

Rapport

Tandplejeordninger i andre lande

Kortlægning og analyse af tandplejeordninger i Sverige, Norge, England, Tyskland og Nederlandene



Lone Bilde, Morten Bonde Klausen og Emilie Hjermitzlev Jonsen

*Tandplejeordninger i andre lande – Kortlægning og analyse af
tandplejeordninger i Sverige, Norge, England, Tyskland og
Nederlandene*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-546-0

Forsidefoto: Ricky John Molloy

Projekt: 301184

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport er udført af VIVE for Sundheds- og Ældreministeriet i juli og august 2018 som et led i arbejdet med nye rammer for voksentandplejen i Danmark.

Rapporten er en kortlægning af tandplejeordninger i Sverige, Norge, England, Tyskland og Nederlandene. Der ses i rapporten på:

- Lovgivningsmæssige rammer
- Konkurrence- og prisforhold for leverandører af tandplejeydelser
- Kriterier for og sammensætning af tilskud til behandling
- Modeller for styring af de offentlige udgifter til tilskud
- Aktivitets-, produktivitets- og prisniveau samt effekten af tandplejeordningen
- Fordele og ulemper ved ordningerne.

Forfatterne vil gerne rette en tak til Lene Vilstrup fra Sundhedsstyrelsen, der har givet tandplejefaglig sparring og udpeget relevante interviewpersoner i de forskellige lande.

Ligeledes vil forfatterne gerne takke følgende personer, der har givet interview:

Fra Sverige: Anneli Lindström fra TLV, Hans Göransson fra det Svenska Tandläkareförbund samt Eva Sandberg fra Folktandvården i Vestermannland region. Fra Norge: Carl Christian Blich, Oslo Universitet, og Siri Rødseth fra Helsedirektoratet. Fra England: Jennifer Gallagher, Kings College, og Kenneth Eaton. Fra Tyskland: David Klingenberg, Institut der Deutschen Zahnärzte, og Sebastian Ziller, Deutsches Bundesärzteskammer. Fra Nederlandene: Cheftandlæge Paul Boom.

Rapporten har været i internt review i VIVE og i eksternt review ved professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet samt professor Jostein Grytten fra Oslo Universitet. Vi takker dem for konstruktive kommentarer.

Pia Kürstein Kjellberg
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2018

Indhold

Sammenfatning	5
Landene i tal.....	5
Målsætning, lovgivning og overordnet organisering	6
Brugerbetaling og kriterier for tilskud	7
Etableringsret, aflønning og prisfastsættelse	9
Prisudvikling og sammenligning.....	13
Forbrugsmønstre og tandsundhed.....	15
1 Indledning.....	17
1.1 Baggrund	17
1.2 Formål	17
1.3 Afgrænsning, metode, data.....	17
1.4 Rapportens opbygning.....	19
2 Sverige	20
2.1 Faktaboks Sverige	20
2.2 Baggrund	20
2.3 Organisering og struktur	21
2.4 Finansiering og økonomiske styringsmodeller.....	23
2.5 Effekt	28
2.6 Fordele, ulemper og fremtidige reformer	30
3 Norge.....	31
3.1 Faktaboks Norge.....	31
3.2 Baggrund	31
3.3 Organisering og struktur	32
3.4 Finansiering og økonomiske styringsmodeller.....	33
3.5 Effekt	35
3.6 Fordele, ulemper og fremtidige reformer	36
4 England	39
4.1 Faktaboks England	39
4.2 Baggrund	39
4.3 Organisering og struktur	40
4.4 Finansiering og økonomiske styringsmodeller.....	42
4.5 Effekt	44
4.6 Fordele og ulemper ved tandplejesystemet.....	45
4.7 Reformtiltag.....	47
5 Tyskland	50
5.1 Baggrund	50
5.2 Organisering og struktur	51
5.3 Finansiering og økonomiske styringsmodeller.....	52

5.4	Effekt	55
5.5	Fordele og ulemper samt reformtiltag.....	56
6	Nederlandene.....	58
6.1	Baggrund	58
6.2	Organisering og struktur	59
6.3	Finansiering og økonomiske styringsmodeller.....	62
6.4	Effekt.....	64
6.5	Fordele, ulemper og fremtidige reformer	66
7	Tandplejepriser – udvikling og sammenligning	67
7.1	Indledning	67
7.2	Udvikling i forbrugerpriser.....	67
7.3	Sammenligning af priser på patientforløb i Tyskland, Nederlandene, England og Danmark.....	68
7.4	Sammenligning af priser på specifikke ydelser i Danmark, Sverige og Norge.....	75
	Litteratur	76
Bilag 1	Interviewguide.....	81

Sammenfatning

Denne rapport er udført af VIVE for Sundheds- og Ældreministeriet som led i arbejdet med nye rammer for tandplejen i Danmark, der blev besluttet af regeringen og Folketingets partier i februar 2018. Dette arbejde skal påbegyndes i efteråret 2018.

Rapporten beskriver tandplejeordningerne i fem lande: Sverige, Norge, England, Tyskland og Nederlandene, samt fordele og ulemper ved disse ordninger.

Der ses på tandplejeordningernes lovgivningsmæssige rammer, konkurrence- og prisforhold for leverandører af tandplejeydelser, kriterier for – og sammensætning af – tilskud til behandling, samt på modeller for styring af de offentlige udgifter til tilskud. Rapporten belyser effekten af tandplejeordningerne, det vil sige deres aktivitet, forbrugsmønstre, prisniveau, adgang til tandpleje og ulighed i tandpleje. Endelig ses på indikatorer for tandsundhed og disses udvikling over tid.

Rapporten er baseret på en gennemgang af relevant litteratur og interview med nøglepersoner i hvert af de fem lande.

Landene i tal

Tabel 1 Landene i tal

	Sverige	Norge	Tyskland	Nederlandene	England (UK) ¹
Befolkningsstørrelse (2016)	9,9 mio.	5,2 mio.	82,7 mio.	17 mio.	55 mio. (65,6 mio.)
Befolkningstæthed (antal pr. km ²)	24	15	236	505	427 (274)
Antal (aktive) tandlæger pr. 100.000 indbyggere (2016)	84	101	89	55	53 ²
Antal kliniske tandteknikere pr. 100.000 indbyggere	16 (2008)	14 (2013)	72 (2011)	30 (2011)	(10 (2014))
Antal tandplejere pr. 100.000 indbyggere	40 (2010)	18 (2013)	0,7 (2011)	19 (2011)	(10 (2014))
BNP pr. indbygger, købekraftsjusteret US\$ (2017)	50.070	60.978	50.715	52.941	(43.877)
Sundhedsudgifter i % af BNP (2016)	10,9%	10,5%	11,3%	10,4%	(9,9%)
Tandplejeudgifter i % af BNP (2016)	0,60%	0,50%	0,70%	0,40%	(0,50%)
Tandplejeudgifter i % af totale sundhedsudgifter (2016)	5,50%	5,20%	7,20%	4,30%	n.a.
Egen andel % af totale tandplejeudgifter (2011 eller senere)	61% (2015)	70% (2015)	26%(2011)	18% (2011)	n.a.

Note: ¹ Hvor kun findes for UK, står de i parentes. ² der findes kun tal for "practising dentists"

Sverige, Norge og England har alle skattefinansierede nationale sundhedsvæsen, og **Tyskland** og **Nederlandenes** sundhedsvæsen finansieres ved solidariske lovpligtige sygeforsikringer, der opkræves via arbejdsgiver, og supplerende private sundhedsforsikringer, som kan vælges til.

Tyskland har det højeste niveau for såvel sundheds- som tandplejeudgifter som andel af BNP og den højeste dækning af tandplejeydelser ved den lovpligtige sygeforsikring. Nederlandene og Tyskland har de laveste egenbetalinger på tandpleje ("out-of-pocket expenses") blandt de fem lande. **England** og **Nederlandene** har færrest aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere.

Norge, Sverige og Tyskland har over 80 aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere, mens der i Nederlandene og England (UK) er relativt få tandlæger (henholdsvis 55 og 53 pr. 100.000 indbyggere). Med undtagelse af i Tyskland er antallet af tandplejere voksende.

Målsætning, lovgivning og overordnet organisering

Selvom formuleringerne er forskellige, så har alle landene overordnet set målsætninger om at sikre befolkningen bedst mulig tandsundhed gennem at tilbyde tandpleje (eventuelt forebyggende tandpleje) og sikre lige adgang til tandpleje. Alle landene har organisationer på nationalt og eventuelt regionalt niveau, der udstikker rammerne for tandplejen, fører tilsyn med tandlægerne, udarbejder retningslinjer osv.

Ansvar for udførelsen af tandplejen er i **Sverige** og **Norge** delegeret til lokale myndigheder. I **Sverige** er det landstingene og de to regioner, og i **Norge** er det de 18 fylkeskommuner, der har ansvaret for, at befolkningen i deres område har adgang til tandpleje.

Selvom det er landstingene, der har ansvaret for, at der findes et tandplejetilbud til borgerne, så er udførelsen af tandplejen i **Sverige** overordnet set delt i to: "Folktandvården", som beskæftiger offentligt ansatte tandlæger, står primært for tandpleje til børn og unge samt specialist- og omsorgstandpleje. Privatpraktiserende tandlæger udfører primært voksentandpleje, der administreres af "Försäkringskassan", det vil sige det offentlige sygesikringssystem for voksentandpleje.

I **Norge** er det fylkeskommunerne, der har ansvaret for, at der er et tilbud til borgerne, og ligesom i Sverige er der en todeling i udførelsen af tandplejen. Fylkerne har specifikt ansvar for at tilbyde og drive tandplejen til specielle grupper af befolkningen, der har ret til et gratis tilbud: 0-20-årige børn og unge, psykisk udviklingshæmmede, ældre og langtidssyge samt til 19-20-årige unge. Tandpleje til voksne udføres for langt størstedelens vedkommende af privatpraktiserende tandlæger på markedsvilkår. Dog er der en vis indblanding fra Helse- og Omsorgsdepartementet for så vidt angår afregning for behandling af voksne personer fra de grupper, der har ret til tilskud fra det offentlige.

I **England** har de nationale myndigheder i NHS og Department of Health det overordnede ansvar for udførelsen af tandplejen og den overordnede styring, men allokerer budget til de lokale sundhedsorganisationer (trusts og "clinical commissioning groups"), der så indgår aftaler med de privatpraktiserende tandlæger om udførelsen af tandpleje.

I England er der en tredeling af tandplejen: Dels udføres den specialiserede tandpleje i offentligt regi af lokale organisationer, fx på sygehuse, dels udføres basaltandplejen af privatpraktiserende tandlæger, der har kontrakt med det offentlige (NHS), og dels er der en voksende privat sektor, hvor privatpraktiserende tandlæger, der ikke har kontrakt med det offentlige, udbyder tandplejeydelser på frie markedsvilkår helt uden om det offentlige system.

I **Tyskland** er borgernes ret til sundhedsydelser beskrevet ved lov i den store Socialgesetzbuch samt yderligere defineret i et nationalt besluttet ydelseskatalog. Dette katalog er samtidig styrende for, hvilke ydelser – og eventuelt hvor mange ydelser – de privatpraktiserende tandlæger kan få betaling for under den lovpligtige sygeforsikring.

En lignende model ses i **Nederlandenes** nationale "Benefit Package", som beskriver, hvilke sundhedsydelser borgeren i medfør af loven har ret til. Hvilke – og eventuelt hvor mange – tandplejeydelser borgeren har ret til, er beskrevet i en nationalt bestemt ydelsesliste. Denne liste er også bestemmende for, hvilke ydelser tandlægerne må udbyde i deres praksis.

Ansvar for tandplejetilbuddet i **Tyskland** er ligeledes delegeret til forskellige organisationer (medlemssammenslutninger) på regionalt niveau (Bundesstatsniveau) og udføres i hele landet primært af privatpraktiserende tandlæger, der dels er underlagt nationale, dels regionale styringsvilkår.

Mens børnetandplejen i **Sverige** og **Norge** primært udføres af offentlige organisationer i henholdsvis Folktandvård og Fylkestandpleje, så udføres tandpleje for børn i **Tyskland, England** og **Nederlandene** af privatpraktiserende tandlæger, der er underlagt forskellige styrings- og afregningsvilkår, men som typisk er de samme vilkår som for voksentandplejen.

Brugerbetaling og kriterier for tilskud

Oplysninger om brugerbetaling og kriterier for tilskud er samlet i Tabel 2, næste side. Det fremgår, at alle landene har offentligt finansierede – og dermed gratis – tilbud om tandpleje til børn og unge. Dog er aldersgrænser samt indhold, organisering og finansiering af tilbuddet forskellige.

I **England** er aldersgrænsen for den gratis tandpleje 18 år, medmindre man er under fuldtidsuddannelse, hvor det er 19 år.

I **Norge** er det 18 år, men uden dækning af tandregulering, medmindre der i familien er mere end et barn, der skal have rettet tænder. I Norge har de 19-20-årige unge desuden delvis dækning af tandplejeydelser.

I **Sverige** er børn og unge fuldt dækkede til og med det 22. år, og aldersgrænsen stiger til det 23. år i 2019.

I **Nederlandene** er børn og unge op til 18 år dækket af den lovpligtige basisforsikring gennem deres forældre.

I **Tyskland** har børn og unge det samme tilbud om fuld dækning af basaltandpleje som deres forældre og tillige fuld dækning af kompleks tandpleje og tandregulering.

Alle landene har desuden et tilbud om gratis tandpleje til visse udsatte grupper af befolkningen samt gratis specialist- og omsorgstandpleje.

Voksentandplejen derimod er forbundet med fuld eller delvis brugerbetaling i de fem lande:

Svenskerne skal selv betale for tandplejeydelser op til et vist beløbsloft pr. år, og tandplejeydelser over det beløb betales derefter fuldt ud af det offentlige. Denne ordning, der kaldes "högekostnadskydd", eller oversat "beskyttelse mod høje udgifter", blev i sin tid indført for netop at beskytte borgeren mod ubetalelige tandplejeudgifter.

"Högekostnadskyddat" betyder, at svenskerne selv betaler de første SEK 3.000 uden yderligere tilskud end tandplejechecken. For udgifter mellem SEK 3.000 og 15.000 ydes et offentligt tilskud på 50 % af udgifterne, mens der for udgifter over SEK 15.000 ydes et tilskud på 85 % af udgiften. Ordningen er blevet kritiseret for at tilskynde patienterne til ikke at besøge tandlæge regelmæssigt nok. Dette skyldes bl.a., at patienterne kan udskyde behandlingen til det tidspunkt, hvor prisen for den bliver høj nok til, at de kan få offentligt tilskud, eller fordi de kan vælge at samle deres behandlinger inden for et (regnskabs)år.

Table 1 Brugerbetaling og kriterier for tilskud

	Sverige	Norge	England	Tyskland	Nederlandene
Brugerbetaling (voksentandpleje)	Ja, men begrænses af lofter: Op til SEK 3000 fuld brugerbetaling, fra SEK 3.000-15.000 50 % brugerbetaling, over SEK 15.000 dækkes 15 % brugerbetaling på tandlægeregningen.	Fuld brugerbetaling. Enkelte diagnose- og patientgrupper kan få tilskud. De skal dog, i tilfælde af at tandlægens pris er højere end den offentlige takst, selv betale forskellen.	Fire brugerbetalkategorier. Hver især fast betaling for en pakke af ydelser, som patienten medfinansierer. Jo mere kompleks behandlingen er, jo højere betaling.	Basal tandpleje har ikke brugerbetaling. Øvrige ydelser har delvis brugerbetaling.	Voksentandpleje er ikke dækket af den lovpligtige sygeforsikring. Brugen af supplerende tandplejeforsikringer er derfor udbredt, mens brugerbetaling bruges af et mindretal.
Kriterier for tildeling af offentligt tilskud	Børn, unge og visse udsatte grupper af voksne er fuldt dækket. I voksentandpleje er der beskyttelse mod høje udgifter ("høgekostnadsskydd"). Der er forskellige brugerbetalingslofter, og staten betaler delvist tilskud over disse lofter. Brugerbetalingsloftet beregnes ud fra centralt fastsatte referencerpriser. Årlig "tandlægecheck" kan fås til at betale for tandundersøgelser.	Børn og visse udsatte grupper af voksne er fuldt dækket. Voksne med visse diagnoser er helt eller delvist dækket. Diagnosen skal dokumenteres klinisk.	Børn og unge samt specialisttandpleje er fuldt dækket. Tandlægen skal have en kontrakt med sundhedsmyndighederne (NHS).	Forsikringsdækning (lovpligtig).	Forsikringsdækning (lovpligtig) (kun børn er dækket).
Ydelser/patientgrupper, der er helt eller delvist dækket af offentligt tilskud	Børn og unge indtil det fyldte 22. år har gratis tandpleje. Desuden er special- og omsorgstandpleje dækket af landstingene. Under Forsikringskassen har ældre og unge generelt et større offentligt tilskud.	Børn indtil det fyldte 18 år har gratis tandpleje (ikke tandregulering). Der gives ekstra tilskud til unge på 19-20 år og til patienter i 15 diagnosegrupper samt visse andre grupper.	Børn og unge indtil det fyldte 18. år har gratis tandpleje. Desuden dækkes gravide kvinder, hospitalsindlagte patienter samt unge under uddannelse (under 19 år).	Børn har gratis tandpleje. Voksnes basaltandpleje er fuldt dækket af lovpligtig sygeforsikring, og de øvrige tandplejeydelser dækkes delvist (som andel af tandlægens pris eller et fast beløb).	Børn er dækket af den lovpligtige sygeforsikring.

Netop på grund af disse utilsigtede konsekvenser af "høgekostnadsskyddet" og for at give borgerne økonomisk tilskyndelse til at gå oftere til tandlæge, indførte man i Sverige et tilbud om en årlig "tandplejecheck" fra det offentlige. De helt unge og de ældste fik et højere beløb end de øvrige voksne. Denne check virker dog ikke helt som tilsigtet, da en del svenskere, og især personer med en lavere indkomst, stadig ikke går så ofte til tandlæge som anbefalet, og nogle bruger slet ikke tandplejechecken. Tandplejecheckbeløbet er derfor blevet fordoblet her i 2018.

Nordmændene må også betale deres voksentandpleje helt selv, medmindre de har en af 15 diagnoser eller er i blandt visse grupper udsatte borgere og dermed har ret til helt dækning eller delvist offentlig tilskud til tandpleje. Forsikringer mod tandplejeudgifter er ikke udbredt i Norge.

Trods fuld brugerbetaling i voksentandplejen udgør den offentlige betaling til de grupper, der er tilskudsberettigede, dog en relativt stor – og stigende – andel af de samlede udgifter til voksentandpleje i Norge. Det kan ikke umiddelbart dokumenteres, hvad stigningen i udgifterne skyldes. En årsag kan være et stigende behandlingsbehov på grund af stigende forekomst af visse diagnoser,

fx periodontitis. En anden kan være stigende offentlige takster på grund af et stigende omkostningsniveau, og en tredje kan være et højere fokus på disse sygdomme fra såvel tandlægens som patientens side på grund af det økonomiske incitament, som det offentlige tilskud jo udgør.

Englænderne skal lægge et af i alt fire faste beløb for et behandlingsforløb ("user charge bands"), hvis de – som de fleste englændere – vælger at gå til en tandlæge, der har kontrakt med det offentlige system. De fire brugerbetalingsbeløb er ens over hele landet og historisk fastsatte, men reguleres (opad) hvert år. Brugerbetalingsbeløbene stiger med kompleksiteten af de ydelser, tandlægen skal udføre, men ikke med mængden af ydelser, som patienten eventuelt har behov for inden for hvert af behandlingsforløbene.

Fordelen for patienten er, at han/hun jo på forhånd ved, hvor meget tandlægeregningen lyder på, uanset hvor behandlingskrævende tandproblemet er, og uanset hvilken NHS-tandlæge han/hun besøger. Så i denne ordning er der ligesom i Sverige også en beskyttelse af borgeren mod høje tandplejeudgifter. Til gengæld er der umiddelbart ikke et økonomisk incitament for patienten til at blive bedre til selv at forebygge tandsygdomme. Englænderne besøger dog i stigende grad det private marked for tandplejeydelser, hvor de betaler hele regningen selv.

I **Tyskland**, der har det næstlaveste niveau for brugerbetaling, er basaltandpleje for voksne helt dækket af den lovpligtige sygeforsikring, mens andre ydelser, fx broer, kroner, proteser mv., delvist dækkes af tilskud. På basaltandpleje er der dog en vis brugerbetaling, da patienten selv skal betale forskellen, hvis han/hun ønsker et andet materiale end det, der står på tandlægenes prisliste. Fyldninger aflønnes fx som amalgamfyldninger, og patienten må selv betale den ekstra pris for en plastfyldning, hvis han/hun ønsker denne i stedet for amalgam. I Tyskland er der desuden en bonusordning, der medfører en (fremtidig) reduktion af brugerbetalingen på protetik, hvis man passer de anbefalede antal besøg hos tandlægen.

En af fordelene, men også et kritikpunkt ved den offentlige dækning, er, at den tidligere gav incitament regelmæssige, men også mange – og ofte klinisk set unødvendige – tandlægebesøg, og frekvensen af tandlægebesøg i befolkningen var stærkt stigende. Man forsøgte at lægge en dæmper på antallet af tandlægebesøg ved at indføre et fast gebyr på besøg hos tandlægen. Gebyret medførte ganske vist et fald i forbruget af tandlægebesøg, men faldt langt mere i lavindkomstområder end i de rigere områder af Tyskland. Gebyret fik stor kritik og er i dag afskaffet igen. I dag har man på den nationale ydelsesliste i stedet for begrænset det antal af besøg og den mængde af tandrensninger, som borgeren hvert år kan få betalt af den lovpligtige sygeforsikring.

Voksantandplejen i **Nederlandene** er ikke dækket af den lovpligtige sygeforsikring. Dette har medført, at langt de fleste voksne i Nederlandene (86 %) har tegnet deres egen forsikring mod tandplejeudgifter, men med større eller mindre grad af dækning. Den omfattende brug af forsikring forklarer formentlig, hvorfor Nederlandene har det laveste niveau af brugerbetaling (18 %).

Etableringsret, aflønning og prisfastsættelse

I alle landene er langt de fleste tandlæger privatpraktiserende. **Sverige** har den højeste andel af offentligt ansatte tandlæger i sammenligningen. I alle landene er der fri etableringsret, det vil sige, alle kan åbne en tandlægepraksis. Dog skal man i **Sverige** og **Norge** have en licens fra myndighederne, og i **Tyskland** skal alle tandlæger være medlem af de lokale tandlægeforeninger (Zahnärztausschus), der står for uddannelse og kvalitetsmonitorering, samt sammenslutninger af tandlæger, der arbejder i den lovpligtige sygeforsikring (KZV), som står for budgetter, forhandling af priser i samarbejde med sygekasserne. I **England** skal privatpraktiserende tandlæger, som vil udbyde

offentligt medfinansieret tandpleje, have en kontrakt med NHS – noget, som er relativt svært at få for nyuddannede tandlæger. Dette betyder, at der inden for den enkelte praksis i England kan være tandlæger, der arbejder for NHS, og tandlæger, der arbejder helt på privat basis.

Der ses i alle landene en tendens til større praksisenheder med flere ansatte tandlæger frem for solopraksis. Nogle steder berettes om, at der etableres store tandlægekæder – ”McDentistry”, og disse giver undertiden nogle udfordringer for myndighederne i forhold til juridisk placering af patient-sikkerhedsansvar og med hensyn til den udførte kvalitet.

Ingen af landene har en centraliseret planlægning for at sikre en tilstrækkelig tandlægedækning geografisk i udsatte boligområder. **Tyskland** havde tidligere et planlægningsudvalg, der styrede etableringen, men har nedlagt dette udvalg igen. Nu er det de regionale og lokale myndigheder, der fx kan lokke med billig husleje for at få tandlæger til at etablere sig i yderområderne. I **Norge** og **Sverige** må de offentlige tandlægeinstitutioner gerne udføre voksentandpleje, hvis der fx mangler privatpraktiserende tandlæger i området. Behandler disse tandlæger de voksne, aflønnes de i henhold til omkostningsbaserede takster.

Alle fem tandplejeordninger har enten offentlige (S, N, Eng) eller private (D, NL) tredjepartsbetalere, der sammen med patienten finansierer voksentandplejen hos private udbydere af tandplejeydelser og aflønner de privatpraktiserende tandlæger, der udfører den.

I **Sverige** er det Försäkringskassen, i **Norge** finansieres den tilskudsberettigede del af voksentandplejen via Helse- og Omsorgsdepartementet, i **Tyskland** er det de regionale KZV-organisationer (en medlemsfinansieret sammenslutning af tandlæger under den lovpligtige sygeforsikring) og sygekasserne, der aflønner tandlægerne, og i **Nederlandene** er det private forsikringsselskaber.

I alle landene aflønnes de privatpraktiserende tandlæger af tredjepartsbetalerne overordnet set ved ”fee-for-service”, altså en afregning pr. ydelse, men her hører ligheden mellem landene også op. Der er nemlig stor forskel i, hvordan aflønningen udmøntes konkret, hvordan – og i hvilket regi priserne fastsættes, i tandlægernes konkurrenceforhold, og i hvordan tandlægernes aflønning fungerer med tilskudsordningerne for tandplejen.

I **Sverige** aflønnes de privatpraktiserende tandlæger, der udfører voksentandplejeydelser, ved ”fee-for-service”. De svenske tandlæger har ret til selv at sætte deres priser, men brugerbetalingsloftet (”högstkostnadsskydd”) og det offentlige tilskud, der gives over loftet, beregnes på basis af de nationale referencepriser fra Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV). Hvis der eventuelt er forskel på referenceprisen og den pris, som tandlægen opkræver, skal patienten selv betale forskellen uanset brugerbetalingsloft. Dette system betyder, at selvom priserne er frie, er variationen i priserne på tværs af Sverige blevet mindre, end før referenceprissystemet blev indført.

TLV beregner omkostningsbaserede referencepriser ud fra en beregningsmodel for direkte og indirekte ressourceforbrug. Data til beregningerne kommer fra analyser af tandlægers tidsforbrug, personalelønninger, materialepriser osv. for de enkelte ydelser tillagt en (fast) andel for indirekte omkostninger til fx husleje og administration. Samtidig valideres priserne gennem høring hos fagpersoner. De ydelser, der kommer på referenceprislisterne, bestemmes også af TLV. Priserne opdateres ca. en gang om året.

Tabel 2 Etableringsret, aflønning af tandlæger og prisfastsættelse i voksentandplejen

	Sverige	Norge	England	Tyskland	Nederlandene
Etableringsret	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri
Aflønning af tandlæger	Folk tandvården: rammebudget. Voksentandpleje: "fee-for-service".	Fylkestandplejen: rammebudget. Voksentandpleje: "fee-for-service".	Community: Dentists: rammebudget. Privatsektor: "fee-for-service". Tandlæger med NHS aftale: Aflønning med en pris pr. tandplejeeenhed, ("Unit of dental activity") i NHS systemet.	"Fee-for-service". I henhold til nationalt bestemte prislister med point pr. ydelse (BEMA-Z listen og GOZ listen) og regionalt forhandlede priser pr. point.	"Fee-for-service".
Prisfastsættelse (voksentandpleje)	Fri prisfastsættelse, men det offentlige tilskud til borgeren beregnes ud fra referencepriser. Derfor ligger tandlægepriserne i realiteten tæt på referencepriserne.	Fri prisfastsættelse. Det offentlige tilskud for specifikke grupper/diagnoser fastsættes efter referencetakster – patienten betaler forskellen mellem tilskud og tandlægens pris.	Regulerede priser for de tandlæger, der har kontrakt med NHS. For øvrige tandlæger fri prisfastsættelse.	Priser reguleres efter et centralt fastsat pointsystem (BEMA-Z listen og GOZ listen). Prisen pr. point fastsættes regionalt og afhænger af historik og lokalt omkostningsniveau.	Nationalt fastsatte maksimumspriser.

I **Norge** er der fri prisfastsættelse på voksentandpleje. Tandlægerne har til gengæld pligt til at indberette deres priser til myndighederne, der offentliggør priserne. www.hvakostertannlegen.no er en hjemmeside, hvor borgerne kan se priserne på tandplejeydelser hos de forskellige private udbydere.

Dog er der i Norge – sideløbende med de private priser – offentligt fastsatte referencepriser på tandplejeydelser. Disse priser bruges til at beregne tilskuddet til de grupper af nordmænd, der trods fuld brugerbetaling på voksentandpleje alligevel har ret til offentligt tilskud. Hvis tandlægens pris imidlertid er højere end de offentlige takster, må patienten selv betale forskellen, uanset om han/hun er i en af tilskudsgrupperne.

I **England** aflønnes de tandlæger, der har kontrakt med NHS, ud fra "units of dental activity" (UDA), som er et nationalt fastsat pointsystem. Hver af de fire brugerbetalingskategorier (behandlingsforløb) har et antal UDA tilknyttet, som tandlægen aflønnes for. Antallet af UDA er fast, uanset hvor mange eller hvor få ydelser tandlægen udfører inden for det enkelte behandlingsforløb (brugerbetalingskategori). Men ligesom brugerbetalingen stiger antallet af UDA-points med kompleksiteten af behandlingsforløbet. Selve prisen for en UDA og antallet af UDA'er, som tandlægen hvert år forpligter sig til at gennemføre, forhandles lokalt mellem tandlægerne og de lokale Clinical Commissioning Groups. UDA-prisen er ca. i gennemsnit 22£, men med stor variation i priserne på tværs af landet og undertiden også lokalt, fx i den samme by. Nogle steder ligger UDA-prisen under det beløb, som tandlægen opkræver i brugerbetaling, hvilket får en del kritik, idet NHS så tjener penge på behandlingen.

Fordelen ved UDA-systemet er, at det ikke som et rent "fee-for-service"-system giver incitament til overbehandling – måske snarere det modsatte. Dette kan så også være en ulempe, hvis det fører til, at mængden af ydelser under den enkelte brugerbetalingskategori begrænses, selvom behovet for ydelserne er der. En anden ulempe er, at der ses store kvalitetsforskelle i udbuddet af ydelserne blandt NHS tandlægerne. Man har desuden set en tendens til "cherry-picking", idet personer med god adgang til tandpleje og god initial tandsundhed i højere grad end personer med dårligere adgang til tandpleje og dårligere tandsundhed søger helt privat udbudt tandpleje uden om det offentlige system. Dette betyder, at de mere behandlingskrævende patienter må klares i det offentlige system.

Den private sektor i England er, målt i egenbetalingens andel af de samlede tandplejeudgifter, stigende.

For at imødekomme de kvalitetsmæssige forskelle i tandplejeudbuddet, for at få mere fokus på forebyggelse af tandsygdomme, og for at give borgeren et incitament til at passe bedre på sine tænder, vil man gerne ændre tandplejesystemet i England. Derfor har man i nogle år afprøvet nye tandplejemodeller i flere tandlægepraksisser (94 siden 2014).

Der afprøves et forløbsbaseret system, hvor patienten ved en indledende udvidet tandundersøgelse inddeles i en risikogruppe ("rød-gul-grøn-ordning") alt efter, hvor stort hans/hendes nuværende og forventede fremtidige behandlingsbehov er. Patienten følges i højere grad end hidtil, og der er større fokus på at rådgive omkring selvpleje i patientforløbet og på at få de "røde" og "gule" patienter til at gå oftere til tandlæge. Derudover afprøves et nyt kvalitetsmonitoreringssystem – "*Dental quality and outcomes framework*". Endelig testes nye aflønningsmodeller med betaling pr. patient, der eventuelt er vægtet i henhold til en række risikofaktorer. Aflønningen pr. patient eller pr. vægtet patient kombineres med en andel for den kvalitet, der præsteres.

Mens systemet med risikoinddeling af patienter og kvalitetsmonitoreringssystemet vurderes at have en positiv effekt på fremmøde og tandsundhed, så er resultaterne for de nye aflønningsmodeller mere usikre og svære at bedømme selv efter to års afprøvning. Blandt andet ses det paradoksale, at der trods betaling pr. patient, der i teorien giver incitament til at behandle flere patienter, møder færre patienter op i praksis.

Den **tyske** tandpleje styres ved hjælp af en central ydelsesliste, "Leistungskatalog", der bestemmer, hvilke ydelser de tyske borgere har ret til. Desuden findes en prisliste for de ydelser, der er dækket af den lovpligtige sygeforsikring BEMA-Z. I denne liste er de enkelte ydelser værdisat ved hjælp af point, som tandlægen aflønnes for. Antallet af point pr. ydelse er ens over hele Tyskland, men prisen for et point forhandles på regionalt niveau mellem KZV, sygekasserne og tandlægerne. Priserne afspejler typisk det lokale omkostningsniveau, og da der fx er forskel i personalelønninger på tværs af Tyskland, er der også variation i prisniveauet delstaterne i mellem.

Hvis en ny ydelse skal på prislisen BEMA-Z, skal den først have plads i ydelseskataloget (Leistungskatalog). Her underkastes en ny ydelse først en klinisk effektvurdering og eventuelt en omkostningseffektvurdering. Rigtigt mange parter skal høres i det tyske system, før en ydelse er på tandlægernes prisliste, og derfor kan ændringer i listen – og dermed indførelsen af ny teknologi i det tyske ydelsessystem – forekomme noget tidstungt.

