

Christian Holt

## Brugen af og betaling for tandpleje i Danmark, Sverige og Norge

I Danmark så det første landsdækkende tilskudssystem dagens lys i 1921 med fokus på alene at omfatte de mest basale og nødvendige behandlinger. Fra midten af 1960'erne blev tilskudssystemet udbygget med begyndende fokus på forebyggelse. Men grundlæggende er tilskudssystemet ikke blevet ændret radikalt og omfatter fortsat kun tilskud til basale tandlægeydelser.

I Sverige er det nuværende tilskudssystem baseret på Tandvårdsreformen fra 1974, som havde som hovedsigte at hjælpe især patienter med store behandlingsbehov. Det svenske tilskudssystem har været præget af store omlægninger i form af jævnlige reduktioner frem til 1999, hvor systemet blev omlagt til at nærme sig det danske princip med tilskud til basale tandlægeydelser for igen i 2008 at blive ændret tilbage i tråd med 1974-reformen.

I Norge har der været tradition for ikke at yde tilskud til voksenbefolkningens tandpleje, og denne tradition gælder fortsat – dog med en væsentlig ændring. Inden for de seneste 10 år er der sket en markant udvidelse af tilskud til den del af voksenbefolkningen, som grundet «medfødte forhold» har særlige behov for tandpleje.

Finske forhold er ikke medinddraget i denne artikel, men vil blive beskrevet i en efterfølgende artikel.

**A**rtiklen har fokus på at beskrive, hvad patienter i Danmark, Norge og Sverige modtager af tandlægehjælp (omfang og typer af behandlinger) samt udviklingen heri, og hvorledes behandlingen bliver finansieret opdelt på patientens egen betaling og tilskud fra det offentlige.

Beskrivelsen omfatter alene det generelle tandplejetilbud til voksenbefolkningen. Der er således ikke medtaget en beskrivelse af tilskudsordninger til særlige grupper af patienter.

Forfatter  
Christian Holt, strategisk analytiker, cand.polit.  
Tandlægeforeningen, Danmark

### Danmark

#### *Tilskud til tandpleje*

Det generelle tilskud til voksenbefolkningens tandpleje har udgangspunkt i den landsdækkende aftale, som Dansk Tandlægeforening og de dengang private sygekasser indgik i 1921.

Aftalen omfattede tilskud til fyldninger, rodbehandlinger og ekstraktioner og fortsatte i uændret form frem til 1961, hvor den efter en fireårig periode uden overenskomst blev fornyet og bl.a. udvidet med tilskud til undersøgelser.

1965-overenskomsten var banebrydende ved at udvide overenskomsten fra alene behandlinger til også at omfatte en undersøgelse, som indeholdt information om god mundhygiejne. Altså det første skridt på vejen mod et tandplejetilbud, som indeholder forebyggelse.

Nyt var det også, at der blev indført et forhøjet tilskud til patienter født efter 1945. De fik nu et tilskud på 75 %, forudsat at de gik regelmæssigt til tandpleje. Patienter født før 1945 fik fortsat et tilskud på 66 %. Overenskomsten indeholdt således også et element, der skulle animere til regelmæssig brug af tandpleje.

Amterne (fylkene) overtog i 1973 sygekassernes funktion, og overenskomsten fortsatte stort set uændret frem til 1988. Det forebyggende element blev udvidet med to nye ydelser, og der blev indført tilskud til parodontalbehandlinger, mens man til gengæld fjernede det forhøjede tilskud til patienter

### Hovedbudskap

- Tilskudssystemerne i Norge, Sverige og Danmark er meget forskellige
- Men uanset forskellene opnår 80 % af patienterne kun et mindre eller ingen tilskud
- I Danmark findes der oplysninger om, hvad patienterne modtager af tandpleje, men kun få oplysninger om Sverige og stort set ingen om Norge
- Uanset forskelle i tilskud er der næppe store forskelle i tandsundheden

født efter 1945. Efterfølgende er der kun sket mindre ændringer af overenskomsten, men gradvis nedsættelser af tilskuddet.

Tilskuddet til behandlinger, som er omfattet af overenskomsten, har forskelligt indhold. En række ydelser har et tilskud på 40 % og samtidig en fast pris, dvs. patienten selv betaler 60 %. Det gælder bl.a. undersøgelser og parodontalbehandlinger. 1-flade-fyldninger har en fast pris, og tilskuddet udgør ca. 15 % af honoraret. Til 2-3-flade-fyldninger ydes der ligeledes et fast tilskud, men da honoraraet er frit, vil egenbetalingen typisk være på mindst 75 % og oftest i størrelsen 90 %. Til endodonti ydes der tilsvarende et fast tilskud, men da honoraret er frit, vil egenbetalingen ofte være på 80 % eller mere.

Den samlede omsætning af tandpleje under Tandlægeoverenskomsten beløber sig i 2011 til ca. 5.600 mio. kr., hvoraf regionerne yder et tilskud på 1.475 mio. kr. Som gennemsnit udgør egenbetalingen derfor i størrelsen 75 %.

