal-economische status in de periode 1981-1995. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 16-20.

Uit 'de divisie Kwartaire Sector en Leefsituatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) te Heerlen en 'een algemene praktijk te Maasbracht.

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Stelselwijziging

Datum van acceptatie: 7 augustus 1996.

Adres: H. Swinkels, CBS, postbus 4481, 6401 CZ Heerlen.

## 1 Inleiding

In dit artikel wordt nagegaan of, en zo ja op welke wijze, in Nederland het gebruik van vooral preventieve tandheelkundige voorzieningen samenhangt met de sociaal-economische status van de gebruikers en hoe deze samenhang zich sedert het begin van de jaren tachtig heeft ontwikkeld. Zo is op basis van een literatuurstudie aangetoond dat er verschillen zijn in de prevalentie van tandeloosheid, tandcariës, paradontale aandoeningen en mondhygiënisch gedrag bij mensen uit diverse sociaal-economische milieus.<sup>1</sup> Geurts en Rutten concluderen dat de verzekeringsvorm van beperkte invloed is op de frequentie van het tandartsbezoek;<sup>2</sup> opleiding, huishoudinkomen, grootte van het huishouden, leeftijd en geslacht van het individu dragen meer bij aan de verklaring van het gebruik. Dergelijke verschillen zullen dus mogelijk ook bij het gebruik van zowel preventieve als curatieve tandheelkundige hulp worden aangetroffen. Verwacht wordt dat personen met een lagere sociaal-economische status minder gebruikmaken van preventieve tandheelkundige hulp en bijgevolg meer van curatieve ofwel conserverende tandheelkundige hulp dan personen met een hogere sociaal-economische status.

Onder sociaal-economische status (SES) wordt verstaan de positie die personen in de gelaagde structuur van de samenleving innemen. Deze positie wordt onder andere bepaald door factoren als opleiding, inkomen en beroep. In dit onderzoek wordt de sociaal-economische positie geïndiceerd door het netto-huishoudinkomen en het hoogst behaalde opleidingsniveau. Door middel van het huishoudinkomen kan vooral inzicht worden verkregen in economische aspecten die aan de verschillen in het gebruik van tandheelkundige voorzieningen ten grondslag liggen. De verschillen naar opleidingsniveau zullen voor een groot gedeelte verschillen in leefstijlen weerspiegelen. In het algemeen hebben hoger opgeleiden immers een gezondere leefstijl dan lager opgeleiden.<sup>3,4</sup> Hoger opgeleiden zullen zich in het algemeen dan ook meer bewust zijn van het belang van een goed verzorgd gebit en daardoor, naar verwachting, meer dan lager opgeleiden de tandarts preventief consulteren.

De gegevens zijn afkomstig van de continue Gezondheidsenquête (GE) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in de jaren 1981-1995. Voor nadere informatie omtrent de GE wordt naar elders verwezen.<sup>5</sup>

## 2 Enquêtevragen

Met betrekking tot het gebruik van tandheelkundige voorzieningen zijn in de GE de volgende, voor dit onderzoek relevante, vragen gesteld:

- Heeft U een kunstgebit, een plaatje, een frame-prothese of een brug? Zo ja, is het boven of onder? De antwoordmogelijkheden waren:
  - geen prothese
  - kunstgebit
  - plaatje
  - frame-prothese(n)
  - brug(gen)
- Hoeveel keer bent U in de afgelopen 2 maanden, dus sinds ..... naar de tandarts geweest? De antwoordmogelijkheden waren:
  - aantal keer ...
  - geen enkele keer
- Wat is er toen aan het gebit gedaan? De antwoordmogelijkheden waren:
  - controle
  - trekken van tand of kies
  - vullen van tand of kies
  - maken van kroon of brug
  - gebitsregulatie
  - fluorapplicatie (vanaf 1986)
  - verwijderen van tandsteen (vanaf 1986)
  - iets anders, nl:

Bij het analyseren van de tandartsconsulten is alleen gekeken naar de behandelingen tijdens het meest recente consult. Aldus wordt aangenomen dat de verdeling preventief-curatief



Tabel I. Tandheelkundige voorzieningen naar opleidingsniveau (personen 16+ jaar), GE 1981-1995<sup>1</sup>

	Totaal	Alleen L.O.		MAVO, LBO		HAVO, VWO, MBO		HBO, universiteit		BETA
		voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	
% personen met volledig kunstgebit										
1981	31,6	55,9	39,4	32,8	33,5	16,3	27,2	9,0	18,5	0,14
1988	25,3	57,6	37,5	25,5	27,6	14,3	21,0	8,5	15,4	0,17
1995	20,1	45,3	27,8	21,6	22,3	11,7	18,3	5,6	12,6	0,13
% 'preventieve' contacten <sup>2</sup>										
1981	62,5	53,0	56,4	62,7	62,8	66,0	64,6	62,3	62,6	0,05
1988	67,5	65,7	69,0	71,3	70,2	67,4	66,7	62,6	64,3	0,05
1995	68,4	59,6	64,9	68,1	68,7	71,3	69,4	68,9	68,1	0,03
% 'curatieve' contacten <sup>3</sup>										
1981	31,0	36,3	35,4	30,9	31,0	29,7	30,2	29,7	29,5	0,04
1988	30,7	26,8	24,7	30,9	31,0	30,2	30,5	33,3	33,4	0,05
1995	23,0	22,4	20,5	22,1	21,7	21,9	22,5	25,9	26,3	0,05

1 Gewogen naar de opbouw van de bevolking van Nederland in het betreffende jaar (gewogen voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en urbanisatiegraad).

2 Tandartsconsulten waarbij de patiënt preventief ('controle' en/of 'gebitsregulatie') is behandeld.

3 Tandartsconsulten waarbij de patiënt curatief ('trekken of vullen van tand of kies' en/of 'maken van kroon of brug') is behandeld.

bij de overige contacten hetzelfde is als bij het meest recente contact.

Bij de vraag wat er tijdens het consult aan het gebit is gedaan, konden de respondenten meer dan één antwoord geven. Hierdoor kan een consult bij een aantal respondenten zowel 'preventief' als 'curatief' worden beschouwd. Voor nadere informatie omtrent de statistische techniek waarmee de trends zijn geanalyseerd, wordt naar elders verwezen.<sup>6</sup>

In de tabellen I en II zijn niet van alle jaren in de onderzoeksperiode de cijfers gepresenteerd. In deze tabellen is, voor een beter overzicht, gekozen voor alleen de cijfers van het begin- en eindjaar van de reeks (respectievelijk 1981 en 1995) en het 'prikjaar' 1988. Voor de totstandkoming van trendanalyses in dit artikel zijn echter wel alle 'jaarcijfers' van de periode 1981-1995 gebruikt.

### 3 Ontwikkelingen in tandheelkundige voorzieningen

De geschatte totale exploitatie-opbrengsten van tandartsen zijn van 1,5 miljard gulden in 1980 opgelopen tot 2,3 miljard gulden in 1992.<sup>7</sup> Ook het percentage personen dat gebruikmaakt van tandheelkundige voorzieningen is de afgelopen jaren gestegen; van 61% in 1981 naar 74% in 1994.<sup>6</sup> Het percentage personen met een volledig kunstgebit daalde in diezelfde periode van 32% naar 21%.<sup>6</sup> Het toegenomen (preventieve en curatieve) tandartsbezoek lijkt dus onder andere te hebben geresulteerd in een reductie van het aantal edentaten. De toegankelijkheid tot tandheelkundige voorzieningen lijkt dus een belangrijke factor voor de volksgezondheid.

#### 3.1 Ontwikkelingen bij een volledig kunstgebit

Zoals hiervoor is vermeld, is het percentage personen van 16 jaar en ouder met een volledig kunstgebit tussen 1981 en 1994 gedaald van 32% naar 21%. Deze daling blijkt ten gevolge van de veroudering van de bevolking enigszins 'geremd' te zijn. Bij een ongewijzigde leeftijdsopbouw zou het cijfer van 1994 nog

1 procentpunt lager zijn geweest.<sup>6</sup>

De vraag is of binnen de verschillende sociaal-economische categorieën eveneens sprake is geweest van een daling en zo ja, of deze daling binnen de onderscheiden categorieën even sterk is geweest. Het bezit van een kunstgebit kan namelijk als een belangrijke gezondheidsindicator worden beschouwd.

In de tabellen I en II zijn de percentages personen met een volledig kunstgebit naar onderwijsniveau en inkomen vermeld, zowel vóór als na controle voor verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding (tab. I) en inkomen (tab. II). Dit betekent dat verschillen in de percentages 'na controle' tussen de opleidingsniveaus en inkomensgroepen niet kunnen worden toegeschreven aan verschillen in leeftijd en geslacht, en inkomen dan wel opleiding. In de tabellen is bovendien een correlatie-maat (bèta) vermeld. Deze bèta kan variëren van minimaal 0 (geen samenhang) tot maximaal 1 (perfecte samenhang) en heeft betrekking op de cijfers 'na controle'.

Tabel I geeft een overzicht van het bezit van een volledig kunstgebit naar het hoogst behaalde onderwijsniveau. In de kolom 'totaal' is te zien dat de daling van het aantal personen met een volledig kunstgebit ook in 1995 is doorgezet: in 1995 had nog 'slechts' 20% van de personen van 16 jaar en ouder een volledig kunstgebit. Dit betekent dat het totaal aantal Nederlanders van 16 jaar en ouder met een volledig kunstgebit is gedaald van circa 3,5 miljoen in 1981 naar circa 2,5 miljoen in 1995. In de tabel is in de kolommen 'voor controle' ook te zien dat er een sterke samenhang is tussen het bezit van een kunstgebit en opleidingsniveau. Het percentage bezitters van een kunstgebit is bij lager opgeleiden in het algemeen veel hoger dan bij hoger opgeleiden. Zo laten bijvoorbeeld de cijfers van 1995 zien dat ruim 45% van de personen met alleen lager onderwijs een kunstgebit heeft tegen slechts bijna 6% van de hoogst opgeleiden. Na controle voor verschillen in leeftijd, geslacht en inkomen verkleinen de verschillen sterk: respectievelijk 28% bij de laagst opgeleiden tegen bijna 13% bij de hoogst opgeleiden.

Uit trendanalyse blijkt dat het totaal aantal personen met een volledig kunstgebit in de periode 1981-1995 met gemiddeld 0,8 procentpunt per jaar significant ( $t=34,1$ ) is gedaald.



Tabel II. Tandheelkundige voorzieningen naar netto (huishoud)inkomen (personen 16+ jaar), GE 1981-1995.<sup>1</sup>

	Totaal	Minder dan f 22.000		f 22.000-36.000		meer dan f 36.000		onbekend		BETA
		voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	voor controle	na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen	
% personen met volledig kunstgebit										
1981	31,6	47,7	35,4	29,0	33,3	15,2	26,0	29,2	29,0	0,08
1988	25,3	43,6	29,3	25,0	25,6	13,0	22,5	23,3	24,9	0,05
1995	20,1	45,3	24,3	21,6	23,2	11,7	17,3	23,0	20,8	0,07
% 'preventieve' contacten <sup>2</sup>										
1981	62,5	56,1	57,0	64,4	64,1	64,0	63,5	63,4	63,8	0,06
1988	67,5	71,4	70,7	68,9	68,0	65,4	66,9	66,1	65,4	0,04
1995	68,4	65,4	65,2	69,9	68,7	69,7	70,1	64,6	65,0	0,05
% 'curatieve' contacten <sup>3</sup>										
1981	31,0	35,6	34,6	29,9	29,7	30,1	30,9	29,9	29,9	0,04
1988	30,7	30,6	30,5	32,6	32,8	29,0	28,4	30,9	31,6	0,04
1995	23,0	22,6	22,9	26,8	27,7	22,2	21,5	21,2	22,2	0,06

1 Gewogen naar de opbouw van de bevolking van Nederland in het betreffende jaar (gewogen voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en urbanisatiegraad).

2 Tandartsconsulten waarbij de patiënt preventief ('controle' en/of 'gebitsregulatie') is behandeld.

3 Tandartsconsulten waarbij de patiënt curatief ('trekken of vullen van tand of kies' en/of 'maken van kroon of brug') is behandeld.

Trendanalyse van de bèta's laat zien dat de samenhang tussen het bezit van een volledig kunstgebit en opleidingsniveau in de periode 1981-1995 niet significant ( $t=0,6$ ) is gewijzigd. Dit betekent dat de daling van het aantal personen met een volledig kunstgebit binnen de onderscheiden opleidingsniveaus nagenoeg even sterk is geweest. De verschillen naar opleidingsniveau zijn in 1995 dus nog even groot als in 1981.

In tabel II zijn de bezitters van een kunstgebit in 3 inkomensgroepen onderverdeeld. De cijfers 'voor controle' laten zien dat het percentage personen met een volledig kunstgebit in de laagste inkomensgroep ongeveer driemaal zo hoog is als in de hoogste inkomensgroep. Als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht en opleiding dan reduceert het verschil aanmerkelijk. Zo blijkt in 1995 ruim 24% van de personen in de laagste inkomensgroep een volledig kunstgebit te bezitten tegen ruim 17% van de personen in de hoogste inkomensgroep. Trendanalyse toont aan dat de samenhang tussen het bezit van een kunstgebit en inkomen in de onderzoeksperiode niet significant ( $t=1,3$ ) is gewijzigd. De daling van het aantal personen met een volledig kunstgebit is dus in elke inkomensgroep even sterk geweest.

Een mogelijke oorzaak van de daling van het aantal personen met een volledig kunstgebit is de toenemende zorg voor het natuurlijke gebit. Het aantal tandartsconsulten waarbij preventieve hulp wordt geboden, kan als indicator voor deze toenemende zorg worden beschouwd. In de volgende paragraaf wordt nader op ontwikkelingen in deze 'preventieve' tandartsconsulten ingegaan.

### 3.2 Ontwikkelingen in preventieve tandartshulp naar SES

In tabel I is een overzicht opgenomen van het percentage preventieve (be)handelingen (controle en/of gebitsregulatie) tijdens het meest recente tandartsconsult. Trendanalyse van het totaal aantal preventieve (be)handelingen laat zien dat dit in de periode 1981-1995 met gemiddeld 1,0 procentpunt per jaar significant ( $t=4,1$ ) is gestegen (afb. 1). Bij ongewijzigde samenstelling van de bevolking van Nederland naar leeftijd en

geslacht zou de stijging zelfs iets sterker zijn geweest (1,1 procentpunt per jaar;  $t=4,3$ ).

De tabel laat zien dat de verschillen tussen de opleidingsniveaus na controle voor verschillen in leeftijd, geslacht en inkomen nagenoeg verdwijnen. Zo werden in 1995 bij 65% van de personen met alleen Lager Onderwijs preventieve (be)handelingen verricht tijdens het meest recente consult. Bij personen met een opleiding op het niveau HBO/universiteit was dat cijfer 68%. Analyse van de samenhangen (bèta's) toont aan dat de samenhang tussen preventieve contacten en opleidingsniveau niet significant ( $t=0,2$ ) is gewijzigd tussen 1981 en 1995. Het aantal preventieve tandartscontacten is dus binnen de verschillende opleidingsniveaus verhoudingsgewijs even sterk toegenomen.

In tabel II zijn eveneens de preventieve tandartscontacten naar drie inkomensgroepen opgenomen. In het algemeen zijn de verschillen tussen de drie onderscheiden inkomensgroepen in de periode 1981-1995, zowel voor als na controle, vrij gering. Evenals in tabel I laat de analyse van de bèta's in tabel II geen significante ( $t=1,3$ ) toe- of afname zien tussen 1981 en 1995. Dit betekent dat, evenals bij opleidingsniveau, de toename van het aantal preventieve tandartsconsulten binnen de onderscheiden inkomensgroepen vrijwel even sterk is geweest.

### 3.3 Ontwikkelingen in curatieve tandartshulp naar SES

Trendanalyse van het totaal aantal curatieve tandartscontacten (het trekken of vullen van tanden of kiezen en het maken van kronen en bruggen) laat zien, dat dit in de periode 1981-1995 significant met gemiddeld 0,8 procentpunt per jaar ( $t=8,7$ ) is gedaald (afb. 1). De gegevens naar opleidingsniveau laten, na controle voor leeftijd, geslacht en inkomen in het algemeen geen grote verschillen zien in de periode 1981-1995.

Trendanalyse van de bèta's toont aan dat de samenhang tussen curatieve tandartshulp en opleidingsniveau in de onderzoeksperiode niet significant ( $t=1,3$ ) is gewijzigd. Dit betekent, dat binnen de diverse opleidingsniveaus in nagenoeg dezelfde mate is geprofiteerd van de daling van het aan-



Tabel III. Ziekenfondsverzekerden met contact met de tandarts in twee maanden, GE 1994-1995.

	1994 (jan-dec)		1995 (jan-dec)		1994 (mrt-okt)		1995 (mrt-okt)	
	%	stf <sup>1</sup>	%	stf <sup>1</sup>	%	stf <sup>1</sup>	%	stf <sup>1</sup>
Totaal	27,6	0,6	24,7*	0,5	27,3	0,7	23,3*	0,6
Huishoudinkomen								
Minder dan 28.000	21,1	1,0	19,1	0,9	20,4	1,2	18,6	1,1
28.000-40.000	29,7	1,2	25,2*	1,1	29,8	1,4	21,0*	1,3
40.000-55.000	34,3	1,5	31,8	1,4	34,5	1,9	30,7	1,7
Meer dan 55.000	34,8	1,8	33,4	1,8	31,1	2,2	32,2	2,2

1 standaardfout  
\* significant verschil (p<0,05)

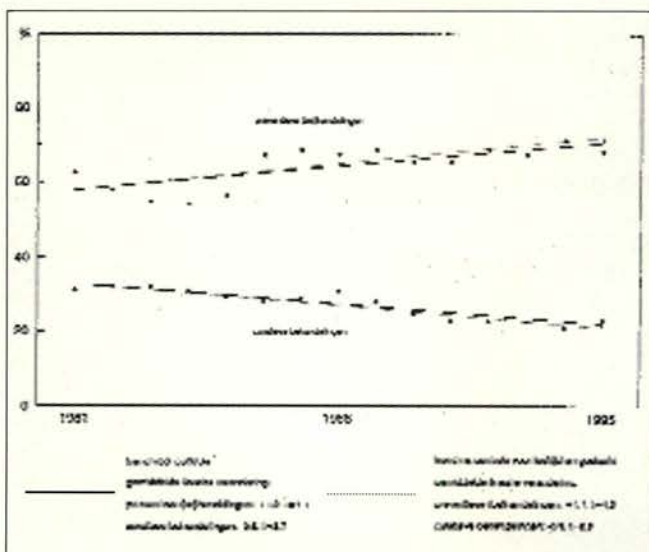
tal curatieve behandelingen door de tandarts.

Evenals bij het opleidingsniveau laten de gegevens van curatieve tandartshulp naar inkomen in tabel II in het algemeen geen sterke samenhang zien. Analyse van deze bèta's laten tussen 1981 en 1995 geen significante toe- of afname zien van de samenhang tussen curatieve tandartshulp en inkomen. Ook hier is dus sprake van een evenredige afname van het aantal curatieve behandelingen binnen de onderscheiden inkomensgroepen.

#### 4 Wijzigingen in vergoedingensysteem en SES

Al geruime tijd tracht de nationale overheid de toenemende financiële kosten in de zorgsector te beperken. Alle partijen in de zorgsector (overheid, verzekeraars, ziekenhuizen, specialisten, huisartsen, apothekers en patiënten) krijgen daarom te maken met maatregelen die er op gericht zijn om de zorgverlening meer patiëntgericht te maken, de doelmatigheid te versterken en de groei in de zorgsector af te zwakken. De maatregelen die daaruit tot nu toe zijn voortgevloeid zijn onder meer pakketverkleining en het invoeren van een eigen risico. Pakketverkleining heeft reeds plaatsgevonden in de tandheelkundige zorg voor volwassenen (per 1 januari 1995) en door ver-

Afb. 1. Preventieve en curatieve behandelingen bij tandartscontacten, GE 1981-1995.



laging van de leeftijdsgrens voor tandheelkundige hulp aan de jeugd van 19 tot 18 jaar (per 1 jan 1996).

Deze wijzigingen zullen uiteraard gevolgen hebben op de omvang van tandheelkundige hulp. Om de vraag te beantwoorden of deze wijzigingen verschillen genereren in de consumptie naar sociaal-economische groepen is in tabel III een overzicht gepresenteerd van het gebruik van tandheelkundige voorzieningen door ziekenfondsverzekerden voor en na het tijdstip van de wijziging op 1 januari 1995. In de GE wordt

op retrospectieve wijze naar tandartsconsulten gevraagd. Om een zo zuiver mogelijk beeld te schetsen, is daarbij geen gebruik gemaakt van jaarcijfers, maar is gekeken naar het percentage personen dat in de twee maanden voorafgaand aan het vraaggesprek bij de tandarts is geweest.

De aankondiging van deze wijziging heeft vooral tijdens de laatste twee maanden van 1994 geleid tot een run op tandheelkundige hulp. Dit 'hamstereffect' van tandheelkundige hulp is overwegend zichtbaar bij personen die in de laatste twee maanden van 1994 en in de eerste twee maanden van 1995 zijn ondervraagd (vanwege de referentieperiode van twee maanden). Om de vergelijking zo zuiver mogelijk te houden, zijn in tabel III ook twee kolommen opgenomen waarin de personen die in de eerste twee en laatste twee maanden van 1994 en 1995 zijn ondervraagd buiten de analyse zijn gelaten. De cijfers in deze kolommen hebben dus in beide jaren betrekking op de periode maart tot en met oktober. Door deze selectie wordt vergelijking tussen 1994 en 1995 niet vertekend door het 'hamstereffect'.

In tabel III is in de eerste twee kolommen – die betrekking hebben op de volledige jaren – te zien dat het aantal ziekenfondsverzekerden dat in een periode van twee maanden de tandarts bezoekt in 1995 (bijna 25%) significant lager is dan in 1994 (bijna 28%). De opsplitsing in een viertal netto (huishoud)inkomensgroepen toont aan dat alleen de daling in de inkomensgroep f 28.000-40.000 (van bijna 30% in 1994 naar ruim 25% in 1995) significant is (p<0,05).

In de laatste twee kolommen, waarin het 'hamstereffect' is uitgesloten, is te zien dat de daling hierdoor nog sterker is en dat deze voornamelijk wordt veroorzaakt door de lagere inkomensgroepen (minder dan f 55.000 per jaar). Vooral in de groep f 28.000-40.000 is een relatief sterke daling te zien. Vanwege de relatief grote standaardfouten is alleen de daling in deze laatste inkomensgroep significant.

Uit niet in tabel III gepresenteerde gegevens blijkt dat het totaal aantal ziekenfondsverzekerde personen, met een huishoudinkomen van minder dan f 40.000, dat in 2 maanden de tandarts consulteert significant (p<0,05) is gedaald van 24,7% in 1994 naar 19,7% in 1995. Pas als cijfers over latere jaren beschikbaar zijn, kan worden bekeken of deze daling een incidenteel dan wel een meer permanent karakter heeft.

#### 5 Slot

Het terugdringen van sociaal-economische verschillen is één van de belangrijkste taakstellingen van de wereldgezondheidsorganisatie (WHO).<sup>8</sup> Omdat ongezond gedrag in het algemeen meer voorkomt in lagere dan in hogere sociaal-econo-



mische milieus, is het beleid er voornamelijk op gericht om het gedrag en de leefstijl van personen en huishoudens uit de lagere sociaal-economische milieus te veranderen.

Onze gegevens laten zien dat verhoudingsgewijs meer personen in lagere dan in hogere sociaal-economische groepen een kunstgebit hebben. Als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen deze groepen, dan worden de verschillen enigszins kleiner. De afname van het aantal personen met een volledig kunstgebit heeft zowel in hogere als in lagere sociaal-economische groepen plaatsgevonden. Een mogelijke verklaring voor deze daling is de verbeterde zorg voor het natuurlijke gebit. Uit de hiervoor gepresenteerde cijfers blijkt namelijk dat het aantal preventieve tandartsconsulten tussen 1981 en 1995 sterk is toegenomen; met gemiddeld 1 procentpunt per jaar. Deze toename van het aantal preventieve tandartsconsulten kan worden beschouwd als een exponent van de, sedert het midden van de jaren zestig, toegenomen waardering van 'een goede gezondheid'.<sup>9</sup>

In het algemeen wordt aangenomen dat meer personen in hogere dan lagere sociaal-economische groepen zich bewust zijn van het belang van een goed gebit en dat daardoor ook meer personen in hogere dan in lagere sociaal-economische groepen de tandarts preventief consulteren. In onze gegevens komt dit onderscheid echter niet naar voren. Tevens blijkt dat de toename van het aantal preventieve tandartscontacten nagenoeg even sterk is geweest in elke sociaal-economische categorie.

De toename van de preventieve tandheelkundige hulp in de periode 1981-1995 blijkt gepaard te zijn gegaan met een daling van het aantal curatieve tandartscontacten en een daling van het aantal personen met een volledig kunstgebit. Ook bij de curatieve tandheelkundige hulp is er geen verschil tussen de onderscheiden sociaal-economische groepen. Bovendien blijkt dat deze groepen verhoudingsgewijs in dezelfde mate hebben bijgedragen aan de daling van het totaal aantal curatieve behandelingen.

Wat betreft het door de WHO belangrijk geachte terug-

dringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en de daarmee samenhangende verschillen in medische consumptie moet worden vastgesteld dat bij lagere sociaal-economische groepen in de periode 1981-1995 een aantal positieve ontwikkelingen met betrekking tot tandheelkundige hulp is opgetreden. Omdat ontwikkelingen bij hogere sociaal-economische groepen gelijke tred hebben gehouden met die bij de lagere sociaal-economische groepen, zijn bestaande verschillen gelijkgebleven. De begin 1995 doorgevoerde wijziging in het vergoedingensysteem voor tandheelkundige hulp lijkt daarentegen een bijdrage te leveren aan het vergroten van verschillen tussen sociaal-economische status. Ziekenfondsverzekerden met een lager inkomen blijken in 1995 minder vaak de tandarts te consulteren dan in 1994.

## Literatuur

- 1 Schalk-van der Weide Y, Kalsbeek H, Truin GJ. Sociaal- economische status, mondgezondheid en mondhygiënisch gedrag. Leiden: NIPG-TNO, 1993.
- 2 Geurts JJM, Rutten FFH, 1987. Tot de tanden verzekerd? De verzekeringskeuze voor tandheelkundige hulp nader onderzocht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 7: 287-91.
- 3 Swinkels H. Trendcijfers Gezondheidsenquête; aspecten van (on)gezond gedrag, 1989-1994. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1995; 12: 4-17.
- 4 Ross CE, Wu C. The links between education and health. Am Sociol Rev 1995; 60: 719-45.
- 5 Swinkels H. Contact met de tandarts, 1986-1988. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 345-9.
- 6 Swinkels H. Trendcijfers Gezondheidsenquête; medische consumptie 1981-1994. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1995; 5: 4-28.
- 7 Centraal Bureau voor de Statistiek. Financiële gegevens van praktijken van tandartsen, 1992. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1995; 14: 10-2.
- 8 World Health Organization (WHO). Targets for health for all. WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen: WHO, 1985.
- 9 Kooiker SE. 'Je gezondheid is je kostbaarste bezit': de veranderde waarde van gezondheid in de periode 1966-1993. In: Kooiker SE, Mootz M (red.). Patiënt en professie. Rijswijk: SCP, 1996.

## Summary

### DENTAL TREATMENT AND SOCIO-ECONOMIC STATUS; A REPORT FROM THE NETHERLANDS

Key words: Socialized dentistry – Reimbursement system

Between 1981 and 1995 the number of people in the Netherlands with a complete set of dentures fell by an average of 0.8 per cent per year. This means that the number of Dutch inhabitants with complete dentures dropped from 3.5 million in 1981 to 2.5 million in 1995. In general, relatively more people with a lower than with a higher socio-economic status have complete dentures. These socio-economic differences did not change in the period 1981-1995.

In the same period, the number of consultations at which the dentist provided preventive treatment increased by 1 per cent per year. The results do not show any important differences in preventive aid between socio-economic groups.

Changes in the reimbursement system for dental treatment, introduced on 1 January 1995, have led to a decrease of the number of dental consultations by people on a low income with non-private health insurance.