Ydelser, der ikke er en del af den lovpligtige sygeforsikring, fx for den del af befolkningen, der har privat sygeforsikring, aflønnes fra en anden prisliste (GOZ) med historisk fastsatte priser, som opdateres årligt.

I **Nederlandene** aflønnes tandlægerne ved "fee for service" af forsikringselskaber og delvist af brugere med afsæt i den nationale ydelsesliste af forsikringselskaber.

Ydelseslistens takster er maksimumspriser, og billedet er, at maksimumspriserne er gældende i praksis. Ulempen er, at maksimumspriser begrænser tandlægers mulighed for at finansiere ny teknologi, der kan løfte behandlingskvalitet og -effektivitet. Patienten kan heller ikke frivilligt betale en merpris mod brug af særlige teknologier eller metoder. Fordelen ved ydelseslisten er, at det skaber gennemsigtighed og gør sammenligning mellem tandlægers pris, produkt og kvalitet enkel for patienten.

Der meldes ikke som i Tyskland om tidstunge processer i forbindelse med indføring af ny teknologi og behandlingsformer på listen, men derimod om et velkoordineret samarbejde mellem myndigheder, tandplejefaglige organisationer og forsikringsselskaber. Alt afhængig af den konkrete sag tager det typisk et par måneder at få inkluderet nye behandlingsformer og -teknologier på listen. Det samme er tilfældet med referenceprislisterne i **Sverige**, der opdateres ofte, og processen vurderes at kunne rumme indførelse af ny teknologi.

Prisudvikling og sammenligning

Med hensyn til de priser, som forbrugerne betaler, så fremgår det af data fra Eurostat, at Norge er det land, der i perioden 2008-2017 har haft den største vækst i forbrugerpriserne på tandplejeydelser, efterfulgt af England (UK), Danmark og Sverige. Prisudviklingen i samme periode i Tyskland har været langt mere afdæmpet, og forbrugerpriserne på tandpleje i Nederlandene er faldet siden 2015 og ligger i dag på niveau med priserne i 2012.

Med hensyn til tandlægenes priser viser en analyse fra Sverige, at reformen i 2008, hvor tilskuddet til tandpleje blev øget, har medført en stigning på 11 % i priserne på tandpleje. Stigningen ses hovedsagelig ved, at tandlæger, der før reformen havde de laveste priser, har sat priserne op. Prisudviklingen følger i store træk med udviklingen i de offentlige referencepriser. Den pris, som de svenske forbrugere selv skal betale for tandpleje, er til gengæld faldet efter reformen i 2008.

I Tabel 4 ses en sammenligning af priserne for fire specifikke patientforløb i henholdsvis Danmark, Nederlandene og Storbritannien med det tilsvarende niveau i Tyskland i 1999 og 2013. Prissammenligningen er baseret på summen af behandlinger, materialer og laboratorieudgifter for det pågældende patientforløb multipliceret med enhedsprisen, fx tandlægehonoraret for den specifikke ydelse.

Tabel 3 Sammenligning af købekraftsjusterede priser på tandplejeydelser for år 1999 og 2013 på tværs af de individuelle lande (Tyskland = indeks 100)

	Tyskland		Danmark		Nederlandene		Storbritannien	
	1999	2013	1999	2013	1999	2013	1999	2013
Tandplejeydelse/år								
Udvidet tandundersøgelse samt diagnosticering af ny patient ¹	100	100	101	115	211	105	108	51
To-fladet plastfyldning tand 45 ²	100	100	113	148	68	140	99	123
Rodbehandling tand 46 ³	100	100	88	133	153	103	102	29
Krone tand 21 ⁴	100	100	151	109	88	94	38	54

Note: ¹ Består af anamnese, ekstra-oral og intra-oral undersøgelse, røntgenbillede, dokumentation og forløbsplanlægning
² Består af patientinformation, farveafgørelse, bedøvelse, påsætning af kofferdam, fjernelse af caries og forberedelse af hullet. Viderebehandling af hulrummet i tanden og påsætning af matrixbånd, afgørelse af tilstanden af hulvæggen, fyldning af hullet og polemisering, funktionskontrol med okklusal konturering. Finpudsning af fyldningen og afslutningsvis fluortilsætning.
³ Består af patientinformation, bedøvelse, påsætning af kofferdam, klargørelse af tand og åbning af pulpakammeret for at få adgang til nervekanalen. Fjernelse af nervevæv og bakterier i kanalen, røntgenbillede og midlertidig fyldning.
⁴ Består af patientinformation, bedøvelse aftryk til midlertidig krone, klargørelse af tand, afgørelse af tandfarve, aftryk af over- og underkæbe til at lave modellen. Fremstilling og indsætning af midlertidig krone, afprøvning af tandkrone, funktionskontrol med okklusionsslibning, finpudsning: Kronen er en kombination af guld og porcelæn.

Kilde: Udarbejdet på basis af (Klingenberg, Schneider, M., Hoffmann, U. & Köse 2015)

Det fremgår, at Danmark og Nederlandene i 2013 for en udvidet tandundersøgelse lå 15 % og 5 % over, mens England lå 49 % under niveauet i Tyskland. Det samme billede gør sig gældende for

rodbehandling, hvor Danmark og Nederlandene lå henholdsvis 33 % og 3 % over det tyske prisniveau, og Storbritannien lå 71 % under det tyske niveau. For to-fladet plastfyldning lå Danmark næsten 50 %, Nederlandene 40 % og England 23 % over det tyske niveau i 2013. I Danmark er prisen på kronebehandling faldet i forhold til det tyske prisniveau, mens de øvrige lande ligger et stykke under det tyske niveau. Ses der alene på, hvordan priserne har udviklet sig i det enkelte land, jf. Tabel 5, er prisudviklingen i Nederlandene og Storbritannien for visse ydelser relativt beskeden sammenlignet med udviklingen i Tyskland og Danmark.

I Tabel 5 sammenlignes prisniveauet i det enkelte land i 1999 med niveauet i 2013.

For udvidet tandundersøgelse er priserne i Danmark steget med 207 % og i Tyskland med 168 % i perioden 1999-2013. Til sammenligning steg priserne i Holland og England (UK) i samme periode henholdsvis 34 % og 26 %. Forskellen i prisudvikling er stor, men bør også ses i lyset af de absolutte priser, hvorfra udviklingen måles. For førnævnte ydelse var prisen i Nederlandene i 1999 (hvorfra prisudviklingen måles) således over dobbelt så høj (indeks 211) som i både Danmark (101) og Tyskland (100), mens prisen i 2013 har nået et niveau (105), der er tæt på Danmark (115) og Tyskland (100).

Et lignende mønster ses ved rodbehandling, hvor prisudviklingen i Danmark var 250 % og 132 % i Tyskland, mens den for Nederlandene og England (UK) var henholdsvis 56 % og -33 % i samme periode. I Nederlandene er der nationalt fastsatte prislofter på alle tandplejeydelser, hvilket kan være noget af forklaringen på en mere beskeden udvikling her. Men igen skal det ses i lyset af prisniveauerne i 1999, som i Nederlandene fx var betydeligt højere end Tyskland.

For de øvrige ydelser, som rapporten har belyst, er mønsteret ikke entydigt. For en to-fladet plastfyldning ses fx en negativ prisudvikling i Tyskland på -19 % og en prisvækst i de resterende lande på 1 % i England, 6 % i Danmark og 66 % i Nederlandene i perioden 1999-2013.

Tabel 4 Prisudvikling af tandplejeydelse (procent) i Tyskland, Danmark, Nederlandene og Storbritannien

	Tyskland	Danmark	Nederlandene	Storbritannien
Tandplejeydelse/periode	1999-2013	1999-2013	1999-2013	1999-2013
Udvidet tandundersøgelse samt diagnosticering af ny patient	168 %	207 %	34 %	26 %
To-fladet plastfyldning tand 45	-19 %	6 %	66 %	1 %
Rodbehandling tand 46	132 %	250 %	56 %	-33 %
Krone tand 21	33 %	-4 %	42 %	92 %

Kilde: Udarbejdet på basis af (Klingenberger, Schneider, M., Hoffmann, U. & Köse 2015)

Samlet set må prisniveauer og -udviklinger spejles op imod hinanden. Hvad angår prisudviklingen er der samlet set markante forskelle både ydelserne og landene imellem, men den mest markante prisvækst ses i Danmark og Tyskland. Tager man højde for de absolutte prisniveauer, optræder dog en modvægt, der gør prisvæksten mindre markant. Samlet set havde Danmark dog i 2013 stadig det højeste prisniveau på de fire ydelser, mens England samlet set havde det laveste prisniveau i 2013.

En analyse fra Tandlægeforeningen, der sammenligner priser på specifikke basaltandplejeydelser i henholdsvis Danmark, Norge og Sverige, peger på, at Danmark har det laveste prisniveau for de specifikke ydelser i de tre lande.

Forbrugsmønstre og tandsundhed

I Tabel 6 er tal vedrørende forbrugsmønstre, adgang til tandpleje og tandsundhedsindikatorer fra de enkelte landekapitler sammenstillet. Der tages forbehold for sammenligneligheden, da data dels er fra forskellige kilder, dels fra forskellige år. For eksempel er der stor forskel i data, der er selvrapporterede fx fra spørgeskemaundersøgelser, og data baseret på national statistik.

Generelt går **tyskere, hollændere** og **nordmænd** oftere til tandlæge end **svenskere** og **englændere**. Noget af forklaringen på forskellen i besøgsfrekvens kan være tradition, adgang, uddannelse, og indkomstniveau (fx i Norge), men tilskudssystemet kan også spille ind.

Tyskerne har ret til mere end et sygesikringsbetalt besøg om året og får dertil en bonus, der kan bruges på proteser, hvis de passer deres tandlægebesøg.

Hollænderne har hovedparten af de voksne (86 %) en privat forsikring, der betaler for tandlægebesøget, og har derfor en økonomisk tilskyndelse til at maksimere udbyttet af deres forsikringspræmie frem for at udskyde besøget eller vente, til direkte behandlingskrævende tandtilstande opstår. Forsikringsdækningen kan måske også forklare, at tyskere og hollændere langt sjældnere end respondenter i de øvrige tre lande svarer, at grunden til, at de eventuelt ikke besøger tandlæge, er, at det er for dyrt.

Tabel 5 Forbrugsmønstre og tandsundhed

		Sverige	Norge	England (UK) ¹	Tyskland	NL
Frekvens for tandlægebesøg	Været til tandlægen inden for de seneste 24 eller 12 måneder (voksne)	24 mdr.: 69 % (2015-16) ²	24 mdr.: 88 % (2013)	24 mdr.: 51 % (NHS) (2016-17) ³		
		12 mdr.: 71 % (2009) ⁴		12 mdr.: 64 % (2009) ⁴	12 mdr.: 77 % (2009) ⁴	12 mdr.: 83 % (2009) ⁴
	Været til tandlæge mere end 2 gange de seneste 12 måneder	27 % (2009) ⁴	n.a.	n.a.	18 % (2009) ⁴	47 % (2009) ⁴
Adgang til tandlæge (selvoplevet)	Andel med adgang til tandlæge, hvis behovet opstår	97 % (2009) ⁴	n.a.	(87 %) (2009) ⁴	96 % (2009) ⁴	97 % (2009) ⁴
	Andel der kan nå en tandlæge inden for 30 minutter	91 % (2009) ⁴	n.a.	(82 %) (2009) ⁴	94 % (2009) ⁴	94 % (2009) ⁴
	Andel, der oplever udækket behov for tandpleje	3,5 % (2016)	3,6 % (2016)	(1,4 %) (2016)	0,6 % (2016)	0,3 % (2016)
	Andel, der angiver, at årsagen til ikke at gå til tandlæge de seneste 2 år er, at det er for dyrt	24 % (2009) ⁴	n.a.	(15 %) (2009) ⁴	7 % (2009) ⁴	4 % (2009) ⁴
Tandsundhed	Andel af cariesfri 12-årige (DMFT = 0)	68 % (2016)	60 % (2017)	68 % (2013)	81 % (2014)	73 % (2011)
	Gennemsnitlig DMFT for 12-årige	0,7 (2016)	0,9 (2017)	0,8 (2013)	0,5 (2014)	0,7 (2011)
	Andel med carieserfaring blandt 12-årige	32 % (2016)	40 % (2017)	32 % (2013)	19 % (2014)	27 % (2014)
	Gennemsnitlig DMFT 35-44-årige	n.a.	n.a.	n.a.	11,2 (2014)	n.a.
	Andel af 65-74-årige med 20 eller flere naturlige tænder	84,4 (2016)	70 % (2017)	n.a.	n.a.	66 % (2008)
	Tandløshed 65+-år	13 % (2009)	4,6 (2012) ⁵	36 % (2018)	12,4 % (2014) ⁵	53 % ⁶ (2009)

Note: ¹ Tal for UK er i parentes, ² personer, der har anvendt tandplejechecken, ³ Kun for NHS patienter, ⁴ Eurobarometer, ⁵ Blandt 65-74-årige, ⁶ Kun personer på 75 år og derover.

Kilde: Fremgår af de enkelte landekapitler.

I **Sverige** valgte man at indføre en årlig tandlægecheck, der skulle give svenskerne økonomisk tilskyndelse til at besøge tandlægen oftere. Denne check har desværre ikke virket tilstrækkeligt efter hensigten, da kun 69 % af svenskerne havde brugt checken inden for en toårig periode, og personer med lavindkomst havde brugt den sjældnere end personer med høj indkomst. Her i 2018 har man derfor fordoblet checken i håb om at få flere til at passe deres regelmæssige tandlægebesøg.

Andelen af børn, der har været til tandlæge inden for de sidste 12 måneder, ligger relativt højt i alle landene.

Dog vækker det bekymring i **England**, at andelen af børn, der slet ikke møder op i tandplejen, tilsyneladende er stigende. For eksempel mødte hele 42 % af børnene i 2016 ikke op i tandplejen mod 40 % året før. Manglende fremmøde betyder manglende hjælp til og uddannelse i forebyggelse af tandsygdomme, og der er en risiko for, at de børn, der ikke møder i børnetandplejen, heller ikke gør det som voksne og dermed ender med at få en meget dårlig tandsundhed med et stort reparationsbehov og øgede tandplejeudgifter til følge. Generelt kritiseres den engelske tandpleje for at have for lidt fokus på forebyggende tandpleje. Derfor er englænderne på udkig efter nye og bedre tandplejemodeller.

Overordnet set har alle landene de sidste 20 år set en fremgang i såvel befolkningens hyppighed af tandlægebesøg som i centrale tandstatusindikatorer. Specielt i **Tyskland** har fremgangen været stor i de sidste 20 år, og landet har i dag en tandsundhed i absolut international topklasse. **England** har derimod – selvom tandsundheden har forbedret sig – stadig en relativt høj carieserfaring blandt børn og unge og en høj andel af tandløse ældre.

Perspektiver

Selvom tandsundheden er forbedret, oplever alle landene stadig ulighed i såvel adgang til tandpleje som tandsundhed. Der er stadig geografiske, aldersmæssige, indkomstmæssige og sociokulturelle forskelle i selvplejevaner, besøgsfrekvens og tandsundhed. Alle landene har gennemført tiltag, der på forskellig vis forsøger at dæmme op for uligheden, fx ved at give større offentlig dækning til udsatte grupper.

Nogle af landene, fx **Sverige** og **Norge**, har øget den offentlige dækning af tandpleje for børn og unge og i et vist omfang til ældre befolkningsgrupper. **Tyskere** med begrænsede midler har en mulighed for økonomisk støtte til den del af tandplejen, der ikke er dækket af den lovpligtige sygeforsikring osv. Trods disse muligheder er der stadig befolkningsgrupper, der udebliver fra tandlægen, fordi de ikke har råd eller af andre årsager. Der peges fx på manglende uddannelse som en anden mulig grund. Denne ulighed vækker bekymring i alle landene uanset tilskudsordninger osv.

Svenskerne har for nylig igangsat en evaluering af hele tandplejesystemet – dette for at undersøge, om tandplejen er omkostningseffektiv, og i hvor høj grad den bidrager til lighed i adgang til tandpleje. Evalueringen skal eventuelt pege på nye løsninger, der kunne tænkes at give en bedre og mere effektiv ressourceudnyttelse og lighed i adgang og tandsundhed.

En anden udfordring fælles for alle landene er, at det fremtidige behov for tandpleje i befolkningerne stiger. Dette skyldes blandt andet den aldrende befolkning, forbedret teknologi, nye ydelsesformer og ændrede behov for tandpleje. Der ledes efter løsninger for, hvordan såvel den offentlige dækning som de private udgifter til tandpleje kan anvendes mest omkostningseffektivt og samtidig sikre en større lighed i tandsundheden, uden at udgifterne stiger voldsomt.

1 Indledning

1.1 Baggrund

Regeringen, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Alternativet, Enhedslisten, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti (aftalepartierne) har den 28. februar 2018 indgået *Politisk aftale om nye rammer for voksentandplejen*. På baggrund heraf har regeringen derfor nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til fremtidige modeller for voksentandplejen i Danmark.

Sundheds- og Ældreministeriet har i den forbindelse bedt VIVE om at udarbejde en kortlægning og analyse af tandplejeordninger i fem udvalgte lande. Kortlægningen skal indgå i arbejdsgruppens arbejde med nye rammer for voksentandplejen. Arbejdet med rapporten er gennemført i juli og august 2018.

1.2 Formål

Formålet med rapporten er at beskrive tandplejeordninger i Sverige, Norge, Nederlandene, England og Tyskland og de styringsmæssige forudsætninger, erfaringer og resultater for tandplejen i de enkelte lande. Beskrivelsen af tandplejeordningerne skal ifølge kommissoriet for projektet fokusere på:

- Kriterier for og sammensætning af tilskud til behandling, herunder afgrænsning af patient- og sygdomsgrupper samt kobling og overgange mellem forskellige tandplejeordninger
- Lovgivningsmæssige rammer og konkurrenceforhold for leverandører af tandplejedydelser
- Modeller for styring af de offentlige udgifter til tilskud
- Aktivitets-, produktivitets- og prisniveau
- Fordele og ulemper ved ordningerne.

1.3 Afgrænsning, metode, data

I rapporten beskrives tandplejeordningerne i Sverige, Norge, Nederlandene, England og Tyskland ud fra en fast disposition, der på forhånd er aftalt med opdragsgiver.

Dispositionen indeholder den historiske og kontekstmæssige baggrund for tandplejeordningen, lovgivning, organisering, struktur, finansierings- og udgiftsstyring, leverandører af tandpleje, tilskudsmodeller, aflønnings-, pris- og konkurrenceforhold for leverandører af tandpleje og disse faktoreres samspil med andre faktorer, der er relevante for udmøntningen af tandplejeordningerne. For eksempel ses på koblingen til landets øvrige sundhedsvæsen, børnetandplejen, adgang til tandpleje, ressourcer, fx økonomi, adgangen til tandlæger og andre tandsundhedsprofessionelle. Desuden indgår deskriptive data omkring tandplejeordningens effekt på fx aktivitets- og forbrugsmønstre og tandsundhedsindikatorer. Endelig vurderes fordele og ulemper ved modellerne, og eventuelle reformtiltag beskrives.

Det er af gode grunde ikke muligt at gå i dybden med alle faktorer, der anses for at betyde betydning for tandplejeordningens effekt. Men beskrivelserne for hvert enkelt land fokuserer på de faktorer, der i det pågældende land vurderes som vigtigst. Det har været vanskeligt at finde valide data for produktivitetsudviklingen i tandplejen, hvorfor den ikke er beskrevet. Ligeledes bør det bemærkes, at der tale om en kortlægning og ikke en analyserapport, hvor empirien diskuteres i lyset af teori på området.

1.3.1 Metode

Beskrivelsen af tandplejemodellerne i de fem europæiske lande er baseret på en kombination af forskellige metoder, en "mixed-methods"-tilgang (Frederiksen, Gundelach, Peter: Nielsen, Rikke Skovgaard (red) 2014). Dels anvendes baggrundsviden og litteraturhenvisninger fra to VIVE-publicationer om brugerbetaling i voksentandplejen Kiil et al. (Kiil, Skovsgaard & Bilde 2017), og Bilde et al. (Bilde, Halling & Kiil 2018). Endelig er beskrivelsen baseret på en litteraturgennemgang og semi-strukturerede interview med nøglepersoner inden for tandplejen i de enkelte lande.

1.3.2 Litteratur

Den litteratur, der anvendes til landebeskrivelserne, består af rapporter, avisartikler, lovgivningsmateriale, analyser, statistikker osv. fra forskellige hjemmesider – ofte på originalsprog. Litteraturen er hentet fra landenes sundhedsstyrelser, tandplejeorganisationer, ministerier, universiteter, regionale og nationale tandlægeforeninger, sygekasser mv. Desuden er inkluderet en del international komparativ litteratur fra fx Council of European Dentists (CED) og Fédération Dentaire Internationale, FDI (Verdenstandlægeforeningen), World Health Organization (WHO) samt enkelte videnskabelige artikler med et komparativt fokus. Videnskabelige artikler identificeret fra databaser i forbindelse med de to tidligere rapporter (Kiil, Skovsgaard & Bilde 2017) og (Bilde, Halling & Kiil 2018) indgår i begrænset omfang.

1.3.3 Data

Beskrivelsen af tandsundhed i landene baseres på data for tandstatusindikatorer, der er tilgængelige. Nogle data er fra internationale databaser, fx European Council of Dentists rapporter, eller WHO's CAPP database og er ofte af ældre data, andre data er fra et nordisk indikatorsamarbejde, og andre igen er landenes egne publicerede data. Der ses så vidt muligt på følgende indikatorer:

- DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) indekset for 12-årige og for voksne
- Andelen af 12-årige uden carieserfaring
- Andelen af tandløse på 65 år eller derover
- Andelen af ældrebefolkningen med 20 eller flere tilbageværende tænder.

Om muligt inddrages udviklingen i disse indikatorer i beskrivelsen set over en årrække.

Der tages ved sammenstillinger forbehold for sammenligneligheden af data.

Med hensyn til økonomiske indikatorer ses på følgende:

- BNP pr. indbygger
- Sundheds- og tandplejeudgifters andel af BNP
- Samlede tandplejeudgifter og deres andel af de samlede sundhedsudgifter
- Finansiering af tandpleje opdelt på forskellige kilder (fx brugerbetalingsandel og om muligt til forskellige grupper.

Med hensyn til priser på tandplejeydelser har de fået et selvstændigt kapitel i rapporten. I dette kapitel ses på udviklingen i forbrugerpriser samt på udviklingen i leverandørpriser for bestemte patientforløb og ydelser. Da Danmark er med i litteraturen på området, tages Danmark med i dette kapitel. I kapitlet om Sverige findes en sammenstilling af udviklingen i forbrugerpriser på tandpleje i henholdsvis Sverige og Norge, som stammer fra en svensk rapport.

1.3.4 Interviews

Der er udført i alt seks semistrukturerede interviews à 1,5-2 timers varighed med lokale eksperter, der sidder i nøglepositioner inden for tandpleje, har klinisk erfaring eller erfaring med administration af tandpleje eller tandplejesundhedspolitik. Ved interviewene har interviewpersonerne udtrykt deres perspektiver og holdninger til tandplejeordningerne i deres respektive lande. De har desuden kvalificeret noget af den fundne litteratur, samt eventuelt suppleret med yderligere data/litteratur. Interviewpersonerne er blevet udpeget af interviewpersoner, der har deltaget i den tidligere publikation (Bilde, Halling & Kiil 2018) eller fra Sundhedsstyrelsens netværk af cheftandlæger og andre nøglepersoner i de respektive landes tandpleje. Ligeledes indgår i begrænset omfang input fra interviewpersoner fra (Bilde, Halling & Kiil 2018).

De semistrukturerede interview tager udgangspunkt i en på forhånd udarbejdet spørgeguide (Bilag 1), der blev sendt til interviewpersonen inden interviewet.

1.4 Rapportens opbygning

I kapitel 3, 4, 5, 6, og 7 beskrives tandplejeordningerne i henholdsvis Sverige, Norge, England, Tyskland og Nederlandene. I kapitel 8 findes en sammenligning af priser på udvalgte tandplejeydelser: udvidet tandplejeundersøgelse, fyldninger, rod- og kronebehandling i henholdsvis Danmark, Tyskland, Nederlandene og England. I Bilag 1 findes interviewguiden. I en selvstændig bilagsrapport findes oversigtsskemaer over tandplejeordningerne i de fem lande og for Danmark, så den danske læser har et sammenligningsgrundlag.

2 Sverige

2.1 Faktaboks Sverige

Faktaboks 1: Sverige

Sveriges befolkning tæller 9,99 mio. personer (2016). Heraf er 17 % af befolkningen 0-14 år, 63 % 15-64 år, og 20 % er 65 år eller derover.

Sverige dækker et relativt stort areal og har en lav befolkningstæthed (24 personer pr. km²).

Sveriges købekraftsjusterede BNP er på 50.070 US\$ pr. indbygger (Verdensbanken 2016), er højere end UKs BNP, men lavere end de øvrige tre landes.

10,9 % af Sveriges BNP udgøres af sundhedsudgifter, og 0,6 % af BNP er tandplejeudgifter. Desuden udgør tandplejeudgifter 5,5 % af de samlede årlige sundhedsudgifter i Sverige (OECD Health Data 2016).

Sverige har ca. 84 aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere (OECD Health Data 2016). Dertil kommer 16 kliniske tandteknikere (2008) og 40 tandplejere (2010) pr. 100.000 indbyggere (Kravitz, Bullock & Cowde, 2015).

Med hensyn til tandsundhed var det gennemsnitlige DMFT-tal for 12-årige 0,69, og 68 % af de 12-årige var cariesfrie (DMFT = 0) i 2016. I 2017 havde 84,4 % af svenskerne mindst 20 tilbageværende tænder. (Tandhalsregisteret, Socialstyrelsen). Alle indikatorerne viser forbedringer i forhold til 2009 og 2012 (WHO-tal).

2.2 Baggrund

Det svenske sundhedsvæsen er universelt med adgang for alle borgere, og det gælder også tandplejen. Sundhedssystemet er for mere end 80 % af ydelsestjenesternes vedkommende finansieret via skatteopkrævning, mens brugerbetaling finansierer den resterende andel. Således er der brugerbetaling på sygehusindlæggelser, besøg hos praktiserende læge og tandpleje. For tandplejens vedkommende er brugerbetalingsandelen højere end på de øvrige sundhedsydelser (Welling Hansen, Houlberg 2012).

Ansvar for, at der er et tandplejetilbud i Sverige ligger decentralt hos landstingene og de to regioner. Tandplejen udføres henholdsvis af den landstingsejede "Folktandvård" og af privatpraktiserende tandlæger. Folktandvården står primært for udførelsen af tandpleje til børn og unge samt omsorgstændpleje, og de privatpraktiserende tandlæger står primært for udførelsen af voksentandpleje, der administreres af "Försäkringskassan", dvs. det offentlige sygesikringsystem for voksentandpleje.

Ifølge Sveriges forfatning er det overordnede mål for tandplejen, at hele befolkningen opnår en god tandsundhed og tandpleje på lige vilkår (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014) i Bilde et al. (2018).

2.3 Organisering og struktur

2.3.1 Lovgivning og andre regulatoriske forhold

Ud over det forfatningsmæssige mål findes bestemmelserne på tandplejeområdet i tandplejeloven fra 1985 (Tandvårdslag (1985:125) 2014). Denne omhandler bl.a. krav til tandplejen og landstingenes ansvarsområder. Loven giver landstingene ansvaret for at tilbyde børn og voksne adgang til tandpleje af god kvalitet.

Loven definerer, at målene for en god tandpleje indebærer, at tandplejen skal være af god kvalitet og af god hygiejnestandard og lægge særskilt vægt på forebyggende ydelser, tilgodese patienternes behov for tryghed i behandling og pleje, være let tilgængelig, bygge på respekt for patientens selvbestemmelse og integritet samt fremme en god kontakt mellem patienten og tandplejepersonalet (Försäkringskassan 2017).

I "Loven om statsligt tilskud til tandpleje" (Lag (2008:145 om statsligt tandvårdsstöd 2013 i (Bilde, Halling & Kiil 2018) findes de overordnede regler for, hvem der skal modtage tilskud til tandlægeydelser og for hvilke ydelser. Grundlæggende skal tilskud gives til forebyggende tandpleje og tandpleje til patienter med behov. Tilskuddet sigter mod at opnå frihed fra smerter og sygdom, evnen til at spise, tygge og tale uden større hindringer eller et udseendemæssigt acceptabelt resultat.

Den svenske Socialstyrelse har derudover det mål, at tandplejen skal være vidensbaseret, sikker, patientfokuseret, effektiv, retfærdig og leveres rettidigt (Socialstyrelsen 2015). Det forsøger Socialstyrelsen at opnå ved at udarbejde nationale kliniske retningslinjer for voksentandplejen og følge op på fx cariesudvikling og selvrapporteret tandsundhed i nationale evalueringer. Tandlægerne selv (dvs. det svenske tandlægeforbund, "Svenska Tandläkarförbundet") udarbejder også etiske retningslinjer.

2.3.2 Myndighedsansvar

Den svenske regering udstikker rammerne for tandplejen, yder støtte til forebyggende tandpleje og beskytter – via tilskud til tandpleje – mod høje omkostninger for brugerne (Socialstyrelsen 2015). Socialstyrelsen er den overordnede myndighed, der har ansvar for tilsyn og kvalitet samt for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger på tandplejeområdet. Ligeledes udarbejder Socialstyrelsen statistik på området og har ansvaret for det nationale tandsundhedsregister.

"Inspektionen för vård och omsorg" (IVO) fører tilsyn med virksomheder inden for sundhedsvæsenet inkl. tandplejevirkomheder og tandplejepersonale. IVO tager desuden imod anmeldelser om behandlere og kan ved alvorlige svigt inddrage tandplejepersonalets licens eller forbyde fortsat virksomhed.

Landstingene og de to regioner har decentralt ansvaret for, at deres befolkninger har et tilbud om tandpleje, dvs. såvel for børn som for voksne, men selve udførelsen og administrationen af tandplejen for henholdsvis børn og voksne er organiseret forskelligt.

"Folktandvården" har ansvar for at udbyde tandpleje til børn og unge samt til voksne med visse diagnoser samt funktionsnedsættelse. Folktandvården ejes og drives decentralt af – og i – de 18 landsting ("län") og to regioner.

Voksentandplejen administreres af Försäkringskassan, som alle voksne svenskere er registreret i (Kravitz et al. 2015). Försäkringskassan administrerer og udbetaler det statslige tilskud til voksentandplejen og har ansvaret for at informere om reglerne på området og medvirke til, at de overholdes. Ligeledes monitorerer Försäkringskassan udbetalingerne til tandlægerne og kontrollerer fx, om

de anvender de rette koder i registreringen. Ligeledes leverer Försäkringskassan data til et centralt tandsundhedsregister.

Den statslige organisation "Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket" (TLV) bestemmer dels, hvilke behandlinger der indgår i det statslige tilskud, og fastsætter dels de referencepriser, der bruges til at bestemme størrelsen af det offentlige tilskud. Blandt andet laver TLV løbende omkostningsvurderinger for at sikre, at referencepriserne er på linje med omkostningerne ved at udføre behandlingen (Lindström 2018). TLV står for at opstille faglige kriterier for de enkelte ydelser, bl.a. for at sikre, at omfattende behandling ikke udføres, hvis en simple eller billigere behandling fagligt set er berettiget. Som tidligere nævnt er det Försäkringskassan, der administrerer det statslige tilskud til tandpleje.

Tandpleje kan enten fås hos landsting/regioner i offentligt regi (Folktandvården) eller hos private tandlæger. For børn og unge bruges tandpleje i offentligt regi – primært landstingenes tilbud, men også private tandlæger – hvorimod den private tandpleje oftest benyttes i voksentandplejen (Tandvårdslag (1985:125) 2014, Regeringskansliet 2014).

2.3.3 Leverandører af tandpleje

Sverige har færre aktive tandlæger pr. 100.000 borgere (84 pr. 100.000 i 2016 (OECD 2016), end fx Tyskland (89 pr. 100.000) og Norge (101 pr. 100.000), men langt flere registrerede tandlæger end de øvrige lande (171 pr. 100.000 mod 135 i Norge og 117 i Tyskland i 2016 (OECD 2016). Det skyldes bl.a., at mange svenske tandlæger arbejder udenlands (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Sverige bruger altså ressourcer på at uddanne tandlæger, der ikke bliver ved med at arbejde i Sverige.

Der findes ca. 8.800 aktive tandlæger i Sverige (Vårdguiden 1177 2016), heraf er mere end halvdel ansat i offentlige stillinger. Der findes ca. 2.000 private tandlægepraksisser. Ligesom i de øvrige lande i denne rapport oplever Sverige også en tendens til øget centralisering hen imod færre, men større tandlægeklinikker.

Tandplejen i Sverige udføres af henholdsvis offentligt ansatte tandlæger (ca. 60 % i 2016) og privatpraktiserende/privatansatte tandlæger (ca. 40%). I alt er ca. 25.000 personer ansat i tandplejen i Sverige, herunder tandlæger, tandplejere, tandsygeplejersker og tandteknikere. Der er i de sidste 10-15 år sket en kraftig stigning i antallet af tandplejere (Försäkringskassan 2017).