Hertil kommer udgifter for behandlinger, som ikke er omfattet af Tandlægeoverenskomsten. Det drejer sig om primært fast og aftagelig protetik, implantater m.m. – tilsammen ca. 2.300 mio. kr., som for hovedpartens vedkommende betales af patienterne selv.

Som gennemsnit betaler patienterne 80 % af tandlægeregningen selv.

#### Tilskud og udgifter til tandpleje

Fra 1980 og frem til i dag er der sket en gradvis forskydning mellem tilskud og patienternes egenbetaling fra i gennemsnit 44 % tilskud og 56 % egenbetaling til 20 % tilskud og 80 % egenbetaling.

Forskydningen har flere årsager. Bespareser som led i finanspolitiske stramninger i begyndelsen af 1980'erne, «flytning» af tilskud fra Tandlægeoverenskomsten til finansiering af den kommunale omsorgstændpleje og endelig omlægning af 40 % tilskud til kronetilskud til en række behandlinger, hvor honoraret samtidig blev givet frit.

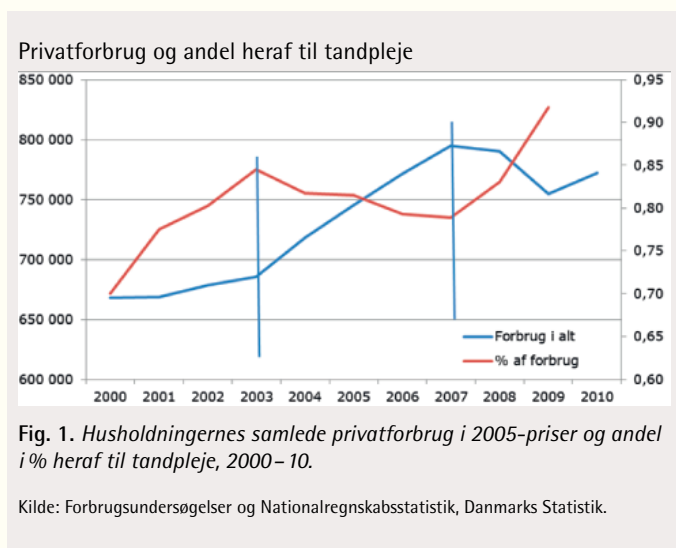
Tabel 1. Tandlægeregninger fordelt efter beløb og patientens alder.

Tandlægeregninger 2011				
Interval, kr.	% pt.	Gnsn. kr. pt.	Interval, år	Gnsn. kr. pt.
> 250	2,1	129	19	682
250-499	7,2	286	20-29	1.351
500-999	21,5	443	30-39	1.692
1.000-1.999	30,7	965	40-49	1.935
2.000-2.999	14,8	1.860	50-59	2.340
3.000-4.999	12,0	3.058	60-69	2.639
5.000-9.999	8,3	5.944	70-79	2.760
> 10.000	3,5	16.673	80-	2.718
Alle	100,0	2.138		2.138

Kilde: a-data.

Med den viden vi har om brugen af tandpleje – antal patienter og forbruget af tandlægeydelser – ser det ikke ud til, at den øgede egenbetaling har haft en væsentlig negativ påvirkning af forbruget.

At dette er tilfældet, skyldes formentlig to forhold. Dels den generelle stigning i økonomisk velstand kombineret med, at patienterne generelt prioriterer tandpleje højt (figur 1).



Tabel 2. Omfanget af behandlinger under Tandlægeoverenskomsten. Udvalgte år 1980-2010.

Behandlinger under Tandlægeoverenskomsten	pr. 1.000 patienter			
	1980	1990	2000	2010
Undersøgelser	3.762.597	3.857.960	3.873.554	3.794.338
Tandrensning	2.684.599	3.239.419	3.436.914	3.119.961
Fyldninger	4.763.786	3.407.544	3.209.076	2.810.908
Rodbehandling	288.090	327.203	350.330	382.746
Ekstraktion*	597.128	425.332	442.154	468.087
Apa + upa**	-	130.701	172.430	243.353
Tandrodsrensning	-	377.762	733.846	1.349.925
	pr. 1.000 patienter			
Undersøgelser	1.550	1.494	1.407	1.391
Tandrensning	1.106	1.255	1.248	1.143
Fyldninger	2.031	1.320	1.165	1.030
Rodbehandling	118	127	127	140
Ekstraktion*	264	165	160	172
Apa + upa**	-	51	63	89
Tandrodsrensning	-	146	266	495

Kilde: Tandlægestatistik, Amdsrådsforeningen/Danske Regioner.

Note: \* Ekstraktion og operation, \*\* Apa + upa.: Almindelig og udvidet parodontalbehandling. Ydelserne indeholder en kombination af diagnostik og behandling.