Børnetandpleje og tandpleje for visse grupper af voksne, udføres primært af offentligt ansatte tandlæger i Folktandvården, mens tandplejen under Försäkringskassan primært udføres af privatpraktiserende/privatansatte tandlæger. Ca. 80 % af børnetandplejen udføres af offentligt ansatte tandlæger og ca. 20 % af private tandlæger, mens ca. 70 % af voksentandplejen udføres af privatansatte tandlæger og ca. 30 % af offentligt ansatte tandlæger. Således udfører offentligt ansatte tandlæger i visse områder af Sverige også voksentandpleje, der (med)finansieres af Försäkringskassan. Der er dog stor regional variation i forhold til, hvem der udfører hvilken form for tandpleje (Vårdguiden 1177 2016).

Der er fri etableringsret for private tandlæger. Man behøver ikke at være tandlæge for at åbne en klinik, man kan åbne en klinik hvor som helst i landet, og man kan åbne så mange klinikker, man vil (Vårdguiden 1177 2016, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013, Kravitz et al. 2015),

Klinikken skal anmeldes til Försäkringskassan og et register for tandsundhed. De centrale myndigheder kommer først relativt sent ind i forløbet, når en tandlægeklinik etableres (Vårdguiden 1177 2016). For at kunne arbejde i den svenske tandpleje skal man dog have en tilladelse ("legitimation")

til at praktisere som behandler. Denne tilladelse udstedes af Socialstyrelsen. En legitimeret behandler skal yde en erfaringsbaseret og videnskabelig korrekt tandpleje, føre patientjournal, rapportere, hvis en patient i forbindelse med pleje, behandling eller undersøgelse udsættes for risiko eller rammes af alvorlig skade eller sygdom (Försäkringskassan 2017). Ligeledes skal tandlæger, der aflønnes af Försäkringskassan, kunne dokumentere deres kompetence og tilladelse fra Socialstyrelsen.

De fleste privatpraktiserende tandlæger i Sverige er selvstændige og aflønnes primært af patienternes egenbetaling og de offentlige tilskud pr. behandling. En tandlægepraksis har normalt omkring 1.500 patienter tilknyttet og ser hver patient i gennemsnit hver 12.-18. måned (Kravitz et al. 2015).

2.4 Finansiering og økonomiske styringsmodeller

2.4.1 Finansiering af tandplejen

Ifølge OECD Health Data (OECD 2016) udgjorde sundhedsudgifterne i Sverige 10,9 % af BNP i 2016, mens udgifterne til tandpleje udgjorde 0,60 % af BNP. Ca. 5,5 % af de samlede sundhedsudgifter blev anvendt på tandpleje, heraf blev størstedelen (ca. lidt over 60 %) finansieret af egenbetaling (brugerne selv).

Tabel 2.1 er udarbejdet på basis af oplysninger fra TLV og viser de samlede udgifter til tandpleje i Sverige for henholdsvis 2005, 2010 og årene 2013-2016. Der skal tages højde for, at tallene er opgivet i løbende priser, og man kan derfor ikke umiddelbart konkludere, hvorvidt stigningen i udgifterne over årene skyldes pris-/lønudviklingen i landet eller en reel stigning i tandplejeudgifterne. Dog kan tabellen sige noget om fordelingen mellem de forskellige finansieringskilder.

Tabel 2.1 Offentlige og private tandplejeudgifter i Sverige pr. år, løbende priser, SEK 1.000

	2005	2010	2013	2014	2015	2016*
Totale tandplejeudgifter	18.764	22.474	23.856	24.406	25.465	26.408
Staten (betaling til privatpraktiserende tandlæger)	1.759	3.392	3.562	3.601	3.633	3.889
Kommuner	27	4	1	11	8	12
Landsting og landstingsvirksomheder**	4.917	5.506	5.578	5.586	6.077	6.366
Husholdningernes egne udgifter	12.061	13.572	14.715	14.926	15.747	16.141
Egenandel (%)***	64	60	62	61	62	61

Note: * 2016-opgørelse er foreløbig

** dækker både tandpleje, der udføres af Folketandvården og privatpraktiserende tandlæger

*** er beregnet på basis af ovenstående tal.

Kilde: Statistiska Centralbyrån (SCB) og egen beregning (egenandel).

Det fremgår af tabellen, at de samlede udgifter til tandpleje i Sverige ligger lige over SEK 25 mia. Heraf finansieres de 16 mia. (ca. 61 %) af borgene selv, og det ser ud til, at brugerbetalingsandelen af de samlede udgifter er faldet lidt siden 2005. Staten, landstingene og kommunerne finansierer de resterende udgifter. For den del af voksentandplejens vedkommende, der administreres af Försäkringskassan, udbetaler staten ca. SEK 4 mia. i tilskud, hvilket svarer til ca. 25 % af det samlede beløb til voksentandpleje under Försäkringskassan (idet patienterne selv finansierer SEK 16 mia.).

Ifølge en opgørelse fra Försäkringskassan er udgifterne for så vidt angår tilskud til voksentandpleje fra staten stort set ikke steget siden 2009, når der korrigeres for pris- og lønudviklingen (Försäkringskassan 2017).

Med hensyn til private forsikringer, der kunne medfinansiere brugerbetalingsandelen, er de ikke så udbredte på tandplejeområdet i Sverige (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Dog har en nyere abonnementsordning, "Frisktandvård", som minder om en forsikringsordning mod tandplejeudgifter (Vårdguiden 1177 2016), vundet indpas. Ordningen indebærer, at borgeren indgår en kontrakt med en tandlæge i minimum 3 år. Aftalen skal som minimum dække undersøgelser, profylaktiske ydelser, tandrensninger, behandling af smertetilstande, fyldninger og enkelte kroner. Prisen eller præmien udregnes efter den enkelte patients risikoprofil. Abonnementsordningen ydes indtil videre kun i Folketandvården. En undersøgelse har vist, at patienter under abonnementsstandplejen fik foretaget flere forebyggende ydelser end andre patienter, hvor tandplejeydelserne betales pr. gang (Johansson 2009). I juni 2014 havde 600.000 personer en Frisktandvård-ordning (Widström et al. 2015).

2.4.2 Brugerbetaling og tilskudsmodeller

Retten til tilskud til tandpleje i Sverige er beskrevet af Försäkringskassan (Försäkringskassan 2018)

Tandpleje i landsting og regioner er gratis for børn indtil det år, de fylder 22. Derudover er der specielle tilskud til personer med sygdom eller handicap, der kan medføre forringet tandsundhed. Endelig kan ældre, der bor på plejehjem eller i eget hjem med hjemmepleje, få tilbudt gratis tandpleje. I 2008 var ca. 165.000 personer tilmeldt denne gratis tandpleje (Nihtilä 2010). Retten til og størrelsen på disse tilskud fastsættes af Socialstyrelsen (Regeringskansliet 2014).

Den ellers raske voksne befolkning får offentligt tilskud til tandpleje via Försäkringskassan og betaler en del af tandbehandlingen selv (ca. 75 % af den del af tandpleje, der ligger under Försäkringskassan). For størstedelen af tandplejen er der en socialforsikring, som giver tilskud ubetinget af, om patienten behandles hos offentlige eller private tandlæger.

Voksentandplejen har forskellige tilskudsordninger, der beskrives i det følgende.

Frem til 2008 skulle de voksne svenskere selv betale alle tandplejeudgifter op til et vist beløbsloft, og tandpleje over det fastsatte beløb blev fuldt finansieret via Försäkringskassan. Ordningen kaldes "högstkostnadsskyddat", og sikrer befolkningen mod at skulle betale meget høje tandplejeudgifter (se nedenfor).

Siden 2008 har alle svenske borgere desuden fået tildelt en "tandplejecheck" ("allmänt tandvårdsbidrag") betalt af det offentlige, som de kan bruge på tandlægebesøg. Denne check blev indført, fordi for mange udeblev fra de forebyggende regelmæssige tandundersøgelser, og brugerbetalingsloftet fik (noget af) skylden. Derfor så man et behov for at øge det økonomiske incitament til at gå til tandlæge mere regelmæssigt (Cortsen & Fredslund 2013, Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Tandplejechecken til de 30-64-årige blev pr. 15. april 2018 sat op fra SEK 150 til 300, og for de 20-29-årige og personer på 65 år og derover sat op fra SEK 300 til 600. For de ældre var aldersgrænsen indtil for nylig 75 år, men er altså blevet sat ned til 65 år. Checken er højere for de yngre henholdsvis de ældre grupper, da disse grupper traditionelt set har den laveste besøgsfrekvens (Sandberg 2017).

Tandplejechecken kan "gemmes" i 2 år, således at man får dækket et højere beløb, hvis man venter lidt med at gå til tandlæge. Desuden gives der hver sjette måned (fra 2013) et tilskud på SEK 600

til "hygiejneste" , fx til tandrensning til visse grupper (fx personer, der får medicin, som øger risikoen for at få mundtørhed).

Der findes desuden et særligt tilskud på SEK 600 pr. år til voksne med følgende diagnoser/lidelser (Försäkringskassan 2018):

- mundtørhed på grund af langvarig medicinbehandling
- mundtørhed på grund af strålebehandling i øre-, næse-, mund eller halsregionen
- Sjögrens syndrom
- kronisk obstruktiv lungesygdom eller er i behandling med oxygen eller ernæringsdrik
- cystisk fibrose
- ulcerøs colit
- Crohns sygdom
- tarmsvigt
- erosionskader på tænderne og anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesophageal reflux sygdom
- svær diabetes
- er i dialysebehandling
- er immunsupprimeret på grund af medicinsk behandling
- har gennemgået en organtransplantation.

Det såkaldte "högekostnadsskydd" blev indført i 1974 for at beskytte borgeren mod høje tandplejeudgifter (Cortsen & Fredslund 2013). "Högekostnadsskyddet" er ændret flere gange siden og senest i 2008.

"Högekostnadsskyddat" betyder, at svenskerne selv betaler de første SEK 3.000 uden yderligere tilskud end tandplejechecken. For udgifter mellem SEK 3.000 og 15.000 ydes et offentligt tilskud på 50 % af udgifterne, mens der for udgifter over SEK 15.000 ydes et tilskud på 85 % af udgiften (Försäkringskassan 2018). Fra 2010 til 2011 anvendte 25 % af den svenske befolkning tilstrækkeligt med tandplejeydelser til at få udbetalt tilskud under "högekostnadsskyddat" (Försäkringskassan 2012).

Det er vigtigt at bemærke, at beløbslofterne i Högekostnadsskyddet beregnes på basis af centralt fastsatte referencepriser for de enkelte tandplejeydelser. Selvom priserne på tandplejeydelser, jf. næste afsnit, i princippet er frie på det svenske marked, og borgeren selv frit kan vælge tandlæge, afgøres brugerbetalingens andelen således af referencepriserne (se næste afsnit om priser).

2.4.3 Aflønningsmodeller og priser

Folktandvården

Landstinget er ansvarlig for planlægning og omfang af børn og ungdomspleje og betaler til de offentlige og private leverandører af tandpleje for de børn og enkelte voksne, der er omfattet af tilskud fra landstinget. De offentligt ansatte tandlæger er lønnet ved overenskomstfastsat løn (Göransson 2018).

Når offentlige tandlæger i Folktandvården eventuelt udfører voksentandpleje (som tidligere nævnt), eller når en offentlig institution udfører tandpleje for en bestiller uden for sit geografiske område, baseres afregningen på omkostningsbaserede referencepriser for ydelsen (Sandberg 2017).

Markedspriser og referenceprissystem for voksentandplejen

På det svenske marked for tandplejeydelser er priserne frie, dvs. tandlægerne må opkræve, hvad de vil for deres ydelser. Men denne ret til fri prisfastsættelse påvirkes formentlig af, at det offentlige tilskud fra Försäkringskassan ydes efter nationalt fastsatte referencepriser, der bygger på de faktiske omkostninger ved behandlingen.

Referenceprissystemet blev i sin tid iværksat for at styre udgiftsudviklingen og udvikle konkurrence mellem tandlægerne, for at borgere og leverandører kan sammenligne priserne og prisudviklingen på tandplejeområdet, og for at alle behandlinger fra tandrensning til rodbehandling er lige økonomisk lukrative at udføre for tandlægerne (Nihtilä 2010).

Referencepriserne bruges til beregne patientens tilskud for den del af tandplejen, der ligger over Högskostnads-skyddat, jf. afsnittet ovenfor, men også til at beregne beløbslofterne i Högskostnads-skyddat.

Så selvom priserne på tandplejeydelser er frie på det svenske marked, og borgeren selv frit kan vælge tandlæge, afgøres brugerbetalingsandelen således af referencepriserne. Grænsen på SEK 3.000 er fx beregnet som summen af antallet af ydelser, som patienten har fået, multipliceret med referenceprisen for ydelsen.

Hvis borgeren vælger at anvende en tandlæge, hvis ydelser er dyrere end referencepriserne, betyder det altså alt andet lige, at brugerbetalingsloftet bliver højere for denne borger. Til gengæld ændres brugerbetalingsloftet ikke, hvis borgeren går til en tandlæge, hvis priser ligger under referencepriserne. Ligeledes afregnes tilskud over loftet med tandlægens priser, hvis de ligger under referencepriserne (Lindström 2018).

Siden reformen i 2008 er tandlægenes priser øget, men ikke mere end referencepriserne. Referencepriserne vurderes at have en styrende effekt, idet tandlægerne ændrer deres priser i henhold til ændringerne i referencepriserne. Dette betyder, at markedspriserne for tandplejeydelser i Sverige, der tidligere varierede meget, har udjævnet sig efter indførelsen af referenceprissystemet. Selvom ca. 40 % af borgerne fortsat møder priser på tandpleje, der ligger under referencepriserne, og ca. 25 % af borgerne møder priser, der ligger over referencepriserne, vurderes referenceprissystemet også at have en indirekte effekt på, hvor meget patienten selv skal betale for tandpleje (TLV- Tandvård- och Läkemedelsformannsverket 2014).

TLVs økonomer og tandlæger beregner og udarbejder referencepriserne, der revideres en gang om året. De valideres og diskuteres i samråd med arbejds- og referencegrupper bestående af fagspecialister. Disse grupper diskuterer ligeledes, hvilke ydelser der skal på listen, men det er TLV, der har den endelige beslutning om, hvilke ydelser der skal på listen. Denne beslutning kan træffes ud fra kriterier om omkostninger set i forhold til den forventede kliniske merværdi (tandsundhedsmæssige), men en decideret sundhedsøkonomisk evaluering foretages ikke. Listen er lang, men kosmetiske ydelser er ikke med på listen. Indtil i dag er listen kun blevet længere, idet ingen ydelser er fjernet (Lindström 2018).

Selve beregningen af referencepriserne er "omkostningsbaseret" efter en beregningsmodel, der oprindeligt stammer fra Socialdepartementet. I beregningen indgår alle bestanddele af ressourceforbruget hos en tandlæge (arbejds løn, materialeomkostninger og et tillæg for indirekte omkostninger til administration, husleje osv.). Selvom husleje/kapitelomkostninger formentlig varierer på tværs af landet, er tillægsprocenten den samme for hele landet (Lindström 2018).

Knap 200 forskellige tandplejeydelser er på prislister, og dataarbejdet ved prisberegningerne er således meget omfattende. Datagrundlaget til prisberegningen kommer fra forskellige kilder, fx spørgeskema, interview, prislister på materiale, tilkøbte data samt priser på tandpleje fra Folketandvården. Referencepriserne skal følge udviklingen i tandpleje og afspejle aktuelle omkostninger ved de bedste og mest omkostningseffektive metoder og materialer samt Socialstyrelsens anbefalinger for voksentandpleje. På de områder, hvor der ikke er retningslinjer, anvender TLV videnskabelige råd og fageksperters vurdering af, hvilket materiale/teknologier priserne skal beregnes ud fra (Lindström 2018).

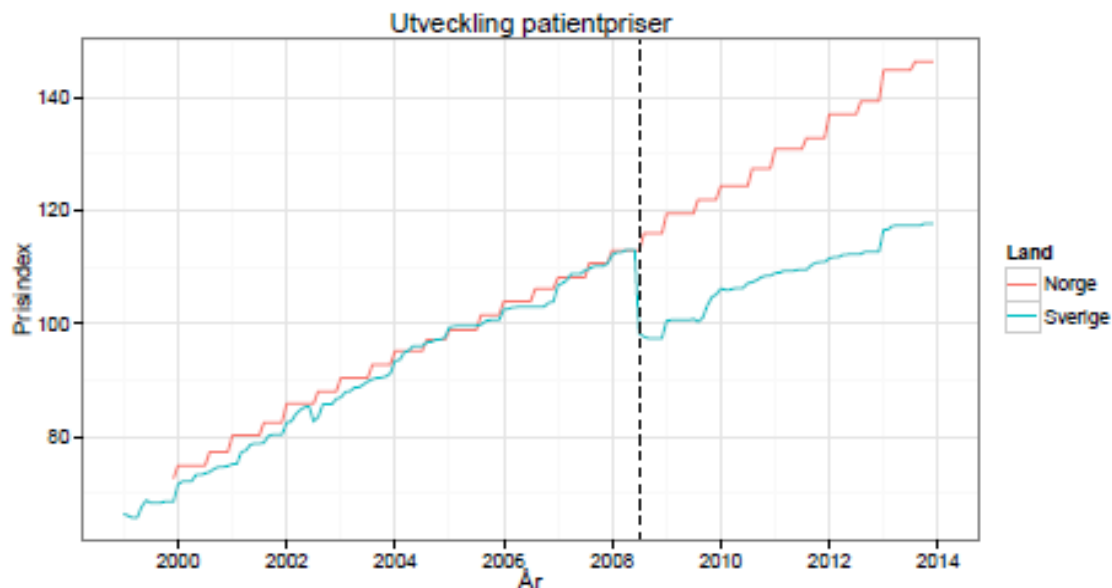
Priserne regnes om hvert år for at sikre, at de følger teknologiudviklingen (med hensyn til valg og priser på materiale, arbejdsgang- og metode og lønudvikling). Referencepriserne svarer til, hvad det i gennemsnit koster at gennemføre ydelsen i Sverige. Referencepriserne for 2018 og 2019 er offentliggjort på www.tlv.se (TLV- Tandvård- og Läkemedelsformannsverket).

TLV har desuden analyseret udviklingen i tandplejepriser i mellem 2002 og 2014, specielt for at undersøge, hvilken effekt reformen i 2008 havde haft på tandplejepriserne. I 2008 reformen blev det statslige tilskud til tandpleje øget markant gennem en sænkning af "høgstnadsskyddet" og indførelse af den førnævnte tandplejecheck.

TLVs analyse viser, at priserne gennemsnitligt steg med ca. 11 % efter 2008, men mest hos de tandlæger, der i forvejen havde de laveste priser, så reformen førte snarere til en udjævning af priserne (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) 2015). Der udtrykkes bekymring for, om det er referencepriserne, der har været med til at drive prisstigningerne, da det ser ud til, at tandlægerne tilpasser deres priser til referencepriserne, dvs. når referencepriserne stiger, så stiger markedspriserne også (Riksrevisionen 2012, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) 2015).

I tabel 2.1. ses en sammenligning fra samme rapport (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) 2015) af udviklingen i patientpriser – altså den pris, patienten selv skal betale i henholdsvis Norge og Sverige. Data kommer fra det harmoniserede forbrugerprisindeks for tandpleje fra EUROSTAT i perioden 2000-2014 med 2008 som indeks 100. Figuren viser et fald i patientpriserne i Sverige i perioden 2008-2014, mens Norge har fortsat stigningstaksten fra før 2008. Denne sammenligning antyder, at selvom tandlægenes priser er steget siden 2008, så er forbrugernes egenbetaling faldet – modsat i Norge, hvor forbrugernes egenbetaling er steget betydeligt.

Figur 2.1 Udvikling i patientpriser i Sverige og Norge 2000-2014



Kilde: Eurostat i (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) 2015)

2.4.4 Udgiftsstyring mv.

TLV følger op på lovgivningsændringer og deres udfald. Det er Försäkringskassan, der administrerer budgettet og rapporterer om eventuelle budgetoverskridelser til regeringen. Med hensyn til budget- og udgiftsmonitorering beretter TLV, at den samlede finansiering af Högkostnadsskyddat hidtil har ligget inden for eller endog under de budgetmæssige udmeldinger fra regeringen. I 2017 lå det dog lidt over budgettet.

2.5 Effekt

2.5.1 Forbrugsmønstre

Ifølge en international spørgeskemaundersøgelse havde 70 % af de voksne svenskerne i 2009 været til tandlæge inden for de sidste 12 måneder, og det tal lå relativt højt i international sammenhæng (TNS Opinion & Social 2010).

Ifølge svenske data (Försäkringskassan 2017) har 6 mio. eller ca. 80 % af svenskerne (børn såvel som voksne) besøgt tandlægen siden tandplejereformen i 2008. I 2017 havde 40 % af svenskerne i 2017 besøgt tandlægen med henblik på en basisundersøgelse, og i treårsperioden 2015-2017 havde 66 % af mændene og 73 % af kvinderne besøgt tandlægen med henblik på en basisundersøgelse (Socialstyrelsen 2018).

2.5.2 Adgang til tandpleje

Ifølge en international spørgeskemaundersøgelse fra 2009 (TNS Opinion & Social 2010) har de fleste borgere i Sverige (97 %) adgang til en tandlæge, hvis behovet opstår. En lidt mindre andel af borgerne (91 %) oplever at have adgang til en tandlæge inden for 30 minutter. Tages der højde for befolkningstætheden, som er lav i Sverige (24 personer pr. km²), er Sverige relativt god til at sikre en høj geografisk dækning af tandpleje blandt de europæiske lande (Bilde, Halling & Kiil 2018).

I Sverige oplevede 4,7 % af borgerne et udækket behov for tandpleje set over gennemsnit af besvarelser for 2011, 2012 og 2013 (Bilde, Halling & Kiil 2018). Dette tal er faldet ifølge den seneste opgørelse fra Eurostat til 3,5 % i 2016 (Eurostat 2018). Tallet er relativt højt i forhold til de øvrige lande i rapporten og overgås kun af Norge. Ligeledes er indkomstuligheden i forhold til udækkede behov for tandpleje relativt høj, dvs. grupper med lavere indkomst oplever i langt højere grad et udækket behov for tandpleje (Bilde, Halling & Kiil 2018). I 2009 opgav svenskerne, at de vigtigste grunde til ikke at besøge en tandlæge i Sverige i de seneste to år var, at respondenterne ingen tænder havde, at tandplejen var dyr, og respondenterne havde for travlt.

Siden 2009 er såvel antallet af personer på 20 år og derover, der hvert år går til tandlægen, ligesom det samlede antal patientbesøg pr. år steget, men ifølge Försäkringskassan er tallene ikke steget mere, end hvad man kan forvente i betragtning af, at befolkningsantallet også er steget (Försäkringskassan 2017).

Opdeler man på typen af tandplejebesøg, er der forskel på indkomstuligheden i Sverige. Dette betyder, at mens højindkomstgrupperne i højere grad end lavindkomstgrupperne benytter sig af forebyggende tandplejebesøg, benytter lavindkomstgrupper i højere grad operative/behandlende tandlægebesøg (Bilde, Halling & Kiil 2018).

Den seneste statistik om tandpleje fra Socialstyrelsen (2018) peger på, at der er en række forskelle befolkningsgrupper i mellem i forhold til besøgsfrekvens. For eksempel besøgte ca. 40 % af alle mænd på 22 år eller ældre og ca. 45 % af alle kvinder en tandlæge i 2017 med henblik på en basisundersøgelse, og når der ses på de sidste 3 år, er det 66 % og 73 % af kvinderne, der har besøgt tandlæge med henblik på en basisundersøgelse. Besøgsfrekvensen er desuden højere blandt ældre end blandt yngre og stiger med stigende uddannelsesniveau.

En evaluering fra Försäkringskassan (Försäkringskassan 2017) har set på anvendelsen af den årlige tandplejecheck (allmänt tandvårdsbidrag). Evalueringen viser, at mens ca. 69 % af svenskerne anvender den årlige tandplejecheck i perioden 2015-2016, er det 84 % af personerne med høj indkomst, der anvender den, og kun 48 % af personerne med lav indkomst. Ligeledes øges anvendelsen med højere uddannelsesniveau, og personer, der ikke er født i Sverige, anvender ligeledes checken mindre end personer, der er født i Sverige.

2.5.3 Tandsundhed

Tandsundheden i Sverige vurderes både af de centrale myndigheder (Socialstyrelsen 2018, Försäkringskassan 2017) og af internationale sammenligninger på området samt af interviewpersoner som relativt god i international sammenligning og den udvikler sig fortsat positivt. For eksempel har Sverige en høj andel af cariesfrie børn, og denne andel er øget over tid (Försäkringskassan 2017, Socialforskningsrapport).

I 2012 var den gennemsnitlige DMFT for 12-årige 0,76, og 65 % af de 12 årige var cariesfrie (World Health Organization 2012). I 2016 var den gennemsnitlige DMFT for 12-årige faldet til 0,69, og andelen af cariesfrie 12-årige steget til 68 % (Socialstyrelsen 2016). Andelen af voksne med alle deres naturlige tænder var 65 % i 2009 (TNS Opinion & Social 2010), og andelen af tandløse svenskere på 65 år eller derover var 13 % i 2009 (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). I 2016 var andelen af 65-74 årige med 20 eller flere tænder på 84,4 % (Socialstyrelsen 2016).

En ny statistik fra Socialstyrelsen (2018) har sammenlignet andelen for nogle tandsundhedsindikatorer for de 20-90-årige, der havde besøgt en tandlæge i henholdsvis 2009 og 2017. Statistikken viser, at antallet af ikke-intakte tænder blandt de 22-64-årige er faldet med 2,8 tænder (mediant), samtidig med at antallet af intakte tænder har ligget stabilt. Blandt de ældre 60-90-årige er antallet

af tilbageværende tænder øget med 1,5 mediant. Ligeledes er andelen af tandløse ældre faldet, således at ca. 60 % af de 80-89-årige har 20 eller flere tænder tilbage.

2.6 Fordele, ulemper og fremtidige reformer

Målet med svenskernes tilskudsordninger er at sikre, at de, der har størst behov for tandpleje, også er dem, der kommer til tandlæge – uanset indtægt. Begrundelsen for at indføre ”høgekostnadsskyddet” i sin tid var da også at sikre mod for høje tandplejeudgifter, således at de, der havde et stort reparationsbehov, også havde råd til at blive behandlet.

Der er dog stadig personer, for hvem det er for dyrt at betale for tandpleje op til de SEK 3.000, hvorfra høgekostnadsskyddet dækker. Derfor kan det medføre, at man venter med at gå til tandlæge, til de nødvendige behandlinger overstiger SEK 3.000, eller man eventuelt samler forskellige behandlinger, så de ligger inden for det samme kalenderår (Riksrevisionen 2012).

I sin tid indførte man tandplejechecken, der giver tilskud til tandundersøgelser, som tilskyndelse til at gå oftere til tandlæge, da der under de første versioner af høgekostnadsskyddet var tendens til, at man ventede med at gå til tandlæge, til det var absolut nødvendigt. Denne tandplejecheck er så blevet fordoblet i år i håb om at få flere til at gå regelmæssigt. Det viser sig dog, at anvendelsen af checken er lavere blandt lavindkomstgrupper, personer med kort uddannelse eller med udenlandsk herkomst, og det bekymrer svenskerne, da disse grupper også har dårligste tandsundhed og størst reparationsbehov, hvis de ikke får forebygget tandsygdommene (Försäkringskassan 2017).

Sverige har trods indførelsen af tandplejechecken således et system, som er rettet mod beskyttelse mod høje udgifter til tandpleje, og som ikke traditionelt set har samme fokus på forebyggende behandlinger som fx i Danmark. Försäkringskassan fandt i 2012, at sandsynligheden for at gå til tandlæge er lavest for de grupper, der har dårligst tandsundhed, selv når der tages højde for diverse socioøkonomiske faktorer (Försäkringskassan 2012). Resultaterne fra denne undersøgelse indikerer altså, at brugerbetalingsofløftet (høgekostnadsskyddet) kun når personer med stort tandplejebæhov i begrænset omfang, og det strider imod et af de grundlæggende principper i det svenske brugerbetalingssystem.

For nylig har man som nævnt på grund af en lavere tandlægebesøgsfrekvens blandt ældre og blandt unge, der lige havde forladt Folktandvården, ændret aldersgrænserne på tilskud til tandpleje. Dels er tandplejechecken blevet fordoblet, dels er aldersgruppen for den forhøjede tandplejecheck på SEK 600 blevet sænket til 65 år mod tidligere 75 år.

Ligeledes har man som nævnt ændret adgangen til gratis tandpleje for den yngre del af befolkningen. Hvor grænsen var det fyldte 19. år i 2016, var den 21 år i 2017 og 22 år i 2018. I 2019 vil alle børn og unge indtil det 23. år have ret til gratis tandpleje.

Denne sænkning af aldersgrænserne for gratis tandpleje sker ud fra en målsætning om, at den gode tandsundhed blandt børn og unge gerne skulle kunne bibeholdes ind i voksenlivet. Svenskerne erkender nemlig, at unge ofte ikke prioriterer tandpleje, når de selv skal til at betale – og derfor ikke kommer til tandlæge (Sandberg 2017).

For nylig er en evaluering af tandplejen i Sverige i gangsat af Sveriges socialminister. Evalueringens målsætning er at undersøge, hvordan det svenske tandplejesystem kan blive mere lige med hensyn til adgang til tandpleje og i tandsundhed og blive mere omkostningseffektivt. Projektet skal gennemgå tandplejens principper for prisfastsættelse, tilskudssystem og styringselementer i løbet af de næste 3 år (Tandläkartidningen 2018).

3 Norge

3.1 Faktaboks Norge

Faktaboks 2: Norge

Norges indbyggertal er 5,238 mio., hvoraf 18 % er 0-14 år, 66 % er 15-64 år, og 17 % er 65 år eller derover. Norge har den laveste befolkningstæthed i sammenligningen på kun 15 personer pr. km².

Norge har det højeste købekraftsjusterede BNP pr. indbygger på 60.978 US\$ (Verdensbanken 2016) blandt de fem lande.

Norge har flest aktive tandlæger (101) pr. 100.000 indbyggere i sammenligningen (OECD 2016). Dertil kommer 14 tandplejere og 18 kliniske tandteknikere pr. 100.000 borgere (2014) (Kravitz, Bullock & Cowde, 2015).

Norge anvender hvert år ca. NOK 16 mia. på tandpleje (2015), svarende til 0,5 % af BNP eller 5,2 % af de samlede årlige sundhedsudgifter. Hovedparten, 70 %, af de samlede udgifter til tandpleje finansieres ved brugerbetaling (OECD 2016 og Helsedirektoratet 2015).

Norges tandsundhed er god i international sammenligning. Dog ligger DMFT-indekset for 12-årige lidt højere og andelen af cariesfri 12-årige lidt lavere end de øvrige lande.

3.2 Baggrund

Det norske sundhedssystem er et universelt sundhedsvæsen med adgang for alle borgere. Sundhedsvæsenet er hovedsageligt offentligt finansieret via skattebetaling, og finansieringen er organiseret i et obligatorisk nationalt forsikringsystem, "Folketrygden". Sygehusbehandling er som udgangspunkt gratis, hvorimod patienter i primær praksis selv skal betale en tredjedel af udgifterne til deres lægebesøg (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). I 2011 var ca. 84 % af sundhedsudgifterne offentligt finansierede, og de resterende 16 % var privatfinansierede (Welling Hansen, Houlberg 2012).

Der er brugerbetaling på konsultationer i almen praksis, hos speciallæger, hos tandlæger og ved ambulans behandling. Voksentandplejen i Norge er fx næsten fuldt finansieret ved brugerbetaling (se nedenfor).

I tandplejeloven fra 1984 fik fylkeskommunerne ansvaret for hele den offentlige tandpleje, og flere vanskeligt stillede grupper blev dækket af offentlige tilskud. Nogle grupper blev endog omfattet af vederlagsfri tandpleje, mens andre af fylkeskommunernes prioriterede grupper kunne nøjes med en mindre brugerbetaling (Statens forvaltningstjeneste 2005). Det er de samme grupper, som er dækket i dag. Mulighederne for tilskud er derudover blevet udvidet gradvist siden, og tandlægerne har fået større ansvar. For eksempel fik patienter med mistede fortænder og små kindtænder (præmolarrer) på grund af marginal parodontitis ret til offentligt tilskud til rehabilitering i 2002 (Cortsen & Fredslund 2013).

Den enkelte tandlæge har fået ansvaret for at vurdere, om en patient har ret til offentligt tilskud, og at behandlingen holdes inden for de lovgivningsmæssige rammer. Her kan tandlægerne i fremtiden læne sig op af nationale kliniske retningslinjer, som er udarbejdet af Helsedirektoratet i 2011.

3.3 Organisering og struktur

3.3.1 Lovgivning og andre regulatoriske forhold

I "Lov om Tannhelsetjenesten" fra 1984, står der, at fylkerne ("amtskommunerne") har ansvaret for at fremme tandsundheden i befolkningen og sørge for nødvendig forebyggelse og behandling samt for at sprede information og øge interessen for, hvad den enkelte selv og det offentlige kan gøre for at fremme tandsundheden (Tannhelsetjenesteloven 1984).

Tandplejeloven beskriver, at de fylkeskommunerne (18 pr. 1. januar 2018) har det overordnede ansvar for at planlægge og organisere tandplejen, så den kan opfylde kravene i lovgivningen (Tannhelsetjenesteloven 1984). Med hensyn til forebyggelse findes der en national vejleder for forebyggelse inden tandsundhed, og en national faglig retningslinje for tandplejeordninger til børn og unge under 20 år er under udarbejdelse (Rødseth Siri 2018). Fylkerne har altså såvel det overordnede ansvar for, at der er et tilbud om tandpleje til hele befolkningen i deres område, og specifikt ansvaret for at tilbyde tandpleje til de grupper, der er beskrevet i lovgivningen: 0-18-årige børn, psykisk udviklingshæmmede, ældre og langtidssyge samt til 19-20-årige unge.

Reguleringen af tilskud bliver fastsat af Helse- og Omsorgsdepartementet gennem Loven om Social Forsikring (Folketrykloven 1997).

3.3.2 Myndighedsansvar

I Norge vedtager Stortinget lovene. Helse- og Omsorgsdepartementet laver lovene på sundhedsområdet, mens Helsedirektoratet er en udøvende instans.

Statens Helsetilsyn fører tilsyn med sundhedspersoner, herunder tandlæger og tandplejere.

De 18 fylker har som nævnt ansvaret for, at der er tilgængelig tandpleje i Norge, samt for at udføre den del af tandplejen, der er offentlig. Selvom fylkerne har det overordnede ansvar for, at der findes tandplejetilbud i deres geografiske område – også til voksne, har de ingen kontrol med etableringen af privatpraktiserende tandlægepraksisser, der hovedsageligt udfører voksentandpleje (Rødseth Siri 2018).

Den nationale sundhedsforsikring (Folketrygden) bliver administreret af NAV, Norsk Arbejds- og Velfærdsforvaltning, som blev etableret i juni 2006.

3.3.3 Leverandører af tandpleje

Norge har 101 aktive tandlæger pr. 100.000 borgere og 135 registrerede tandlæger pr. 100.000 borgere (OECD 2016).

Fylkernes tandpleje til børn, unge og psykisk udviklingshæmmede og ældre- og langtidssyge udføres hovedsageligt af den offentlige tandpleje i fylkerne og af offentligt ansatte tandlæger, men kan også udføres af privatpraktiserende tandlæger, der har en aftale med den offentlige tandsundheds-tjeneste (Rødseth 2018).

Voksentandplejen udføres for langt hovedpartens vedkommende (lige over 90 %) af privatpraktiserende tandlæger, mens offentligt ansatte tandlæger i fylkerne udfører lige under 10 % af aktiviteten fx i de geografiske områder, hvor der ikke findes privatpraktiserende tandlæger.

Ca. tre fjerdedele af de norske tandlæger er privatpraktiserende/privatansatte og en fjerdedel offentligt ansatte. Der er fri etableringsret til virksomheder, der ønsker at tilbyde tandpleje til voksne, og

fri prissætning på ydelserne. Dog har den privatpraktiserende tandlæge pligt til at informere åbent om sine priser. Der er en stigende tendens til, at en tandlæge "lejer en stol hos praksis", samtidig med at der ses en udvikling hen imod større privatpraktiserende enheder og en tendens til overetablering i de større byer. For de offentlige stillingers vedkommende er der generelt mange ansøgere til dem – også i udkantsområderne (Rødseth 2018).

3.4 Finansiering og økonomiske styringsmodeller

3.4.1 Finansiering af tandplejen

Ifølge OECD Health Data udgjorde Norges sundhedsudgifter i 2016 ca. 10,5 % af BNP, og tandplejeudgifterne samme år ca. 0,5 % af BNP. De offentligt finansierede tandplejeudgifter udgjorde i 2016 1,5 % af de samlede sundhedsudgifter i Norge, og private udgifter til tandpleje udgjorde 3,7 % af de samlede sundhedsudgifter (OECD 2016).

Af Tabel 3.1 fremgår de samlede tandplejeudgifter i Norge for 2015. Det fremgår, at de samlede udgifter beløb sig til NOK 16,4 mia. Heraf var NOK 11,5 mia. (70 % af de samlede udgifter) egenbetaling fra borgerne.

Tabel 3.1 Finansiering af tandplejen i Norge 2015, NOK

Finansiering af tandplejen i Norge i 2015, offentligt tilskud og egenbetaling		NOK
Offentligt tilskud	Børnetandpleje mv.*	NOK 2,3 mia.
	Refusion til personer med specielle diagnoser (15 grupper)	NOK 2,3 mia.
	Refusion til fængselsindsatte og asylansøgere	NOK 0,2 mia.
	Refusion til personer med dårlig økonomi (fra socialkontorerne)	NOK 0,1 mia.
I alt offentligt tilskud		NOK 4,9 mia.
Egenbetaling		NOK 11,5 mia.
I alt forbrug 2015		NOK 16,4 mia.

Note: * Fylkekommunernes bruttoudgifter var på NOK 3,3 mia. i 2015, heraf var ca. NOK 1 mia. egenbetalinger fra voksentandpleje, hvorfor fylkekommunernes nettoudgifter ligger på ca. NOK 2,3 mia. Brugerbetalingsandelen er beregnet herfra.

Kilde: Tal fra Helsedirektoratet (2015) i Bilde et al. (2018).

3.4.2 Brugerbetaling og tilskudsmodeller

Der ydes fuldt eller delvist offentligt tilskud til (offentlig) tandplejebehandling til følgende grupper i Norge (Bilde, Halling & Kiil 2018):

- Børn og unge indtil 18 år. Tandregulering er imidlertid ikke omfattet af den offentlige dækning. Der gives dog tilskud til tandregulering for de mere alvorlige bidanomali'er efter en trinmodel. De fleste reguleringstandlæger er privatpraktiserende, og deres priser er ikke regulerede. Derfor er der varierende brugerbetaling på regulering.
- Psykisk handicappede.
- Grupper af ældre og patienter, som modtager langvarig sundhedspleje enten på institutioner eller i hjemmet.
- Unge mellem 19 og 20 år, der selv må betale 25 % af den honorartakst, der er fastsat af Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Andre grupper, som fylkekommunerne vælger at prioritere, bl.a. fængslede personer og stof- eller alkoholmisbrugere i et rehabiliteringsprogram.

Med hensyn til voksentandpleje gives der ikke offentligt tilskud til voksentandpleje, så de voksne borgere betaler hovedsageligt selv for deres tandpleje.

Dog kan voksne personer med 15 specielle lidelser (skitseret i boksen nedenfor), der kan resultere i høje tandlægeudgifter, modtage offentligt tilskud til tandpleje. Det er kun de ydelser, som er beskrevet i lovgivningen i referencesystemet, der giver ret til tilskud. I 2014 blev der udbetalt NOK 2,3 mia. til personer med de 15 diagnoser, svarende til 46 % af de samlede offentlige udgifter til tandpleje i Norge, jf. Tabel 3.1.

Diagnosegrupper, der kan få tilskud til tandpleje (oversat fra www.helsenorge.dk)

1. Sjælden medicinsk tilstand (her er der en positivliste over, hvilke sjældne tilstande det drejer sig om)
2. Læbe-gane-spalte
3. Svulster i mundhule, tilgrænsende væv eller i hovedregionen i øvrigt
4. Infektionsforebyggende tandbehandling ved særlige medicinske tilstande
5. Sygdomme og anomalier i mund og kæbe (tand- og kæbekirurgisk behandling)
6. Parodontitis (tandkødssygdom)
7. Tandudviklingsforstyrrelser (medfødte tilstande)
8. Bidanomalier
9. Patologisk tab af tandsubstans ved attrition eller erosion (fx syreskader)
10. Hyposalivation (mundtørhed)
11. Allergiske reaktioner mod tandrestaureringsmaterialer (i mundhule eller på hud)
12. Tandskade ved (godkendt) erhvervsskade
13. Tandskade ved fritidsulykke
14. Stærkt nedsat evne til egenomsorg hos personer med varig sygdom eller nedsat funktionsevne (der har været mindst et år og har forårsaget nedsat tandsundhed)
15. Helt eller delvist tab af tænder, uden tænder i underkæben (og som ikke kan bruge løstsiddende protese)

Der opereres i henhold til loven med tre takstkomponenter: honorartakst, refusionstakst og brugerbetaling (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

I de tilfælde, hvor patienten er fritaget fra brugerbetaling, dvs. får gratis behandling i offentligt regi, vil det offentlige tilskud svare til *honorartaksten*, således at en ydelsespris, der ligger over honorartaksten, må finansieres af patienten selv.

Refusionstaksten er derimod det beløb, der refunderes, hvis patienten skal betale en andel selv.

Det er en forudsætning for det offentlige tilskud, at borgeren har den tilstand eller sygdom, der angives i denne lov (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Et referencesystem beskriver de tilskudsberettigede ydelser og størrelsen af tilskuddene. Nogle tandplejeydelser er omfattet af et brugerbetalingsloft (NOK 2.620 i 2012). Det gælder fx kirurgiske operationer, parodontal behandling og behandling af orale blødvævssygdomme (Cortsen & Fredslund 2013, Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). For netop disse behandlinger er der en beskyttelse mod høje udgifter for patienterne.

For familier med mere end ét barn med behov for tandregulering findes også yderligere tilskud.

Derudover kan personer med meget lav indkomst søge om finansiel støtte fra det offentlige (Nihtilä 2010).

3.4.3 Aflønningsmodeller og priser

Den offentlige tandpleje i fylkerne finansieres ved statsligt bloktilskud. Fylkerne forvalter tilskuddet selv, og fylketandplejen er i budgetmæssig "konkurrence" med fx skoler og veje, der også skal dækkes af budgettet fra staten. Fylketandplejen er rammefinansieret med et årligt budget, der skal gå til at dække udgifterne (Blich 2017).

På det private tandplejemarked har priserne været helt frie siden 1995. Dog skal priserne være tilgængelige for kunderne. www.hvakostertannlegen.no er en hjemmeside, der er oprettet af Helse- direktoratet for at gøre det lettere at sammenligne priserne tandlægepraksisser i mellem.

For den del af den privatudførte tandpleje, der er forbundet med offentligt tilskud (fx behandling for de 15 diagnoser i voksentandplejen), anvendes som nævnt et pris-referencesystem til beregning af tilskuddet til patienten med takster, der besluttet i Helse- og Omsorgsdepartementet. Tandlægerne kan i princippet tage den pris, de vil, men hvis de tager mere end honorartaksten eller refusionstaksten, skal patienten betale forskellen. I realiteten er der en vis egenbetaling fra brugerne også for behandling af patienter med disse diagnoser.

Det er frivilligt, om tandlægerne ønsker at få refusion direkte fra Folketrygden, eller om de vil have hele beløbet fra patienter, som derefter skal søge om tilskud. De fleste tandlæger vælger den første løsning (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Det er tandlægenes opgave at informere patienten med de pågældende diagnoser, om at de har ret til tilskud. Helse- og Omsorgsdepartementet fører tilsyn med udbetalingerne til tandlægerne i form af stikprøvekontrol, og tandlægen skal dokumentere i journalen, at der er tale om den pågældende diagnose.

Offentligt ansatte tandlæger kan dog også behandle voksne patienter, der ikke tilhører de nævnte diagnosegrupper eller de fem grupper under Tannhelsetjenesteloven, hvis de har ledig kapacitet. De estimeres, at 10 % af den norske befolkning, som ikke hører ind under ovennævnte grupper, fik behandling i den offentlige sektor i 2012. Disse 10 % skal stadig selv betale for tandplejen, selvom den foregår i offentligt regi. Fylkerne er interesseret i også at behandle voksne, der jo har et større behandlingsbehov end børn, så de derfor kan forbedre muligheden for at opbygge erfaring med behandling og diagnostik. Priserne for behandlingen (taksterne) bestemmes af fylkerne selv (Rødseth 2018).

3.5 Effekt

3.5.1 Forbrugsmønstre

Der findes meget lidt forbrugsdata på voksentandplejeområdet i Norge, da sektoren næsten er privat, og der ikke er rapporteringspligt til myndighederne.

En repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt 5.422 respondenter (Grytten, Skau & Holst 2014) fandt, at 88 % af voksenbefolkningen havde været til tandlæge i de sidste to år, og 77 % havde været til tandlæge det sidste år. Dog var det fordelt således, at de yngre gik mindre til tandlæge end de ældre befolkningsgrupper, og når de gik til tandlæge, var besøget forbundet med en

lavere regning end for de ældre. Undersøgelsen peger på, at nordmændene generelt er tilfredse med deres voksentandpleje, og hovedparten af adspurgte finder ikke, at udgifterne (som de med få undtagelser selv skal betale) er for høje. I (Grytten, Skau & Holst 2014) havde personer, som havde besøgt tandlægen, i gennemsnit brugt NOK 3.237 det sidste år, 65 % af befolkningen havde udgifter under NOK 2000, 85,4 % under NOK 5000, mens 5.5 % havde udgifter over NOK 10.000.

3.5.2 Adgang til tandpleje

Ifølge Eurobarometer (TNS Opinion & Social 2010) oplevede 5,3 % af den norske befolkning i 2009 at have et udækket behov for tandpleje. Dette tal er ifølge Eurostats nyeste opgørelse faldet til 3,6 % i 2016 (Eurostat 2018), men det er stadig den højeste andel for udækkede behov blandt de fem lande i rapporten. Ud over at der er en høj brugerbetaling på voksentandplejen, der kan være en barriere for personer, som ikke har råd, kan en forklaring på et udækket behov for tandpleje være, at Norges befolkningstæthed er meget lav, og at de privatpraktiserende tandlæger har en tendens til at vælge at etablere sig i byerne frem for i udkantsområderne, hvorfor nogle personer i Norge kan have langt til tandlæge.

3.5.3 Tandsundhed

Generelt er tandsundheden i Norge relativt god i international sammenligning og bliver fortsat bedre. Norge ligger dog højest, hvad angår DMFT hos 12-årige end øvrige lande i denne rapport med et DMFT på 0,9 i 2017 (Statistisk Sentralbyrå 2018) mod 0,69 i Sverige, 0,7 i Nederlandene, 0,8 i England og 0,5 i Tyskland. Norges andel af cariesfrie 12-årige er 60 %, hvilket er lavere end i de øvrige lande.

Den relativt højere DMFT for de 12 årige børn forklares med, at opgørelsen kun er baseret på 75 % af de norske børn. Hyppigheden af indkaldelser af børn bestemmes af risikoen for tandsygdom. Derfor har de resterende 25 %, der ikke indkaldes, generelt bedre tandsundhed end de, der er blevet indkaldt, hvorfor indikatoren bliver højere, end den ret beset burde være (Rødseth 2018).

Interviewpersonen bemærker derudover, at tandstatus hos de 18-årige er bedre end nogensinde, idet kun 8,9 % af de 18-årige har flere end 9 tænder med fyldninger, og derudover viser en undersøgelse, at andelen af tandløse personer (13 %) er blandt de laveste i blandt de lande, der belyses i rapporten (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Norge har den laveste andel af personer på år eller derover uden tænder overhovedet (13 % i 2009), og andelen af tandløse 65-74-årige var på 4,6 % i 2012. Ligeledes havde 69,6 % af de 65-74-årige 20 eller flere tænder tilbage (2012) (Statistisk Sentralbyrå 2013). Derved kan tandsundheden vurderes at være relativt god i forhold til andre lande.

3.6 Fordele, ulemper og fremtidige reformer

Alt i alt betaler størstedelen af den norske voksenbefolkning selv udgifterne til deres tandpleje uden nogen form for offentligt tilskud (med undtagelse af personer, der har de ovenfor nævnte 15 diagnoser eller har ret til tilskud i henhold til Tannhelsetjenesteloven). På trods af dette går næsten 80 % af befolkningen til tandlæge inden for 1 år og næsten 90 % inden for 2 år (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014, Grytten, Skau & Holst 2014).

Ca. 10 % af voksenbefolkningen benytter sig imidlertid ikke af tandplejen. Dette kan tilskrives manglende økonomi til at gå til tandlæge eller frygt for det, men der kan også være andre årsager, fx social udsathed. Derudover har unge, der forlader børnetandplejen, en tendens til at gå mindre hyppigt til tandlæge end de øvrige grupper (Grytten, Skau & Holst 2014). Derfor overvejes det at

udvide børnetandplejen i Norge med helt eller delvist offentlig dækning til det fyldte 25. år (Blich 2017).

De sociale tilskudsordninger, som dækker behandlingsudgifterne for personer med meget lav indkomst, udføres på amtskommuneniveau, og der er betydelig variation i amtskommunernes forvaltning heraf (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Privatpraktiserende tandlæger opererer på markedsvilkår med fri prisfastsættelse og med ret til frit at starte praksis. Tandlægenes priser er ofte højere end de priser, der er fastsat af det offentlige i forbindelse med refusionssystemet. Siden 1995 er priserne på tandplejeydelser i privat regi øget med ca. 100 % over forbrugspriserne (Blich 2017). Det samme gælder udviklingen i forbrugerpriserne på tandpleje i Norge, altså den pris, patienten selv betaler hos tandlægen. Norge er det land blandt de fem, der siden 2000 har haft den største stigning blandt de fem lande, jf. kapitel 7 og i sammenligning med Sverige i kapitel 2. Ud over at øge patienternes brugerbetaling har prisstigningerne samtidig været med til at skabe variation i, hvor meget en patient kommer til at betale selv, da der er variation i priserne mellem tandlæger ((Nihtilä 2010). Da tilgangen af tandlæger i Norge er god, og da øgede priser kan have en effekt på, hvor ofte den enkelte går til tandlæge, forventes det, at prisudviklingen vil stagnere fremover (Blich 2017).

De privatpraktiserende tandlæger konkurrerer også på prisen på andre tandplejeydelser, fx på æstetiske ydelser, der udbydes i stigende grad. Dette anses ikke umiddelbart at være godt for faget, da der anvendes ressourcer på at uddanne tandlæger til at udføre tandplejeydelser, der sigter mod en bedre tandsundhed, og man risikerer, at der sker en kompetenceforskydning hen imod helt andre ydelser end dem, der tandplejen er sat i verden for (Rødseth 2018).

Med det offentlige tilskud i voksentandplejen viser en rapport fra Statistisk Sentralbyrå, at der er en stigning i de offentlige udgifter til tandbehandling af personer med de 15 tilskudsberettigede diagnoser. I perioden 2007-2014 steg de offentlige udgifter til tandbehandling for de 15 diagnoser med ca. 15 % om året, mens stigningen mellem 2014-2015 var på 7,2 % og mellem 2014-2016 kun på 0,5 %. Det er især periodontitisbehandling, der står for stigningerne i udgifterne. I 2016 udgjorde behandling af periodontitis 35 % af det samlede tilskud til de 15 diagnoser. Samtidig er der sket en stigning i antallet af personer, der får tilskud til behandling af de 15 diagnoser, og i 2016 var det 12,07 % af befolkningen der fik tilskud til mindst én af diagnoserne, og 5,72 % af befolkningen der fik tilskud til periodontitisbehandling (Ekornrud, Skjøstad & Texmon 2017). Samtidig er der også stor regional variation i antallet af behandlinger pr. borger for de pågældende diagnoser, og tilskudsmyndighederne (Folketrygden) udtrykker bekymring for, om det offentlige tilskud kan give tandlægerne incitament til overbehandling eller "kreativitet" i forhold til betalingen.

Grytten (Grytten 2010, Grytten, Skau & Holst 2014) påpeger, at brugerbetaling til voksentandpleje ikke er et stort problem, hvis udgifterne er forudsigelige, men at de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling bør håndteres, ligesom det bør sikres, at det offentlige tilskud går til dem, der har størst behov for tandpleje.

Trods brugerbetaling har der været en voldsom vækst i de offentlige udgifter til behandling af de patientgrupper, der jf. ovenstående afsnit har ret til offentligt tilskud i perioden. Det problematiseres, at de privatpraktiserende tandlæger, der aflønnes af brugerne selv, ikke har noget populationsansvar og i princippet kan vælge patienter til og fra. En mulighed, der bliver nævnt, er, at man giver de enkelte tandlæger et begrænset populationsansvar, fx for personer på 67 år og derover (der har størst behov for tandpleje), og et budget for det offentlige tilskud (Blich 2017), men det er ikke et forslag, som myndighederne konkret arbejder med p.t. (Rødseth 2018).

Den norske regering har besluttet at reducere de 18 fylkeskommuner til 10 regioner og reducere de nuværende 428 kommuner til lidt under 380 kommuner (Blich 2017, Widström et al. 2015). Samtidig diskuteres det, om den offentlige tandpleje skal overgå fra fylkerne til kommunerne, der også står for anden primær sundhedstjeneste i Norge. Flere interessenter har givet udtryk for, at selvom tandplejen dermed bliver en del af den primære sundhedstjeneste og "kommer nærmere på borgeren", så frygter de samtidig en endnu større variation i tilbuddet af tandplejeydelser end hidtil, hvis det bliver gennemført.

4 England

4.1 Faktaboks England

Faktaboks 3: England

England har ca. 53 mio. indbyggere (mod 68. mio. i hele UK). England har en høj befolkningstæthed – kun overgået af Nederlandene blandt de fem lande – på 427 personer pr. km² (hele UK har 274 personer pr. km²).

England har et BNP på 50.566 i løbende US\$ pr. indbygger (Verdensbanken 2016) og UK et købekraftjusterede BNP på 43.877 US\$ pr. indbygger. Dette er det laveste blandt de fem lande, men det gælder for hele UK, og ikke kun England, hvis købekraftjusterede BNP pr. indbygger må formodes at ligge lidt højere.

Der anvendes £ 185 mio. på sundhedsvæsenet i 2015, hvilket var en stigning på 4,2 % i sammenligning med året før (National Health Services 2017).

UK anvender 9,9 % af BNP på sundhedsudgifter, og 0,5 % af BNP blev anvendt på tandpleje. Det har ikke været muligt at finde tal for England alene (OECD 2016).

Der anvendes i England ca. £ 5,5 på tandpleje om året i England, og heraf er en stigende andel finansieret af egenbetaling (National Health Services 2017).

UK har færrest aktive tandlæger pr. indbygger, da 53 tandlæger skal betjene 100.000 indbyggere (OECD 2016). Desuden har UK 10 tandplejere og 10 tandteknikere på 100.000 indbyggere (2014-tal EU manual 2015).

Tandsundheden i England er ikke lige så god som i de øvrige lande (Bilde, Halling & Kiil 2018). Det understøttes af, at en relativt stor andel (ca. 36 %) af 65-årige eller ældre briter har mistet alle naturlige tænder, og at relativt mange børn har carieserfaring.

4.2 Baggrund

Det engelske sundhedsvæsen er et nationalt, offentligt og universelt sundhedsvæsen, der er styret og organiseret under NHS (National Health Service). NHS er delt op i 10 regionale enheder (Local Health Authorities eller "trusts"), der fører tilsyn på sundhedsområdet.

Langt størstedelen af sundhedsvæsenet (ca. 95 %) er finansieret via skatteopkrævning. Cirka 84 % af udgifterne til sundhedsvæsenet er offentligt finansieret og 16 % privatfinansieret, mens brugerbetaling udgør ca. 11 % af de samlede sundhedsudgifter (Boyle 2011).

Tandplejeydelser dækkes kun delvist (eller slet ikke) af NHS og er således forbundet med brugerbetaling. Visse befolkningsgrupper er dog fritaget for brugerbetaling, og der findes en lavindkomstordning, hvor brugerbetalingen justeres til borgerens økonomiske formåen (Boyle 2011). På tandplejeområdet er der dog langt mere brugerbetaling end i resten af sundhedsvæsenet.

Den engelske tandpleje blev grundlagt lige efter 2. verdenskrig (1948) med henblik på at forbedre befolkningens tandsundhed. NHS' målsætning med tandplejen var såvel dengang som i dag at give befolkningen lige adgang til – og lighed i – tandpleje samt at udbyde tandpleje, der vedligeholder befolkningens tandsundhed (Eaton 2018, Cylus et al. 2015). I 2006 blev tandplejens organisering

og finansiering reformeret, og igen i 2012 er systemet blevet ændret ved lov, og nye finansieringsformer og modeller for kvalitetsstyring i tandplejen er under afprøvning hos en række lokale sundhedsmyndigheder ("trusts").

4.3 Organisering og struktur

4.3.1 Lovgivning og myndighedsansvar

Lovgivningen og finansieringsrammen for sundhedsvæsenet vedtages af det engelske parlament, mens Department of Health og Secretary of State for Health er overordnet ansvarlige for sundhedsvæsenet (Boyle 2011). Med en lov, Health and Social Care Act fra 2012, blev en række vigtige funktioner i 2012 imidlertid overført fra Department of Health til NHS (National Health Services). Blandt andet fik NHS nu det overordnede ansvar for budget og budgetkontrol samt monitorering af – og tilsyn med – de lokale bestillere af sundhedsydelser, kaldet Clinical Commissioning Groups (CCGs) (Cylus et al. 2015).

På tandplejeområdet er der 13 lokale CCG'er, som NHS har tilsyn med og allokere tandplejebudget til. CCG'erne indgår kontrakter med privatpraktiserende tandlæger omkring levering af tandpleje til deres lokalbefolkninger.

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) laver retningslinjer for anvendelsen af klinisk effektive behandlinger og vurderer nye sundhedsteknologiers effektivitet og omkostningseffektivitet – også på tandplejeområdet. For eksempel har NICE tidligere lavet retningslinjer for indkaldeintervaller for tandplejen samt for behandling af visdomstænder (Eaton 2018).

The Care Quality Commission (CQC) har ansvaret for patientsikkerhed og kvalitet og gennemfører derfor registrering og monitorering af tandlægenes ydelseskvalitet. The Chief Dental Officer er den øverste ledende person for ansatte i tandplejen og den øverste rådgivende myndighed i spørgsmål om tandplejepolitik og tandsundhed i England (Bilde, Halling & Kiil 2018).

Hvis en patientklage over fejl eller kvalitetsmangler i tandplejen ikke løses direkte af den tandsundhedsprofessionelle, kan patienten klage til en myndighed – the General Dental Council (GDC), der er det regulerende organ for tandlæger og andre tandsundhedsprofessionelle. GDC har lister over tandlæger og alle andre tandsundhedsprofessionelle, der har ret til at praktisere i UK. GDC fører også tilsyn med tandlægehøjskoler. Tandlæger betaler ca. € 1.000 om året til GDC og finansierer derved GDCs virke. En klage over en tandlæge bliver indledningsvis undersøgt af en gruppe af administratorer, tandsundhedsprofessionelle og muligvis en advokat. Hvis klagen bliver afvist, og patienten ønsker at gå videre med sagen, kan GDCs og tandlægens advokater blive involveret. (Eaton 2018).

4.3.2 Leverandører af tandpleje

Tandplejen udføres dels af privatpraktiserende tandlæger, dels af offentligt ansatte tandlæger, der arbejder såvel på sygehuse som i sundhedscentre, mobile klinikker eller på plejehjem. De offentligt ansatte tandlæger (ca. 10 % af tandlægerne) står for den specialiserede tandpleje, som patienter henvises til fra privatpraksis, fx kirurgi, samt for tandpleje til personer med specielle behov, fx nedsat funktionsniveau eller alvorlig sygdom. I enkelte udkantsområder, hvor der ikke er tilstrækkeligt med privatpraktiserende tandlæger, står de offentligt ansatte tandlæger også for den basale tandpleje for at sikre, at befolkningen i området har adgang til tandpleje (Bilde, Halling & Kiil 2018).

Langt de fleste tandlæger i England (ca. 90 % af tandlægerne ifølge interviewperson) er dog privatpraktiserende, dvs. de ejer deres egen praksis eller er ansat i privat praksis. Der ses en udvikling

hen imod større privatejede praksisenheder med ansatte tandlæger og langt færre enkeltmandspraksis. I dag er ca. 20 % af tandlægerne ansat i såkaldte "Bodies Corporate (private selskaber, som har opkøbt tandlægepraksisser). Det største selskab har over 500 tandlæger ansat. De øvrige 80 % af tandlægerne arbejder for sig selv, eventuelt i grupper på to eller flere tandlæger i egen praksis og eventuelt med flere ansatte eller med flere ejere. På grund af omkostninger ved at etablere en praksis ses det i stigende grad, at færre tandlæger ejer egen praksis og arbejder som partnere, som betaler en andel af deres aflønning til ejeren og beholder resten selv. Både ejeren og partnerne er i skattemæssig forstand selvstændige (Eaton 2018).

Nogle af de privatpraktiserende tandlæger, men langt fra alle, har en kontrakt med NHS og kan tilbyde patienterne ydelser med offentligt tilskud. I NHS-systemet er der faste priser for behandlingerne, dvs. for den refusion, der ydes tandlægen fra det offentlige (se beskrivelsen af "units of dental activity" nedenfor). Priserne i det private system er helt frie.

Der er fri ret til at etablere en tandlægepraksis i England, og der er ingen regulering af den geografiske placering af tandlægepraksisser. Tandlægen skal registrere sig hos sin lokale CQC (Care Quality Commission) og opfylde visse betingelser samt få et tilsyn regelmæssigt, fx hvert tredje år. Det er også CQC, der kan eventuelt lukke en praksis ved misligholdelse eller lignende (Kravitz, Bullock & Cowde 2015).

Mens der ikke er nogen begrænsninger i forhold til at etablere sig som privat tandlæge uden for det offentlige system, er det begrænset, hvor mange tandlæger der kan have kontrakt med NHS. Derudover er der en vis træghed i forhold til at få en kontrakt med NHS, da de lokale leverandører af NHS-tandpleje skal ophøre med deres praksis, fx ved pensionering, før nye kontrakter kan indgås. Derfor ses det til stadighed oftere, at der inden for den samme tandlægepraksis både er tandlæger med og uden kontrakt med NHS. Ligeledes må nyuddannede tandlæger oftest arbejde for tandlæger, der har en kontrakt med NHS, og de har derved sværere ved at nedsætte sig med egen praksis. Cirka 87 % af tandlægerne i privat praksis er ansatte eller partnere, og kun 13 % er ejere (Bilde, Halling & Kiil 2018).

Der har historisk set været mangel på tandlæger i England. Antallet af tandlægestuderende i England kontrolleres af regeringen, og gennem mange år har antallet af færdiguddannede tandlæger ikke kunnet imødegå den reelle efterspørgsel efter tandlæger i England. Derfor har ca. 11.000 (knap en tredjedel) af de i alt ca. 41.000 aktive tandlæger, der arbejder i UK i dag, fået deres tandlægeuddannelse uden for de britiske øer – heraf er 6.500 fra andre EU-lande (Eaton 2018).

En gruppe, der i dag også kvalificeres som tandbehandlere og fx må udføre tandfyldninger og tandudtrækning, er "dental hygienists". Af disse findes der p.t. ca. 7.000 i England. Ligeledes er der ca. 400 tandteknikere, der må se protesepatienter direkte. Der er således ligesom i andre lande også i England en tendens til opgaveglidning fra tandlæger til behandlere med andre uddannelsesprofiler (Bilde, Halling & Kiil 2018).

For at følge op og monitorere tandplejen laver NHS en deskriptiv statistik hvert år baseret på den del af tandplejen, som NHS er involveret i. Der er således statistik vedrørende fx antal kontakter, patienter, patientforløb, ydelser, geografisk fordeling og betaling. Ligeledes udføres patienttilfredshedsundersøgelser samt landsdækkende befolkningsundersøgelser vedrørende tandsundhed (Bilde, Halling & Kiil 2018).

Der arbejdes i øjeblikket på at indføre nye indikatorer til monitorering af tandplejen ud fra kvalitetsindikatorer, forbrug, patientforløb mv. i tandplejen i England. For at sikre, at de monitoreringsindikatorer, der vil blive anvendt, bliver klinisk relevante og i tilstrækkelig grad afspejler kliniske praksis,

igangsatte Chief Dental Officer i september 2017 et Delphi-studie til formulering af indikatorer. Studiet, der har deltagelse af 18.000 tandlæger og ansatte i tandplejen fra hele England (National Health Services 2017), er dog ikke afrapporteret i skrivende stund.

4.4 Finansiering og økonomiske styringsmodeller

4.4.1 Finansiering af tandplejen

NHS anvendte i 2014 ca. £ 3,4 mia. på NHS-tandpleje og estimerede det samme år det private forbrug til tandpleje til ca. £ 2,3 mia., således at de samlede tandplejeudgifter i England beløb sig til £ 5,5 mia. (National Health Services 2014).

Ifølge Statistica er det private forbrug til tandpleje steget fra £ 2,3 mia. i 2014 til henholdsvis £ 3,391 mia. i 2016 og £ 3,788 mia. i 2017 (National Health Services 2018). Det er dog en statistik for hele UK, og det fremgår ikke, hvad stigningen i selve England har været. Samtidig er forbruget af besøg hos en tandlæge med kontrakt med NHS faldet med 0,5 % i samme periode (National Health Services 2018). Der er således noget, der tyder på, at forbruget af tandplejeydelser uden for NHS-systemet er steget meget de seneste to år.