Forløbet af de to kurver på figur 1 indikerer, at patienterne anser tandpleje som et «vigtigt forbrugsgode», som der ikke generelt er ønske om at spare på, hvis der er udsigt til eller ligefrem opstået en forringet privatøkonomi. Fra 2000 til 2003 sker der en moderat stigning i det samlede private forbrug. For at få råd til – hvad forbrugerne anser som det «nødvendige» tandlægeforbrug – er husholdningerne derfor nødt til at anvende en stigende andel af det samlede forbrug på tandpleje. Som andel af det samlede forbrug stiger udgiften til tandpleje derfor fra 0,70 % 0,85 %. I den efterfølgende periode fra 2003 til 2007 sker der en kraftig stigning i det private forbrug. Det «nødvendige» tandlægeforbrug kan derfor dækkes ved at anvende en faldende andel af det samlede forbrug til tandpleje – andelen falder fra 0,85 % til 0,77 %. Fra 2007 og frem reagerer husholdningerne på forventning om økonomiske nedgangstider ved ligefrem at nedsætte privatforbruget og øge opsparingen. For at få dækket behovet for tandpleje er det derfor igen nødvendigt – som det var tilfældet i perioden 2000–03 – at afsætte en stigende andel af forbruget til tandpleje. Som procent af det samlede forbrug stiger andelen til tandpleje markant fra 0,77 % til 0,92 %.

Hvor store variationer der er i tandlægeregningen, har Tandlægeforeningen fået indblik i på grundlag af oplysninger om knap 83.000 patienters samlede tandlægeregning i 2011 (tabel 1). Den samlede regning er i gennemsnit 2.631 kr., hvoraf regionerne yder et tilskud på 493 kr. svarende til 18,7 %. Patientandelen udgør derfor gennemsnitligt 2.138 kr. 2,1 % af patienterne har en samlet regning på mindre end 250 kr. og efter tilskud en egenbetaling på i gennemsnit 129 kr. Hovedparten – nemlig 75 % – har en samlet regning på under 3.000 kr. Forventelig stiger regningen med alderen. De 20–29-årige betaler i gennemsnit 1.351 kr. og de 80+ årige 2.718 kr. Regningen stiger dog kun frem til og med de 60–69-årige, for derefter at være tilnærmelig af samme størrelse i de efterfølgende aldersintervaller.

«Brug af tandpleje» målt på, om man har været til tandlæge eller ikke, har (figur 2) ændret sig markant inden for blot de seneste 20 år. Mens 75 % af de 20–29-årige kom til tandlæge i løbet af kalenderåret 1990, er andelen siden faldet til 50 %. Væsentligste årsager er formentlig den stærkt forbedrede tandsundhed, som bevirker, at

Tabel 3. Tandlægeydelser fordelt efter alder 2008. Indeks 20 år = 1 ydelse.

Forbrug af tandpleje efter alder	Alder					
	20 år	30 år	40 år	50 år	60 år	70 år
Undersøgelse	1,00	1,04	1,13	1,24	1,33	1,39
Fyldning	1,00	1,52	1,55	1,80	1,99	2,01
Ekstraktion*	1,00	1,53	1,24	1,73	2,16	2,63
Apikal amputation	1,00	3,09	3,21	3,10	2,88	2,28
Tandrodsrensning	1,00	6,40	15,63	32,69	40,49	39,87
Udvidet tandrensning	1,00	6,24	16,17	33,68	46,98	47,87

Kilde: Tandlægestatistik, Danske Regioner.  
Note: \* Ekstraktion og operatin.

Brug af tandpleje 1990 og 2010

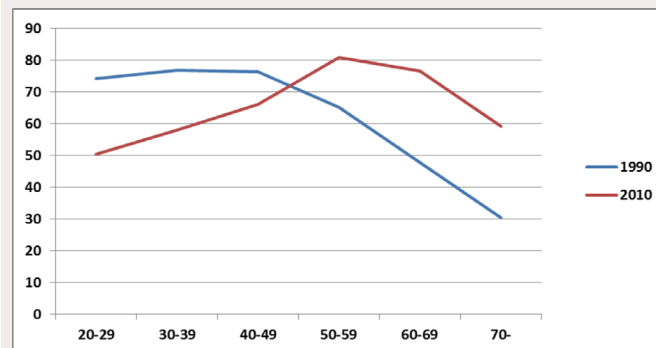


Fig. 2. Andel af voksenbefolkningen efter alder, der har været til tandlæge, 1990 og 2010.

Kilde: Tandlægestatistik, Amdsrådsforeningen/Danske Regioner.

flere og flere dels bliver indkaldt til undersøgelse med et interval på mere end 12 måneder, dels selv vælger at gå til tandlæge med længere interval. Modsat går flere og flere i de ældre aldersgrupper til tandlæge. Eksempelvis kom kun 30 % af de 70+ årige til tandlæge i 1990 mod 60 % i 2010. Formentlig et resultat af, at de ældre i stigende omfang bevarer deres tænder samt har et ønske om at blive ved med det.

Disse tal om tandlægebesøg bygger på officielle registreringer og ikke på patientinterviews, som det ofte er tilfældet i andre lande.

#### Behandlingerne

I kraft af systemet med tilskud til enkelttydelser er tandbehandlinger under Tandlægeoverenskomsten veldokumenterede tilbage til 1977.