4.4.2 Brugerbetalings- og tilskudsmodeller

Før 2006 var tandlæger med kontrakt med NHS aflønnet direkte af NHS ved "fee-for-service", og patienterne betalte en andel af taksten. I 2006 adskilte man brugerbetalingen for tandpleje fra NHS-tandlægens aflønning. Dette for at gøre op med "fee-for-service"-modellens incitament til mer- eller eventuelt overbehandling.

I stedet for at følge det enkelte ydelseshonorar blev brugerbetalingen nu gjort afhængig af behandlingens sværhedsgrad. Der blev samtidig indført et loft over, hvor meget den enkelte patient kunne komme til at betale for tandpleje/tandbehandling hos en tandlæge, der havde kontrakt med NHS.

Således har de NHS-patienter, der ikke er fritaget for brugerbetaling, siden 2006 betalt én af fire takster for behandlingen inden for de tre kategorier af ydelser (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014, National Health Services 2018). I 2018 er beløbene som følger (oversat fra NHS' hjemmeside (National Health Services 2018)).

Behandlingsforløb 1: £ 21,60 (omfatter tandundersøgelse, diagnose (inkl. røntgenundersøgelse, rådgivning med hensyn til forebyggelse af tandsygdomme, tandrensning og fx forebyggende fluorbehandling).

Behandlingsforløb 2: £ 59,10 (omfatter ydelserne i behandlingsforløb 1 samt yderligere behandling, fx fyldninger, rodbehandling, tandudtrækning).

Behandlingsforløb 3: £ 256,50 (dækker alt, der er omfattet af behandlingsforløb 1 og 2 plus kroner, bøjler, broer mv.).

Desuden er taksten for akutbehandling i 2018 også £ 21,60.

Efterfølgende besøg dækkes også, hvis patienten har behov for yderligere behandling inden for samme behandlingskategori og inden for 2 måneder efter sidste besøg. Besøg er gratis, hvis behandlingen kun består af udskrivning af recept, eller hvis tandlægen blot fjerner sting fra en tidligere behandling. Brugerbetalingstaksterne er historisk fastsatte og stiger hvert år (Bilde, Halling & Kiil 2018).

Nogle grupper er dog fritaget for brugerbetaling hos NHS-tandlægerne (Bilde, Halling & Kiil 2018):

- Børn under 18
- Personer under 19 år, der er under fuldtidsuddannelse
- Personer, der modtager forskellige former for økonomisk bistand på grund af få økonomiske midler ("means-tested benefits")
- Gravide kvinder eller kvinder, der har født et barn inden for de seneste 12 måneder
- Personer, der er i politiets varetægt
- Personer, der i medfør af NHS' lavindkomstprogram har ret til gratis tandpleje eller delvis fritagelse for brugerbetaling.

4.4.3 Aflønningsmodeller og priser

Tandlæger, der ikke har kontrakt med NHS, bestemmer selv deres afregningspriser. Ligeledes er der fri prisfastsættelse for de ydelser, der ikke er en del af NHS-systemet, fx kosmetiske ydelser.

Tandlæger, der har kontrakt med NHS, aflønnes hvert år lokalt i henhold til, hvor mange "units of dental activity (UDA)" de har udført. Værdien for en UDA fastsættes af den lokale "primary care trust" i dialog med de enkelte tandlægepraksisser, dvs. der er tale om en kontraktbaseret forhandling (Eaton 2018).

Til hvert af brugerbetalingskategorierne hører et antal nationalt bestemte UDA'er, som tandlægen aflønnes med (Professional Dental Services, 2018 (Dental Professional Services 2018):

Behandlingsforløb 1 (1 UDA)

Inkluderer tandundersøgelse, røntgen, tandrensning, forebyggende arbejde, fx. tandsundhedsvurdering, mindre ændringer på proteser etc.

Behandlingsforløb 2 (3 UDA'er)

Inkluderer simpel behandling, fx fyldning (inkl. rodkanalsbehandling), tandudtrækning og periodontal behandling (rensning af tandkødsломmer).

Behandlingsforløb 3 (12 UDA'er)

Inkluderer kompleks behandling, der indeholder laboratorieelement, fx broer, kroner og proteser (ikke tandbeskyttelse).

Derudover gives der:

- for behandlingsforløb 1, der er "akut behandling" – 1,2 UDA'er
- receptudskrivelse – 0,75 UDA
- reparation af udstyr (protese) – 1 UDA
- reparation af udstyr (bro) – 1,2 UDA'er
- fjernelse af sting – 1 UDA
- stopning af blødning – 1,2 UDA'er.

Børnetandplejeydelser aflønnes også med UDA, dog er der ikke brugerbetaling på disse ydelser.

UDA'er beregnes og gives for afsluttede behandlingsforløb, og det er som sådan ligegyldigt, hvor stort behandlingsbehovet er. Uanset om der er tale om en eller flere fyldninger, er aflønningen med et antal UDA'er den samme inden for hver behandlingskategori. Det samme gælder, hvis tandlægen

under behandlingsforløb 3 fx laver kronebehandling. Her får han/hun fx 12 UDA'er, uanset hvor mange kroner det drejer sig om.

Kriterierne for, hvilke ydelser der skal leveres af tandlægen under hver brugerbetalingskategori (1-4), er eksplicite, men der er desværre en vis elasticitet i, hvordan ydelserne udbydes og med hvilken kvalitet (Steele et al. 2009, Bilde, Halling & Kiil 2018).

Gennemsnitsprisen for en UDA er ca. £ 22, men der er stor variation i priserne landet over. Normalt er det sådan, at jo større lokalt behov der er for NHS tandlæger, desto højere er prisen for en UDA. Værdien af en UDA varierer dog fra tandlæge til tandlæge, og betalingen for en UDA er løsrevet fra de brugerbetalingsbeløb, som patienten skal betale for voksentandpleje. Derfor sker det undertiden, at den samlede aflønning (antal UDA x pris pr. UDA), som tandlægen får for udførelsen af et behandlingsforløb, ligger under det beløb, som patienten skal betale i brugerbetaling (Eaton 2018).

British Dental Association peger på, at NHS generer overskud som følge af forskellen mellem brugerbetaling og tandlægeaflønning – og forventer, at det er en fjerdedel af alle NHS praksisser, der i 2022 vil levere overskud tilbage til NHS. Ud over de varierende priser på UDA'er er forklaringen, at brugerbetalingstaksterne stiger mere end UDA'erne (ca. 5 % pr. år mod 1,5 % for UDA'erne) (British Dental Association 2018).

4.4.4 Udgiftsstyring

Der følges løbende op på, hvor mange UDA'er der omsættes i de enkelte Primary Care Trusts, om tandlægerne lever op til aftalerne omkring, hvor mange UDA'er de skal leveres, hvor ofte patienterne fx kaldes ind, og hvor mange behandlingsforløb den enkelte har. Udgifterne styres ved, at det maksimale antal UDA'er, som tandlægen kan aflønnes med, er fastsat ved kontrakt.

Med hensyn til det samlede budget for tandpleje, har det offentlige budget, som NHS hvert år har sat af til (med-)finansiering af tandplejen, været "ring-fenced" – altså været beskyttet og kun brugt til tandpleje. Der er imidlertid de seneste år sket en ændring, således at tandplejebudgettet nu indgår i den budgetmæssige prioritering på lige fod med de øvrige (primære) sundhedsydelser i de lokale CCG'er (Bilde, Halling & Kiil 2018).

4.5 Effekt

4.5.1 Forbrugsmønstre og adgang til tandpleje

Ifølge statistik fra NHS for 2016-2017 (National Health Services 2017) har lidt over halvdelen (51,4 %) af den engelske voksenbefolkning besøgt en NHS-tandlæge inden for de sidste 24 måneder, hvilket er et lille fald i forhold til året før (-0,4 %). Antallet af patientforløb steg også kun lidt (0,6 %) i forhold til perioden før.

Til NHS' statistik skal tilføjes et (ukendt) antal borgere, der har besøgt en privat tandlæge uden om NHS-systemet, og et antal borgere, der har besøgt "community dental services", fx specialisttandpleje. Ifølge Eurobarometers spørgeskemaundersøgelse havde 64 % af UKs borgere besøgt en tandlæge i 2009 (TNS Opinion & Social 2010).

Ifølge en opgørelse fra Eurostat rapporterede 1,4 % af englænderne i 2016, at de havde udækkede behov for tandpleje (Eurostat 2018). Denne andel er lavere end i Sverige og Norge, men højere end i Nederlandene og Tyskland.

Andelen af børn, der så en NHS-tandlæge i den toårige periode, var 58 % i 2017. Besøgsfrekvensen hos tandlægerne for engelske børn og voksne er lavere end hos de øvrige befolkninger i denne rapport (Sverige, Norge, Nederlandene, Tyskland).

Der udtrykkes stor bekymring (Eaton 2018, Royal College of Surgeons 2018) over, at andelen af børn, der ikke møder i tandplejen hvert år, tilsyneladende er stigende (fra 40 % i 2014-2015 til 42,1 % i 2016-2017). Dette skal ses i lyset af, at NICE anbefaler mindst ét fremmøde om året, samt at der tilsyneladende er store geografiske forskelle i fremmødet.

Det faldende fremmøde kan forklares med, at "omkostningerne" ("perceived costs") opleves som for høje. For eksempel ses det som et problem, at forældrene bliver nødt til at tage fri fra arbejde for at tage barnet til tandlæge (Eaton 2018).

Dette skal muligvis ses i lyset af, at der i England ikke som i Danmark findes skoletandpleje, men børnetandpleje udføres som NHS-tandpleje i privat praksis. Ligeledes rapporteres det, at nogle forældre har problemer med at finde en NHS-tandlæge til deres barn, og at denne udfordring er større blandt forældre, hvis børn på grund af manglende økonomisk formåen har ret til gratis skolemåltider. Endelig forklares det manglende fremmøde også med tandlægeskræk (ca. 15 % af børnene lider af tandlægeskræk (Holmes et al. 2015)).

4.5.2 Tandsundhed

De senest publicerede befolkningsundersøgelser over tandsundheden i England er fra henholdsvis 2013 (Holmes et al. 2015) og 2009 (Steele & O'Sullivan 2011). Disse undersøgelser er baseret på repræsentative spørgeskemaundersøgelser om klinisk tandsundhed, opfattelser og erfaringer med tandsundhed og selvrapporteret tandsundhed, tandsundhedsadfærd (fx tandbørstnings-, alkohol og tobaksvaner) og forbrugsmønstre.

I følge (Holmes et al. 2015) kan lidt over halvdelen af alle 5-årige i England (52 %) siges at have en god tandsundhed baseret på et sammensat tandsundhedsmål, og denne andel falder til 31 % blandt 15-årige. Med hensyn til carieserfaring har 31 % af de 5-årige, 32 % af de 12-årige og 44 % af de 15-årige carieserfaring. Tilfælde af tandpine rapporteres af 19 % af de 12-årige og 15 % af de 15-årige og hyppigere blandt piger end drenge og blandt børn af økonomisk eller socialt udsatte familier.

Generelt er tandsundheden for voksne løbende blevet bedre (Steele & O'Sullivan 2011): Enkelte voksegrupper har dog udbredt tand- og tandkøds sygdom, og for ældre kan tandsygdom være kompleks. England har en relativ høj andel af tandløse på 36 % (Kravitz et al. 2015) blandt ældre på 65 år og derover.

4.6 Fordele og ulemper ved tandplejesystemet

Fordelen for patienten ved englændernes brugerbetalingssystem er, at han/hun jo på forhånd ved, hvor meget tandlægeregningen lyder på, uanset hvor behandlingskrævende tandproblemet er, og uanset hvilken NHS-tandlæge han/hun besøger. Så i denne ordning er der ligesom i det svenske system en beskyttelse af borgeren mod høje tandplejeudgifter. Til gengæld er der umiddelbart ikke et økonomisk incitament for patienten til at blive bedre til selv at forebygge tandsygdomme.

Fordelen ved UDA-systemet til aflønning af tandlægerne er, at det ikke som et rent "fee-for-service"-system giver incitament til overbehandling, jf. (Grytten 2017), men derimod til kun at tilbyde den allermest nødvendige behandling til patienten og på den måde undgå "unødige" besøg. Dette kan

imidlertid også være en ulempe, idet mængden af ydelser under den enkelte brugerbetalingskategori måske begrænses, selvom behovet for ydelserne i reelt set er der.

En anden ulempe er, at der ses store kvalitetsforskelle i udbuddet af ydelserne blandt NHS-tandlægerne. Samtidig er der ikke i UDA-systemet et incitament til at indføre ny teknologi i tandplejen, til at kompetenceudvikle tandlægerne osv. Der tales ligefrem om, at tandlægerne bliver fagligt sværere ("deskilling of the practice"), og det går i sidste ende ud over patienterne (Bilde, Halling & Kiil 2018).

Adgangen til en tandlæge, der har kontrakt med det offentlige system, er i princippet ens for alle, men praksis viser, at mange tandlæger ikke accepterer alle, der har ret til tandpleje under NHS. Det er blevet fremhævet, at et stigende antal tandlæger kun accepterer patienter, der betaler alle ydelserne selv ("fee-paying"). Dette skyldes muligvis, at NHS-takster (baseret på Units of Dental Activity) undertiden er lavere end de takster, som patienterne selv betaler, samt at der er begrænset mulighed for tandlægerne for at få en kontrakt med NHS (Kravitz et al. 2015). Dette kan desuden betyde, at de mere behandlingskrævende patienter må klares i det offentlige system, mens de tandlæger, der udelukkende opererer på markedsvilkår, tager sig af de lettere patienter. Den private sektor i England er stigende målt i egenbetalingens andel af de samlede tandplejeudgifter.

En kvantitativ evaluering af NHS-reformen i 2006, hvor UDA-systemet blev indført, peger på, at der trods reformens målsætning om at forbedre adgangen til NHS-tandpleje er sket et fald i brugen af NHS-tandpleje for de patienter, der havde god adgang til tandpleje før reformen. Dette forklares med, at de har skiftet til tandlæger, der opererer fuldstændigt på markedsvilkår (Whittaker, Birch 2012).

Systemet med, at ikke alle tandlæger har aftaler med det offentlige, samt at NHS-priserne er regulerede, har også givet anledning til en del kritik. Systemet kan udgøre en barriere for, at nye og innovative tandlæger kan komme ind på markedet med ny teknologi. Desuden betyder systemet med tidsbegrænsede kontrakter i NHS, faste priser og en fastlæggelse af ydelsernes omfang, at NHS-tandlægerne ikke er udsat for konkurrence på disse ydelser, hvilket kan medføre, at tandlægerne bliver mere ineffektive, end de ville have været under et andet incitamentssystem (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013).

Ligeledes kan den nuværende aflønningsmodel, hvor tandlægerne lønnes ens uanset det kvantitative/kvalitative behov for ydelser, give tandlægerne incitament til at reducere den kliniske aktivitet uden at producere mere tandsundhed. Det kan samtidig give incitament til "cream-skimming", dvs. at vælge patienter med et bedre tandsundhedsudgangspunkt, eller "skimping", dvs. fravælge patienter med stort tandplejebehov (Currie et al. 2012). Dette kan ifølge Currie et al. øge uligheden i tandsundheden yderligere.

Den nuværende tandplejemodel vurderes at have et for stort fokus på behandling af tandsygdom og for lille fokus på forebyggelse, og en af de fremtidige udfordringer for det engelske system er, hvordan tandplejesystemet skal sammensættes, så dette fokus ændres. Ligeledes vurderes det at udgøre en risiko for den fremtidige tandsundhed, at så mange børn og unge ikke møder regelmæssigt op hos tandlægen, og dette vurderes samtidig at øge det fremtidige pres på udgifterne til tandpleje (Eaton 2018).

For den nuværende tandplejemodels vedkommende har der været rejst en del kritik af kvaliteten i tandplejen, fx at der er store variationer i den udførte kvalitet mellem de enkelte praksis (Steele 2009) og geografisk variation i adgang, brug og kvalitet af ydelser.

Selvom systemet med de fire brugerbetalingskategorier har en indbygget begrænsning i, hvor meget den enkelte kan komme til at betale for tandpleje og behandling, og dermed en vis beskyttelse mod

høje omkostninger, så er brugerbetalingen stadig en økonomisk udfordring ("prohibitive") for de grupper af befolkningen, hvis indtægt ikke er lav nok til at få fuldt tilskud. Dette er et problem, som er blevet fremhævet i interviewet.

Derfor er englænderne i gang med at overveje at implementere forskellige modeller, hvor kapitationsaflønning indgår (betaling pr. patient), og hvor betalingen samtidig vægtes efter behov for tandpleje og behandlingskvalitet (se nedenfor om pilotprojekter). Det forhold, at de privatpraktiserende tandlæger er forretningsdrivende, kan heller ikke negligeres. Kapitationsaflønning giver alt andet lige incitament til at registrere flere patienter og underbehandle dem – eller give dem den hurtigste behandling, fx tandudtrækning, i stedet for rodbehandling/broer. Ligeledes kan det forhold, at NHS kan lave aftaler med hvilken som helst tandlæge ("any qualified provider"), øge konkurrencen blandt tandlæger, men samtidig kan det gøre udsatte områder mindre attraktive at nedsætte sig i, fordi efterspørgslen er højere i de rige områder.

4.7 Reformtiltag

Ifølge et strategipapir, "Improving Dental Care and Oral Health – A Call to Action" (National Health Services 2014), er NHS' målsætninger på tandplejeområdet de næste 10 år bl.a. at:

- forbedre befolkningens tandsundhed og de kliniske resultater
- forbedre patienttilfredsheden
- opmuntre til en forebyggelsestilgang til tandpleje, bl.a. så befolkningen bliver bedre til selvpleje
- forbedre adgangen til tandpleje, reducere uligheden i tandsundhed og give større mulighed for at patienten selv kan vælge sin tandlæge/tandpleje. Herunder vil man se på, om brugerbetalingstaksterne er for høje for nogle befolkningsgrupper, der af økonomiske årsager derfor ikke møder op hos tandlægen, før tandproblemet er fremskredent. Ligeledes skal der gives forbedrede muligheder for adgang til tandpleje for de visse etniske grupper, som trods en dårligere tandsundhed ikke anvender NHS-tandplejen så meget som øvrige befolkningsgrupper.

Siden 2010 har man været i gang med at reformere tandplejesystemet og dets incitamenter igen (Currie et al. 2012). I henhold til loven ("Health and Social Care Act 2012") skal der ske en monitorering af kvaliteten i tandpleje og tandsundhed ud fra nationalt fastsatte indikatorer (The "Dental Quality and Outcomes Framework") samt en akkreditering af de kliniske tandplejeforløb (Bilde, Halling & Kiil 2018). Som det er karakteristisk for det engelske system i øvrigt (fx de praktiserende læger), er det på længere sigt målet, at de praktiserende tandlæger også skal belønnes for kvalitet snarere end for antallet af patientforløb/tydelser (UDA'er).

Tre nye kontraktmodeller med forskellig anvendelse af "kapitationsaflønning" (betaling pr. patient) er blevet pilottestet i 94 tandlægepraksisser sammen med en ny klinisk forløbsmodel (se evalueringen af disse nedenfor (Steele 2014)).

Andre mål i den nyeste reform er at forbedre skolebørns tandsundhed. Siden 1998 er tandsundheden i England blevet væsentligt forbedret; dog ses der en stigende dårlig tandsundhed i visse fattige befolkningsgrupper. Det er netop en af begrundelserne for at ændre systemet til aflønning i henhold til registrerede patienter på listen.

4.7.1 Forsøg med aflønning for kvalitet

I 2011 blev en række pilotprojekter igangsat i mere end 70 tandlægepraksisser (og i 2013 blev yderligere 24 pilotpraksisser tilføjet) (Steele 2014). Målene med disse projekter var at undersøge,

hvordan NHS bedst kan opnå et skift hen mod mere forebyggelse og tandsundhed frem for et fokus på behandling og tandreparation. To mekanismer undersøges:

- Hvad er konsekvensen af at indføre kliniske behandlingsforløb, der baseres på risikovurdering og et fokus på at reducere risiko gennem at tilbyde forebyggende ydelser og promovere sunde tandplejevaner i befolkningen?
- Hvilke aflønningsmodeller er mest velegnede til at støtte dette kliniske og forløbsmæssige fokus – aflønning pr. patient, aflønning for kvalitet eller aflønning pr. ydelse?

Alle pilotpraksisser tester en ny klinisk forløbsmodel. I modellen indledes alle patientforløb med en overordnet vurdering af tandsundheden og livsstilsfaktorer mv. hos patienten, en indplacering af patienten i henhold til risiko for tandsygdom (rød-gul-grøn), en plan for forebyggelse/behandling og selvpleje, samt en plan for opfølgning på de aftalte tiltag. Ligeledes fastlægges der indkaldeintervaller for patienten (i henhold til risikovurderingen og NICEs retningslinjer for indkaldeintervaller).

Alle patientforløb registreres i henhold til de resultater og procesindikatorer, der ligger i "Dental Quality and Outcomes Framework", som er et monitoringsystem til tandplejen, der blev igangsat i 2011 af Department of Health (Steele 2014).

Med hensyn til aflønningsmodeller testes tre forskellige pilotmodeller, der alle vægtes i henhold til, hvordan de præsterer på de udvalgte indikatorer i Dental Quality and Outcomes Framework (DQOF). Dog er det forskelligt, hvor stor en andel aflønningen for kvalitet (DQOF) udgør af den samlede aflønning.

Type 1 pilotpraksis (i alt 46) aflønnes for at levere en (forventet) mængde tid på at levere NHS-tandplejeydelser (face-to-face tid med patienter). I princippet skal disse pilotpraksisser levere den samme mængde ydelser, som de gjorde før de indgik i projektet. Det oprindelige formål med denne pilot type var at se, hvor mange patienter der kunne få tandpleje i den nye forløbsmodel, når økonomiske incitamenter, der var relateret til aktivitetsniveau eller patientantal, blev fjernet.

Type 2 pilotpraksis (i alt 12) aflønnes i henhold til "weighted capitation", dvs. i forhold til, hvor mange patienter de har, vægtes i henhold til alder, køn og social/økonomiske og eventuelle geografiske forskelle. Aflønningen gælder således alle former for ydelser (forebyggende som behandlende). Formålet med denne type var at teste en aflønningsmodel, der afhang af antallet af patienter i behandling og var vægtes i henhold til patientdemografi, og hvor aflønningen skulle afspejle den gennemsnitlige aflønning for en patient i den pågældende demografiske kohorte.

Type 3 pilotpraksis (i alt 12) aflønnes også med "weighted capitation", men udelukkende for den del af ydelserne, der vedrører forebyggelse og rutinebehandling. Kompleks behandling (svarende til behandlingskategori 3 i det gældende aflønningssystem) aflønnes som en fast og garanteret del af kontrakten.

Det påpeges i evalueringen (Steele 2014), at mens det kliniske forløb kan evalueres, når man tager forbehold for at manglende randomisering af pilotstederne, så er det vanskeligt at generalisere resultaterne fra evaluering af aflønningsmodellerne til en virkelig markedssituation. Dette skyldes bl.a., at pilotstederne er garanteret et vist indtjeningsniveau, hvilket var et krav for at deltage. Derfor må resultaterne tages med et stort forbehold.

Evalueringen viser desuden, at antallet af patienter i de deltagende praksisser i perioden før pilotprojekterne blev igangsat og efter er faldet støt set over 24 måneder, og dette gælder også for de praksisser, der blev aflønnet med vægtes kapitation (Type 2 og 3). Der kan ikke i de forhånden

værende data findes nogen fyldestgørende forklaring på dette fald, men der peges forsigtigt på, at utilstrækkelige økonomiske incitament, nyt IT-system og registreringskrav kan være forklaringer.

Sammensætning af risikostatus blandt patienterne (rød-gul-grøn) har dog ændret sig, således at der fra den første tandsundhedsvurdering til den seneste opfølgingskonsultation er sket en stigning i andelen af "grønne" patienter og et fald i de øvrige risikokategorier. For de patienter, der deltager i de anbefalede opfølgingskonsultationer/ansvare selvpleje, ses der såvel en risikoreduktion som en forbedring i tandsundheden – især for så vidt angår tandkødssygdomme.

5 Tyskland

Faktaboks 4: Tyskland

Den tyske befolkning tæller 82,5 mio. personer. Heraf er 14 % 0-14 år, 65 % er 15-64 år, og 21 % er 65 år eller derover. Tyskland har en befolkningstæthed på 236 personer pr. km², hvilket er højere end i de nordiske lande, men lavere end England og Nederlandene.

Tysklands købekraftsjusterede BNP pr. indbygger (Verdensbanken 2017) er på 50.715 US\$ og overgås kun af Sverige og Nederlandene i sammenligningen.

Tyskland anvender hvert år 11,1 % af BNP på sundhed, og 0,8 % af BNP går til tandpleje, hvilket er det højeste niveau blandt de fem lande for såvel sundhedsudgifter som tandplejeudgifter. 7,2 % af de samlede sundhedsudgifter anvendes på tandpleje. Tyskland har også sammen med Nederlandene et lavt niveau for brugerbetaling i tandplejen, idet kun 26 % af de samlede tandplejeudgifter finansieres af brugerne selv ("out-of-pocket expenses") (OECD 2013).

Samtidig har Tyskland sammen med Nederlandene den laveste andel af befolkningen, der rapporterer at have udækkede behov for tandpleje (0,6 % for Tyskland og 0,3 % for Nederlandene) (Eurostat 2018).

I 2016 var der i Tyskland 89 aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere (OECD 2016), hvilket kun overgås af Norge i denne sammenligning. Samtidig er der få tandplejere i Tyskland (0,7 pr. 100.000 indbyggere) og relativt mange tandteknikere – 72 pr. 100.000 indbyggere (2011-tal fra Kravitz, Bullock & Cowde 2015).

Tandsundheden i Tyskland målt på en række centrale indikatorer (fx caries- og periodontitis-erfaring, samt andelen af tandløse) har de sidste 20 år været i stærk fremgang og ligger i dag blandt de bedste i verden (Jordan & Micheelis, 2016).

5.1 Baggrund

Det tyske sundhedsvæsen er finansieret ved forsikringsordninger, der kan deles op i to kategorier: Dels er der den lovpligtige sygeforsikring ("Gesetzliche Krankenversicherung"), dels er der private sygeforsikringer til personer, som enten ikke er dækket af den lovpligtige sygeforsikring (fx politifolk, lærer og advokater) eller har så høj en indkomst, at de frit må vælge den lovpligtige eller en privat sygeforsikring (Klingenberger 2017)).

Den lovpligtige sygeforsikring finansieres gennem bidrag fra den forsikrede og dennes arbejdsgiver ((Welling Hansen, Houlberg 2012, Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Der er tale om et solidaritetsprincip i finansieringssystemet, hvor de, der tjener mere, betaler mere op til en vis indkomst. Det vil sige, at forsikringspræmien tages som en procentsats af den forsikredes indkomst, og det faktiske bidrag pr. lønmodtager stiger dermed med stigende indkomst. Indbetalingerne til den lovpligtige sygeforsikring udgør i gennemsnit 15,5 % af indkomsten op til en månedlig indkomst på ca. € 4.425 i 2018 (ca. DKK 33.000) fordelt ligeligt mellem den forsikrede og arbejdsgiver (Ziller 2018). Det er lovpligtigt at have en sundhedsforsikring for privatansatte, der tjener mindre end dette beløb om måneden, og for studerende og pensionister (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014, Busse, Blümel 2014). Tandplejeydelser er også omfattet af dækningen. Der er desuden en tendens til, at flere og flere tegner tillægsforsikringer til dækning af de ydelser, der ikke er dækket af den lovpligtige forsikring. Det gælder fx for visse tandplejeydelser, jf. nedenfor.

Private sygeforsikringer ("Private Krankenversicherung") kan tegnes af personer, som ikke har krav om den lovpligtige forsikring, fx på grund af høj indkomst. De private sygeforsikringer giver ofte en

bedre dækning end den lovpligtige. I 2012 var ca. 85 % af befolkningen dækket af de lovpligtige sygeforsikringer, mens ca. 11 % var dækket af private sygeforsikringer. De resterende 4 % var dækket af sektorspecifikke forsikringer (fx i forbindelse med militærtjeneste), og 8 % af befolkningen af private forsikringer. Specielle grupper, fx militærpersoner, er dækket af egne forsikringer, som udgør ca. 2 % (Klingenberger 2017, Dental Tribune News Europe 2015).

5.2 Organisering og struktur

5.2.1 Lovgivning og myndighedsansvar

Ligesom retten til andre sundhedsydelser, er retten til tandplejeydelser beskrevet i "Socialgesetzbuch V", der beskriver tyske borgeres rettigheder på sundheds- og socialområdet. Dernæst er rettigheder på tandplejeområdet specificeret via sundhedsministeriet og den centrale sygesikringsorganisation "Spitzenverband der Krankenkassen" i de såkaldte "Rechtsverordnungen". En national organisation, "Gemeinsamer Bundesausschuss" (G-BA), beslutter, hvilke og eventuelt hvor mange sundhedsydelser der skal være indeholdt i tyskernes pakke af sundhedsydelser, inkl. tandplejeydelser (Ziller 2018).

Ansvar for sundhedsvæsenet og hermed også tandplejen er decentraliseret til de 16 delstater og selvstyrende enheder og sygekasser.

Udbuddet af tandpleje er på nationalt niveau organiseret af den nationale tandplejemyndighed (Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), som er en sammenslutning af regionale enheder (KZV).

Lokalt organiseres tandplejen af de regionale tandplejemyndigheder (Kassenzahnärztliche Vereinigungen eller KZV), som der findes 17 af i 16 delstater. Disse samarbejder med de lokale – og nationalt godkendte sygekasser – og de lokale tandlægeforeninger (Zahnärztekammer) (Ziller, Eaton & Widström 2015).

De lokale organisationer har hver deres ansvarsområde: KZV har ansvaret for at levere de tandplejeydelser, som befolkningen i medfør af loven har ret til i samarbejde med sygekasserne. KZV står for at sikre udbud af tandplejeydelser til alle forsikrede og deres pårørende. Derudover skal de indgå kontrakter, budgettere og monitorere udgifter, indsamle honorarer fra sygekasserne og aflønne tandlægerne. Tandlægeforeningen (Zahnärztekammer), har ansvar for at udarbejde retningslinjer, sikre uddannelse af tandlæger, kvalitetssikring, et anonymt indberetningssystem for utilsigtede hændelser i tandplejen osv. De repræsenterer alle tandlæger, der har ret til at tilbyde behandling til patienter inden for rammerne af den lovpligtige sygeforsikring (Ziller, Eaton & Widström 2015, Kravitz, Bullock & Cowpe 2014, Ziller 2018).

5.2.2 Leverandører af tandpleje

Tyskland har 89 aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere (OECD 2016), og det er relativt mange i sammenligning med de øvrige lande. Langt de fleste tandlæger i Tyskland er privatpraktiserende. Antallet af tandplejere pr. 100.000 er til gengæld det laveste blandt de fem lande (0,7 pr. 100.000 indbyggere).

I det tidligere Østtyskland var der førhen "polyklinikker" med ansatte læger og tandlæger. Dette system er efterhånden afskaffet, og polyklinikkerne er erstattet af det nuværende system. Der er dog stadig en række forskelle mellem de nye og gamle bundeslande, bl.a. lønniveauet for tandlæger lavere i det tidligere Østtyskland end i det vestlige Tyskland (Klingenberger 2017).

Det er relativt let at etablere en privat tandlægepraksis i Tyskland. For nogle år siden fandtes et nationalt "planlægningsudvalg", der havde til opgave at sikre, at der i alle områder af Tyskland var adgang til en tandlæge og gøre det lettere at etablere en praksis. Dette udvalg findes ikke længere, men der er stadig nogle muligheder lokalt for at tiltrække tandlægepraksis, fx ved at tilbyde lavere husleje osv. (Ziller 2018). Selvom der er en tendens til, at yngre tandlæger etablerer sig på landet, er der dog stadig størst tandlægetæthed i byerne. Samtidig er antallet af ansatte tandlæger i privatpraksis stigende. Dette tilskrives en lov fra 2006, der gav tandlægerne mulighed for at arbejde som ansat tandlæge længere end – som tidligere – i 2 år (Klingenberger 2017).

For at kunne levere tandplejeydelser under den lovpligtige sygeforsikring skal en tandlæge være medlem af KZV samt den regionale tandlægeforening, der netop finansieres ved medlemsgebyr (Ziller 2018).

Der er en tendens til, at tandlægeorganisationerne bliver større og i stigende grad er horisontalt integreret i store tandlægekæder.

5.3 Finansiering og økonomiske styringsmodeller

5.3.1 Finansiering af tandplejen

Tyskland anvender hvert år 11,3 % af BNP på sundhedsvæsenet, og 0,8 % af BNP går til tandpleje (OECD 2016). Det er det højeste niveau blandt de fem lande for såvel sundhedsudgifter som tandplejeudgifter.

7,2 % af de samlede sundhedsudgifter anvendes på tandpleje, og det er ligeledes det højeste niveau blandt de fem lande. Tyskerne finansierer, jf. regnestykket nedenfor, selv ca. 43 % af den tandpleje, der ligger under den lovpligtige sygeforsikring. Tages den private forsikringsdækning med, er den samlede "out-of-pocket payment" ("brugerbetaling") nede på 26 % (OECD 2013), hvilket er betydeligt lavere end i Norge og Sverige, men højere end i Nederlandene.