Tabel 2 viser udviklingen i behandlingerne under Tandlægeoverenskomsten. De er kendetegnet ved, at:

- \* antallet af fyldninger er faldet markant – pr. patient halveret fra to til en fyldning
- \* relationen mellem ekstraktioner og rodbehandlinger er ændret til fordel for rodbehandlinger frem for ekstraktioner
- \* forskydninger i behandlingsmønstret med vækst i parodontalbehandlinger

Den generelle forbedrede tandsundhed kommer ikke fuldt til klarhed i tabel 1, da patienternes alderssammensætning over tiden er væsentlig ændret. Eksempelvis udgør de 20–29-årige 23 % af patienterne i 1990 mod kun 12 % i 2010. Modsat udgør de 60+ årige kun 16 % af patienterne i 1990 mod det dobbelte, nemlig 32 % i 2010. Den markant ændrede alderssammensætning forklarer væksten fra 1990 og frem i antal rodbehandlinger og ekstraktioner.

At forbruget af tandpleje er væsentlig påvirket af alder, fremgår af tabel 3. Med udgangspunkt i forbruget hos patienter i alderen 20 år modtager en patient på 70 år 1,4 gange så mange undersøgelser, dobbelt antal fyldninger, får ekstraheret 2,6 gange så mange tænder samt får 2,3 gange flere rodbehandlinger. Men som det ses, bliver forskellen i forbruget særdeles markant, når det gælder parodontalbehandlinger, eksempelvis i form af tandrodsrensninger og udvidet tandrensning. Summen af ekstraktion + operation og apikal amputation

er stort set uændret for de 30-, 40-, 50-, 60- og 70-årige, men forskyder sig fra rodbehandling til overvægt af ekstraktion + operation. Som det fremgår af tabellen, får en patient på 70 år udført dobbelt så mange fyldninger som en patient på 20 år. Konkret er forskellen 0,6 fyldning kontra 1,2.

Mens Tandlægeoverenskomsten giver sikre og samtidig historiske oplysninger om antallet og arten af tandbehandlinger, sker der ikke en registrering af behandlinger uden for overenskomsten. To undersøgelser med 30 års interval giver imidlertid indblik i udviklingen på dette område. Tabel 4 viser således, at omfanget af krone-/brobehandlinger på det nærmeste er uændret. Omfanget af behandlinger med aftagelig protetisk er derimod i begge aldersgrupper reduceret med en faktor 10. På grund af den generelle forbedrede tandsundhed er der formentlig sket en forskydning i sammensætningen af behandlinger med fast protetisk i retning af flere behandlinger med kroner og færre med broer (tabel 5). Det ses i øvrigt, at tanderstatninger med aftagelig protetisk især stiger for aldersgruppen 60 år og derover. Forskydningen af behandling fra fast til aftagelig protetisk skyldes dels patientens økonomiske forhold, men antagelig også pensionisternes mulighed for at få kommunal økonomisk støtte til behandling med aftagelig protetisk.

## Sverige

### Tilskud til tandpleje

Det svenske tilskudssystem har sine rødder i Tandvårdsreformen fra 1974 med det todelte sigte: 1) at sikre en geografisk bedre adgang til tandpleje og 2) samtidig sikre via tilskud at gøre det økonomisk overkommeligt at gå til tandlæge.

Ved reformens start var der 50% tilskud til tandlægeregninger under 1.000 SEK og 75% tilskud ved regninger over 1.000 SEK.

Et centralt element i det svenske tilskudssystem har netop via det såkaldte högkostnadsskydd at sikre befolkningen mod store tandlægeregninger og dermed afholde patienter med store behandlingsbehov fra at gå til tandlæge.

Tilskudssystemet blev i de efterfølgende år og frem til 1999 revideret i flere omgange med stadig nedsættelse af tilskuddet og

Tabel 4. Andel af patienter, der blev behandlet med krone/bro eller protese. Procentandel i 1974 og 2004/05.

Patienter behandlet med krone/bro eller protese				
Pt.-alder	30-44 år		45+ år	
	1974	2004/05	1974	2004/05
Krone/bro*	3,6	3,3	5,0	5,4
Protese**	2,4	0,2	11,1	1,0

Kilde: Tandplejen i Danmark 1974, III behandlingerne. Tandlægebladet 1976: 80: 67-72. Undersøgelse af frie ydelser 2004 og 2005. Dansk Tandlægeforening.

Noter: \* inkl. støbt indlæg, \*\* ekskl. helprotese.

modsvarende øget egenbetaling. Ændringerne havde baggrund i dels en generelt forringet svensk økonomi, men afspejlede også et politisk ønske om at udvikle et tilskudssystem, der mere sigtede på at fremme forebyggelse af tandsygdomme i stedet for blot at give tilskud til allerede opstået og i mange tilfælde store behov for behandling.