Børnetandpleje og basaltandpleje for voksne er 100 % offentligt finansieret ved den lovpligtige sygeforsikring, mens visse komplekse behandlinger for voksne er forbundet med delvis brugerbetaling.

De totale udgifter til tandpleje i den lovpligtige sygeforsikring i 2012 beløb sig til knap € 23. mia. (ca. DKK 172 mia.), og heraf kom knap € 13 mia. fra den lovpligtige sygeforsikring og ca. € 10. mia. fra patienterne selv (svarende til en egenandel på ca. 43 %) (Ziller, Eaton K.A. & Widström 2015).

5.3.2 Brugerbetaling og tilskudsmodeller

I det tyske sundhedssystem er der brugerbetaling i forbindelse med behandling hos fx læger, specialelæger, ambulans behandling og tandpleje, og i forhold til brugerbetalingsniveau er tandplejen i sammenligning med de øvrige lande i rapporten nogenlunde ligestillet med det øvrige sundhedsvæsen. Tandplejen er reguleret i både det offentlige og det private forsikringsystem. Nedenfor beskrives de to systemer hver for sig.

Det offentlige forsikringsystem

Det er den førnævnte nationale organisation, GBA, der bestemmer, hvilke ydelser der skal være dækket af den lovpligtige sygeforsikring, og hvilke der ikke skal.

Med hensyn til dækning er:

Børn og unge under 18 år fuldt dækket med hensyn til tandpleje af deres forældres lovpligtige sygeforsikring og har gratis tandpleje (TNS Opinion & Social 2010).

For voksne er profylaktiske ydelser (forebyggende ydelser), basal tandpleje og visse større tandplejeopgaver fuldt dækket af de lovpligtige sygeforsikringer. For eksempel dækkes to årlige tandtjek, tandrensning og fyldningsopgaver, og desuden dækkes subgingival kurretage (rodkanalsbehandling).

For øvrige behandlinger og ydelser er der delvis brugerbetaling. For eksempel lå brugerbetalingen på kronebehandling på 72 %, implantatindsættelse på 100 %, broarbejde på 82 %, modelprotese på 56 % og totalprotese i over- og underkæbe på 53 % (Klingenberger 2015). Dette er altså et lavere brugerbetalingsniveau end det, der er for tilsvarende ydelser i Danmark og de øvrige lande i denne rapport.

I Tyskland anvendes forskellige beregningsformer for brugerbetalingsandelene for fx de relativt få ydelser, der er omfattet af brugerbetaling, fx broarbejde. Enten betaler brugeren et fast beløb ("Festzuschusse"), eller også betaler brugeren en andel af samlede beløb, dog oftest maksimalt 100 % over en fast sum (Busse & Blümel 2014).

Det fremgår af "Leistungskatalog" (ydelseskataloget), hvilke ydelser der er omfattet af forsikringsordningen.

Brugerbetalingsandelen opleves stadig som at være for høje af personer med lav indkomst (interviewperson). Det tyske system giver imidlertid ekstra støtte til tandbehandling af personer, der har en meget dårlig økonomi ("hardship-provision") (Klingenberger 2017).

Brugerbetalingsniveauet for voksne kan blive yderligere reduceret, hvis patienterne tager nogle midler i brug for at holde tænderne sunde. Ifølge interviewpersonen har nogle sygekasser endog en ordning, hvor den forsikrede får en økonomisk bonus (i form af øget tilskud til proteser senere i livet ((Ziller 2018)) for at passe sine (regelmæssige) tandlægebesøg. Så ud over at tandlægebesøgene er fuldt dækkede, så er der altså et yderligere incitament for patienterne til at passe deres besøg hos tandlægen.

Det private forsikringssystem

I de private forsikringer er prisen på behandlinger reguleret i lovgivningen (Gebührenordnung für Zahnärzte (Kravitz et al. 2015)). I 2012 blev denne lovgivning revideret i forhold til, hvilke behandlinger der var inkluderet. Priserne er ikke revideret siden, hvorfor de fleste priser ligger på niveau med sidste revision i 1988.

5.3.3 Udgiftsstyring

Det er den regionale KZV, der gennem lokale budgetter og udbetaling til tandlægerne har indflydelse på udgiftsstyringen. KZV monitorerer udgiftsudviklingen og udviklingen i antallet af ydelser for de enkelte tandlæger og kan informere et særligt udvalg, hvis der ses uforklarlige stigninger i ydelsesforbruget hos tandlægerne. Dette udvalg kan beslutte at skære betalingen til tandlægerne ned (interviewperson). I praksis sker det, at aflønningen for aktivitet hos tandlægepraksisser over et vist budgetteret niveau udløser en reduceret betaling (fx 10 % lavere, men der er regional variation) (Ziller 2018).

5.3.4 Aflønningsmodeller og priser

I Tyskland reguleres aflønningen af tandlægerne, der arbejder i det offentlige forsikringsystem i loven, nemlig Socialgesetzbuch (SGB, Section 85 SGB V). Den nationale forening af tandlæger i den lovpligtige sygeforsikring forhandler listen af ydelser, der indgår i forsikringsystemet (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) med KBZV og KZV (Klingenberg, Schneider, Hoffmann & Köse 2015).

BEMA-Z er et pointsystem for tandplejeydelser, hvor hver ydelses indhold er beskrevet, og hvor ydelserne er vægtet i forhold til de øvrige med et antal point, der afspejler det gennemsnitlige relative ressourcetræk, fx tidsforbrug, der er knyttet til udførelsen af ydelsen.

BEMA-Z inkluderer såvel basalbehandling som kirurgi, røntgen, behandling af ledforstyrrelser i kæben, periodontitisbehandling samt tandproteser og kroner.

I BEMA-Z knyttes et antal point til hver tandplejeydelse, og ydelsen bliver prissat ved at multiplicere hvert point med den tilknyttede score. Selve scoren eller prisen pr. point forhandles på regionalt niveau mellem sygekasserne og de respektive tandlægeorganisationer med undtagelse af tandproteser og kroner, som har en fast nationalt forhandlet pris tilknyttet pointscoren (www.KBZV.de).

Antallet af BEMA-point pr. ydelse er de samme over hele landet, men prisen pr. BEMA varierer regionalt set i henhold til lokale omkostninger til personaleløn, husleje mv.

For at en ydelse kan komme ind på BEMA-listen, skal det tidligere omtalte nationale udvalg GBA godkende ydelsen som en del af den tyske ydelseskatalog "Leistungskatalog". Før ydelsen kan godkendes af GBA, skal der foretages en evaluering af den kliniske evidens (systematisk review) og eventuelt – i tilfælde af at behandlingen er dyr – en sundhedsøkonomisk evaluering. Herefter skal KBZV og den nationale sammenslutning af tandlægeforeninger forhandle om antallet af point, som ydelsen kan få. Som et eksempel er diagnostiske undersøgelser og tandbehandling til personer, der er immobile (fx plejehjemsbeboere) for nylig blevet godkendt og har fået et antal point, som i højere grad end hidtil afspejler det reelle tidsforbrug (Ziller 2018).

Selvom basaltandpleje i princippet er dækket fuldt ud, så er der alligevel en patientbetaling, hvis patienten ønsker en anden teknologi eller et materiale, end tandlægen på grund af antallet af BEMA-point betales for. Et eksempel er fyldninger, der dækkes for så vidt angår amalgamfyldninger, men hvis patienten ønsker en plastfyldning, må han/hun selv betale merprisen for denne (Ziller 2018)

Der er to aflønningsniveauer i det lovpligtige sygeforsikringsystem. Dels betaler sygekasserne et beløb til tandlægerne for alle ydelser, der ydes i et kvartal, dels får tandlægerne en andel af den samlede aflønning på basis af takstdelingsskalaen, der anvendes af den relevante tandlægeorganisation. Ud over aflønning for ydelser kan materiale- og laboratorieomkostninger faktureres separat.

Aflønningen af ydelser udført af tandteknikere er baseret på nationale takster ("Bundeseinheitliches Leistungs- und Vergütungsverzeichnis für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen (BEL II)").

I det private system aflønnes tandlægerne i henhold til et takstkatalog ("Gebührungsordnung für Zahnärzte – GOZ – sidst opdateret i 2012). GOZ vedrører de ydelser, der ligger uden for den dækning i den lovpligtige sygeforsikring, og ydelser for de borgere, der har privat sundhedsforsikring. I GOZ er der knyttet et antal point til ydelserne, bl.a. inspireret af BEMA-Z og en pris til pointene, men den enkelte tandlæge kan øge antallet af point og dermed prisen, hvis det kan begrundes i specielle forhold, fx øget tidsforbrug.

5.4 Effekt

5.4.1 Forbrugsmønstre

I 2009 havde Tyskland ifølge undersøgelsen fra Eurobarometer (TNS Opinion & Social 2010) en relativt lav andel af forebyggende tandlægebesøg, dvs. 39 % af de samlede antal besøg mod fx 60 % i Sverige, og en høj andel af restorative behandlinger (rutinebehandling), dvs. 49 % mod fx 22 % i Sverige, men lå højt i andelen for akutte tandlægebesøg (49 %). 77 % af de adspurgte i 2009 havde besøgt en tandlæge inden for de sidste 12 måneder, 34 % havde besøgt tandlægen 2 gange, og 18 % havde besøgt en tandlæge mere end 2 gange inden for de sidste 12 måneder, hvilket er et relativt højt tal, der kun overgås af Nederlandene i denne sammenligning.

I dag ligger det samlede antal besøg pr. borger i Tyskland relativt højt, og antallet forstærkes af de førnævnte bonusordninger, der belønner patienter, som møder regelmæssigt hos tandlægen (Ziller 2018).

5.4.2 Adgang til tandpleje

I europæiske befolkningsundersøgelser på tandplejeområdet vurderede de adspurgte tyskere i 2009 næsten alle (96 %), at de har adgang til tandpleje, hvis behovet opstår. Dette tal ligger på niveau med de nordiske lande og Nederlandene (TNS Opinion & Social 2010).

I 2009 vurderede 2 % af tyskerne, at de havde udækkede behov for tandpleje. Dette tal er i 2016 faldet til kun 0,6 % (Eurostat 2018), hvilket er den næstlaveste andel blandt de fem lande, kun overgået af Nederlandene på 0,4 %.

Tyskland har haft nogle udfordringer siden genforeningen af Øst- og Vesttyskland i 1990, hvor man har arbejdet på at ensarte udbuddet og kvaliteten af sundhedsydelserne samt organiseringen og finansieringen af disse. Dette gælder også for tandplejeområdet. De tidligere nævnte polyklinikker i Østtyskland er i dag forsvundet, og Tyskland har i princippet det samme system i hele landet. Det fremhæves dog, at den gennemsnitlige indkomst blandt østtyske borgere stadig er lavere end for de tyskere, der bor i den vestlige del af landet. Det samme gælder ansatte tandlægers løn og de østtyske priser på tandpleje. Desuden var tandsundheden blandt de tidligere østtyskere i årene efter genforeningen dårligere end blandt de tidligere vesttyskere, men den er forbedret betydeligt de senere år og ligger i dag (næsten) på niveau med tilstanden i vest (Klingenberger 2017, Jordan, Micheelis, 2016).

Kun 8 % af de adspurgte svarer, at grunden til eventuelt ikke at møde hos tandlægen er, at det er for dyrt. Denne andel er blandt de laveste i sammenligningen af de fem europæiske lande, hvilket formentlig skal ses i sammenhæng med det relativt lave brugerbetalingsniveau på tandplejeydelser i Tyskland.

5.4.3 Tandsundhed

I henhold til de seneste tal fra WHO (World Health Organization 2012) lå Tyskland pænt i international sammenligning på centrale indikatorer i 2009.

DMFT for 12-årige var 0,7, og andelen af cariesfrie 12-årige var 70 %. DMFT for voksne (35-44-årige) var 11,2 i 2014 (2014-tal), og andelen af voksne med alle sine tænder var 39 % og lavest i sammenligningen.

Endelig var andelen af tandløse 65-årige eller derover 23% - et tal, der kun blev overgået af Norge og Sverige.

Ifølge den seneste tyske tandundersøgelse (DMS V) fra Institut der Deutschen Bundesärztekammer og Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) står det inden for de seneste år bedre til med den tyske tandsundhed. I 2014 var DMFT-indekset for 12-årige faldet til gennemsnitligt 0,5 og var lavest blandt børn med højere socialstatus (0,3) og højere blandt børn fra den laveste socialstatus (0,7).

Ligeledes var 81 % af de 12-årige cariesfri – et tal, der er fordoblet siden 1997, dog stadig afhængigt af socialstatus. Med hensyn til antallet af tænder med tilfælde af caries er der ligeledes sket en forbedring, da tallet er faldet med 30 % siden 1997 (4,9 tænder). Ligeledes er antallet af svære parodontosetilfælde halveret siden 1997 blandt de yngre voksne. Det samme gælder de ældre (65-74-årige) trods det, at de i dag har flere tænder. Med hensyn til andelen af tandløse blandt de ældre 65-74-årige er den også faldet til ca. 12,5 % (Jordan & Micheelis 2016).

Ifølge DMS-V-rapporten ligger Tyskland nu i en international førerposition med hensyn til tandsundhed målt i caries- og periodontitis-erfaring samt tandløshed.

5.5 Fordele og ulemper samt reformtiltag

En af fordelene ved det tyske system set fra såvel borgerens som tandplejefaglige gruppers side er bl.a., at tandplejen er en integreret del af sundhedsvæsenet og bør derfor ifølge tysk tradition finansieres på lige fod med de øvrige sundhedsydelser (Klingenberger 2017). Der er således en høj offentlig dækning på de fleste tandplejeydelser, en stigende brug af tandplejen, en forbedret adgang, og en tandsundhed i stærk bedring, som nu ligger i top internationalt set.

For ca. 20 år siden var der et forsøg fra politikernes side på at fjerne voksentandplejeydelserne fra ydelseskataloget ("Leistungskatalog") – altså den liste af sundhedsydelser, som borgerne får dækket af forsikringen. Dette forsøg mødte stor modstand og blev opgivet. Forklaringen herpå fra tysk side er, at tilskud til tandplejeydelser har været en del af en kultur, der stammer helt tilbage fra Bismarck-systemets start for flere hundrede år siden med solidariske forsikringsordninger, og det kan man ikke lige lave om (Klingenberger 2017).

Organisatorisk set er tandplejesystemet med de mange decentrale myndigheder meget stabilt også finansielt, og er ikke blevet påvirket af finanskrisen i 2008 ((Ziller 2018).

En ulempe ved tandplejesystemet med positivlister for dækkede ydelser (Leistungskatalog) og reference-"priser" via pointsystemet i BEMA (og GOZ) er, at det tager forholdsvis lang tid (mindst 2-4 år), fra en ydelse er foreslået GBA, til ydelsen er at finde på listen. Det betyder, at ny teknologi (behandlingsformer, materiale mv.) er forholdsvis tung at få indført i det tyske system, og dermed afspejler aflønningen og på den måde tilskudssystemet ikke altid den mest moderne teknologi.

Tyskland har haft nogle udfordringer siden genforeningen af Øst- og Vesttyskland i 1990, hvor man har arbejdet på at ensarte udbuddet og kvaliteten af sundhedsydelserne samt organisering og finansiering af disse. Dette gælder også for tandplejeområdet. De tidligere nævnte polyklinikker i Østtyskland er i dag forsvundet, og Tyskland har i princippet det samme system i hele landet. Det fremhæves dog, at den gennemsnitlige indkomst blandt østtyske borgere stadig er lavere end for de tyskere, der bor i den vestlige del af landet. Det samme gælder ansatte tandlægers løn og de østtyske priser på tandpleje. Desuden var tandsundheden blandt de tidligere østtyskere i årene efter genforeningen dårligere end blandt de tidligere vesttyskere, men den er forbedret betydeligt de senere år og ligger i dag (næsten) på niveau med tilstanden i vest (Klingenberger 2017) samt (Jordan, Micheelis 2016).

I 2003 indførte man et brugerbetalingsgebyr, det såkaldte "Praxisgebühr", for første og efterfølgende besøg hos læge og tandlæge på € 10 (ca. DKK 75) pr. besøg. Gebyret blev bl.a. indført for at undgå "fagligt set unødvendige besøg" og havde da også i begyndelsen en effekt, idet antallet af besøg faldt. Den efterspørgselsdæmpende effekt var dog størst i de nye forbundsstater, dvs. i det tidligere Østtyskland, hvor antallet af besøg hos tandlægen faldt med 19 % det første halvår af 2004 og ca. 12 % i andet halvår. Den tilsvarende effekt i det tidligere Vesttyskland var ikke helt så stor, idet faldet kun var på 11,3 % det første halvår og 7 % det næste (Klingenberger 2005).

Den efterspørgselsdæmpende effekt udlignede sig dog ca. 2-4 år efter indførelsen af gebyret, således at den gennemsnitlige efterspørgsel efter tandplejebesøg nåede ca. det samme niveau, som da gebyret blev indført. Gebyret blev nu anklaget for være en medfinansieringsordning – altså øget brugerbetaling, der medførte stigende ulighed i adgangen til sundhedsydelser snarere end en effektiviseringsmetode til at dæmpe efterspørgslen. Ifølge en interviewperson var det grunden til, at gebyret blev afskaffet igen i 2014 (Klingenberger 2017).

Tyskland har de samme udfordringer som de øvrige lande med, at der, trods fuld dækning af basal-tandpleje, stadig er en social skævhed i såvel brugen af tandpleje som i tandsundhed. En af grundene til dette er muligvis manglende uddannelse i selvpleje og i, at man skal søge tandlæge. Der laves således nogle satsninger med en tidlig forebyggende indsats i fx børnehaver og skoler.

Ligeledes forventes det, at systemet i fremtiden vil blive dyrere, dels på grund af en aldrende befolkning, dels på grund af den teknologiske udvikling inden for tandpleje. Der vil således komme yderligere pres på tandplejeudgifterne, og løsninger for at minimere dette udgiftspres må findes – muligvis i form af højere egenbetaling eller i form af andre aflønningsformer for tandlægerne. Det kunne desuden tænkes, at der i aflønningen af tandlægerne vil komme fokus på den ydede kvalitet, uden at interviewpersonerne dog har en løsning på, hvordan dette bedst udføres.

6 Nederlandene

Faktaboks 5: Nederlandene

Befolkningen i Nederlandene tæller 17.081.507 personer (2017-eurostat). Heraf er 16 % 0-14 år, 65 % 15-64 år og 19 % 65 år eller derover.

Nederlandene har en befolkningstæthed på 505 personer pr. km², hvilket er det højeste for landene i rapporten (Globalis.dk).

Det købekraftsjusterede BNP pr. indbygger i Nederlandene er 52,941 US\$ (Verdensbanken 2017).

Nederlandene anvender hvert år 10,4 % af BNP på sundhed, og 0,4 % af BNP går til tandpleje, hvilket er det laveste niveau blandt de fem lande. 3,5 % af de samlede sundhedsudgifter anvendes på tandpleje.

Nederlandene har også det laveste niveau blandt de fem lande for brugerbetaling ("out-of-pocket expenses") i tandplejen, idet kun 18 % af de samlede tandplejeudgifter finansieres direkte af brugerne selv. Nederlandene har også den laveste andel af befolkningen, som rapporterer, at de har udækkede behov for tandpleje (0,3 %) (Eurostat 2018).

I Nederlandene er der et stort forbrug af tandplejeforsikringer, hvor børn og unge op til 18 år er dækket af en basisforsikring, mens 86 % af voksenbefolkningen køber tillæggsforsikringer mod voksentandpleje.

I 2014 var der 8.750 aktive tandlæger i Nederlandene (WHO, Health), 69 registrerede tandlæger, og i 2016 var der 55 aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere (OECD, 2016), hvilket er det laveste niveau blandt landene i rapporten. Samtidig er der 19 tandplejere (2013) og 30 kliniske tandteknikere (2011) pr. 100.000 indbyggere (Kravitz, Bullock & Cowde, 2015).

Tandsundheden i Nederlandene er målt på en række centrale indikatorer:

Herunder er gennemsnitligt DMTF som 12-årig målt til 0,7, og andel med ingen DMTF som 12-årig er målt til 73 %. Derudover er andelen af tandløse 75-årige målt til 53 %, og andelen af ældre mellem 65-74 år med 20 eller flere naturlige tænder er målt til 66 % (Kravitz et al., 2015).

6.1 Baggrund

Nederlandene har et forsikringsbaseret sundhedsvæsen, hvor alle borgere efter en reform i 2006 garanteres adgang til behandling gennem en lovpligtig sygeforsikring, som udbydes af private selskaber. Reformen har nedbrudt et forhøvent skel mellem offentlige og private sundhedsforsikringer. Den statslige styring af sundhedsområdet har ligeledes fået en mere indirekte karakter bestående i at sikre et transparent og velfungerende marked for sundhedsforsikringer, som skal understøtte, at sundhedsydelser er omkostningseffektive og kommer den enkelte patient til gode (Kroneman et al. 2016). Dog dækkes ældrepleje samt behandling af kronisk mentalt syge stadig af en skattefinansieret forsikring.

Den lovpligtige forsikring består af en basispakke, der dækker basale, nødvendige sundhedsydelser. Basispakken justeres årligt for at sikre, at ydelserne er relevante og de mest omkostningseffektive. Ydelser, som ikke er dækket af basisforsikringen, skal dækkes via køb af tillæggsforsikringer eller ved direkte brugerbetaling (ibid.). Både den lovpligtige basisforsikring og tillæggsforsikringer udbydes af private selskaber. Forsikringsselskaberne er enten for-profit-selskaber eller non-profit-koperativer, hvor de forsikrede er medlemmer (Kroneman et al. 2016).

Borgeren vælger selv forsikringsselskab, og for at undgå strategisk risikobaseret selektion fra selskabernes side har 2006-reformen gjort det lovpligtigt for selskaberne at acceptere alle borgere til

den basale forsikringspakke uanset alder, medicinsk historie og øvrig risikoprofil til den samme præmie (Kravitz et al. 2015). Forsikringssselskaber, der har relativt mange forsikringstagere med høj risiko, kompenseres til gengæld via en udligningsordning, der administreres af staten (Kroneman et al. 2016).

Hvad angår tandpleje dækker basisforsikringen for børn og unge op til 18 år samt for visse handicappede. Voksentandpleje skal dækkes enten via tillæggsforsikring eller ved direkte brugerbetaling. Det overordnede mål med tandplejen er at sikre lige adgang til tandpleje af høj kvalitet (Boom 2018).

6.2 Organisering og struktur

6.2.1 Lovgivning og andre regulatoriske forhold

Et centralt element i reguleringen af tandplejeområdet er en national ydelsesliste, som dikterer, hvilke ydelser tandplejef professionelle må udbyde i Nederlandene, samt takster for, hvad de maksimalt må tage i pris. Ydelseslisten er bemærkelsesværdig i Nederlandenes kontekst, hvor styringen af sundhedssektoren ellers på mange punkter kendetegnes ved at lade markedsmekanismer og fri konkurrence være instrumenter til at understøtte kvalitet og effektivitet i sundhedsydelser (Götze 2010). Tidligere forsøg med fri prisfastsættelse har været omstridt og har ikke ledt til permanent forandring (se afsnit 7.3.3), idet listen tilskrives en række positive funktioner, herunder at den sikrer transparens for patienten ved at gøre tandplejeydelsers pris og indhold sammenlignelige på tværs af tandplejeudbydere, og at den fungerer som værn mod prisstigninger, der medfører social skævhed i adgangen til tandplejeydelser (Felder, van de Bovenkamp & de Bont 2018).

Listen opdateres årligt med hensyn til takster og i forhold til eventuelle ydelser, der skal inkluderes eller ekskluderes fra listen. Det er ulovligt for tandlæger at tilbyde tandplejeydelser, som ikke er inkluderet på listen. Der findes således ingen tandplejeydelser, som ikke er prisregulerede, eftersom disse ydelser ville være ulovlige at udføre. Listen omfatter ca. 400 ydelser med tilhørende takster og er offentligt tilgængelig (Boom 2018).

6.2.2 Myndighedsansvar

Årlige budgetter og lovgivning for sundhedsområdet vedtages i det hollandske parlament (EU manual 255). Derudover vedtager parlamentet årligt indholdet af den basale forsikringspakke samt omkostningstakster for en række sundhedsydelser, herunder taksterne for tandplejeydelser på førnævnte ydelsesliste. Regeringen har desuden ansvaret for at skabe rammebetingelser for høj kvalitet, adgang, sikkerhed og prisbillighed for patienter samt at stimulere innovation på sundhedsområdet. Hertil har regeringen en række rådgivende og tilsynsførende organer (Kroneman et al. 2016) 2016).

På tandplejeområdet spiller *Dutch Healthcare Authority* (NZA) en central rolle, dels som rådgivende organ til parlamentet, dels som overordnet ansvarlig for at sikre transparens og velfungerende markedsmekanismer på sundhedsområdet. Dette omfatter beregning og fastsættelse af takster for tandplejeydelser samt kontrol med, at tandplejef professionelle ikke tager højere priser, end hvad taksterne tillader.

Derudover har *National Healthcare Institute* (NHI) ansvar for at sikre effektiv ressourceudnyttelse på sundhedsområdet, herunder også for tandplejeområdet. Det indebærer bl.a. løbende opdatering af, hvad den basale, lovpligtige forsikringspakke – som bl.a. dækker børn og unges tandplejeudgifter – skal indeholde. Den løbende opdatering sker i tæt samarbejde med sundhedsfaglige organisationer og med det formål, at sundhedspakken løbende udvikles, så den målrettes patienternes behov,

og at unødige sundhedsomkostninger undgås (Kroneman et al. 2016). Endeligt har *The Dutch Healthcare Inspectorate* (IGZ) en række opgaver i forhold til at monitorere og sikre kvaliteten af sundhedsydelser, herunder også på tandplejeområdet.

6.2.3 Leverandører af tandpleje

Nederlandene har 69 registrerede tandlæger pr. 100.000 indbyggere (OECD 2016) og kun 55 aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere. Omtrent 82 % af tandlægerne arbejder i egen selvejede praksis, hvoraf ca. 60 % er solo-praksisser. Resten arbejder i praksisser med 2-3 tandlæger samt nogle få større grupper. Ca. 1.600 tandlæger arbejder som vikarer.

Tandpleje udføres med få undtagelser kun af tandlæger, som er ansatte i eller ejere af en privat praksis. Nogle få tandlæger har deltidsansættelse i militæret (ca. 0,25 % baseret på 2013-tal (Kravitz et al. 2015), og derudover har nogle få tandlæger, som er specialiserede i mund-og kæbekirurgi, ansættelse på hospitaler. Indlagte patienter får stadig tandpleje udført af privatpraktiserende læger.

I de seneste år er der begyndt en udvikling hen imod større tandplejekæder, populært kaldet "McDentistry" (Boom 2018). Denne udvikling er ifølge en interviewperson genstand for offentlig debat, hvor kæderne bl.a. kritiseres for at være orienteret efter kortsigtet finansielt udbytte frem for patientens tandsundhed samt for at benytte mindre kvalificeret arbejdskraft fra østeuropæiske lande (Boom 2018).

Etableringsret

Rammerne for at etablere tandlægepraksis er frie og uden grænser for kapacitet. Det eneste krav er, at lokalplaner overholdes. Dette betyder bl.a., at tandlægepraksisser ikke må åbnes i områder, der kun anvendes til beboelse, men ofte gives der alligevel tilladelse, fx hvis der er tale om nybyggeri (Kravitz et al. 2015). Der er ydes ingen økonomisk støtte til etablering af en praksis, og de fleste tandlæger optager derfor banklån ved opstart af praksis (ibid.). Ved køb og salg af eksisterende praksisser bistår den tandplejefaglige organisation *KNMT, The Royal Dutch Dental Organization*, med hjælp til at formidle kontakter mellem køber og sælgere.

Kvalitet og tilsyn

Der er to faglige organisationer på tandplejeområdet, dels *KNMT, The Royal Dutch Dental Organization*, som er tandlægernes organisation. dels tandplejernes organisation, *Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten* – på engelsk *Dutch Dental Hygienists' Association*¹. Begge er stærke og meget aktive organisationer med en markant stemme i udviklingen af tandplejeområdet (Boom 2018).

Særligt når det kommer til kvalitet, spiller de faglige organisationer en vigtig rolle. Kvalitet af tandpleje er overordnet set rammesat ud fra et forbedringsperspektiv snarere end et kontrolperspektiv, hvor de faglige organisationer involveres som vigtige og sparringspartner for myndighederne i forhold til at definere kvalitetsområder og udvikle kvalitet (Kravitz et al. 2015, Boom 2018).

Samtidig er der i forhold til kvalitetssikring en række systemer implementeret, som i højere grad har karakter af at monitorere og kontrollere kvalitet på forskellig vis. På det mest basale plan gælder det for tandlæger som for andre sundhedsfaglige grupper, at autorisation til at udbyde sundhedsydelser kræver optagelse i et offentligt tilgængeligt register, det såkaldte BIG-register, indført som led i *the Individual Health Care Professions Act*. Optagelse i registret kræver et diplom, der dokumenterer de

¹ <https://www.mondhygienisten.nl/>.

rette sundhedsprofessionelle kompetencer, ret til at behandle uden særlige betingelser samt mestring af det hollandske sprog².

For tandlæger specifikt er der i 2007 indført et kvalitetsregister, som er offentligt tilgængeligt. Formålet er at skabe transparens omkring den kvalitet, som den enkelte tandlæge leverer, og at sikre at tandlæger løbende videreuddanner sig holder sig fagligt opdaterede. Registeret dokumenterer kvaliteten på en række parametre, herunder at tandlægen holder sig fagligt opdateret ved at følge kurser og studere faglitteratur; har procedurer for patientklager i orden, og vedligeholder sin faglighed via et kontinuert niveau af behandlingstimer. Registrering er ikke obligatorisk, men mere end halvdelen af landets tandlæger har ladet sig registrere³.

Tandlæger kan udelukkes fra begge ovennævnte registre, hvis det på baggrund af eksempelvis patientklager kan afgøres, at de ikke lever op til førnævnte kvalitetsparametre eller basale kompetencekrav. Hvis patienter ikke får medhold, har de desuden ret til en sekundær afgørelse (Boom 2018).

Det hollandske *Healthcare Inspectorate* fører desuden lejlighedsvis kontrolbesøg ved udvalgte praksisser, hvor klinisk praksis kontrolleres i forhold til bl.a. infektionskontrol, affaldshåndtering og brug af røntgen (EU manual 256).

Faggrupper

Under gruppen af alment praktiserende tandlæger hører to specialiserede faggrupper:

- Specialtandlæger, der arbejder med deformiteter i tandsættet (orthodontics), og som typisk arbejder i privat praksis eller underviser på universiteter
- Tand-, mund- og kæbekirurger, som typisk arbejder på hospitaler.

Fordelingen mellem specialiserede og almindelige tandlæger er ca. 1:14 (Kravitz et al. 2015).

De øvrige faggrupper på tandplejeområdet omfatter (Kravitz et al. 2015):

- Tandplejere (19 pr. 100.000 indbyggere)
- Kliniske tandteknikere (30 pr. 100.000 indbyggere)
- Assistentter (258 pr. 100.000 indbyggere).

Tandplejere har ligesom i nogle af de øvrige lande i rapporten fået en stadig mere selvstændig status set i forhold til tandlægeprofessionen. Fra at skulle arbejde under supervision af tandlæge kunne tandplejere efter en lovændring i 1992 arbejde selvstændigt, dog stadig kun på baggrund af henvisning fra en tandlæge. Denne lov blev justeret i 2006, hvormed tandplejeres ydelser blev direkte tilgængelige for borgeren. I 2010 arbejdede omtrent en tredjedel af tandplejere i egen praksis, og det generelle fokus for professionen har udviklet sig fra et indsnævret fokus på forebyggelse af caries til et bredere fokus på samspillet mellem tandpleje, tandsundhed og generel sundhed.⁴ Som led i denne udvikling er sket en opgaveglidning, hvor en stor del af de forebyggende tandplejeydelser, som førhen blev udført i tandlægepraksisser, nu udføres af tandplejere i disses klinikker (Kroneman et al. 2016).

² <https://english.bigregister.nl/> og <https://www.knmt.nl/over-de-knmt/information-for-foreign-dentists/requirements-for-working-as-a-dentist-in-thehttps://english.bigregister.nl/>.

³ Hjemmeside, der beskriver kvalitetsregistrets formål: https://www.microsofttranslator.com/bv.aspx?dl=da&lp=NL_DA&mkt=da-DK&ref=SERP&refd=www.bing.com&r=true&a=https%3A%2F%2Ftandartsregister.nl%2Ftandartsen%2Fover-kr%2F

⁴ https://www.researchgate.net/publication/232224112_Dental_hygienist_in_The_Netherlands_the_past_present_and_future

9 ud af 10 tandlæger henviser således ofte patienter til tandplejere enten i egen klinik, en anden tandlægepraksis eller en tandplejepraksis. Perspektivet i denne udvikling er, at tandlægerne får mere rum til at fokusere på de mere specialiserede, fagtunge eller komplekse opgaver (Boom 2018). I Nederlandenes tilfælde lægger denne udvikling sig desuden i fin tråd med den relativt lave andel af tandlæger pr. indbyggere, for så vidt at dette betyder, at tandlæger ikke mister væsentlig indtjenningsgrundlag som følge af opgaveglidningen (Boom 2018) .

6.3 Finansiering og økonomiske styringsmodeller

6.3.1 Finansiering af tandplejen

De samlede sundhedsgifter i Nederlandene udgjorde i 2016 10,4 % af BNP, og heraf udgjorde tandplejeudgifter 0,4%. Andelen af brugerbetalte udgifter til voksentandpleje udgjorde 18 % (OECD 2016). Sammenlignet med andre lande er andelen af brugerbetaling relativt lav, hvilket skal ses i lyset af, at ca. 86 % brugere af voksentandpleje vælger at betale tandplejen via en tillæggsforsikring til den lovpligtige basisforsikring.

Basisforsikringen, som også dækker tandpleje for børn og unge op til 18 år, koster ca. € 1.100 om året (Klingenberger, Schneider, M., Hoffmann, U. & Köse 2015). Priserne på tillæggsforsikringer til voksentandpleje varierer på tværs af selskaber, forsikringspakker og dækningsgrader og er ikke opgjort særskilt, men de gennemsnitlige omkostninger af tandpleje pr. indbygger i Nederlandene var € 164 i 2011 (Klingenberger, Schneider, Hoffmann & Köse 2015).

Patienten faktureres for hver af de enkelte ydelser i ydelseskataloget (fx røntgenbillede, plast til fyldning, 45 minutters tandrensning, fjernelse af rodkanalfyldning osv.), som indgår i en behandling. Nedenfor er gengivet to priseksempler på de ydelsessammensætninger, der indgår i rutinetjek og rodbehandling:

- Rutinetjek (inkl. 2 røntgenbilleder og 45 minutters tandrensning) = € 159,10
- Enkelt rodbehandling (ekskl. fyldning/krone) = € 445,90⁵

6.3.2 Brugerbetaling og tilskudsmodeller

Tandpleje til børn og unge under 18 år finansieres fuldt ud via den lovpligtige basisforsikring med undtagelse af implantater og proteser, hvor borgeren skal betale 25 % af de samlede omkostninger (Boom 2018).

Voksne betaler enten via en tillæggsforsikring, der dækker tandpleje, eller ved direkte brugerbetaling. Cirka 86 % vælger at betale deres tandpleje over en tillæggsforsikring (Klingenberger, Schneider, M., Hoffmann, U. & Köse 2015). I disse tilfælde afhænger dækningsgrad og andel af brugerbetaling af den specifikke forsikringsudbyder og –pakke, som borgeren vælger. Forsikringssselskaberne sammensætter produkterne forskelligt, og der føres ikke opgørelser fra centralt hold over forsikringspakkeres sammensætning i forhold til præmie og dækningsgrad (Boom 2018), men et konkret eksempel på tandplejeforsikring er fra selskabet *HollandZorg*, som tilbyder tre niveauer af dækning for tandpleje (ifølge <https://www.hollandzorg.com/dutch-healthcare-insurance/reimbursements/dental-care#6>):

1. Dækker 75 % af udgifterne til tandplejeydelser inden for et år op til € 250. Årlig præmie € 132.
2. Dækker 75 % af udgifterne til tandplejeydelser inden for et år op til € 500. Årlig præmie € 240.

⁵ <http://dentalcareamsterdam.com/costs-dental-care-netherlands/>.

3. Dækker 75 % af udgifterne til tandplejeydelser inden for et år op til € 1.000. Årlig præmie (data ikke tilgængelige).

Disse tre pakker dækker alle tandplejeydelser fra ydelseslisten med få særlige undtagelser, herunder et gebyr pr. time for at hjælpe patienter, der er særligt svære at behandle. Der føres ikke opgørelser fra centralt hold, som på tværs af forsikringsselskaber monitorerer, hvilke produkter og dækningsgrader befolkningen vælger, hvorfor det er svært at fremskaffe data på dette område (Boom 2018).

Voksne kan betale deres forsikringsfinansierede tandplejeydelser på to måder. Den første model består i, at tandlægen sender regningen for den enkelte ydelse til forsikringsselskabet, som herefter refunderer tandlægen. Denne model indebærer, at borgerens valg af tandlæge er begrænset til de tandlæger, som forsikringsselskabet har et samarbejde med. Den anden model består i, at borgeren selv betaler tandlægeregningen og dernæst får refunderet udgiften ved at eftersende regningen til forsikringsselskabet. Sidstnævnte model er som regel lidt dyrere for borgeren, men giver borgeren frit valg af tandlæge, samt mere transparens omkring hvordan pris, ydelse og kvalitet hænger sammen. Cirka 75 % vælger den sidste model (Boom 2018).

6.3.3 Aflønningsmodeller og priser

Tandlægeklinikker opererer som private virksomheder. Aflønning sker som "fee-for-service", hvor forsikringsselskabet eller/og patienten betaler for de enkelte ydelser, der indgår i en behandling. Hvem der betaler og hvor meget, afhænger for det første af, om patienten har tegnet tandplejeforsikring og dernæst af forsikringens dækningsgrad.

Tandlæger, der er ansat i en praksis, kan aflønnes på forskellige måder. Enten med fast månedsløn, som varierer alt efter alder og erfaring, eller med en procentdel (ca. 32-35 %) af den omsætning, de genererer.⁶

Tandlægers mulighed for priskonkurrence er begrænset af ydelseslistens maksimal-takster. Tandlæger kan således kun priskonkurrere ved at tilbyde ydelser til en lavere pris end taksterne (Kravitz et al. 2015). Dette ser man dog ikke ske, og normen er således, at maksimum-prisen i praksis er den gældende (Boom 2018). En mulig forklaring herpå er, at der i Nederlandene er relativt få tandlæger pr. 100.000 indbyggere, hvilket indikerer, at tandlæger ikke umiddelbart er i skarp konkurrence om kunderne. Udviklingen af de førnævnte tandlægekæder ("McDentistry") vurderes dog som en faktor, som muligvis kan medvirke til, at priserne bevæger sig ned under takstniveau i de kommende år (Boom 2018).

Der blev i 2013 igangsat et forsøg med at tillade tandlæger fri prisfastsættelse på deres ydelser. Eksperimentet var planlagt at skulle vare i 3 år, men blev afbrudt efter 3 måneder. Årsagen var ifølge en interviewperson, at forsøget var politisk upopulært, bl.a. på grund af medieomtale af tandlæger, som forhøjede priserne med 10-12 %. Det var dog kun relativt få tandlæger, og med forsøgets korte levetid in mente er der ikke et solidt belæg for at konkludere, hvorvidt fri prissætning generelt medfører prisstigninger eller ej (Boom 2018, Felder, van de Bovenkamp & de Bont 2018).

⁶ <https://www.dentistinholland.com/dentistry-in-the-netherlands-faq/>

6.4 Effekt

6.4.1 Forbrugsmønstre

En spørgeskemaundersøgelse fra Eurobarometer viser, at 83 % af befolkningen i 2009 havde besøgt en tandlæge inden for de sidste 12 måneder (TNS Opinion & Social 2010). I 2014 var det, jf. data fra KNMT, 78 % af befolkningen, som havde besøgt en tandlæge, og i gennemsnit havde de foretaget 2,7 besøg inden for et år (Kroneman, M. Boerma, W. van den Berg, M. Groenewegen, P. de Jong, J. van Ginneken, E. 2016). En survey for hele befolkningen peger på, at det var 16 %, der i de seneste 12 måneder havde foretaget mere end 2 tandlægebesøg (TNS Opinion & Social 2010).

Ifølge data fra Eurobarometer var baggrunden for tandlægebesøg i 2009 fordelt således:

- Profylaktiske besøg – 79 %
- Restorativ behandling (rutinebehandling) – 13 %
- Akut behandling – 8 %.

Hvad angår de forebyggende tandplejebesøg, ligger Holland (79 %) højere end Danmark (69 %) og ligeledes højere end de øvrige lande i rapporten, hvor data kunne findes: 39 % (Tyskland); 60 % (Sverige); 72 % (England (UK)). Tilsvarende er andelen af restorative og akutte behandlinger relativt lav i Nederlandene sammenlignet med de øvrige lande.

Forbrugsmønstre kan afhænge af mange ting, og virkningsmekanismerne er svære at afgøre. Som eksemplet med tilskudsmodeller fra Sverige har vist, har det ikke nødvendigvis effekt at give økonomiske incitamentter til øget brug af forebyggende tandlægebesøg for en bestemt social gruppe. I Nederlandene kunne man antage, at den høje andel af forebyggende tandlægebesøg kunne forklares ved den udbredte brug af forsikringsordninger, som tilskynder patienter – også dem uden behandlingskrævende tilstande – til at maksimere udbyttet af deres allerede betalte forsikringspræmie.

Ifølge Eurobarometer er andelen af patienter, der har undladt tandlægebesøg de seneste 2 år, fordi det er for dyrt, 4% (TNS Opinion & Social 2010). Dette er markant lavere end de øvrige lande, hvor Tyskland med ligger nærmest med 8 %, mens niveauerne for England og Sverige er henholdsvis 15 % og 24 %. Ifølge Eurostat seneste opgørelse var det kun 0,3 % af befolkningen, der oplevede at have udækkede behov for tandpleje (Eurostat 2018), og det er sammen med Tysklands 0,6 % de laveste tal for de fem lande.

Her kan forsikringsordningerne i Nederlandene og Tyskland igen tilbyde en forklaring, nemlig at tandlægeudgifter ikke er en pludselig økonomisk barriere, når man i forvejen betaler forsikringspræmie.

Adgang til tandpleje

I en survey svarer 97 % borgere, at de har adgang til tandpleje, hvis behovet opstår. Desuden svarer 94 %, at de har adgang til en tandlæge inden for 30 minutters transporttid. En interviewperson svarer ligeledes, at lægedækningen inden for tandpleje generelt er god i Nederlandene. De udfordringer, der er, er ikke i landområderne, men derimod i centrale bydele (Kravitz et al. 2015). Den relativt gode lægedækning skal også ses i lyset af befolkningstætheden, som er høj i Nederlandene – 505 pr. km² – sammenlignet med de øvrige lande i rapporten, hvor den spænder fra 15 i Norge til 427 i England.

6.4.2 Tandsundhed

Den nationale tandsundhed er kompleks at vurdere, og grundet små forskelle i de indikatorer, der anvendes i de øvrige lande i rapporten, samt visse punkter, hvor data har været utilgængelige, er det ligeledes begrænset, hvorvidt en vurdering kan foretages ud fra sammenligning med de øvrige lande i rapporten.

Gennemsnitligt DMFT for børn samt andel med ingen DMFT måles i Nederlandene ved 11 år, hvor det for de andre lande måles ved 12 år. Dermed er data ikke direkte sammenlignelige, omend det givetvis er begrænset, hvor stor betydning aldersforskellen har.

Tandløshed hos ældre måles i de andre lande med inklusion af borgere på 65 år eller derover, mens det i Nederlandene opgøres ved alene at se på 75-årige. Sammenlignet med Nederlandene resulterer dette i, at indikatoren inkluderer en større befolkningsgruppe med en anden alderssammensætning, hvormed indikatorerne bliver usammenlignelige. Dette forklarer formegentlig også, at ovennævnte data på tandløshed for ældre i Nederlandene er markant større (53 % ved 75 år) end de øvrige lande, hvor der tælles fra 65 år, og hvor indikatoren spænder fra 13,3 % til 36 %).

Det har ikke været muligt at fremskaffe data for DMFT 35-44 år.

Indikatorerne for tandsundhed i Nederlandene opsummeres nedenfor. Data er fra (Kravitz et al. 2015):

- Gennemsnitligt DMFT som 11-årig: 0,7
- Andel med ingen DMFT som 11-årig: 73 %
- Tandløshed ved 75 år: 53 %
- Voksne med alle naturlige tænder: 46 %
- Andel af ældre 65-74 år med 20 eller flere naturlige tænder: 66 %.

Hvad angår indikatoren "Voksne med alle naturlige tænder" er denne sammenlignelig med de øvrige lande i rapporten, hvor data findes. Til sammenligning med DK, UK og Sverige, som ligger på henholdsvis 57 %, 50 % og 55 %, ligger Nederlandene lavt (46 %). Tyskland ligger dog endnu lavere med 38 %.

Mens denne sammenligning umiddelbart indikerer en dårligere tandsundhed i henholdsvis Nederlandene og Tyskland, må det samtidig bemærkes, at indikatoren ikke siger noget om sundheden af de naturlige tænder, der er tilbage. Det er med andre ord ikke entydigt, om en naturlig tand, som er i dårlig stand, er sundere end eksempelvis et implantat. Sikkert er det dog, at implantater er en stor omkostning for patienten og på den korte bane også dyrere end at fravælge behandling eller foretage midlertidige reparationer af dårlige tænder. En alternativ hypotese kunne således være, at de hollandske og tyske patienters økonomiske tærskel for, hvornår en tand skal udskiftes, er lavere end i de øvrige lande. Dette ville kunne forklares med det omfattende brug af tandforsikringer i Nederlandene og Tyskland, som medfører, at dyre behandlinger ikke udgør en pludselig og uoverskuelig økonomisk barriere for patienten, sådan som det gør i de andre lande, hvor andelen af direkte brugerbetaling er højere.

For indikatoren "Andel af ældre 65-74 år med 20 eller flere naturlige tænder" ligger Nederlandene (66 %) ca. midt imellem Danmark (59 %) og Sverige (76 %).

6.5 Fordele, ulemper og fremtidige reformer

Selvom det hollandske sundhedssystem på mange punkter er indrettet efter logikker om fri konkurrence og markedsmekanismer, så er konkurrencemulighederne på tandplejeområdet stærkt reguleret af ydelseslisten, der som nævnt dikterer, hvilke produkter tandlæger kan udbyde, og hvilke priser de maksimalt må tage. Ud over at begrænse priskonkurrencen begrænser ydelseslisten også tandlægers mulighed for at differentiere sig på markedet ved at udbyde særlige behandlingsformer. Dette skyldes, at tandplejeydelser, der ikke er indeholdt i ydelseslisten, er ulovlige for tandlæger at udføre. I nogle tilfælde ser man derfor borgere tage til udlandet for at få udført tandplejeydelser, som ikke er lovlige i Nederlandene. Dette er dog typisk behandlinger, der har et kosmetisk snarere end et sundhedsmæssigt sigte (Boom 2018).

De konkurrencebegrænsende elementer kan også ses i et positivt lys, idet de kan sikre, at udbudssiden på tandplejeområdet holder fokus på tandplejeydelser, der har reel værdi for tandsundheden, frem for at tandlæger differentierer sig ved at tilbyde ydelser af marginal eller ingen betydning for tandsundheden, hvilket i det norske system er påpeget som et kritikpunkt.

Til gengæld rejses der kritik mod ydelseslisten, idet den på flere måder kan virke hæmmende for den innovation, der kan komme nedefra i de enkelte tandlægepraksisser, bl.a. fordi tandlæger som nævnt ikke kan tilbyde ydelser, som ikke er på ydelseslisten. Dermed opstår en barriere for afprøvning og udvikling af nye ydelser, idet disse først skal optages på ydelseslisten. En formildende omstændighed er dog, at ydelseslisten opdateres årligt i tæt samarbejde med de faglige organisationer samt forsikringselskaber, og i modsætning til Tyskland er disse processer effektive og velkoordinerede. Ofte tager det et par måneder for nye behandlingsformer og -teknologier at blive inkluderet på listen, omend dette kan variere (Boom 2018).

En anden årsag til, at ydelseslisten kan bremse innovation, og som også er påpeget af nogle tandlæger (Felder, van de Bovenkamp & de Bont 2018), er, at tandlæger ikke har mulighed for at bruge prisvækst som instrument til at dække omkostninger til ny teknologi, der kan effektivisere og løfte kvaliteten af deres behandling (Boom 2018). Patienter har heller ikke mulighed for frivilligt at betale ekstra for, at tandlægen kan benytte en bestemt behandlingsmetode eller -teknologi (Felder, van de Bovenkamp & de Bont 2018).

Som en sidste ulempe ved ydelseslisten peger interviewpersonen på, at listen har nået en størrelse (ca. 400 ydelser), hvor den bliver uigennemsigtig for patienter og kompleks at vedligeholde og administrere, og at en mulig forbedring ville bestå i færre ydelseskategorier med større indhold, som svarer til de behandlinger, patienterne typisk får (Boom 2018). Om dette er muligt, og om det ville lette den administrative byrde i praksis, er usikkert. Det kan bl.a. afhænge af, hvorvidt den findelte kategorisering fortsat stadig er nødvendig til formål som at sikre en præcis økonomistyring.

Hvad angår forbrugsmønstre ligger Nederlandene lavt i forhold til brugere af tandpleje, der rapporterer, at høje priser har afholdt dem fra tandlægebesøg. Samtidig viser forbrugsmønsteret en høj andel af forebyggende tandplejebesøg. Sammenlignet med andre lande, hvor brugerbetaling udgør en større del af finansieringen, kan dette indikere, at forsikringsordningerne i Nederlandene (som inden for voksentandpleje tegnes af 86 % patienter) virker fremmende for hyppige tandlægebesøg, eftersom forsikringstager i forvejen betaler sin præmie og antageligt gerne vil maksimere udbyttet heraf.

7 Tandplejepriser – udvikling og sammenligning

7.1 Indledning

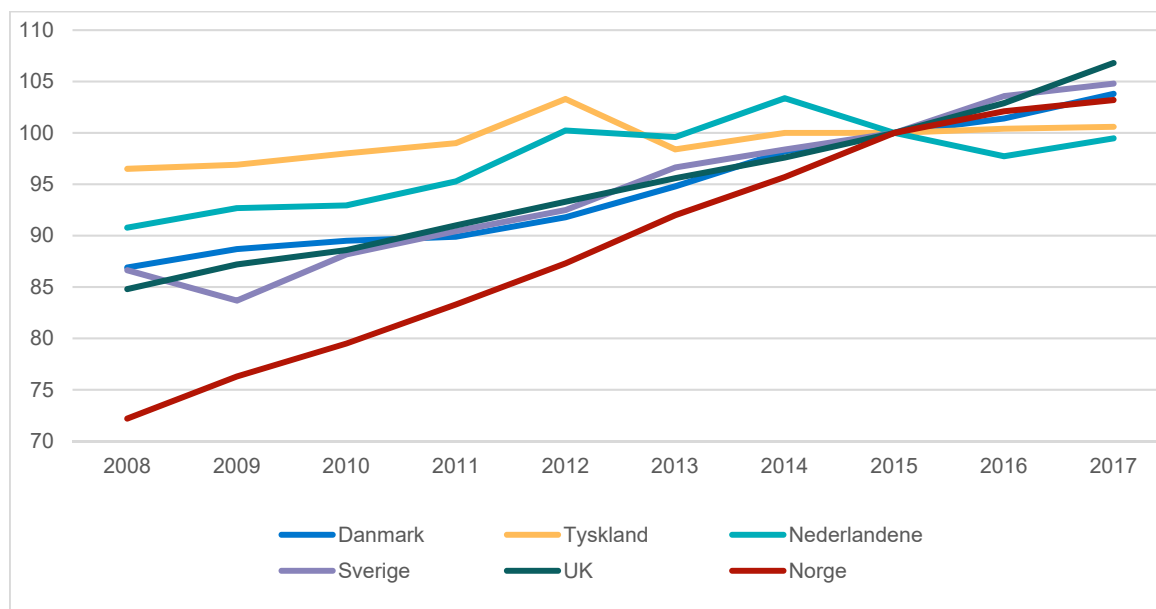
Dette kapitel belyser udviklingen i tandplejepriser og sammenligning af tandplejepriser i de fem lande samt i Danmark. Der er forskellige tilgange til at analysere priser og prisudvikling, og det er umiddelbart svært at sammenligne priser på tandplejeydelser på tværs af lande. Dels er der forskelle i definitionen af ydelserne og de teknologier, der anvendes, dels er der forskel i omkostningsniveau og købekraft, og dels kan reformer og lignende påvirke prisniveauet forskelligt.

Vi præsenterer derfor data fra forskellige kilder. Vi ser overordnet på prisudviklingen i de seks landes tandplejepriser baseret fra Eurostats database over harmoniserede, indicerede forbrugspriser, og vi beskriver resultaterne af et tysk studie, der har analyseret og sammenlignet priser og prisudvikling på sammenlignelige patientforløb i henholdsvis Danmark, Tyskland, Nederlandene og UK. Endelig ser vi på en dansk sammenligning af priser på specifikke ydelser i henholdsvis Danmark, Norge og Sverige.

7.2 Udvikling i forbrugerpriser

Figur 7.1 er udarbejdet på basis af data fra Eurostat over harmoniserede, indicerede forbrugspriser på tandplejeydelser og viser udviklingen i priserne på tandplejeydelser for de seks lande i sammenligning med niveauet i 2015 (indeks = 100).

Figur 7.1 Udvikling i forbrugerpriser på tandplejeydelser, 2008-2017 (2015 = indeks 100)



Note: Årligt gennemsnit af harmoniserede indicerede forbrugspriser (2015 = 100)

Kilde: Eurostat 2018 (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>)

Det ses af figuren, at prisstigningen har været størst i Norge, jf. kapitlet om Norge, og lavest i Tyskland og Nederlandene over den 10-årige periode. I Nederlandene er forbrugerpriserne endog faldet i forhold til 2015-niveauet. I Danmark, Sverige og UK er priserne ligeledes steget, om end stigningen ikke er så udtalt som i Norge.

7.3 Sammenligning af priser på patientforløb i Tyskland, Nederlandene, England og Danmark

En rapport fra Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (Klingenberg, Schneider, M., Hoffmann, U. & Köse 2015) har sammenlignet prisniveauet på 11 forskellige tandplejeydelser (patientforløb) på tværs af 6 europæiske lande med niveauet i Tyskland. På tandplejeområdet findes ikke internationale standardiserede behandlingsprocedurer for tandplejeydelser, hvorfor patientforløbet for de 11 udvalgte patientforløb i rapporten er nærmere defineret af IDZ i samråd med andre eksperter på området. Selve patientforløbene er udvalgt efter, hvor hyppige de er i det tyske tandplejesystem, og hvor meget de betyder i forhold til andel af udgifter i det tyske system. Metoden, hvor enslydende patientforløb beskrives detaljeret og prissættes derefter, er valgt for at øge sammenligneligheden mellem landene og er en anerkendt metode til at sammenligne priser på sundhedsydelser på tværs af lande (Bradley 2010 i Klingenberg 2015).

Nedenfor ser vi udelukkende på priserne for 4 af de 11 patientforløb: "Udvidet tandundersøgelse og diagnosticering af ny patient", "To-flade plastfyldning på tand 45", "Rodbehandling af tand 46" og "Krone på tand 21", og kun på 4 landes priser: Tyskland, England (Storbritannien), Nederlandene og Danmark.

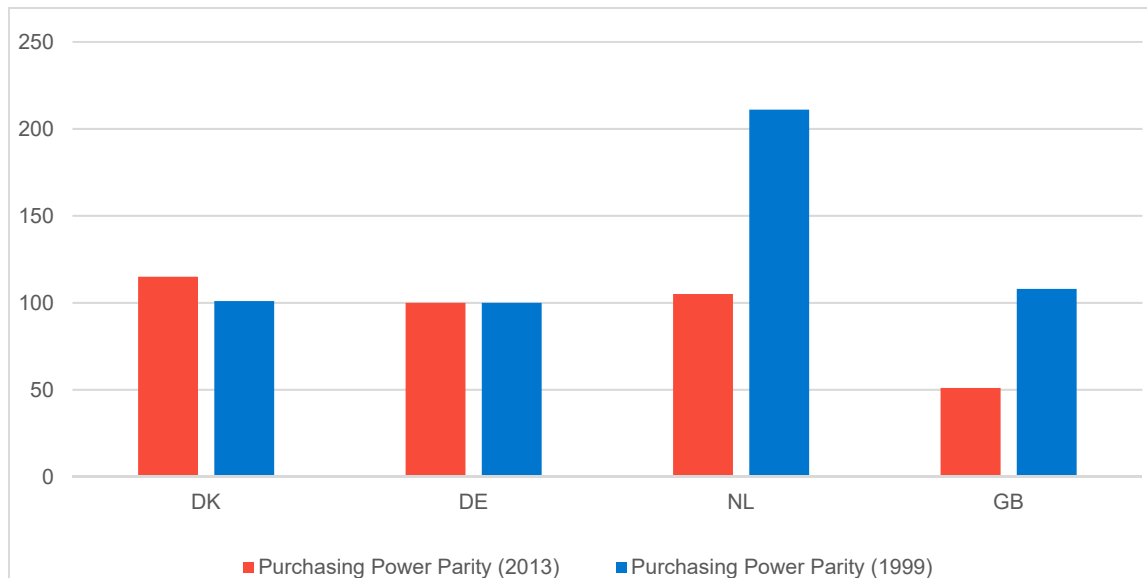
Prissammenligning i rapporten er baseret på summen af behandlinger multipliceret med tandlægehonorar samt priser for materialer og laboratorieydelser i det pågældende patientforløb. Det antages, at behandlingerne omfatter behandling af en almen patient uden tandlægeskræk og orale dysfunktioner, samt behandlingen er uden andre komplikationer eller udfordringer.

7.3.1 Udvidet tandundersøgelse samt diagnosticering af ny patient

Inden for almen tandpleje udføres udvidet tandundersøgelse altid forud for behandling. Behandlingsproceduren for en udvidet undersøgelse og diagnosticering af en ny patient omfatter anamnese, ekstra-oralt og intra-oralt tjek, røntgen til cariesdiagnose, dokumentation og forløbsplanlægning.

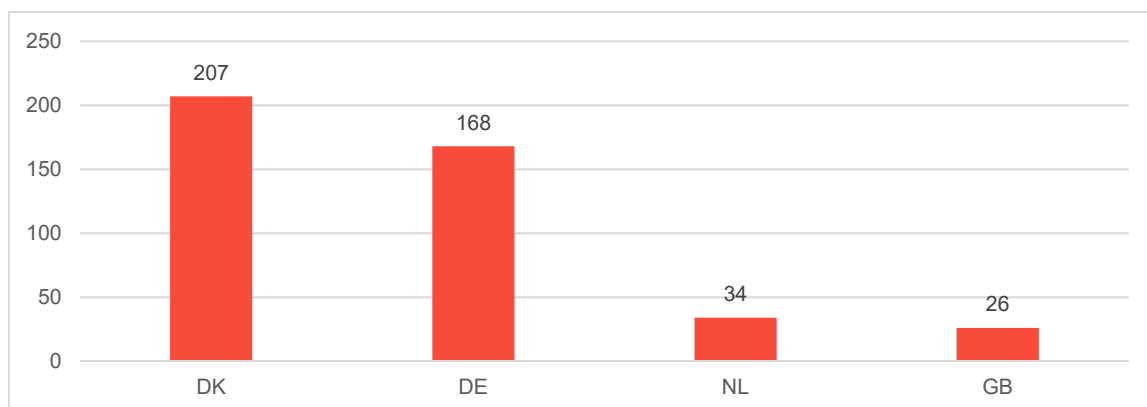
I Tyskland var vederlaget for udvidet forundersøgelse og diagnosticering i 2013 ca. € 45 og kunne kun opkræves hver 6. måned. Figur 7.2 sammenligner prisniveauet for denne ydelse i Tyskland med de tre andre lande, opgjort på basis af købekraftsjusterede priser i en ratio, hvor prisniveauet i Tyskland er sat til indeks 100 i henholdsvis 1999 og 2013. Ser man på 2013, er prisniveauet for ydelsen i Danmark og Holland henholdsvis 15 % og 5 % højere sammenlignet med Tyskland. I Storbritannien er prisniveauet 49 % lavere sammenlignet med Tyskland.

Figur 7.2 Prisniveau for udvidet undersøgelse og diagnosticering af ny patient i år 1999 og 2013



Sammenlignes priserne i 1999 med priserne i 2013, ses af Figur 7.3, at der i alle lande er sket en stigning. Den er dog mest udtalt i Danmark med en stigning på 207 % og Tyskland med 168 % i forhold til 1999-niveauet.

Figur 7.3 Udvikling i købekraftsjusteret pris (procent) for udvidet forundersøgelse i perioden 1999-2013



Andelen af brugerbetaling for ydelsen er meget forskellig. I år 1999 var der i Tyskland og Holland ingen brugerbetaling for ydelsen. I Danmark og Storbritannien udgjorde brugerbetaling henholdsvis 60 % og 80 % af udgiften på tandplejeydelsen. I 2013 i Tyskland var ydelsen fortsat 100 % finansieret. For borgere i Danmark og Storbritannien var betalingsandelen for ydelsen steget med 10 % og i Nederlandene med 100 %. Det skal dog nævnes, jf. kapitel 6, at de fleste hollændere dækker deres brugerbetaling på voksentandpleje ind via forsikringsordninger.

Tabel 7.1 Andel brugerbetaling i procent opgjort for år 1999 og 2013 for tandplejeydelsen udvidet forundersøgelse og diagnosticering¹

Land	1999	2013
DK	60	60
DE	0	0
NL	0 ²	100
GB	80	90

Note: ¹ Uden privat (tillægs)forsikring, ² ikke inkl. røntgen.

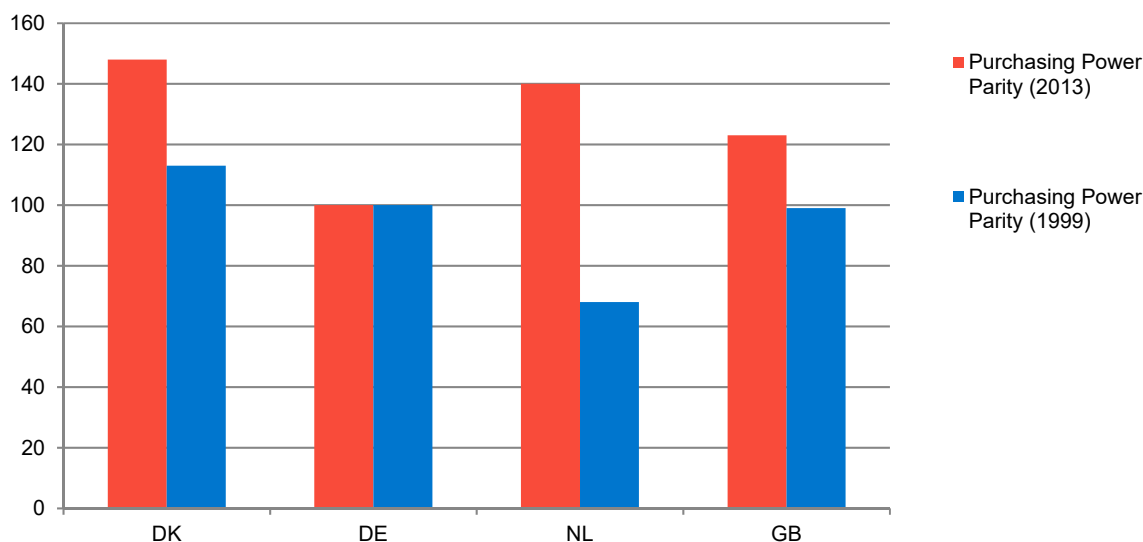
7.3.2 To-fladet plastfyldning på tand 45

En fyldning er en erstatning for tabt tandsubstans. I prissammenligningen for en to-fladet fyldning udgør plast det brugte fyldningsmateriale. Den undersøgte plastfyldning dækker: Patientinformation, farveafgørelse af tand samt bedøvelse, påsætning af kofferdam, fjernelse af caries og forberedelse af hullet. Viderebehandling af hulrummet i tanden og påsætning af matrixbånd, afgørelse af tilstanden af hulvæggen, fyldning af hullet og polemisering samt funktionskontrol med okklusal konturering. Finpudsning af fyldningen og afslutningsvis fluortilsætning.

I Tyskland er vederlaget for en to-fladet plastfyldning på tand 45 € 55 (2013). Figur 7.4 viser prisniveauet for ydelsen i Danmark, Holland og Storbritannien sammenholdt med Tyskland for 1999 og 2013.

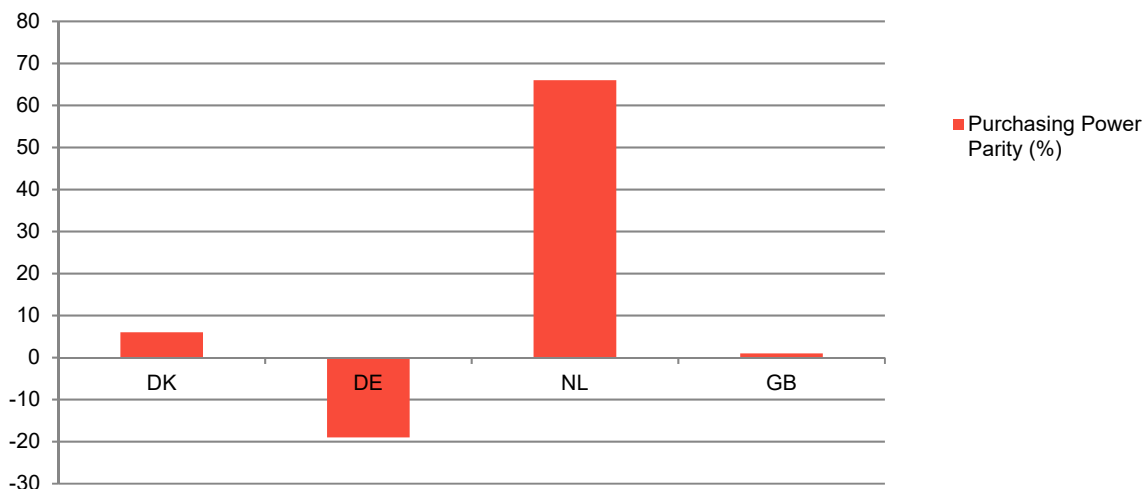
Ser man på den købekraftjusterede ratio fra 2013 i Figur 7.4, er prisniveauet for ydelsen i Danmark, Holland og Storbritannien henholdsvis 48 %, 40 % og 23 % højere sammenlignet med Tyskland.