Systemet blev væsentlig ændret i 1999 og kan på to punkter nærmest betegnes som et opgør med det tidligere system. Der blev indført generelle tilskud til tandpleje, samtidig med at systemet med fastsatte honorarer (tandvårdstaxan) blev afskaffet. Adgangen for tandlægerne til selv at fastsætte honorarerne for tandbehandling resulterede dog i, at priserne steg mere, end man fra politisk side havde forventet. Da tilskuddene blev ydet i form af faste kronetilskud, kom patienterne derfor til at betale en stigende andel af tandlægeregningen. Den stigende patientbetaling resulterede samtidig i et fald i antal tandlægebesøg. Eksempelvis faldt frekvensen for tandlægebesøg i perioden 1999-2005 med 10%-point for de 20-44-årige, ligesom den også faldt for de 45-74-årige.

Fra politisk side var der derfor ønske om et nyt tilskudssystem, der 1) i højere grad motiverer til regelmæssig brug af tandpleje og forebyggelse og 2) indeholder en balanceret egenbetaling i form af et karensbeløb, der på den ene side motiverer til ansvar for egen tandsundhed og på den anden side ikke er så højt, at det direkte modvirker brug af tandpleje.

Tabel 5. Udvalgte behandlinger pr. 1.000 patient-kontakter efter alder, 2004/05.

Behandlinger pr. 1.000 pt.-kontakter										
Alder, år	Krone	Indlæg	Facade	Bro 3 led	Bro 4+ led	Implan- tat	Delpro- tese	Unitor	Helpro- tese	Antal pt.-kont.
20-29	8,60	0,41	1,64	0,82	0,00	2,05	0,00	0,82	0,00	2.442
30-39	25,20	1,78	0,00	3,05	0,25	2,03	0,76	1,78	0,76	3.929
40-49	35,38	4,30	0,78	2,93	0,39	2,35	0,39	2,54	1,37	5.116
50-59	47,96	3,05	0,00	4,24	2,37	2,37	2,03	4,41	3,05	5.901
60-69	48,02	2,71	0,62	4,38	3,76	7,30	5,01	7,93	6,47	4.790
70-	34,83	2,59	1,15	4,03	2,30	4,89	6,91	11,80	10,08	3.474
Alle	36,45	2,73	0,58	3,47	1,67	3,55	2,53	4,96	3,67	25.652

Kilde: Dansk Tandlægeforening. Undersøgelse af frie ydelser 2004 og 2005.

Resultatet blev et nyt tilskudssystem, der trådte i kraft 1. juli 2008. Hovedelementerne består af 1) en tandvårdscheck og 2) 100 % egenbetaling af regninger indtil 3.000 SEK og 3) et högkostnadsskydd. Tandvårdschecken skal animere til brug af regelmæssig tandpleje. Checken lyder på 150 kr. til personer i aldersgruppen 30–74 år og 300 kr. til aldersgrupperne 20–29 år og 75 år og derover. Tandvårdschecken er tænkt som et generelt tilskud til primært undersøgelser og forebyggende tandpleje, men kan efter modtagerens ønske anvendes til alle former for tandpleje med undtagelse af rent kosmetisk tandpleje – tandblegning eksempelvis. Checken tildeles patienten årligt, og der er mulighed for at foretage «opsparing» af maksimalt to stk. Har man undladt at gå til tandlæge i en periode på 12 måneder, er der således to stk. til rådighed til brug det efterfølgende år. Högkostnadsskyddet træder i funktion, når tandlægeregningen passerer 3.000 SEK og indeholder et tilskud på 50 % af udgiften til tandpleje fra 3.000 SEK til 15.000 SEK og 85 % af udgiften over 15.000 SEK.

#### Tilskud og udgifter til tandpleje

Det var vurderingen, at ændringen i tilskudssystemet ville medføre, at det statslige tilskud ville blive fordoblet fra 3 mia. SEK til 6 mia. SEK. Men som det fremgår af tabel 6, er tilskuddet steget i forhold til 2007, men uden at der er sket en fordobling, og tilskuddet er endda (tabel 6) faldet i 2010 i forhold til året tidligere.

Med ordningen med högkostnadsskydd må det forventes, at der vil være større forskelle i, hvad patienterne modtager i tilskud efter det svenske tilskudssystem sammenlignet med det danske. For det første, at ældre patienter som gennemsnit vil få et større tilskud end yngre, og at det i særdeleshed vil gælde for patienter med store behov for behandlinger.

Tabel 6. Statligt tandvårdsstöd. Mio. SEK 2004 til 2010.

Statligt tandvårdsstöd						
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3.129	2.426	3.099	3.159	3.749	5.323	4.910

Kilde: Budgetpropositionen for 2012.

Tabel 7. Samlet udgift i SEK til tandlægehjælp, egenbetaling og tilskud over 12 måneder efter alder.

Samlet udgift til tandlægehjælp				
Alder	Samlet udgift*	Egen udgift*	Tilskud*	Tilskud %
20–29	2.274	1.660	614	27,0
30–64	4.629	3.301	1.328	28,7
65 +	5.129	3.479	1.650	32,2

Kilde: (2),  
Note\*: Gennemsnit.

tabel 7 viser den samlede tandlægeregning inden for en periode på 12 måneder for patienter, som havde første besøg hos en tandlæge inden for perioden 1. juli til 31. oktober 2008. Som gennemsnit havde de 20–29-årige en samlet tandlægeregning på 2.274 SEK og et tilskud på 614 SEK svarende til 27,0%. Forventelig stiger regningen med alderen, og det samme gør tilskuddet, men som procent er der dog ikke tale om en væsentlig stigning.

Derimod bevirker högkostnadsskyddet, at der sker en stor differentiering i tilskuddet til tandpleje afhængigt af behandlingsbehovet.

Som andel af befolkningen opnår 15,4% tilskud fra högkostnadsskyddet. 13,6% får tilskud til regninger i intervallet 3.000–15.000 SEK og modtager tilsammen et tilskud på 2.225 mio. SEK i perioden 1. juli 2009 til 30. juni 2010. Yderligere 1,8% af befolkningen får tilskud til regninger over 15.000 SEK og et samlet tilskud på 1.735 mio. SEK. Modsat opnår 85% af befolkningen alene et forholdsvis beskedent tilskud i form af tandvårdschecken (årligt 150 SEK respektive 300 SEK afhængigt af alder).

De 20–29-årige modtager samlet i gennemsnit et tilskud på 1.950 SEK og opgjort på 99%-percentilen et tilskud på 17.241 SEK (tabel 8). For den del af de 20–29-årige, der har en regning på 15.000 kr. eller mere, opnår i dette regningsinterval et tilskud på gennemsnitlig 9.343 SEK og på 99%-percentilen 63.597 SEK. I disse beløb er ikke medregnet det tilskud, som de har opnået under det første karansinterval. Så det samlede gennemsnitstilskud for denne gruppe vil være i størrelsen 11.300 SEK (1.950 SEK + 9.343 SEK).

Men som det fremgår, opnår – ganske vist et fåtal – patienter et betragteligt tilskud. Måske noget overraskende er der helt ned i aldersgruppen 20–29-årige patienter, for hvem det er lykkedes at «opspare» et betydeligt behandlingsbehov i størrelsen 60.000 SEK eller mere.

#### Norge

##### Tilskud til tandpleje

I Norge har der været tradition for, at voksenbefolkningen selv skal klare tandlægeregningen. Men traditionen er på retur, for i de senes-

Tabel 8. Tilskud til patienter omfattet af «högkostnadsskyddet». Fordeling efter alder 1. juli 2009 til 30. juni 2010.

Alder	Tilskud til patienter omfattet af högkostnadsskyddet		Tilskud til patienter omfattet af högkostnadsskyddet	
	Karansniveau 3.000–15.000 SEK	Karansniveau 15.000+ SEK	Karansniveau 3.000–15.000 SEK	Karansniveau 15.000+ SEK
	Gennemsnit	99% percentil	Gennemsnit	99% percentil
20–29	1.950	17.241	9.343	63.597
30–49	2.653	30.863	11.732	77.724
50–64	3.943	47.633	14.304	83.921
64–74	4.270	48.122	13.714	79.288
75 +	3.866	42.142	12.332	67.448

Kilde: (1).

te år er der sket en betydelig stigning i det offentlige tilskud til voksentandplejen.

Lov om sygeforsikring fra 1909 gav alene tilskud til ekstraktioner, når årsagen var smerte eller betændelse og eksempelvis ikke skulle tjene som grundlag for en protese.

Med undtagelse af tilskud til tandregulering (som blev indført i 1939) var den offentlige finansiering af tandplejen helt frem til begyndelsen af 1980'erne stort set forbeholdt børn og særlige grupper af voksenbefolkningen – de såkaldte prioriterede grupper (psykisk syge m.fl.).

Tilskud til voksenbefolkningens tandpleje sker efter bestemmelserne i Lov om folketrygd. Der gælder fortsat en høj grad af egenbetaling, men der er sket en gradvis større offentlig medfinansiering i kraft af en udvidelse af Folketrygdelovens §§ 5–6, som omhandler støtte til tandbehandling og en udvidelse af Folketrygdelovens §§ 5–22, som omhandler bidrag til tandbehandling. Folketrygdelovens §§ 5–6 blev i 1998 udvidet med tilskud til patienter med sjældne medicinske tilstande, som resulterede i øget behov for tandpleje, i 2002 med forhøjet tilskud til behandling af parodontose og i 2003 yderligere med tilskud til rehabilitering af tandsættet som følge af parodontose. Folketrygdelovens §§ 5–22 blev i 1998 udvidet til at omfatte udskiftning af tandfyldninger på grund af allergiske reaktioner og tandbehandling som følge af cancer i mundhulen. I 2001 med tilskud til implantater, fast eller aftagelig protetik som følge af tandekstraktioner som led i en infektionsforebyggende behandling.

Tabel 9. Folketrygdens udgifter til tandlægehjælp. Udvalgte år 2004–2012 mio. NOK.

Folketrygdens udgifter til tandlægehjælp				
2004	2006	2008	2010	2012*
668	847	1.197	1.375	1.695

Kilde: Helseministeriet.  
Note\*: Budget.

Tabel 10. Tandlægeregninger efter alder, 2008.

Tandlægeregninger					
Interval NOK	21–24	25–44	45–66	67 +	Alle
0–1.999	70	67	60	64	64
2.000–2.900	8	11	12	11	11
3.000–4.999	12	10	10	7	9
5.000–9.999	8	8	11	9	9
10.000–	3	5	8	9	7
Udgift gnsn.	2.356	2.867	4.461	4.000	3.755
Tilskud gnsn.	34	318	476	105	334

Kilde: Levekårsundersøgning, Statistisk sentralbyrå.

Sideløbende blev der i 2003 indført en egenandelstak-2-ordning, som indeholder tilskud til visse former for tandbehandling. Ordningen sigter på at give tilskud til patienter med særlig høje udgifter til tandpleje i forbindelse med sygdom.

Reglerne om tilskud er siden blevet forenklet og er i dag samlet i §§ 5–6, som giver ret til tilskud til tandbehandling i forbindelse med/som følge af: 1) sjældne medicinske sygdomme, 2) læbe-kæbegangspalte, 3) svulster i mundhulen og tilgrænsende væv, 4) infektionsforebyggende behandlinger ved særlige medicinske tilstande, 5) sygdomme og anomalier i mund og kæbe, 6) paradentose, 7) tandudviklingsforstyrrelser, 8) bidanomalier, 9) patologisk tab af tandsubstans ved attrition/erosion, 10) hyposalivation, 11) allergiske reaktioner mod tanderstatningsmaterialer, 12) tandskade ved godkendt erhvervsskade, 13) tandskader i forbindelse med ulykke og 14) tandskader som følge af manglende egenomsorg i forbindelse med kronisk sygdom eller nedsat funktionsevne.

Som hovedregel bliver der ikke givet tilskud til forebyggende behandlinger, tandrensning og behandling af caries og følgebehandlinger som følge af caries (krøner, broer m.m.). Der er dog tilskud til behandling af caries, hvis caries er et resultat af en bagvedliggende sygdom eller behandling af denne.

#### Tilskud og udgifter til tandpleje

Tilskud til tandpleje efter §§ 5–6 beløb sig i 2006 til i alt 743,2 mio. NOK. Heraf udgør tilskud til tandregulering hovedparten, nemlig 355,2 mio. NOK (48%). Tilskud til kirurgisk behandling udgør 96,3 mio. NOK, rehabilitering i tilknytning til paradentose 86,3 mio. NOK og behandling af paradentose 61,9 mio. NOK. Disse tilskud udgør altså tilsammen 599,7 mio. NOK eller 80% af det samlede tilskud.

Efter §§ 5–22 blev der samme år givet 103,4 mio. NOK i tilskud. Samlet blev der således i 2006 givet et tilskud på i alt 846,6 mio. NOK til tandpleje.

Det norske tilskudssystem er således indrettet på primært at tilgode patienter med sygdomsforhold, der bevirker et stort behandlingsbehov. I 2006 modtog omkring 5–6% af voksenbefolkningen tilskud til tandpleje og fik i gennemsnit ca. 5.000 NOK i tilskud.

Tilskud til tandpleje steg kun moderat i perioden 1995 til 2000 (fra omkring 200 mio. NOK til 300 mio. NOK). Efterstående er tilskuddet jf. tabel 9 steget markant.

Omsætningen i privat praksis var skønsmæssigt 6,5 mia. NOK. I 2004 og 7,7 mia. NOK i 2008. Tilskuddet udgør således 10% af omsætningen i 2004 og 16% i 2008. Hvis omsætningen i privat praksis er øget tilsvarende den almindelige prisudvikling, vil den skønsmæssigt være 8,2 mia. NOK i 2012 og tilskuddet dermed yderligere steget til ca. 20%.

Forventeligt stiger regningen for norske patienter også med alderen. Ifølge tabel 10 udgør tilskuddet som gennemsnit 9% af udgiften – altså en betydelig afvigelse fra det tilskud, der er beregnet ud fra oplysningerne i tabel 9 og den skønnede omsætning på 7,7 mia. NOK i 2008. Forklaringen skal nok søges i det forhold, at tallene i tabel 10 er baseret på interviews, og måske patienterne bedre kan huske regningens størrelse, end hvad der er givet i tilskud.

Udgifter til tandpleje i procent af samlet privatforbrug

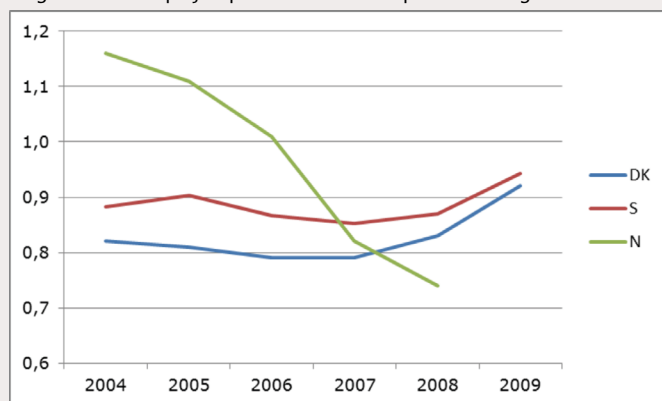


Fig. 3. Egenbetaling for tandpleje i procent af samlet privat forbrug, 2004–2009.

Kilder: Danmark; Forbrugerundersøgelse, Danmarks Statistik. Norge; Forbrugerundersøgelser, Statistisk sentralbyrå. Sverige; Oplysninger om patientavgifter för tandvård, Budgetpropositionen for 2012 og husholdningernes forbrug fra nationalregnskabsstatistikken, Statistika centralbyrå.

## Afslutning

Afsnittet om Danmark dominerer i kraft af, at der i modsætning til Norge og Sverige findes veldokumenterede oplysninger om behandlingerne over et længere forløb.

Tilskudssystemerne i Norge, Danmark og Sverige er – som det fremgår – forskellige.

Det danske tilskudssystem har som hovedsigte at tilskynde til brug af regelmæssig tandpleje og havde i sin start desuden det mål at friholde patienterne fra store udgifter, så længe det drejer sig om basale tandlægebehandlinger. Tilskuddet er dog over tiden blevet reduceret, og det er i dag koncentreret til undersøgelser og forebyggende tandpleje, mens patienterne stort set selv må betale hovedparten af regningen for behandlinger, uanset om der er tilskud eller ikke tilskud til disse.

Det svenske tilskudssystem har fra starten været fokuseret på at tilgodese patienter med store behandlingsbehov. For at modvirke at et sådant system er klart mindre motiverende med hensyn til at tilskynde patienterne til at gå regelmæssigt til tandpleje, er det på det seneste blevet suppleret med tandvårdschecken.

Det norske system har fra starten været indrettet på, at patienterne selv skal klare deres udgifter til tandpleje. Men inden for de seneste 10 år er der sket en betydelig stigning i tilskuddet, som er målrettet personer med store behandlingsbehov som følge af medfødte forhold.

Uanset forskelle i tilskud gælder det i de tre nordiske lande, at hovedparten (i størrelsen 80 %) af patienterne dels har en årlig tandlægeregning under 3.000 kr. (i lokal valuta), og at de selv må betale hovedparten af regningen.

Der gælder også det fælles træk (figur 3), at patienternes egenbetaling for tandpleje i de tre lande udgør nogenlunde den samme procentvise andel af deres samlede private forbrug. Danmark og Sverige kører nærmest parløb – i begge lande udgør patienternes udgifter til tandpleje i 2009 lidt mere end 0,9 % af det samlede private for-

brug. Det stærkt øgede tilskud til tandpleje i Norge resulterer i, at husholdningerne i de senere år dels bruger en mindre andel af deres samlede forbrug til tandpleje og åbenbart også en mindre andel end deres danske og svenske naboer.

## English summary

Holt C.

### Reimbursement systems for dental care in Scandinavia

Nor Tannlegeforen Tid. 2012; 122: 12–18.

In Denmark, the first national reimbursement system was created in 1921 solely focusing on covering the most basic and necessary treatments. From the middle of the 1960s, the reimbursement system was extended with beginning focus on prophylaxis. But fundamentally, the reimbursement system has not undergone radical changes and still only covers reimbursement of basic dental care.

In Sweden, the present reimbursement is based on Tandvårdsreformen (the dental care reform) from 1974 which had as its main goal to help especially patients requiring a lot of treatment. The Swedish reimbursement system has been characterised by extensive changes in the shape of regular reductions until 1999 where the system was changed to becoming more similar to the Danish principle with reimbursement of basic dental care, only again in 2008 to be changed back to a system more similar to the 1974 reform.

In Norway, reimbursement for the dental care of the adult population has traditionally not been provided and this tradition persists – however, with one significant change. In the last 10 years, there has been a substantial increase in reimbursements for the part of the adult population who due to «congenital conditions» have special needs regarding dental care.

The Finnish situation is not included in this article but will be described in a subsequent article.

## Kilder

1. Försäkringskassan. Nyttjande av det statsliga tandvårdsstödet som infördes 1. juli 2008: Analysis utifrom et demografisk och socioekonomisk perspektiv. Socialförsäkringsrapport 2011: 9.
2. Försäkringskassan. Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet. Socialförsäkringsrapport 2010: 13.
3. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Rundskriv I-2/2009 B.
4. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester. St.meld. nr. 35 (2006–2007).
5. Norges offentlige utredninger. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet: Et godt tilbud til de som trenger til mest. Oslo: Norges offentlige utredninger 2005: 11.
6. Statistisk sentralbyrå. Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelse-tilstand og tannlegebesøk. Statistisk sentralbyrå. Rapportar 29/2010.

Adresse: Christian Holt, e-mailadresse: ch@tdl.dk

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Holt C. Brugen af og betaling for tandpleje i Danmark, Sverige og Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 12–18.