Figur 7.4 Prisniveau for plastfyldning på to flader på tand 45 i 1999 og 2013



Sammenlignes priserne i 1999 med priserne i 2013, ses af Figur 7.5, at der i tre af landene er sket en stigning: Stigningen er dog mest udtalt i Holland med en stigning på 66% i forhold til 1999-niveauet. Priserne i Tyskland er faldet med 19% i forhold til 1999-niveauet.

Figur 7.5 Udvikling i købekraftsjusteret pris (procent) for to-fladet plastfyldning i perioden 1999-2013



Andelen af brugerbetaling for ydelsen er i de individuelle lande meget forskellig. I 1999 dækkede brugerbetaling 100 % i Holland og Storbritannien. I 2013 udgjorde brugerbetaling fortsat 100 % i Holland, og for borgere i Tyskland var betalingsandelen faldet til 25 % eller slet ingen alt afhængig af behandlingstypen. For borgere i Storbritannien var betalingsandelen faldet med 18 %, og i Danmark var faldet i andelen kun 1 %.

Tabel 7.2 Andel brugerbetaling i procent opgjort for 1999 og 2013 for tandplejeydelsen udvidet to-fladet plastfyldning af tand 45¹

Land/år	1999	2013
DK	91 ²	90 ²
DE	54 ²	0 ³ / 25 ⁴
NL	100	100
GB	100	82 ²

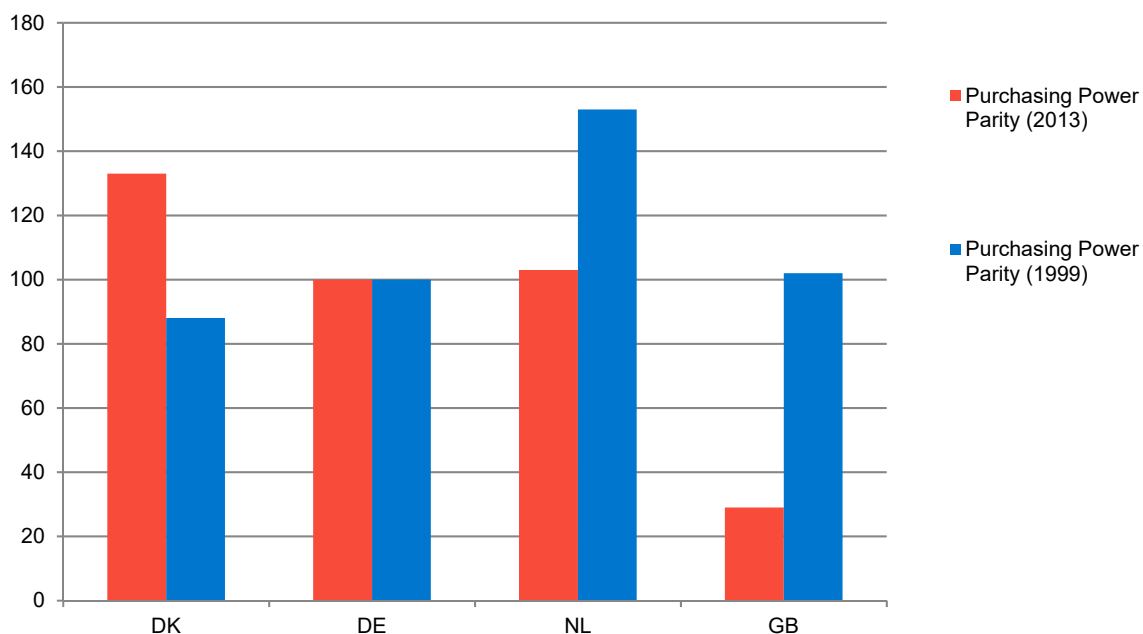
Note: ¹ Uden privat (tillægs)forsikring, ² Gennemsnitspris, ³ Enkeltlagsteknik som standardmetode, ⁴ I tilfælde af tolagsteknik tilføjes ekstra gebyr.

7.3.3 Rodbehandling på tand 46

I Tyskland var vederlaget i 2013 for en rodbehandling på tand 46 ca. € 231 og dækkede følgende behandling: Patientinformation, bedøvelse, påsætning af kofferdam, klargørelse af tand og åbning af pulpakammeret for derved at få adgang til nervekanalen. Derefter fjernes nervevæv og bakterier fra kanalen. Røntgenbillede bruges bl.a. til at klargøre kanalerne med henblik på fyldning af rodkanalerne. Et røntgenbillede tages derefter bl.a. til at afmåle fyldninger, og en midlertidig fyldning indlægges. Brug af operationelt eller tandlægemikroskop er ikke medregnet i omkostningerne. Den midlertidige fyldning anses som slutningen på behandlingen.

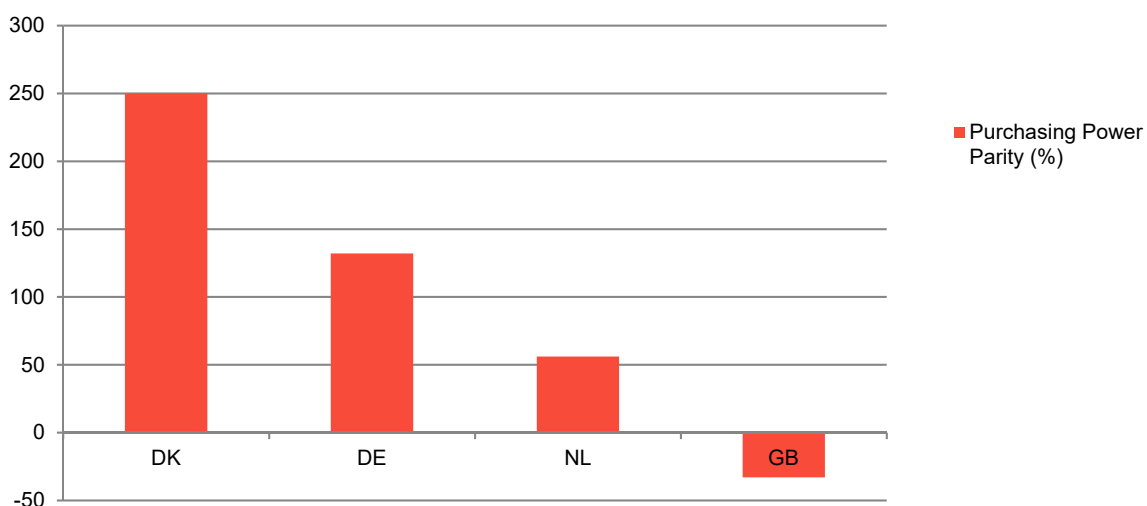
Ser man på den købekraftjusterede ratio fra 2013 i Figur 7.6 er prisniveauet for ydelsen i Danmark og Holland henholdsvis 33 % og 3 % højere sammenlignet med Tyskland. I Storbritannien er prisniveauet 71% lavere end i Tyskland.

Figur 7.6 Prisniveau for rodbehandling på tand 46 i 1999 og 2013



Sammenlignes priserne i 1999 med priserne i 2013 ses af Figur 7.7, at der i tre af landene er sket en stigning. Stigningen er mest udtalt i Danmark med en stigning på 250 % og i Tyskland på 132 % i forhold til priserne i 1999. I Holland er stigningen på 56 % sammenholdt med 1999-niveauet. Priserne er for samme periode faldet med 33 % i Storbritannien.

Figur 7.7 Udvikling i købekraftsjusteret pris (procent) for rodbehandling på tand 46 i perioden 1999-2013



Andelen af brugerbetaling for ydelsen er meget forskellig for de individuelle lande. I 1999 og 2013 var der ingen brugerbetaling for ydelsen. I Danmark er andelen af brugerbetaling faldet markant (65 %), og andelen af brugerbetaling i Storbritannien er steget med 2 % i perioden.

Brugerbetaling i Nederlandene har ligget konstant på 100 % i perioden.

Tabel 7.3 Andel brugerbetaling i procent opgjort for 1999 og 2013 for tandplejeydelsen rodbehandling på tand 46¹

Land/år	1999	2013
DK	85 ²	20
DE	0	0
NL	100 ³	100
GB	80	82 ²

Note: ¹ Uden privat (tillægs)forsikring, ² Gennemsnitspris, ³ Patienter over 18 år,

7.3.4 Krone på tand 21

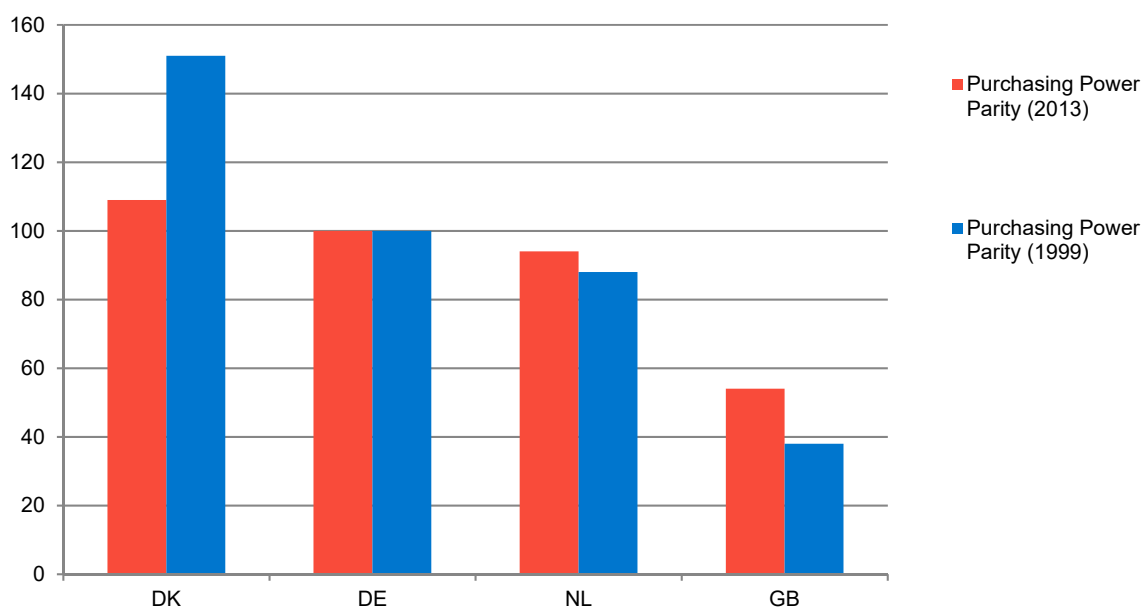
Ved en defekt tand, hvor en fyldning ikke længere er en holdbar løsning i forhold til tandens funktion, er en krone nødvendig.

I Tyskland er vederlaget for en krone inkl. materiale og laboratorieomkostninger € 496 og dækker behandlingen: Patientinformation, bedøvelse, aftryk til midlertidig krone, klargørelse af tand, afgørelse af tandfarve, aftryk af over- og underkæbe til at lave modeller. Fremstilling og indsætning af den midlertidige krone. Afprøvning af tandkronen, funktionskontrol med okklusionsslibning, finpudsning, påsætning af kronen, funktionskontrol og afsluttende check-up.

Kroner kan laves af forskelligt materiale, men er her en kombination af guld og porcelæn.

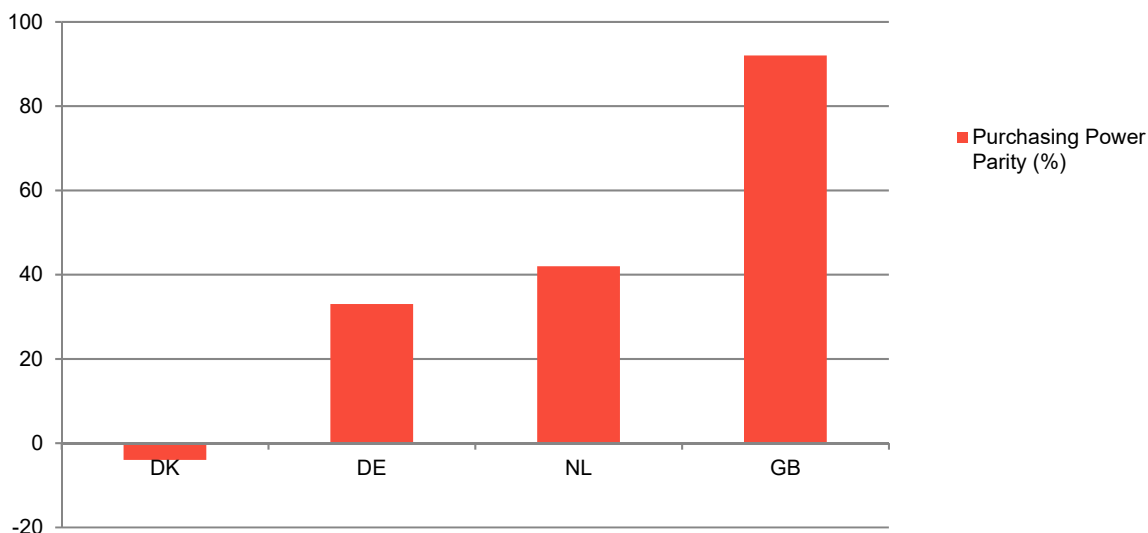
Prisniveauet for tandlægeydelsen for landene er opgjort i Figur 7.8 i en købekraftsjusteret ratio, hvor prisniveauet i Tyskland er sat til indeks 100. Ser man på den købekraftjusterede ratio fra 2013, er prisniveauet for ydelsen i Danmark 95 % højere sammenlignet med Tyskland. I Storbritannien og Holland er prisniveauet henholdsvis 6 % og 46 % lavere sammenholdt med Tyskland.

Figur 7.8 Prisniveau for en krone på tand 21 i 1999 og 2013



Sammenlignes priserne i 1999 med priserne i 2013, ses af Figur 7.9, at der i to af landene er sket en stigning: Stigningen er mest udtalt i Storbritannien og Holland med en stigning på henholdsvis 92 % og 42 %. Priserne er i samme periode faldet med 4 % i Danmark og 18 % i Tyskland.

Figur 7.9 Udvikling i købekraftsjusteret pris (procent) for en krone på tand 21 i perioden 1999-2013



Andelen af brugerbetaling for ydelsen er forskellig for de individuelle lande. I 1999 og 2013 var andelen af brugerbetaling i Danmark og Holland 100 %. I Tyskland er brugerbetalingen steget med 17-30 % og med 9 % i Storbritannien.

Tabel 7.4 Andel brugerbetaling i procent opgjort for år 1999 og 2013 for tandplejeydelsen krone på tand 21¹

Land/år	1999	2013
DK	100	100
DE	42-55 ²	72 ^{2/3}
NL	100	100
GB	80	89 ²

Note: ¹ Uden privat (tillægs)forsikring, ² Gennemsnitspris, ³ Uden bonus.

7.3.5 Afsluttende kommentar

Samlet set må prisniveauer og -udviklinger spejles op imod hinanden. Hvad angår prisudviklingen er der samlet set markante forskelle både ydelserne og landene imellem, men den mest markante prisvækst ses i Danmark og Tyskland. Tager man højde for de absolutte prisniveauer, optræder dog en modvægt, der gør prisvæksten mindre markant, idet udgangspunktet i 1999 var lavere end i de øvrige lande. Samlet set havde Danmark dog i 2013 stadig det højeste prisniveau på de fire ydelser, mens England samlet set havde det laveste prisniveau i 2013.

7.4 Sammenligning af priser på specifikke ydelser i Danmark, Sverige og Norge

Tandlægeforeningen i Danmark har foretaget en sammenligning af priser på specifikke basale tandplejeydelser i henholdsvis Danmark, Sverige og Norge i 2017 (Tandlægeforeningen 2018). Der ses på almen undersøgelse, individuel forebyggelse, tandrensning og øvrige behandlinger, fx ekstraktion og enkeltfladet plastfyldning på kindtand/molar. Priserne er hentet fra det danske takstkatalog (tandlægeoverenskomsten), en svensk prisliste fra Folktandvården og et udvalg priser fra den norske prisportal www.hvakostertannelegen.no over priser hos privatpraktiserende tandlæger. Priserne er købekraftsjusterede og konverteret til danske kroner. Af prissammenligningen fremgår, at de overenskomstbaserede danske priser for alle de listede ydelser ligger væsentligt under priserne i Sverige og Norge.

Det skal bemærkes, at de offentlige referencepriser, der anvendes i forbindelse med tilskud til patienter med specifikke diagnoser i Norge, med en enkelt undtagelse ikke er inkluderet. Ligeledes er de svenske priser baseret på en prisliste fra en Folktandvård. Selvom prisforskellene i Sverige efter 2008-reformen er blevet mindre, så er det ikke sikkert, at priserne fra denne Folktandvård fuldstændigt afspejler de faktiske gennemsnitlige markedspriser fra Sverige, jf. kapitel 2.

Litteratur

- Bilde, L., Halling, C.B. & Kiil, A. 2018, *Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter tandpleje? Del II: Internationale erfaringer med anvendelse af brugerbetaling i voksentandplejen*, VIVE, København.
- Blich, C.C. 2017, *Oslos Universitet, Interview maj 2017*.
- Boom, P. 2018, *Interview m. Paul Boom, Chief Dental Officer i det Hollandske ministerium for Folkesundhed, Velfærd og Sport*.
- Boyle, S. 2011, *United Kingdom (England). Health System Review (Health Systems in Transition 13:1)*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- British Dental Association 2018, 04/04-last update, *Press Release: Government now profiting from NHS Charges at hundreds of Dental Practices*. Available: <https://bda.org/news-centre/press-releases/government-now-profiting-from-nhs-charges-at-hundreds-of-dental-practices> [2018, 08/23].
- Busse, R. & Blümel, M. 2014, *Germany. Health System Review (Health Systems in Transition 16:2)*, European Observatory of Health Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Cortsen, B. & Fredslund, E. 2013, *Voksentandplejen i Danmark. Organisering af voksentandplejen i Danmark i sammenligning med øvrige nordiske land og i forhold til voksenbefolkningens risikoprofil*, KORA, København.
- Currie, R.B., Pretty, I.A., Tickle, M. & Maupome, G. 2012, "Letter from America: UK and US state-funded dental provision", *Community dental health*, vol. 29, no. 4, pp. 315-320.
- Cylus, J., Richardsson, E., Findley, L., Longley, M. & O'Neill, C., Steel, D. 2015, *United Kingdom - Health Systems in Review (Health Systems in Transition 17:5)*, 17(5) edn, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Dental Tribune News Europe 2015, 26 March-last update, *German dental health care system stands out in European comparison*. Available: <https://eu.dental-tribune.com/news/german-dental-health-care-system-stands-out-in-european-comparison/> [2018, 09/07].
- Eaton, K. 2018, *Interview med Kenneth Eaton, retired, independant advisor on dental care. 2 juli 2018, England*.
- Ekornrud, T., Skjøstad, O. & Texmon, I. 2017, *Utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier 2014-2016. En socioøkonomisk analyse af voksne mottakere af folketrygdsrefusjoner*, 42nd edn, Statistisk Sentralbyrå, Oslo, Norge.
- Eurostat 2018, *Living conditions in Europe*, 2018th edn, Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- Felder, M., van de Bovenkamp, H. & de Bont, A. 2018, "Politics of policy learning: Evaluating an experiment on free pricing arrangements in Dutch dental care", *Evaluation*, vol. 24, no. 1, pp. 6-25.
- Folketrygdloven 1997, *Lov om folketrygd. LOV-1997-02-28-19*, Arbeids- og sosialdepartementet, Oslo.

- Försäkringskassan 2018, *Tandvårdstöd*. Available: <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard/tandvardsstod> [2018, 08/22].
- Försäkringskassan 2017, *Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka övernyttjanda och bedrägeri med statsligt tandvårdsstöd? Analys och förslag (Socialförsäkringsrapport 2017:10)*, Försäkringskassan, Analys och prognos, Stockholm.
- Försäkringskassan 2012, *Det statliga tandvårdsstödet. En lägesrapport (Socialförsäkringsrapport 2012:7)*, Försäkringskassan. Analys och prognos, Stockholm.
- Frederiksen, M., Gundelach, P. & Nielsen, R.S. (eds) 2014, *Mixed Methods forskning - principper og praksis*, 1st edn, Hans Reitzels, København.
- Gallagher, J. 2017, *Professor, King's College, London, interview 27. juni 2017 i forbindelse med rapport om brugerbetaling i tandplejen (Bilde et al. 2018)*., London, England.
- Göransson, H. 2018, *Interview med Hans Göransson, Ordföranda, Sveriges Tandläkarförbund, d. 10. juli 2018*, Stockholm, Sverige.
- Götze, R. 2010, *The Changing Role of the State in the Dutch Healthcare System (TranState working papers, No. 141)*, Univ., Sonderforschungsbereich 597 Staatlichkeit im Wandel, Bremen.
- Grytten, J. 2010, "Trykgepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten - en oversikt", *Den norske tannlegeforenings tidende*, vol. 120, pp. 308-315.
- Grytten, J., Skau, I. & Holst, D. 2014, "Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge - behandlingsprofiler og tilgjengelighet til tannlegen", *Den norske tannlegeforenings tidende*, vol. 124, pp. 273-283.
- Grytten, J. 2017, "Payment systems and incentives in dentistry", *Community Dent Oral Epidemiol*, vol. 45, pp. 1-11.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011, *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2012*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Holmes, R.D., Porter, J., Vernazza, C., Tsakos, G., Ryan, R. & Dennes, M. 2015, *Children Dental Health Survey 2013. Country-specific Report for England*, Health and Social Care Information Centre, London, United Kingdom.
- Johansson, V. 2009, *Oral health-related quality of life and patient payment systems. A study of Contract and Fee-for-service care in a county in Sweden*, Malmö University, Department of Oral Public Health, Faculty of Odontology, Malmö.
- Jordan, R. & Micheelis, W. (eds) 2016, *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) - Kurzfassung*, Institut der Deutschen Zahnärzten (IDZ), Köln, Tyskland.
- Kiil, A., Skovgaard, C. & Bilde, L. 2017, *Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter tandpleje? Del I: Systematisk litteraturgennemgang af effektstudier af brugerbetaling og afløsningsmodeller*, KORA, København.
- Klingenberg, D., Schneider, M., Hoffmann, U. & Köse, A. 2015, *EURO-Z-II: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (Comparison of dental fees in Europe)*, Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln.
- Klingenberg, D. 2017, *Viceforskningschef, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), 6. juli 2017*.

- Klingenberg, D. 2005, "Steuerungs- und Verteilungswirkungen der Praxisgebühr im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung - eine Kosten-Nutzen-Analyse", *Gesundheitswesen*, vol. 67, pp. 196-203.
- Kravitz, A., Bullock, A., Cowpe, J. & Barnes, E. 2015, *Manual of dental practice (2015)*, European Council of Dentists, 5.1st edn, Cardiff University, Wales, United Kingdom.
- Kravitz, A., Bullock, A. & Cowpe, J. 2014, *EU Manual of Dental Practice*, 5th edn, Council of European Dentists, Wales.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. & van Ginneken, E. 2016, *Netherlands - Health system review (Health Systems in Transition 18:2)*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Lindström, A. 2018, *Analytiker, TLV - Tandvård- och Läkemedelsformannsverket, interview d. 16. juli, 2018*, Sverige.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013, *Rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, København.
- Moutakis, M. 2015, *Effekten af 2008 års tandvårdsreform på vårdgiverpriserna (Dnr 04409/2014)*, Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket (TLV), Stockholm.
- National Health Services 2018, *NHS 2018: How much will I pay for NHS Dental Treatment*. [Homepage of National Health Services], Available: <https://www.nhs.uk/common-health-questions/dental-health/how-much-will-i-pay-for-nhs-dental-treatment/> [2018, 7/13].
- National Health Services 2017, *NHS Press Release: "Chief Dental Officer urges Profession to give their Views in Nation Wide survey"*. Downloaded fra <https://www.england.nhs.uk/2017/09/chief-dental-officer-urges-profession-to-give-their-views-in-nationwide-survey/> (2017) [Homepage of National Health Services], Available: www.england.nhs.uk [2017, 12/1].
- National Health Services 2014, *NHS England 2014 – Improving oral Health – a call for action – strategi papir*, downloaded fra <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/imp-dent-care.pdf>, 11.juli 2018, National Health Services, London, United Kingdom.
- Nihtilä, A. 2010, *A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care*. National Institute for Health and Welfare, Finland, Helsinki.
- OECD 2016, *OECD Health Data*, Paris, France.
- OECD 2013, *Health at a Glance*, 7th edn, Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD.
- Professional Dental Services 2018, *Units of Dental Activity* [Homepage of Professional Dental Services], Available: <http://www.jobsfordentists.co.uk/uda.htm> [2018, 08/23].
- Regeringskansliet 2014, 19. august 2014-last update, *Tandvård i Sverige* [Homepage of Socialdepartementet], Available: <http://www.regeringen.se/sb/d/14831/a/174914> [2014, 11/12].
- Riksrevisionen 2012, *Tandvårdsreformen 2008 - når den alla?* 12th edn, Riksrevisionen, Stockholm, Sverige.
- Rødseth, S. 2018, *Interview med Siri Rødseth, Helsedirektoratet. 4. juli 2018*.

- Royal College of Surgeons 2018, 09/23-last update, *New statistics show rising number of children not visiting a NHS dentist, with huge regional variations (Comment on dental statistics)*. Available: <https://www.rcseng.ac.uk/news-and-events/media-centre/press-releases/comment-on-dental-statistics/> [2018, 07/13].
- Sandberg, E. 2017, *Chef for Folk tandvården, Vestre Manlandsregion, intervju d. 7. august 2017*, Vester Manland, Sverige.
- Socialstyrelsen 2018, *Statistik om tandhälsa 2017*, 2018-05-14, art. no. 2018-5-16 edn, Socialstyrelsen, Stockholm, Sverige.
- Socialstyrelsen 2016, *Statistik om tandhälsa - Tandhälsoregistret*. Available: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/tandhalsa> [2018, 09/03].
- Socialstyrelsen 2015, *Tandvård*. Available: <http://www.socialstyrelsen.se/tandvard> [2015, 01/21].
- Statens forvaltningstjeneste 2005, *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest*, Informasjonsforvaltning, Oslo.
- Statistisk Sentralbyrå 2018, 28. juni-last update, *Statistikk om tannhelse*. Available: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse> [2018, 09/03].
- Statistisk Sentralbyrå 2013, 18. sept.-last update, *Helseforhold, Levekårsundersøkelsen 2012*. Available: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar/2013-09-18> [2018, September].
- Steele, J. & O'Sullivan, I. 2011, *Executive Summary: Dental Adult Health Survey 2009*, 1st edn, NHS - Information Centre for Health and Social Care, London, United Kingdom.
- Steele, J. 2014, *NHS Dental Contract Pilots - Learning after the first two years of piloting. The second report from the dental contract pilots evidence and learning reference group*, 4th edn, Department of Health, London, England.
- Steele, J., Rooney, E., Clarke, J. & Wilson, T. 2009, *NHS dental services in England. An independent review*, NHS, London.
- Tandlægeforeningen 2018, *Analyse - Sammenligning af priser på grundlæggende tandplejeydelser i Skandinavien 2017*, Tandlægeforeningen, København, Danmark.
- Tandläkartidningen 2018, 05/17-last update, *Nu utreds hela tandvårdssystemet*. Available: <http://www.tandlakartidningen.se/arkivet/nyhet/nu-utreds-hela-tandvards%C2%ADsystemet/> [2018, .
- Tandvårdslag (1985:125) 2014, *Regeringskansliet/Lagrummet*, Sverige.
- Tannhelsetjenesteloven 1984, *Lov om tannhelsetjenesten*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- TLV- Tandvård- och Läkemedelsformannsverket 2014, *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet - Rapportering av regeringsuppdrag*, TLV, Stockholm, Sverige.
- TLV- Tandvård- och Läkemedelsformannsverket , *Referenspriser 2018* [Homepage of TLV], Available: <https://referenspriser-from-15-jan-2018-dentalt-mtrl> [2018, 06/26].

TNS Opinion & Social 2010, *Special Eurobarometer 72.3. Oral Health 2009*, Directorate General Health and Consumers, Bruxelles.

Vårdguiden 1177 2016, *Abonnemengstandvård* [Homepage of OECD], Available: <https://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Tandvard-till-fast-pris---abonnemangstandvard/> [2018, 08/22].

Welling Hansen, S. & Houlberg, K. 2012, *Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv*, AKF, København.

Whittaker, W. & Birch, S. 2012, "Provider incentives and access to dental care: Evaluating NHS reforms in England", *Social Science and Medicine*, vol. 75, no. 12, pp. 2515-2521.

Widström, E., Agustdottir, H., Byrkjeflot, L. & Pälvärinne, R., Christensen LB 2015, "Systems for provision of oral health care in the Nordic countries", *Tandlægebladet*, vol. 119, no. 9, pp. 702-711.

World Health Organization 2012, *Country oral health profiles (CAPP database)* [Homepage of WHO], Available: www.mah.se://CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO [2018, 07/10].

Ziller, S., Eaton K.A. & Widström, E. 2015, "The healthcare system and the provision of oral health care in the European Union member states. Part 1: Germany", *British Dental Journal*, vol. 218, pp. 239-244.

Ziller, S. 2018, *Deutsches Bundeszahnärztkammer, Interview 16.08.18*, Berlin, Tyskland.

Bilag 1 Interviewguide

About the project		
	The projects aim is to describe and analyse national models for dental care in five selected countries, among these XXX. This includes a macro level focus on the legislation, organization, financing, governance, and a micro level focusing on the patient's perspective.	
About you		
	Describe the position/job from which you are being interviewed (e.g. what is your job function and responsibility , and what is the function/responsibility/assignments of your institution)	
	How old are you?	
	What is your educational background?	
If interviewee is a dentist	How many years have you been practising ?	
	How many years have you been in your current position ?	
Macro level – The organization, structure and financing of oral health care		
Legislation	What are the aims of dental care? How is the organization, structure, quality assurance etc. embedded in the legislation? How are entitlements to dental care described in the legislation (explicit, implicit) How about quasi-legislation – eg. Clinical guidelines -? Any comments about the elaboration and implementation in the dental care systems?	
Organization	How are dentists organized in your country?	
	How are dentists employed in your country?	
	Is there a purchaser (government or insurance company)/ provider (private dentist/dental house) split and how is it organized?	
Structure	How is the responsibility for providing oral health services in your country divided?	
	Which governmental and non-governmental institutions control the provision of oral health care? And how is the control carried out?	
	How is it made sure that dentists are available throughout the country? Do you have comments on ownership, the right to establish a dental practice, and the competition between dentists?	
Payment/remuneration of dentists	How are the providers (dentists) paid /remunerated for their services? Advantages disadvantages of the payment system? Market structure, pricing etc. ?	
Financing of dental care	Comments on the overall financing – eg how does user payment interact with provider payment – do you have user payment ceilings? And how are they governed?	
	Social inequality and social security	What measures are in place to secure access for all for oral health services?

	Private insurance, public provider or “free” market	What kind of “ insurance ” is available to the citizens?
	Are there any adverse health effects of the way the system is financed – on oral health or health in general?	
	Budget responsibility and -control: How/who makes sure that budgets for dental care are kept and not exceeded? Which tools do you use?	
Dental health outcomes	What is the general dental health status in the country?	
	Are there social inequality in the dental health outcomes	
	How is the relation between input to output to outcome	
Micro level – the oral health care system seen from the patients perspective		
	A thorough description of how a typical patient would progress through the system	
	Characteristics of patients who go as often as recommended, patient who do go but not as recommended and patient who do not go to the dentist. (prophylactic and treatment visits)	
Payment	How is the payment experienced by the patient? Is there direct reimbursement or does the patient pay the full bill and get reimbursed by insurance/government later	
Criteria for reimbursement	What services are covered publicly and what services are covered privately	. E.g. check-ups, prophylactic benefit or treatments of dental caries and periodontal disease
Patient rights	How is the right to publicly funded dental care described in the legislation /quasi-legislation (explicit/implicit) (positive/negative list) -	- For citizens /EU citizens For asylum seekers, non-EU citizens, immigrants without papers
Access	What are the criteria for obtaining the publicly funded dental	
	Which – if any - of the publicly funded dental care services – are aimed at specific groups? – If any, what are the criteria for these groups?	
	How often can you have the publicly funded services	
	Do the citizens face prohibitive costs and what options do they have	
Future and current debates on dental care		
	In light of the topics covered, what are the current debates regarding the model for dental care in your country?	
	What kinds of transformations/reforms in the model for dental care are occurring now? And what kinds of transformations do you see coming in the future?	
Data on health outcomes, dental care prices and consumption		
	Can you supplement the data that we already have on health outcomes, dental care prices, and consumption of dental care?	
Thank you!		

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD