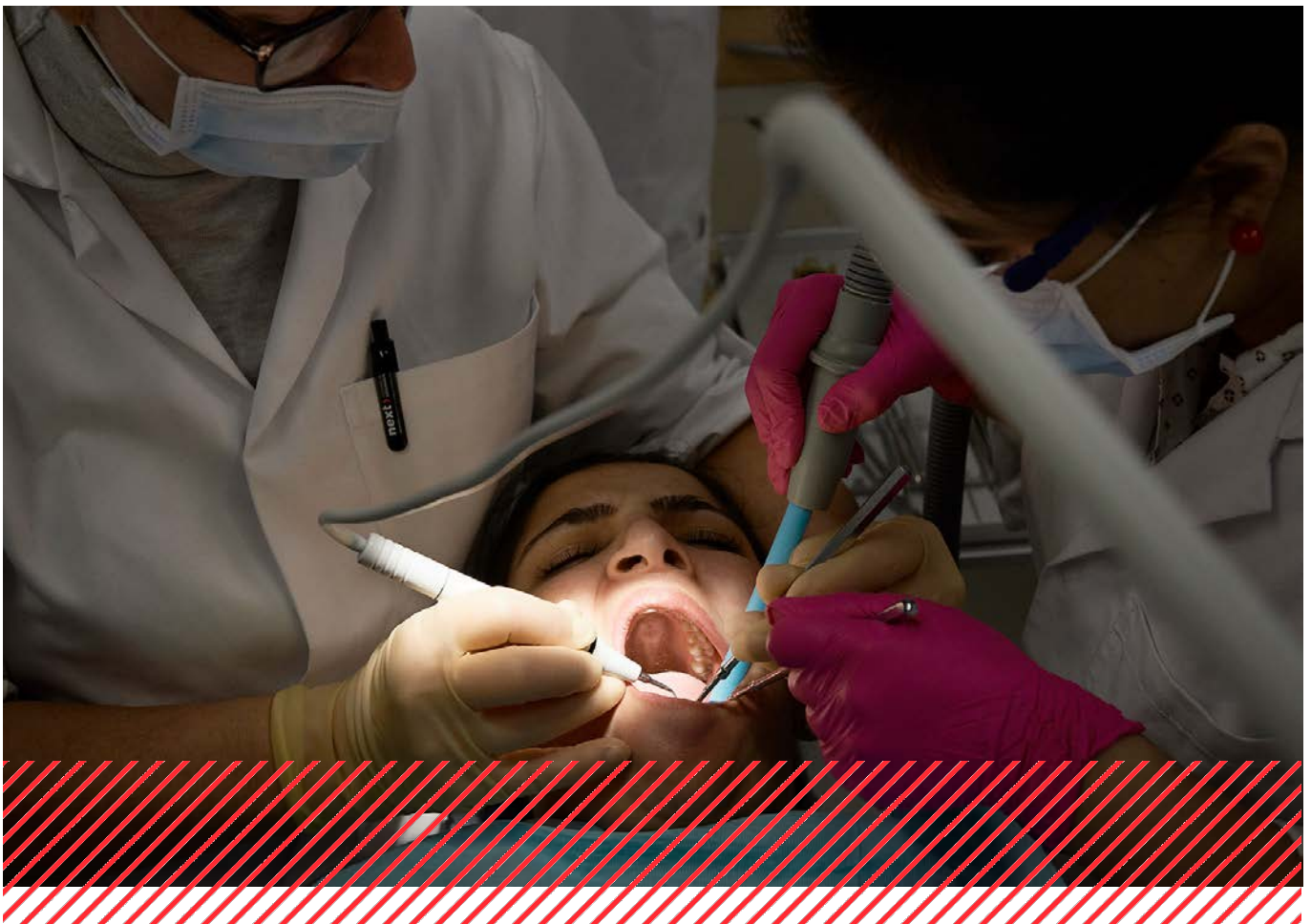


Rapport

# Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje?

Del II: International sammenligning af erfaringer med brugerbetaling i voksentandplejen



Lone Bilde, Christine Bækø Halling og Astrid Kiil

*Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje?  
– Del II: International sammenligning af erfaringer med brugerbetaling i  
voksentandplejen*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-64-5

Forsidefoto: Ricky John Molloy

Projekt: 10609

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://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 omhandler anden del af forskningsprojektet: "Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje?", der har undersøgt konsekvenser af brugerbetaling for efterspørgslen efter tandpleje og – indirekte – for befolkningens tandsundhed. Vi har i projektet anvendt to tilgange til emnet: Først er den økonomiske teori og evidens for sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgsel efter – samt adgang til og lighed i – voksentandpleje beskrevet og belyst i rapporten: *Astrid Kiil, Christine Skovgaard og Lone Bilde. Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje? DEL I: Systematisk litteraturgennemgang, KORA, København, februar 2017*. Dernæst har vi undersøgt konkrete erfaringer med anvendelse af brugerbetaling i voksentandplejen i forskellige institutionelle kontekster.

Denne rapport omhandler således syv europæiske landes erfaringer med brugerbetaling i tandpleje set i et historisk-organisatorisk perspektiv og er baseret på en litteraturgennemgang og semistrukturerede interview. Rapporten ser på, hvordan landene anvender brugerbetaling, og der gives bud på, hvilke konsekvenser forskellige måder at anvende brugerbetaling menes at have for anvendelsen af tandpleje og tandsundheden i landet. En række lokale eksperter og nøglepersoner med erfaring i tandpleje og tandplejepolitik har deltaget i semistrukturerede interview og hjulpet med at kvalificere litteraturen i forhold til den lokale kontekst. Ved interviewene har interviewpersonerne udtrykt deres perspektiver og holdninger til tandplejesystemer og brugerbetalingspolitikker i deres respektive lande. Nogle af interviewpersonerne har ønsket, at deres udsagn bliver anonymiseret, hvilket vi har respekteret, således at der ikke fremgår citater mv. i rapporten. Vi vil imidlertid gerne takke for interviewpersonernes medvirken.

Forskningsprojektet om brugerbetaling i tandpleje er udført af seniorprojektleder Lone Bilde, seniorforsker Astrid Kiil og projektleder Christine Bækø Halling (tidligere Skovgaard) fra VIVE (tidligere KORA). Professor Jakob Kjellberg fra VIVE har desuden kommenteret på rapportudkast før peer review.

Professor Poul Erik Petersen, Odontologisk Institut, Københavns Universitet, har som medlem af projektets følgegruppe fulgt rapportens tilbliven, og forfatterne takker hermed for hans yderst konstruktive kommentarer til rapporten samt sparring undervejs.

Endelig er rapporten peer reviewet ved professor Jostein Grytten fra Oslos Universitet og professor Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet, som begge dels har stor ekspertise i emnet, dels har givet peer review af projektets første delrapport. De takkes for at kvalificere rapporten yderligere.

Projektet er finansieret af Tandlægefonden.

*Forfatterne*  
2018

# Indhold

Sammenfatning .....	6
1 Indledning.....	13
1.1 Baggrund.....	13
1.2 Formål.....	16
1.3 Metode, data, begreber og afgræsning .....	16
2 Brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje .....	19
2.1 Teoretisk sammenhæng .....	19
2.2 Studier vedrørende aflønning af tandlæger.....	20
2.3 Studier vedrørende effekten af brugerbetaling på efterspørgsel efter voksentandpleje .....	21
2.4 En finansieringspolitik for tandplejen .....	22
3 Beskrivelse af tandplejesystemernes kontekst.....	23
4 Danmark.....	26
4.1 Strukturel og historisk ramme .....	27
4.2 Organisering og finansiering.....	28
4.3 Monitorering og data .....	31
4.4 Reforme, behovsdækning og kritik af systemet.....	31
5 Sverige .....	35
5.1 Strukturel og historisk ramme .....	36
5.2 Organisering og finansiering.....	38
5.3 Monitorering og data .....	39
5.4 Reforme, behovsdækning og kritik af systemet.....	39
6 Norge .....	41
6.1 Strukturel og historisk ramme .....	41
6.2 Organisering og finansiering.....	43
6.3 Monitorering og data .....	45
6.4 Reforme, behovsdækning og kritik af systemet.....	45
7 Finland .....	47
7.1 Strukturel og historisk ramme .....	48
7.2 Organisering og finansiering.....	49
7.3 Monitorering og data .....	50
7.4 Reforme, behovsdækning og kritik af systemet.....	50
8 England .....	52
8.1 Strukturel og historisk ramme (England) .....	52
8.2 Organisering og finansiering.....	54
8.3 Monitorering og data .....	56

9	Tyskland.....	58
9.1	Strukturel og historisk ramme.....	58
9.2	Organisering og finansiering.....	60
9.3	Reformer, behovsdækning og kritik af systemet.....	61
10	Spanien.....	62
10.1	Strukturel ramme.....	62
10.2	Organisering og finansiering.....	63
10.3	Monitorering og data.....	64
10.4	Reformer, behovsdækning og kritik af systemet.....	64
11	Diskussion og perspektivering.....	65
	Litteratur.....	73
Bilag 1	Ordliste.....	82
Bilag 2	Semistruktureret interviewguide (engelsk).....	84
Bilag 3	Projektbeskrivelse (engelsk).....	86
Bilag 4	Sammenligning af input-output og outcome, ulighed og tilgængelighed.....	88
	Fluorid.....	91
	Ressourcer til tandpleje.....	91
	Velstand og ulighed i indkomst.....	93
	Tandstatus og lighed i adgangen til tandpleje i en række lande.....	95

# Sammenfatning

I Danmark og i mange andre europæiske lande, hvor der er pres på de offentlige sundhedsbudgetter, er diskussionen om anvendelse af brugerbetaling som finansieringskilde for sundhedsydelser stadig højaktuel. Brugerbetaling ses som et værktøj til at reducere efterspørgslen efter sundhedsydelser, som ifølge en faglig vurdering anses for at være "unødvendige", og dermed sænke det offentlige forbrug. Brugerbetaling kan imidlertid medføre yderligere ulighed i brugen af sundhedsydelser, idet patienters indkomst så kan blive afgørende for, om sundhedsydelsen efterspørges eller ikke.

Voksentandpleje er – i modsætning til de fleste andre sundhedsydelser – forbundet med hel eller delvis brugerbetaling. De europæiske landes tandplejesystemer har imidlertid vidt forskellige måder at anvende brugerbetalingen på, ligesom den lokale kontekst for anvendelsen er meget forskellig. Samtidig anses tandlægers aflønningsformer sammen med finansieringen af ydelserne for at have en betydelig effekt på efterspørgslen efter tandplejeydelser, idet både patienters og tandlægers adfærd påvirkes af de økonomiske incitamenter, der ligger i aflønnings- og finansieringssystemer.

Denne rapport er den anden i et forskningsprojekt, der har til formål at belyse sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgsel efter tandplejeydelser. I første delrapport (Kiil, Skovsgaard & Bilde 2017) belyste vi den økonomiske teori samt empiriske studier i en systematisk litteraturgennemgang af sammenhængen mellem efterspørgsel og brugerbetaling efter tandplejeydelser. Vi så desuden på pris- og indkomstelasticitet samt på konsekvenser af brugerbetaling for adgangen til og lighed i tandpleje samt befolkningsdækning.

Denne rapport belyser konkrete erfaringer med anvendelse af brugerbetalingsmodeller i voksentandplejen i syv europæiske lande: Danmark, Sverige, Norge, Finland, Tyskland, Spanien og England. Der ses i rapporten på målsætningerne med tandpleje og på, hvilke konsekvenser disse landes brugerbetalingsmodeller lokalt vurderes at have for tandplejedækning, tandsundhed, lige adgang til tandpleje og samfundsøkonomiske omkostninger på kort og lang sigt. Erfaringerne er belyst ved at kombinere økonomisk teori og resultater fra ovennævnte systematiske litteraturgennemgang med en gennemgang af international og lokal litteratur samt semistrukturerede interview med nøglepersoner i de enkelte lande.

I rapporten beskrives en række faktorer, der har betydning for udmøntningen og virkningen af brugerbetaling i voksentandplejen i de syv lande. Dette gælder fx organisering og historik for voksentandplejen, ressourcer, børnetandpleje, geografi, tandlægers ansættelsesforhold og aflønning, brugerbetalingens konkrete udformning og samspil med det øvrige system, forbrug af tandplejeydelser, antal besøg samt en række indikatorer for tandsundhed. Endelig beskrives behovsdækning, eventuelle reformtiltag og kritik af systemet.

## *Målsætninger for tandplejen og beslutningskriterier*

De overordnede mål med tandplejen i de syv lande er relativt ens – nemlig at fremme befolkningens tandsundhed og sikre lige adgang til tandplejeydelser samt geografisk og socioøkonomisk lighed i brugen af tandpleje og i tandsundhed. Ligeledes er det et overordnet mål, at tandplejen skal organiseres, så den bedst muligt imødekommer befolkningens behov.

I nogle lande, fx Tyskland og Sverige, har tandplejeydelser samme status som de øvrige sundhedsydelser, og niveauet for offentligt tilskud i forhold til brugerbetaling er højere end i de øvrige lande, mens tandplejeydelser i Spanien (stort set) ikke er en del af det øvrige offentligt finansierede sundhedsvæsen. Det samme gælder i Danmark, hvor niveauet for brugerbetaling i tandplejen ligesom i

Spanien og Norge er relativt højt i international sammenligning. Tandplejeydelser har dermed en anderledes status end de øvrige sundhedsydelser, der med undtagelse af fx medicin og fysioterapi er fuldt ud offentligt finansieret. Den forklaring, der lokalt gives på dette fænomen, er historie og kultur.

Den måde, hvorpå tilskuds- og brugerbetalingsmodeller er udformet, er ligeledes historisk betinget, men der dog et stadigt større fokus på, at modellerne skal understøtte et kriterie om (klinisk) effektiv ressourceanvendelse inden for budgettet. I Danmark læner den nye overenskomst sig op ad de nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen om indkaldelsesintervaller. I de øvrige lande anvendes ligeledes anbefalinger fra medicinske teknologivurderinger fx baseret på cost-effectiveness i beslutningstagningen. Samtidig får "affordability" – dvs. om de nationale og lokale planlæggere og budgetholdere "har råd" til de omkostningseffektive indsatser – i stigende grad en afgørende plads som beslutningskriterie, og tandplejen bliver i de fleste lande underlagt besparelser.

#### *Tandlægers aflønning og afregningspriser*

De fleste tandplejesystemer har offentlige tredjepartsbetalere, der sammen med patienten finansierer tandplejen hos private udbydere af tandplejeydelser – i Danmark fx regionerne via Sygesikringen, i Tyskland sygekasserne og i Sverige Försäkringskassen. De fleste lande har dog også offentligt ansatte tandlæger, fx skoletandlæger eller tandlæger, der arbejder i akuttandplejen eller i den kommunale tandpleje.

I alle landene aflønnes de privatpraktiserende tandlæger ved "fee-for-service", altså en afregning pr. ydelse. Dette sker enten helt af det offentlige som i Tyskland (basal tandpleje), delvist som i Sverige, Norge, Danmark, Finland og England, eller der afregnes udelukkende ved brugerbetaling (Spanien). Der, hvor det offentlige hel- eller medfinansierer ydelserne, er der en ensretning af de priser, som tandlægerne afregnes med. Oftest er der tale om aftalebaserede referencepriser eller priser, der er baseret på løbende omkostningsstudier. I Spanien, hvor borgeren selv skal betale hele ydelsen, er priserne underlagt de frie markedsvilkår.

#### *Udgifter og niveau for brugerbetaling*

Der er store forskelle i **niveauet** for brugerbetaling i voksentandplejen landene imellem. I Tyskland får man via den lovpligtige sygeforsikring dækket udgifterne ved langt de fleste tandplejeydelser, og Tyskland har det laveste niveau af brugerbetaling blandt de syv lande, men samtidig også de højeste udgifter til tandpleje pr. borger. Det modsatte gør sig gældende i Danmark, der som nævnt ligger meget højt i forhold til niveauet for brugerbetaling, men samtidig lavt relativt til de andre undersøgte lande i forhold til tandplejens andel af de samlede sundhedsudgifter. I Spanien, hvor voksentandpleje med få undtagelser ikke er dækket af det nationale sundhedsvæsen, er udgifterne til tandpleje en smule lavere end gennemsnittet for de undersøgte lande.

#### *Syv modeller for brugerbetaling og forskellige incitamenter*

Selvom der er mange ligheder mellem landene i forhold til målsætninger, organisering og tilskudsordninger til udsatte grupper, så er der forskel på, hvordan landene **anvender** brugerbetalingen i tandplejen, jf. nedenstående oversigtsskema.

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Spanien
<b>Aflønning af tandlæger</b>	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"
<b>Priser</b>	Overenskomstfastsatte priser for tilskudsberettigede ydelser. Fri prissætning for øvrige ydelser.	Regulerede priser.	Fri prissætning (undtagen for de diagnose-/patientgrupper, der får tilskud).	Offentlig tandplejesektor: nationalt fastsatte maksimumspriser. Privat sektor: fri prissætning.	Regulerede priser for de tandlæger, der har kontrakt med NHS*. For øvrige tandlæger fri prissætning.	Regulerede priser.	Fri prissætning for alle ydelser.
<b>Brugerbetaling</b>	Samfinansiering med offentligt tilskud for nogle ydelser. For andre ydelser fuld brugerbetaling.	Op til et vist beløb pr. år er der brugerbetaling, udgifter til tandpleje herover dækkes af offentligt tilskud.	Fuld brugerbetaling på voksentandplejen. Enkelte diagnose-/patientgrupper kan få tilskud.	En andel af den samlede pris for behandlingen.	Fire brugerbetalingskategorier. Hver især betaling for en pakke af ydelser, som patienten medfinansierer.	Basal tandpleje har ikke brugerbetaling. Øvrige ydelser har delvis brugerbetaling.	Fuld brugerbetaling på voksentandpleje. Enkelte akutte ydelser kan evt. dækkes af offentlig hjælp.
<b>Kriterier for tildeling af offentligt tilskud</b>	Differentieret tilskud i henhold til "risiko" ("stoplyset").	Beskyttelse mod høje udgifter ("høgekostnadsydd"). Årlig "tandlægetjek" – tilskud til undersøgelser.	Se ovenfor.	Varyerer fra kommune til kommune.	Tandlægen skal have en kontrakt med sundhedsmyndighederne (NHS).	Forsikringsdækning (lovpålagt).	Kun i sjældne og akutte tilfælde kan der ansøges om hjælp til behandling, fx tandudtrækning.
<b>Ydelser/patientgrupper, der er helt eller delvist dækket af offentligt tilskud</b>	Tandundersøgelser, cariesbehandling og tandrensninger er delvist dækket. Ekstra tilskud til unge.	Ekstra tilskud til unge.	Tilskud til tandpleje for patienter i 15 diagnosegrupper samt andre udsatte befolkningsgrupper. Offentligt tilskud til 19-20-åriges tandpleje.	Der gives tilskud til ca. 80 % af behandlingens pris (offentlig sektor) samt til et fast beløb (privat sektor).	Ingen brugerbetaling for gravide kvinder, hospitalsindlagte patienter samt unge under uddannelse (under 19 år).	Delvis brugerbetaling på ydelser (procent af prisen), der ikke er omfattet af basal tandpleje (fx propædeutik).	Se ovenfor.

Note: \* National Health Services.

Kilde: Egen tilvirkning.

De privatpraktiserende tandlæger i **Danmark** aflønnes ved "fee-for-service", altså afregning pr. ydelse. Priserne for ydelser, som regionerne medfinansierer, er overenskomstbaserede, mens priserne for de ydelser, der ikke medfinansieres, frit kan fastsættes af tandlægerne. Ligesom i nogle af de øvrige lande er nogle ydelser ofte blevet kritiseret for at være "prohibitive", dvs. at de opleves som ubetalelige for patienten.

De ydelser, der er finansieret med delvist offentligt tilskud, vedrører diagnostik og basal tandpleje, fx cariesbehandling. "Fee-for-service"-aflønning af tandlægerne sikrer, at patienterne får de nødvendige ydelser, men har i teorien den risiko, at der overbehandles, fordi aflønningsformen – alt



andet lige – giver økonomisk incitament til at tilbyde flere ydelser end andre aflønningsformer. Patienternes samtidige medfinansiering af enkelt-ydelser er formentlig med til at lægge en dæmper på de utilsigtede konsekvenser ved denne betalingsmodel. Tidligere var tilskudsmodellen ens for alle patienter med undtagelse af dem, der var omfattet af omsorgstandplejen, og dem, der kunne få ekstra tilskud til tandpleje (kontanthjælpsmodtagere). I dag har man med den nye overenskomst (2014) ændret tilskudssystemet, så det følger de evidensbaserede retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Overenskomsten lægger op til, at der via en risikoklassificering af patienterne ("stoplyset") hyppigst gives tilskud til tandundersøgelser og tandrensning til de patienter, der har den dårligste tandsundhed eller er i risiko for at få tandsygdomme, fx på grund af medicinindtag. I praksis er overenskomsten dog ikke fuldt ud implementeret endnu.

**Svenskernes** "högekostnadsskydd" blev netop indført for at beskytte borgeren mod ubetalelige tandplejeudgifter ("prohibitive costs"). Til gengæld er ordningen blevet kritiseret for at tilskynde patienterne til ikke at besøge tandlæge regelmæssigt, bl.a. fordi patienterne kan udskyde behandlingen til det tidspunkt, hvor prisen for den bliver høj nok til, at de kan få tilskud, eller fordi de vælger at samle deres behandlinger inden for et (regnskabs)år. Netop på grund af disse utilsigtede konsekvenser af högekostnadsskyddet har man i Sverige indført et årligt tandlægetjek, så borgerne får økonomisk tilskyndelse til at få tænder og mund efterset regelmæssigt. De svenske tandlæger aflønnes – for de privatpraktiserendes vedkommende – ved "fee-for-service", der er fastsat af Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), og med fast løn for de offentligt ansatte tandlægers vedkommende.

Med undtagelse af behandling for 15 diagnoser, der er finansieret med helt eller delvist offentligt tilskud, samt tandbehandling for udsatte grupper, så er den **norske** voksentandpleje fuldt ud finansieret ved brugerbetaling. En af de mulige utilsigtede konsekvenser af ordningen for specifikke diagnosegrupper kan være, at der er et incitament til at diagnosticere flere personer med de pågældende diagnoser – både fra tandlægenes og borgernes side.

Tandplejen i **Finland** er på grund af sundhedsvæsenets – og dermed også tandplejens – decentrale struktur med udpræget selvstyre i kommunerne præget af stor regional variation i udbud og dermed også adgang til tandplejeydelser. Kommunerne bestemmer, hvilke befolkningsgrupper der skal modtage tilskud. Samtidig er der dels en offentlig tandplejesektor, dels en privatsektor, der begge i de fleste tilfælde aflønnes med "fee-for-service". For den offentlige sektors vedkommende er der nationalt fastsatte maksimumpriser, som kommunerne må tage, mens priserne i den private sektor er frie. Den offentlige tandpleje er ikke gratis for voksne, men har faste priser, og der ydes et tilskud på 80 % af behandlingens pris. I den private tandpleje er prissætningen som nævnt fri, og det offentlige yder et fast tilskud til en given behandling. Den Nationale Sygesikring (NHI) refunderer ca. en fjerdedel af omkostningerne ved behandling i privat regi, hvor de resterende tre fjerdedele finansieres gennem brugerbetaling.

**England** har i modsætning til Danmark gjort brugerbetalingen uafhængig af "fee-for-service"-betalingen fra det offentlige til de privatpraktiserende tandlæger – dette således, at de tandlæger, der har kontrakt med NHS, stadig aflønnes efter "fee-for-service" ud fra referencepriser, mens de englændere, der anvender tandpleje, som medfinansieres af NHS, skal indplaceres i én af de i alt fire brugerbetalingsskategorier (jo mere kompleks ydelse, jo højere betaling). Denne måde at arrangere finansieringen på kan have en dæmpende effekt på antallet af behandlinger/besøg, der udbydes af tandlægen, idet hver brugerbetalingsskategori repræsenterer en "pakke" af ydelser eller et patientforløb og dermed også en begrænsning i antallet af ydelser, som tandlægen aflønnes for i hver af kategorierne. Systemet kritiseres imidlertid for at give store kvalitetsforskelle i udbuddet af tandplejeydelser, og der er sat pilotprojekter i gang, hvor aflønningen af tandlægerne afprøves i henhold til

præstation/kvalitet ("pay-for-performance"). Ligesom i Finland har man ved siden af NHS-systemet en privat sektor, som leverer tandpleje på markedsvilkår. Denne ordning beskyldes ofte for at trække patienter til sig, der er lette at behandle ("cream-skimming"), og lade NHS-tandlægerne klare en tungere patientgruppe, og det giver visse styringsmæssige udfordringer.

I **Tyskland**, der har den en højeste offentlige dækning af tandplejeydelser, aflønnes tandlægerne også ved "fee-for-service". Basaltandplejen er fuldt dækket af den lovpligtige sygeforsikring. Mere kompleks tandpleje (fx broarbejde) er delvist dækket i systemet. Et af kritikpunkterne ved den offentligt betalte tandpleje var, at den tidligere muligvis gav incitament til mange unødige tandlægebesøg. Man forsøgte at lægge en dæmper på forbruget af tandlægebesøg ved indførelsen af et fast gebyr ved besøg hos tandlægen. Gebyret medførte ganske vist et fald i forbruget af tandlægebesøg, men dog således, at forbruget faldt langt mere i lavindkomstområder end i de rigere områder af Tyskland. Gebyret fik stor kritik og er i dag afskaffet igen.

I **Spanien** er der ingen offentlig dækning af basal tandpleje for voksne, og de privatpraktiserende tandlæger aflønnes af spanierne selv ved "fee-for-service" med priser på markedsvilkår. Spanierne forsøger at dække sig ind ved hjælp af forsikringer, men der er stor variation i, hvor stor en andel af lokalbefolkningerne, der har en tandplejeforsikring. Finanskrisen med den tiltagende økonomiske krise i Spanien og øget arbejdsløshed har haft stor betydning for forbruget af tandplejeydelser og for tandsundheden, og det er især befolkningen fra lavindkomstgrupperne, det går ud over.

#### *Brugerbetaling, efterspørgsel og socioøkonomiske faktorer*

Både ifølge den økonomiske teori og de empiriske studier betyder øget brugerbetaling alt andet lige, at efterspørgslen efter tandplejeydelser falder, og jo mere priselastiske ydelserne er, desto mere falder efterspørgslen. Tandplejeydelser er desuden indkomstelastiske, idet faldet i efterspørgslen efter ydelser ved øgning af brugerbetalingsniveauet især er udtalt hos personer med lav indkomst. Omvendt kan efterspørgslen også øges, hvis brugerbetalingen nedsættes, fx hvis bestemte ydelser kommer med i forsikringsdækningen.

Erfaringerne fra de lande, der er med i denne rapport, peger på det samme. Mange interviewpersoner giver udtryk for, at de allermest udsatte borgere generelt er dækket ind i forhold til tandpleje med forskellige tilskudsordninger og fx kommunale behandlingsmuligheder (fx omsorgstandplejen i Danmark). De personer, der har de laveste indkomster, og som (lige nøjagtig) ikke opfylder kriterierne for at modtage tandlægehjælp under disse ordninger, er imidlertid dem, der er hårdest ramt af brugerbetalingen. I landene rapporteres om, at medfinansieringen på tandplejeydelser ved brugerbetalingen oftest opleves som for høj for lavindkomstgrupper, og det betyder, at de ikke kommer til tandlæge. Dette aspekt forstærkes i de lande, hvor den økonomiske krise har ramt hårdest, og arbejdsløsheden er steget, som fx i Spanien.

Socioøkonomi kan også influere på, hvor mange ydelser og hvilke typer af ydelser der udbydes, og hvilke der efterspørges. Dette kan skyldes, at lavindkomstgrupper oftere end højindkomstgrupper ikke efterspørger forebyggende ydelser, men venter med at gå til tandlæge, indtil symptomerne er uudholdelige, og de bliver nødt til at søge behandling, fx i form af tandudtrækning.

I Tyskland, hvor niveauet for brugerbetaling er lavest, og hvor tyskernes basale tandpleje er dækket ind ved forsikringsordninger, er forbruget af tandlægebesøg – målt som antal ydelser pr. borger pr. år – også højest i den internationale sammenligning.

Generelt anser interviewpersonerne et vist niveau af brugerbetaling ved tandplejeydelser for at give sundhedspolitisk god mening, idet brugerbetalingen giver borgene større incitament til selvpleje og

er med til at lægge en dæmper på "unødige" besøg hos tandlægen. Det er imidlertid vigtigt i forbindelse med anvendelse af brugerbetaling, at der er forbedrede muligheder for tilskud til tandpleje for udsatte grupper og lavindkomstgrupper, idet udeblivelse fra tandlægen kan have betydning for tandsundheden hos disse grupper.

Alle landene har et tilbud om gratis tandpleje til børn, om end udformningen af børnetandplejen er forskellig landene imellem. I de fleste lande falder efterspørgslen efter tandplejeydelser, fx tandundersøgelser, når de unge forlader børnetandplejen og får de samme vilkår som de voksne, dvs. skal til at betale hele eller dele af tandplejen selv. Dette kan skyldes, at de unges indkomst er relativt lav, og at betaling for tandpleje bliver nedprioriteret til fordel for andre "konkurrerende ydelser". Det kan også skyldes andre faktorer, fx at de unge ikke har fået vænnet sig til en ny tandlæge efter børnetandplejen. Det vækker en vis bekymring for, at de unge udskyder behandlingen af eventuelle tandproblemer, og at deres tandsundhed falder. Det har man i de forskellige lande forsøgt at råde bod på og give de unge et økonomisk incitament til at gå til tandlæge.

#### *Opfølgning og monitorering af voksentandplejen*

Denne rapport præsenterer en række indikatorer for efterspørgsel efter tandplejeydelser og tandstatus baseret på internationale og enkelte lokale oversigter. Generelt kan det være svært at sammenligne brug af tandpleje og tandstatus på tværs af lande, og de opgørelser, der præsenteres i rapporten, skal ses med et vist forbehold for sammenlignelighed i forhold til opgørelsesmetoder og -år.

De fleste lande laver regelmæssigt befolkningsundersøgelser, ofte baseret på selvrapporteret tandplejeforbrug og tandstatus. Der, hvor det offentlige system finansierer eller medfinansierer voksentandplejeydelser, og hvor tandlægerne dermed skal afregne med det offentlige (Danmark, Tyskland, Finland, Sverige og England), findes en registrering af ydelserne i et offentligt register. I Danmark er det Sygesikringsregisteret. Dette muliggør – hvor der er forsker adgang til data – en statistik med hensyn til forbrugte ydelser sammenholdt med enkelte patientkarakteristika, alt efter hvilke variable der er inkluderet i registrene.

#### *En økonomisk model*

Et spørgsmål i forbindelse med dette projekt er, om det er muligt at opbygge en økonomisk model, der kan simulere konsekvenserne af ændrede tilskuds- og brugerbetalingspolitikker baseret på data fra de forskellige lande. Dette vurderes ikke at være umagen værd, da datagrundlaget i de forskellige lande er for spinkelt og for kontekstspecifikt, hvilket vanskeliggør overførbareheden af data mellem landene. Desuden er det ikke ud fra den systematiske litteraturgennemgang i første delrapport (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) meningsfuldt at kvantificere størrelserne af effekten af ændret brugerbetaling på efterspørgslen efter voksentandpleje på grund af for stor variation i undersøgelsesområde og population samt intervention og institutionel kontekst.

#### *Danmark i international sammenligning*

Danskernes tandsundhed målt på en række individuelle tandsundhedsindikatorer er relativt høj i sammenligning med de øvrige lande. Dette tilskrives både i litteraturen og af interviewpersoner fra andre lande, at Danmark har – og historisk set har haft – et stort fokus på forebyggelse af tandsygdomme med fokus på selvpleje og tilskyndelse til regelmæssige besøg hos tandlægen. Desuden har Danmark en god og tilgængelig børnetandpleje med stort fokus på selvpleje og egenomsorg. Samtidig er paradokset, at Danmark bruger en relativt lille del af sine sundhedsudgifter på tandpleje og har et af de højeste niveauer for brugerbetaling. Dette skal ses i sammenhæng med Danmarks gode økonomi og – relativt set – lave økonomiske uligheder med relativt høj patienttilfredshed.

### *Brugerbetaling påvirker efterspørgslen efter voksentandpleje*

Den systematiske litteraturgennemgang af empiriske studier af effekten af øget eller reduceret brugerbetaling (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) peger på, at der er en sammenhæng mellem efterspørgslen efter tandplejeydelser og ændringer i brugerbetalingsniveauer. Således stiger efterspørgslen efter tandplejeydelser, hvis niveauet for brugerbetalingen sænkes, og omvendt falder efterspørgslen, når brugerbetalingen øges. Der er dog forskel på, hvor priselastiske de enkelte tandplejeydelser er. For eksempel er forebyggende tandundersøgelser formentlig mere priselastiske end ydelser, der skal behandle en specifik tandsygdom. Det er ligeledes især efterspørgslen hos lavindkomstgrupper, der påvirkes ved ændrede brugerbetalingsniveauer. Gennemgangen af erfaringerne med anvendelse af brugerbetaling i de syv lande peger på det samme. Landene har dog håndteret udfordringerne med pris- og indkomstelasticitet samt økonomiske og andre incitamenter ved aflønnings- og finansieringsformer meget forskelligt i deres brugerbetalingsmodeller.

# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund

Ifølge en analyse fra KL gik den danske befolkning i 2012 til regelmæssig tandundersøgelse med 8-9 måneders mellemrum, og knap to tredjedel af befolkningen gik til tandlæge mindst én gang årligt (Hansen 2014). I 2013 var der ifølge tal fra Danmarks Statistik sket et fald i antallet af tandlægebesøg på 22 % i forhold til året før, og den forklaring, der gives på faldet i antal besøg, er ændrede tilskudsregler for tandrensning (Danmarks Statistik 2014). OECD har desuden påpeget, at øget brugerbetaling i Danmark kan føre til øget social ulighed i brugen af tandpleje (OECD 2014).

Statistik over selvrapporteret brug af tandpleje fra Eurostat viser, at der i forskellige EU-lande er mellem 1 og 11 % af befolkningen, der angiver at have behov for en tandundersøgelse, men som ikke har opsøgt tandplejen, fordi det vurderes at være for dyrt (Eurostat). Flere studier understøtter, at især lav- og middelindkomstgrupper er følsomme for brugerbetaling i tandplejen (Quinonez & Grootendorst 2011; Christensen & Petersen 2007; Petersen et al. 2004; Krustrup & Petersen 2006; Petersen, Ekholm & Jürgensen 2010). Et studie fandt, at der var større ulighed i brugen af tandpleje i lande med lav offentlig dækning (Hosseinpoor, Itani & Petersen 2012; Palencia et al. 2014), og et andet studie fandt, at der selv i lande med relativt høj offentlig dækning er socioøkonomisk ulighed i brugen af tandpleje, idet de rigeste dele af befolkningen generelt har bedre tandplejedækning (Hosseinpoor, Itani & Petersen 2012). Endelig har et dansk studie baseret på registerdata for nylig fundet, at personer, der mister deres arbejde på grund af virksomhedslukning og dermed har en lavere indkomst, nedsætter deres forbrug af tandplejeydelser (Kristensen & Andersen 2016).

I 2011 publicerede Arbejderbevægelsens Erhvervsråd en analyse, der viste, at mere end hver femte dansker ikke har været til tandlæge i over tre år (Baadsgaard & Holme 2011). Analysen viste desuden, at der blandt dem, der ikke deltager i tandplejetilbuddet, er en overrepræsentation af lavindkomstgrupper, ufaglærte, indvandrere, mænd samt unge og gamle. Noget tyder på, at indkomst er en af de faktorer, der har størst betydning for, om tandlægebesøgene gentagne gange springes over.

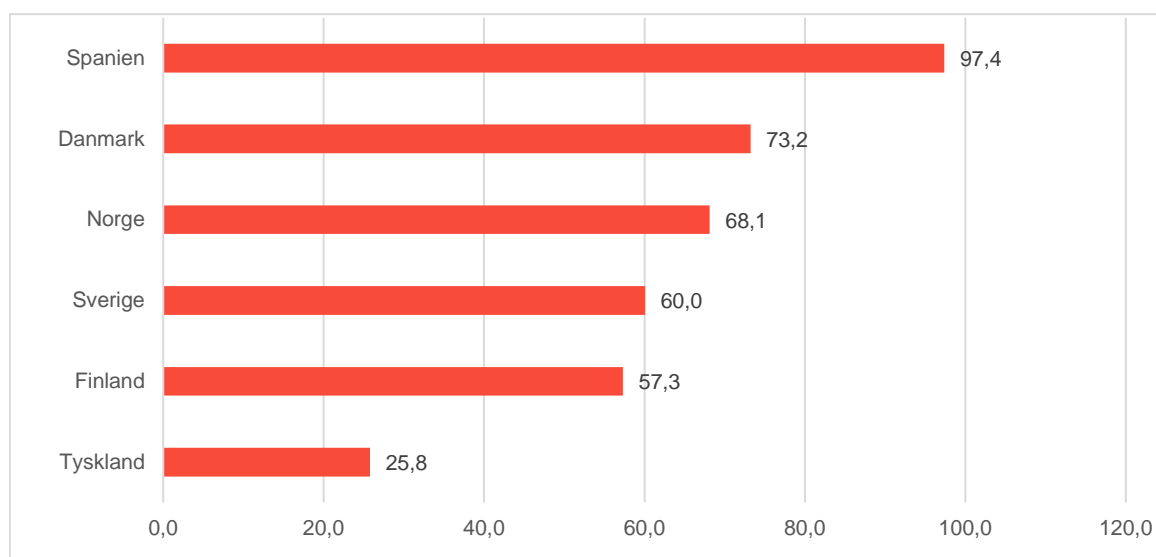
OECD betegner Danmark som et land med ringe grad af ulighed i sundhed sammenlignet med andre lande (OECD 2013). Alligevel peger OECD på, at stigende brugerbetaling og mangel på indkomstjusterede undtagelser kan medføre en større byrde for lavindkomstgrupper, modtagere af sociale ydelser/overførselsindkomster og ældre (OECD 2014). Eksempelvis nævner OECD, at danskere med lav indkomst har en lavere sandsynlighed for at have besøgt en tandlæge inden for de seneste 12 måneder end tilsvarende personer i de fleste andre OECD-lande. Dette svarer til analysen fra KL (Hansen 2014) af sammenhængen mellem tandlægebesøg og demografiske og socioøkonomiske forhold. Denne peger på, at der er sociale forskelle i forbruget af tandpleje, idet borgere med lavere indkomst går langt mindre til tandlæge end borgere med højere indkomst (Hansen 2014).

I Danmark såvel som i andre europæiske lande er debatten vedrørende brugerbetaling i en tid med stort pres på de offentlige sundhedsudgifter dog stadig højaktuel. Brugerbetaling ses ofte som et redskab til at dæmpe efterspørgslen efter "unødvendige ydelser" (ydelse, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering ikke er behov for) og dermed sænke det offentlige forbrug. Når der er brugerbetaling på sundhedsydelser, betaler patienterne selv – helt eller delvist – for de ydelser, de forbruger. Den deraf følgende ulighed for personer med samme forbrug, men forskellig indkomst, eller personer med samme indkomst, men forskelligt forbrug, giver anledning til nogle principielle diskussioner

om, hvem der skal finansiere forbruget af forskellige sundhedsydelser, og mere generelt hvordan sundhedsvæsenet skal finansieres, og hvilken rolle brugerbetaling skal have.

I modsætning til andre sundhedsydelser, som for størstedelens vedkommende er fuldt offentligt finansieret i Danmark, så finansieres udgifterne til voksentandpleje i Danmark såvel som i de fleste andre lande helt eller delvist ved brugerbetaling. Graden af brugerbetaling på tandpleje og måden, hvorpå henholdsvis offentligt tilskud, forsikringsdækning og brugerbetaling i finansieringen af tandpleje er sammensat, varierer betydeligt imellem landene (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). I nedenstående Figur 1.1 ses, at tandplejen i Spanien er næsten fuldt finansieret ved brugerbetaling, og modsat finansierer Tyskland kun ca. 26 % af udgifterne til tandpleje ved brugerbetaling. Danmark har også et relativt højt niveau for brugerbetaling i voksentandplejen – nemlig 73 % – i denne internationale sammenligning (se kommentar til tal i fodnote)<sup>1</sup>.

**Figur 1.1** Brugerbetaling for tandpleje som procent af de samlede udgifter til voksentandpleje, 2011 (eller nærmeste år)



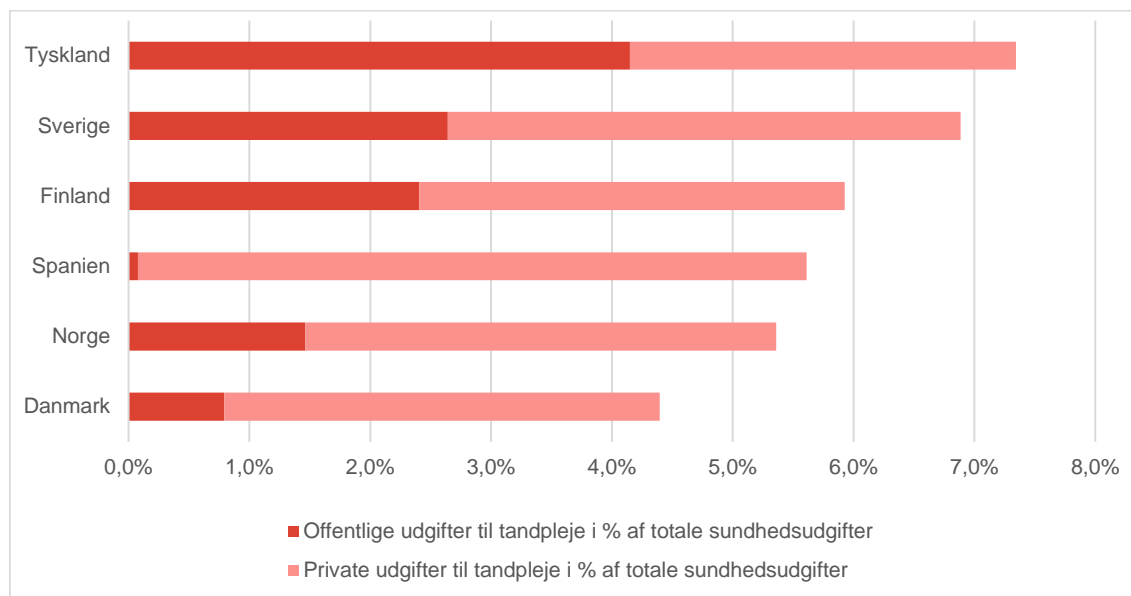
Note: Data fra England er ikke tilgængelig i denne opgørelse.

Kilde: (OECD 2013) OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Offentligt tilskud til tandpleje udgør i de fleste europæiske lande en relativt lille andel af de samlede sundhedsudgifter. I Figur 1.2 fremgår udgifter til tandpleje i procent af de samlede sundhedsudgifter i international sammenligning. Her fremgår det, at Tyskland bruger den største andel af sine sundhedsudgifter (7,3 %) på tandpleje og samtidig finansierer en stor del af tandplejen ved offentlig forsikringsdækning. Danmark ligger lavest i denne sammenligning og anvender kun ca. 4,4 % af sundhedsudgifterne på tandpleje, mens kun 0,8 % kommer fra offentligt tilskud.

<sup>1</sup> Der er forskelle i OECD's tal og lokalt publicerede tal, og det skyldes formentlig forskelle i opgørelsesår, men også i, hvilke typer af tandplejeudgifter der er inkluderet. Ifølge Holt (Holt 2013), udgjorde egenandelen af den overenskomstfastsatte omsætning for voksentandplejeydelser i Danmark 75 % (i 2011). Dertil kommer udgifter for behandlinger, der ikke er omfattet af tandlægeoverenskomsten, hvis omsætning var på ca. 2,3 mia. kr. i 2011. I alt udgjorde egenbetalingsdelen i voksentandplejen ifølge Holt ca. 80 %. Således er egenbetalingen i Danmark reelt set (lidt) højere end angivet af OECD her.

**Figur 1.2** Udgifter til tandpleje i procent af totale sundhedsudgifter, 2013



Note: Data fra England eller Storbritannien er ikke tilgængelige i denne opgørelse.

Kilde: OECD stat Extract, main indicator: Health expenditures since 2000 & function: Out-patient dental care  
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

Betalingsstrukturerne og finansieringen af tandplejen vurderes at have en betydelig effekt på efterspørgslen efter tandplejeydelser, idet både patienters og tandlægers adfærd påvirkes af de incitamenter, der ligger i betalingsstrukturerne og finansieringen. Disse betalingsstrukturer er ofte historisk betingede og skal ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen og den øvrige kontekst for tandplejen (Grytten 2005). Da der er en forbindelse mellem forbruget og timingen af, hvornår man bruger tandplejeydelser, dvs. efterspørgslen, kan betalingsstrukturer og finansiering af tandpleje også indirekte influere på befolkningens tandsundhed. Dels går ubehandlet tandsygdom ikke over af sig selv, dels kan tandsygdomme blive alvorligere, hvis behandlingen udsættes på grund af mangel på midler til at betale for tandlægehjælp.

Enkelte danske udgivelser har tidligere belyst effekten af brugerbetaling på efterspørgslen og fordelingen i sundhedsvæsenet, fx (Welling Hansen & Houlberg 2012) og (Kiil & Houlberg 2012). Ses der alene på tandpleje, er brugerbetalingen og dens samspil med den øvrige finansiering og organisering samt effekt på efterspørgslen efter tandpleje dog meget sparsomt belyst i dansk sammenhæng.

Derfor er der et konkret behov for opdateret og systematisk viden om de tandsundhedsmæssige og samfundsøkonomiske konsekvenser af forskellige måder at anvende brugerbetaling og prisfastsættelsespolitikker på. Tilgangen til emnet i dette projekt "Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje" er at kombinere en systematisk gennemgang af, hvad den økonomiske teori og kvantitative studier siger om pris- og indkomstelasticitet, efterspørgsel efter og brugerbetaling for sundheds- og tandplejeydelser med en analyse af konkrete erfaringer fra en række europæiske lande: Danmark, Sverige, Norge, Finland, Tyskland, Spanien og England. Denne rapport belyser den anden del af projektet: erfaringer med anvendelse af brugerbetaling i voksentandplejen i syv europæiske lande.

## 1.2 Formål

Formålet med projektet er at belyse konsekvenser af brugerbetaling for efterspørgslen efter tandpleje og – indirekte – for befolkningens tandsundhed (her defineret som tandstatus).

Følgende spørgsmål undersøges i projektet:

1. Hvad er den teoretiske sammenhæng mellem efterspørgsel efter tandplejeydelser og brugerbetaling? Hvad ved vi om priselasticitet i denne sammenhæng?
2. Hvilke mulige konsekvenser har forskellige brugerbetalingspolitikker for tandsundhed, adgang til – og lighed i – tandpleje samt befolkningsdækning?
3. Hvilke brugerbetalingsmodeller anvendes konkret i voksentandplejen i Danmark, Sverige, Norge, Finland, Tyskland, Spanien og England – og ud fra hvilke målsætninger?
4. Hvilke konsekvenser vurderes disse landes brugerbetalingsmodeller lokalt at have for tandplejedækning, tandsundhed, lige adgang til tandpleje og samfundsøkonomiske omkostninger på kort og lang sigt?
5. Hvordan er adgangen til – og kvaliteten af – data, der vil kunne anvendes til økonomisk simulering/økonomisk benchmarking på tandplejeområdet i de syv udvalgte lande?
6. Kan der med rimelighed konstrueres en strukturel økonomisk model, der kan simulere de sundhedsøkonomiske og efterspørgselsmæssige konsekvenser af brugerbetalingspolitikker i voksentandplejen på lokalt beslutningstagerniveau og/eller på makroniveau? I givet fald, hvilke metoder anbefales til konstruktionen af modellen? Og hvilke data/parametre/variable er i den forbindelse relevante at medtage?

De to første spørgsmål er besvaret i første delrapport fra projektet: *"Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje? Del I: Systematisk litteraturgennemgang af brugerbetaling og aflønningssystemer"* (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017). De sidste fire spørgsmål besvares i denne rapport.

## 1.3 Metode, data, begreber og afgræsning

### Metode og data

I rapporten beskrives de voksentandplejemodeller, der anvendes i Danmark, Sverige, Norge, Finland, Tyskland, Spanien og England med hensyn til historisk udvikling, organisering, finansiering osv. ud fra en disposition, som er baseret på de faktorer, der menes at have indflydelse på efterspørgsel og tandsundhed, herunder finansiering og brugerbetaling (se kapitel 4). Det er af gode grunde ikke muligt at gå i dybden med alle faktorer, der menes at have betydning for efterspørgslen efter tandplejeydelser, men beskrivelserne fokuserer på, hvordan brugerbetaling anvendes og hænger sammen med den øvrige organisering og finansiering af tandplejen.

Gennemgangen af erfaringerne med anvendelse af brugerbetaling i voksentandplejen i de syv europæiske lande er baseret på en kombination af forskellige metoder ("mixed methods"-tilgang) (Frederiksen, Gundelach & Skovgaard, red. 2014). Denne består af en systematisk litteraturgennemgang, en gennemgang af eksplorativt søgt international og lokal litteratur og input fra semistrukturerede reviews.

I den systematiske litteraturgennemgang i første del af projektet så vi på den økonomiske litteratur omkring brugerbetaling samt aflønningsformer og efterspørgsel efter voksentandplejeydelser (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017).



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. Desuden er i et vist omfang inkluderet (relevant) landespecifik litteratur fra den systematiske litteratursøgning (fra PubMed, Embase m.fl.), der indgik i første delrapport (Kiil, Skovgaard & Bilde, 2017).

De semistrukturerede interview er med lokale eksperter, der sidder i nøglepositioner inden for tandpleje, har klinisk erfaring eller erfaring med administration af tandpleje eller tandplejesundhedspolitik. Det drejer sig om dels forskere, herunder tandlæger, tandsundhedsepidemiologer og sundhedsøkonomer, samt om personer der er ansat i tandlægeorganisationer eller offentlige organisationer med ansvar for tandpleje og tandplejesundhedspolitik. Ved interviewene har interviewpersonerne udtrykt deres perspektiver og holdninger til tandplejesystemer og brugerbetalingspolitikker i deres respektive lande. De har desuden kvalificeret noget af den fundne litteratur. Nogle af interviewpersonerne har ønsket, at deres udsagn bliver anonymiseret, hvilket vi har respekteret, således at der ikke fremgår citater mv. Interviewpersonerne er udpeget dels ved hjælp af søgninger på forskellige relevante institutioner, dels ud fra den fundne litteratur, og dels henvist fra andre organisationer/institutioner. Personerne har – ud over at give interview – også bidraget med supplerende litteratur om emnet.

Interviewpersonerne har bidraget med interne perspektiver på organiseringen og finansieringen af deres tandplejesystemer samt på erfaringer med reformtiltag i tandplejen, der har betydning for efterspørgslen efter tandplejeydelser. Det bemærkes, at formålet med rapporten er at få nogle erfaringer beskrevet og bragt i spil til supplerende, kvalificering eller uddybning af litteraturen. Der er derfor i beskrivelserne tale om en sammenstykning af konklusioner fra litteratur samt subjektive erfaringer af en eventuel sammenhæng mellem brugerbetaling og efterspørgsel og ikke en systematisk og repræsentativ undersøgelse af holdninger, kliniske studier eller randomiserede, kontrollerede forsøg af en sammenhæng.

I lyset af de konkrete erfaringer og med udgangspunkt i den økonomiske teori og evidens for brugerbetalingens og andre finansieringsformers effekt diskuteres priselasticitet, efterspørgsel og brugerbetaling i tandplejeydelser. Endelig tages stilling til resultaternes eventuelle anvendelse i en dansk sammenhæng.

### **Semistruktureret spørgeguide**

De semistrukturerede interview tager udgangspunkt i en på forhånd udarbejdet spørgeguide (Bilag 2), der blev tilsendt interviewpersonen sammen med en beskrivelse af projektet på engelsk før interviewet (Bilag 3). Interviewguiden berører dels positionen, hvorfra personen interviewes, dels makroniveauet for tandpleje i det pågældende land (organiseringen af tandlæger, struktur og finansiering overordnet samt utilsigtede konsekvenser og outcome af tandplejen), dels mikroniveauet, hvor den interviewede beskriver patientens vej gennem tandplejesystemet. Den berører "konfigureringen" af brugerbetalingen, hvordan er den udmøntet i lovgivning, hvordan er den sammensat osv. Den berører aflønning af tandlæger og aflønningens samspil med brugerbetalingen (konfigurerings). Endelig spørges ind til data på tandplejeområdet, dvs. hvordan er input (patienterne), output (aktivitet og resultater) samt outcome (tandstatus, utilsigtede hændelser osv.), der eventuelt er registreret i det pågældende land.

## **Gennemførelse af interview**

Der er udført i alt otte interview à 1,5-2 timers varighed på engelsk eller skandinavisk i seks af de syv lande. Det har ikke været muligt at finde interviewpersoner i Finland. Interviewene er nedskrevet direkte i interviewguiden efter samråd med interviewpersonen, som til gengæld efterfølgende har stillet sig til rådighed for besvarelse af opklarende spørgsmål. Enkelte interviewpersoner har imidlertid ønsket at være anonyme, og af hensyn til balancen i beskrivelserne har vi derfor valgt at anonymisere udsagn mv. for alle interviewpersoner.

## **Afgrænsning og valg af lande**

Beskrivelsen af de enkelte landes tandplejesystemer er afgrænset til at gælde voksentandplejen, dvs. tandpleje for personer på 18 år og derover. Imidlertid er det i forhold til konteksten for voksentandplejen yderst relevant, om der findes en børnetandplejeordning, hvad denne indeholder, og i hvor høj grad denne er en del af det offentlige sundhedstilbud.

De nævnte lande – Sverige, Norge, Finland, England, Tyskland og Spanien – er valgt, fordi de er EU-lande, hvor befolkningerne til en vis grad ligner danskerne med hensyn til tandpleje og tand-sundhed, og fordi disse lande har tilrettelagt tandplejetilbuddet på forskellig vis med hensyn til patienternes egenbetaling og med hensyn til aflønning og ansættelsesforhold for tandlæger. I Danmark og England er sundhedsvæsenet stort set skattefinansieret. Dette gælder dog ikke voksentandplejen, der er forbundet med en betydelig egenfinansiering, og det offentlige tilskud afhænger af, hvilken ydelse der gives. I Spanien er voksentandpleje næsten fuldt ud brugerfinansieret; i Tyskland er brugerbetalingen lav, og i Sverige gives et større offentligt tilskud end i Danmark. Konsekvenserne af tilrettelæggelsen og finansieringen af voksentandplejen udmøntes da også på forskellig vis i de enkelte lande.

Læseren bør bemærke, at kapitlet om England netop tager udgangspunkt i England, da NHS England, som er ansvarlig for tandplejen, kun dækker dette geografiske område. Når der skrives om output og outcome mv., findes der i de internationale statistikker oftest kun tal for United Kingdom (UK), der både omfatter England, Skotland, Wales og Nordirland, hvoraf de tre har deres egne tandplejesystemer. Derfor tager forfatterne forbehold for, hvor dækkende de præsenterede tal i landekapitlet er for Englands tandplejesystem.

## **Ordlister**

Af Bilag 1 fremgår definitioner af begreber, der er anvendt i rapporten.

## **Rapportens opbygning**

I kapitel 2 beskrives den teoretiske ramme for analysen af sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgslen efter voksentandplejeydelser. Desuden beskrives forskellige modeller for betaling og finansiering af voksentandplejeydelser og de tilhørende økonomiske incitamenter samt brugerbetalingens (mulige) effekt på efterspørgslen efter tandplejeydelser. I kapitel 3 beskrives den model, der er anvendt som disposition for beskrivelsen af tandplejemodellerne i de enkelte lande i de efterfølgende kapitler: Danmark (kapitel 4), Sverige (kapitel 5), Norge (kapitel 6), Finland (kapitel 7), England (kapitel 8), Tyskland (kapitel 9) og Spanien (kapitel 10). I kapitel 11 findes en diskussion og perspektivering af resultaterne. I bilag findes en ordliste (Bilag 1), interviewguide (Bilag 2) og en projektbeskrivelse på engelsk (Bilag 3). Endelig findes i Bilag 4 en sammenstilling af data fra de enkelte lande for nogle af de faktorer, der er relevante for sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgsel efter tandpleje (input-output-outcome) og en beskrivelse af tallene. Disse indikatorer præsenteres kort for det enkelte land under beskrivelserne af landene (kapitel 4-10).

## 2 Brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje

I projektets første delrapport: *"Hvad ved vi om efterspørgsmål og brugerbetaling efter tandpleje? Systematisk litteraturgennemgang af brugerbetaling og aflønningsmodeller"* (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017), gennemgik vi den økonomiske teori om sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgsel af sundhedsydelser, herunder tandplejeydelser. Vi beskrev desuden resultaterne af en systematisk litteraturgennemgang af studier af sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgsel efter tandplejeydelser samt af studier af effekten af forskellige modeller for aflønning af tandlæger. Rapporten opsummeres i det følgende, og søgestrategi, metoder, litteraturreferencer mv., der underbygger afsnittet, findes i ovennævnte rapport.

### 2.1 Teoretisk sammenhæng

Ifølge *den økonomiske teori* fungerer markedsløsningen med samspillet mellem udbud og efterspørgsel ikke optimalt for sundhedsydelser såsom tandplejeydelser. Markedet er ikke gennemsigtigt for patienten/borgeren. Det er svært på forhånd at gennemskue, hvad det er for en ydelse, man får tilbudt hos tandlægen, og om der er forskelle i kvaliteten mellem de udbudte ydelser hos forskellige tandlæger. Man taler om, at der er *"asymmetrisk information"*, idet det er tandlægen, der er eksperthen i diagnose og behandling og derved har stor indflydelse på såvel udbud som efterspørgsel af tandplejeydelser. Som for andre sundhedsydelser kan det desuden være vanskeligt at forudsige efterspørgslen efter behandlende ydelser i tandpleje, da man ikke ved præcist, hvornår behovet for akut eller mindre akut tandpleje opstår, og usikkerheden i efterspørgslen kan påvirke såvel patient som tandlæge og planlæggere af tandpleje.

Ved tandpleje og specielt ved forebyggende tandplejeydelser kan *"myopiske præferencer"*, dvs. at man foretrækker fordele i dag frem for i fremtiden, ligeledes medføre, at man udskyder en tandundersøgelse eller behandling, til eventuelle symptomer er så slemme, at det bliver tvungende nødvendigt at gå til tandlæge. Endelig er der ifølge teorien visse transaktionsomkostninger ved at skifte tandlæge. Disse kan fx bestå af øgede administrative omkostninger og omkostninger ved, at eventuelle ydelser skal gentages hos ny tandlæge.

Efterspørgslen efter tandplejeydelser afhænger ifølge den såkaldte Grossmann-model af, hvor meget patienten/borgeren vil investere i sin sundhed i forhold til, hvad han/hun ellers skal investere i, dvs. hvilke konkurrerende ydelser der er. Det afhænger desuden af, hvor mange penge han/hun har (indkomst), hvad ydelserne koster, og om ydelsen og selve teknologien er tilgængelig for patienten/borgeren. Ved nogle tandplejeydelser, fx tandrensninger og forebyggende tandundersøgelser, falder efterspørgslen med stigende priser, dvs. de er priselastiske. Andre tandplejeydelser, fx caries- og parodontitis-behandlinger, kan sommetider være prisuelastiske, dvs. efterspørgslen ændrer sig ikke ved ændring i prisen. Dette gælder formentlig de akutte tandplejeydelser, der skal behandle uopsættelige symptomer (fx tandpine). Ligeledes kan de samme behandlinger være priselastiske, fordi patienterne så måske udskyder behandlingen, til han/hun har råd, til det er tvungende nødvendigt at blive behandlet, eller en anden og billigere form for behandling (fx tandudtrækning) eller finansieringsmulighed viser sig.

Undertiden kan brugerbetalingen blive så stor, at patienten ikke har råd til at betale. Visse tandplejeydelser, der – helt eller delvis – finansieres gennem brugerbetaling, kan undertiden karakteriseres som *"prohibitive costs"*, dvs. omkostninger, der er så høje, at patienten ikke har råd og derfor ikke

får behandlingen. Det undersøges i det følgende, hvordan de forskellige tandplejesystemer håndterer udfordringen med "prohibitive costs".

Forbruget af tandplejeydelser er teoretisk set både efterspørgsels- og udbudsbestemt. Efterspørgslen afhænger af størrelsen og karakteren af behovet for tandbehandling og forebyggelse af tand-sygdomme. Det afhænger ligeledes af behovet for at have pæne tænder, og derfor er kosmetisk tandpleje også en del af efterspørgslen. Generelt har efterspørgslen efter tandplejeydelser ændret sig i de vestlige lande. I årene efter 2. verdenskrig var behovet for reparation af tænder stort; oftest resulterede det i tandudtrækning, og senere kom behandling for caries med fyldninger mere i fokus. I de seneste årtier er befolkningens tandsundhed i de EU-lande, der belyses i denne rapport, generelt blevet bedre, og behovet for den form for tandbehandling er faldet. Samtidig ses en øget vægt på forebyggende tandplejeydelser og kosmetisk tandpleje.

Asymmetrisk information betyder, at efterspørgslen efter tandplejeydelser i høj grad også kan være *udbudsinduceret eller udbudsbestemt*. Det er tandlægen, der er eksperten, og som udbyder ydelserne. I den forbindelse spiller *aflønningen af tandlæger* ligesom en række andre ikke-økonomiske incitamenter ind, fx hvordan tandlægenes arbejde er reguleret, deres eget tandlægefaglige engagement, ansættelsesforhold, krav til kvalitet i ydelserne osv. Tandlæger er typisk enten aflønnet ved *fast løn* qua deres ansættelsesforhold i en offentlig eller privat tandpleje, eller ved afregning pr. patient (*capitation*) eller pr. ydelse ("*fee-for-service*"). Endelig er der også muligheden for aflønning for det præsterede resultat (output eller outcome). Denne aflønningsform benævnes ofte "*pay-for-performance*". Alt andet lige giver fast løn i teorien ikke i sig selv et incitament til at øge produktionen. "Capitation", altså aflønning pr. patient, kan i teorien give incitament til at øge antallet af patienter og eventuelt til at fravælge patienter, der har et kompliceret behov for tandpleje, hvis afregningen ikke tilgodeser disse komplicerede forløb ("*cream skimming*" eller "*skimping*"). Sagt på en anden måde, så kan aflønning pr. patient i teorien give incitament til at øge produktionen af ydelser, der giver et afkast, dvs. hvor prisen er højere end omkostningerne ved at udføre ydelser, og omvendt et incitament til at sænke produktionen af ydelser, hvor prisen opleves som utilstrækkelig i forhold til omkostningerne ved at producere ydelser. "Fee-for-service", altså betaling pr. ydelse, kan give incitament til at øge antallet af ydelser pr. patient. Ligeledes kan "fee-for-service" i teorien give incitament til "cream skimming" (at man vælger de lette patienter) eller "skimping" (at man fravælger de mere komplicerede patienter).

Set i et samfundsøkonomisk perspektiv nævnes brugerbetaling ofte som et middel til at dæmpe (væksten i) sundhedsudgifterne. Dette skyldes, dels at en del af sundhedsudgifterne ved øget brugerbetaling flyttes over på brugeren, dels at efterspørgslen dæmpes. Hvor stor effekten er, afhænger dels af priselasticiteten, dels af indkomstelasticiteten. For ydelser, der er prisuelastiske, kan der ved brugerbetaling ske en substitution af efterspørgslen, således at patienterne i stedet efterspørger "gratis" (offentligt finansierede) ydelser. Eller de kan, som beskrevet ovenfor, udsætte forbruget til et senere tidspunkt, hvor sundhedsproblemet så måske er blevet værre og er forbundet med endnu højere omkostninger at behandle.

## 2.2 Studier vedrørende aflønning af tandlæger

Flere studier beskrevet i Kiil et al. (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) har belyst konsekvenserne af en tandplejereform i 2006 i det skattefinansierede offentlige sundhedsvæsen (NHS) i England og Wales. Her blev aflønningen af tandlægerne ændret fra en model med betaling pr. ydelse ("*fee-for-service*") til en anden type af "*fee-for-service*"-model, hvor tandlægerne blev betalt for den dyreste ydelse fra tre takstgrupper ved hver behandling. Der blev desuden indført lokale rammebudgetter

baseret på behovet for tandpleje i området (bestemt med udgangspunkt i tidligere opgørelser af aktivitetsniveau). Endelig blev brugerbetalingsstrukturen forsimplet med udgangspunkt i de tre takstgrupper. Samlet set fandt studierne af denne reform, at den medførte en stigning i antallet af patienter, der blev indlagt og opereret for infektion i tænder og mundhule på Royal Hospital London, og et fald i sandsynligheden for at have besøgt en NHS-tandlæge inden for de seneste 12 måneder. Desuden medførte reformen en aktivitetsstigning for tandlæger, der før reformen blev betalt med fast aflønning, mens aktivitetsniveauet var uændret for tandlæger, der blev betalt pr. ydelse før reformen. Det er dog klart, at fordi reformen både ændrede tandlægenes aflønningsmodel på flere punkter og indførte lokale rammebudgetter, ligesom patienternes brugerbetaling også blev påvirket, er det vanskeligt at sige noget præcist om, hvilke elementer af reformen der er årsag til de observerede ændringer.

Det forhold, at aflønningsmodellen skal ses i sammenhæng med en række andre faktorer, understreges af et skotsk studie, der fandt, at der ikke var forskel på behandlingsintensiteten mellem fast aflønnede tandlæger og privatpraktiserende tandlæger, der aflønnes med en kombination af betaling pr. patient tilknyttet klinikken og pr. leveret ydelse. Til gengæld behandles patienter, der er fritaget for brugerbetaling, relativt mere intensivt af de privatpraktiserende tandlæger. Dette studie viser således, at aflønningsmodellen interagerer med graden af brugerbetaling.

Et studie fra Taiwan (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) fandt ligesom studierne af reformen i England og Wales, at brugen af tandpleje og de gennemsnitlige udgifter pr. patient faldt efter indførelsen af rammebudgettering. Et enkelt studie af voksne med lav indkomst (Medicare-population) i USA (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) fandt desuden, at en reform, der flyttede ansvaret for voksentandpleje til en "Managed Care Organization", og øgede tandlægenes løn, medførte en stigning i brugen af tandpleje. Som i de andre studier af reformer er det dog også her uvist, i hvilken grad den observerede stigning primært skyldes overgangen til "Managed Care" eller den højere løn.

Endelig pegede to studier (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) i retning af, at patienter tilknyttet tandlæger, der betales pr. ydelse, var mere tilfredse sammenholdt med henholdsvis aflønning pr. patient og pr. arbejdstime. Forskellen i tilfredshed må dog betegnes som en sammenhæng snarere end en egentlig effekt. Et af disse studier finder desuden indikationer på, at aflønning pr. ydelse har potentiale til at reducere ventetiderne til behandling.

Samlet set pegede effektstudierne af forskellige aflønningsmodeller således i retning af, at ændringer i aflønningsmodellen påvirker mængden og typen af de tandplejeydelser, der leveres, hvilket er i overensstemmelse med traditionel sundhedsøkonomisk teori.

## 2.3 Studier vedrørende effekten af brugerbetaling på efterspørgsel efter voksentandpleje

Den systematiske litteraturgennemgang af Kiil, Skovgaard og Bilde (2017) fandt studier fra USA, Australien, Finland, Skotland, Portugal, Holland og Danmark, der peger på en sammenhæng mellem brugerbetaling og efterspørgsel efter tandplejeydelser. Enten medførte øget brugerbetaling en lavere efterspørgsel, eller også medførte en lavere brugerbetaling, fx på grund af øget forsikringsdækning, et øget forbrug af tandplejeydelser. Hvor stor og eventuelt hvor langvarig effekten var, kunne ikke bestemmes ud fra de gennemgåede studier. Den økonomiske teori peger på, at brugerbetaling reducerer forbruget af ydelser mere hos lavindkomstgrupper, idet de har et større nytte tab ved en reduktion af den indkomst, der er til rådighed til andet forbrug end grupper med højere indkomst, jf. ovenfor om konkurrerende ydelser. Dette aspekt blev genfundet i studierne, der viser, at ændrede niveauer af brugerbetaling havde størst effekt blandt lavindkomstgrupper. Et enkelt studie

fra USA fandt, at effekten af brugerbetaling varierede for forskellige typer af tandplejeydelser, idet jo højere brugerbetaling, desto lavere forbrug af tandplejeydelser generelt, men desto højere forbrug af smertelindrende behandlinger af mere akut karakter. Studiets design var dog ikke stærkt nok til, at de fundne sammenhænge kunne tolkes som kausale effekter af brugerbetaling, ligesom det ikke umiddelbart kan generaliseres til en dansk kontekst.

I nogle studier blev efterspørgslen efter akutte ydelser ikke ændret ved øget brugerbetaling, mens det i andre studier sås, at efterspørgslen efter smertelindrende behandling og tandrelaterede skadestuebesøg steg efter indførelse af øget brugerbetaling. Et nyere dansk studie fandt, at en sænkning af indkomsten efter afskedigelse på grund af virksomhedslukning medførte lavere efterspørgsel efter tandplejeydelser hos de tidligere medarbejdere. Dette studie støtter teorien omkring indkomstelasticitet i forhold til efterspørgsel efter tandplejeydelser (dvs. en nedgang i indkomst sænker efterspørgslen).

## 2.4 En finansieringspolitik for tandplejen

Den teoretiske sammenhæng mellem brugerbetaling og efterspørgsel og effekt på tandsundhed er ikke entydig. Brugerbetalingens effekt afhænger bl.a. af, hvor priselastisk ydelsen er. Hvis ydelsen er meget priselastisk, tyer borgerne måske til alternative metoder til tandpleje (fx gør mere ud af selvpleje af tænderne). Ligeledes er alternativindkomsten ved at bruge tid på tandpleje højere, jo højere indkomst man har, og derudover har individer med højere lønindkomst flere penge til rådighed til at bruge på tandpleje.

En vigtig pointe fra Kiil, Skovgaard og Bilde (2017) er, at brugerbetaling og effekten af brugerbetaling på efterspørgslen efter tandplejeydelser ikke kan betragtes isoleret. Begge må nødvendigvis ses i den epidemiologiske, organisatoriske og institutionelle kontekst, den virker i. For eksempel har de institutionelle rammer omkring tandlæger, deres ansættelses- og aflønningsforhold indvirkning på efterspørgslen, ligesom tandplejesystemets historiske udvikling også har stor indflydelse på, hvordan brugerbetalingen anvendes i det pågældende land.

En finansieringspolitik for tandplejen, herunder beslutningen om anvendelse af brugerbetaling, må således tage udgangspunkt i befolkningens tandsundhed, økonomi og prioritering af samme, tilgængeligheden af tandlæger, målene med tandpleje samt tandplejens samspil med den øvrige sundhedssektor. Ligeledes må den tage hensyn til de nævnte aspekter omkring priselasticitet og effekt på lavindkomstgrupper. Aflønning af tandlæger indgår som et element i en tandsundhedspolitik og kan tilpasses alt efter målsætningerne med tandsundhedspolitikken og efter befolkningens behov. For eksempel har "fee-for-service"-aflønning af tandlæger historisk set vist sig at være meget effektiv i de perioder, hvor befolkningen har haft et stort behov for tandreparation. "Pay-for-performance" inden for tandpleje har været afprøvet i England i pilotprojekter. Der findes dog ikke i skrivende stund publicerede evalueringer af disse. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at effekterne af tandlægernes aflønning for udbud og efterspørgsel efter tandplejeydelser *i praksis* ikke kan betragtes isoleret set, men hænger sammen med en lang række andre kontekstspecifikke faktorer.

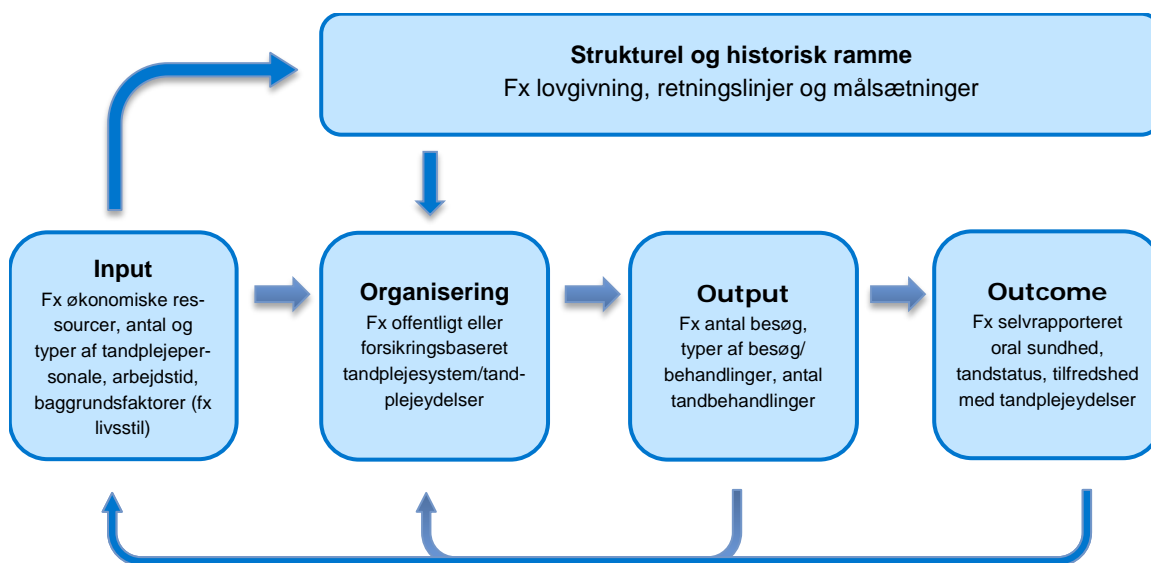
### 3 Beskrivelse af tandplejesystemernes kontekst

Erfaringer med anvendelsen af brugerbetaling i de forskellige europæiske tandplejesystemer kan ikke beskrives eller diskuteres uden at inddrage den kontekst, de befinder sig i, jf. forrige kapitel. For eksempel er tandplejen en del af sundhedsvæsenet og læner sig i de fleste tilfælde op ad sundhedsvæsenets målsætninger, organisering og finansiering. Således er der en række faktorer, der har betydning for organiseringen af tandplejen og dens resultater. Dette gælder både med hensyn til efterspørgsel efter tandpleje og befolkningens tandsundhed. Modellen nedenfor (Figur 3.1) er en stiliseret "input-output"-model, der anvendes til at strukturere beskrivelsen af de syv landes erfaringer med anvendelse af brugerbetaling i voksentandplejen. Figuren er tidligere anvendt i (Bilde & Rasmussen 2006; Cortsen & Fredslund 2013; Petersen 2003).

#### Strukturel og historisk ramme

Overordnet er voksentandplejen underlagt en *strukturel og historisk ramme*, der har indflydelse på organiseringen og økonomien i tandplejen. Denne udgøres både af den historiske udvikling i voksentandplejen, lovgivningen på tandplejehområdet, diverse retningslinjer og målsætninger, kvalitetsmål, styringsredskaber, overenskomster og finansiering af tandplejen. Ligeledes har målsætninger, finansiering og organisering af det øvrige sundhedsvæsen som nævnt også indflydelse på tandplejen. For eksempel er tilstedeværelsen af et tilbud om børnetandpleje vigtigt for behovet for tandpleje i voksenalderen, ligesom kvaliteten og finansieringen af – samt adgangen til – børnetandpleje har betydning.

**Figur 3.1** Model for beskrivelse af voksentandplejesystem



Kilde: Inspiration fra Bilde & Rasmussen 2006; Cortsen & Fredslund 2013 og Petersen 2003.

Det er vigtigt at få vurderet kriterierne for beslutninger om ændring i offentligt tilskud og brugerbetaling ved fx overenskomst eller lovgivningsændring. Derudover er det vigtigt at få belyst, om en historisk udvikling, ny viden omkring behov samt effektivitet ved en bestemt måde at give offentlige tilskud og anvende brugerbetaling på, og om omkostningseffektivitet er beslutninger baseret på, hvordan ændringer i tilskud/brugerbetaling vil påvirke det offentlige budget, der er sat af til tandpleje.

### *Input*

*Inputfaktorerne* har indflydelse på de resultater, en indsats i voksentandplejen kan få. Sådanne faktorer knytter sig til demografien i voksenbefolkningen, uddannelses- og indkomstforhold, tandsundhed hos børn og unge, livsstil relateret til sundheden (såsom sukkerindtag, læskedrikindtag, tobaksforbrug og alkoholindtag), fluoridindholdet i drikkevandet, lægemiddelforbrug og initial tandsundhed (WHO 2012). Behovet for tandpleje afhænger af disse faktorer. Blandt andet kan behovet for voksentandpleje være mindre, hvis der findes en tilgængelig og kvalitetsmæssig god børnetandplejeordning, da tandsundheden dermed vil være bedre som voksen (Petersen et al. 2004). Derudover har ressourcer til rådighed, fx antallet af tandlæger og øvrigt tandplejepersonale, deres kvalifikationer og kompetencer, geografisk dækning af tandplejepersonale, behandlingstilbud, uddannelseskapacitet, rekruttering og den teknologiske udvikling også indflydelse.

Den offentlige investering eller den potentielle vækst i sundhedsudgifterne til tandpleje har ligeledes betydning. Der tales om "*affordability*", dvs. om det offentlige sundhedsvæsen har "råd" til at investere i et nyt tiltag inden for tandplejen. Og – i givet fald – skal nye tiltag så helt eller delvist finansieres af offentlige midler?

Endelig har WHO påpeget, at dårlig tand- og mundsundhed har mange risikofaktorer til fælles med de fire største kroniske sygdomme (Petersen 2003; WHO April, 2012) (hjertekarsygdomme, kræft, KOL og diabetes) såsom usund kost, tobaksforbrug og ekstrem alkoholindtagelse. Derudover er utilstrækkelig mundhygiejne en risikofaktor for dårlig tandsundhed og for udvikling af andre sygdomme.

### *Organisering*

Både inputfaktorer og den overordnede strukturelle ramme har direkte indflydelse på, hvordan voksentandplejen organiseres. "*Organisering*" omfatter, om voksentandplejen bliver tilbudt i privat eller offentligt regi, og – i givet fald – hvilke ydelser er så tilbudt i hvilket regi? Udbydes tandplejen i store eller små enheder, og er tandplejen en del af et forsikringsbaseret eller skattefinansieret offentligt system? Men også rent økonomiske faktorer spiller ind. Dette gælder som tidligere nævnt aflønnningen af tandlæger, aflønnings- og honorarstruktur, honorarregulering, prisfastsættelse, brugerbetaling og tilskudsordninger og de incitament, som de forskellige ordninger har for både patienter og udbydere.

I gennemgangen af anvendelsen af brugerbetalingen i de forskellige tandplejesystemer vil der blive lagt vægt på den overordnede organisering og finansierings- og betalingsmodeller – og andre faktorer tages med, hvor det angives som vigtigt. For eksempel vil brugerbetalingens *udformning* blive belyst: Er der tale om direkte betaling af en privatproduceret ydelse med frie eller offentligt regulerede priser? Er det eventuelle offentlige tilskud fx afhængigt af en samtidig brugerbetaling for en bestemt ydelse? Skal brugeren betale en procentdel af ydelsen eller fx alt under eller over et vist beløb for sin tandpleje? Eller ligger brugerbetalingen fast for en bestemt "pakke" af tandplejeydelser? Hvordan har man organiseret tandplejen, så udsatte befolkningsgrupper også har adgang til den? Og hvad gør man konkret strukturelt og organisatorisk for at opnå lighed i voksentandplejen, samtidig med at man anvender brugerbetaling?

### *Output*

*Output* refererer til udførelsen af voksentandpleje. Det kan måles ved hyppigheden og antallet af tandlægebesøg, diagnostiske ydelser, levering af behandlende og forebyggende tandplejeydelser, sundhedsoplysning og omfanget af egenomsorg. Ud over virksomhed udført af tandlæger kan forebyggende tandpleje og sundhedsfremmende aktiviteter også gives af tandplejere.



### *Outcome*

Outcome vedrører sundhedsresultater af voksentandplejen. Sådanne resultater måles ved graden af kontrol med forekomsten af tand- og mundsygdomme i befolkningen, sygdomsforebyggelse og fremme af sundheden. Indikatorer for måling af graden af målopfyldelse spænder fra selv vurderet oral sundhed, forekomst af caries, parodontitis, mundhulekræft, tand-erosioner, tandløshed, tandstatus i form af antal bevarede tænder til sikring af et funktionelt tandsæt, til måling af livskvalitet, psykisk habitus samt socialt velvære relateret til tænder og mund. Forbedring af selv vurderet oral sundhed samt reduktion i forekomsten af sygdomme i tænder og mund er dermed outcome-mål for sygdomsbehandling og forebyggende tandpleje.

Desuden inkluderer outcome-måling en vurdering af, hvilke andele af de berettigede befolkningsgrupper der faktisk modtager tandpleje i henhold til sundhedslovgivningen. Det gælder aldersgrupper (fx unge, voksne eller ældre mennesker), sociale grupper eller særligt vanskeligt stillede grupper (personer på kontanthjælp).

Se ordliste for definitioner (Bilag 1).

### *Landebeskrivelser*

I de følgende vil vi beskrive tandplejesystemer og anvendelse af brugerbetaling i Danmark, Norge, Sverige, Finland, England, Tyskland og Spanien. Beskrivelsen af de enkelte lande indledes med en oversigt over inputfaktorer, output og outcome af tandplejen samt socioøkonomiske og geografiske uligheder for det pågældende land set i sammenligning med de øvrige lande i rapporten. Oversigterne ved den enkelte landebeskrivelse er baseret på de figurer og sammenligninger, der fremgår af Bilag 4. Disse er udarbejdet på basis af data fra OECD, Verdensbanken, International Monetary Fund World Economic Outlook Database, data fra WHO samt internationale statistikker på tandplejeområdet. Der ses på antallet af tandlæger pr. 100.000 borgere, tandplejeudgifters andel af de øvrige sundhedsudgifter, brugerbetalingsandel og indikatorer for tandsundheden hos børn (input for voksentandplejen), ligesom der ses på output, fx besøgsfrekvens, udækkede behov for tandpleje og outcome, fx andelen af tandløse. Beskrivelsen af tandstatus (outcome) er ikke fyldestgørende, idet det ikke har været muligt at finde sammenlignelige data for al relevant outcome på voksenområdet (fx DMFT og DMFS), og ligeledes er nogle af statistikkerne baseret på forholdsvis gamle tal, ligesom der altid ved internationale sammenligninger kan være forskelle i, hvordan tallene er gjort op. Der tages derfor forbehold for sammenligningerne.

## 4 Danmark

### Faktaboks 1: Danmark i international sammenligning (jf. Bilag 4, tal er fra 2009-2014)

Alle børn og unge under 18 år i Danmark er omfattet af vederlagsfri kommunal tandpleje. I europæisk perspektiv har danske 12-årige et meget lavt cariesniveau (DMFT). Det kan dels skyldes forebyggende tandpleje og sundhedsfremmende arbejde, dels bedre sundhedsvaner. For eksempel drikker mindre end 5 % af de 11-årige børn sukkerholdige læskedrikke dagligt, hvilket er lavt i sammenligning med de øvrige lande. Derudover børster de fleste 11-årige børn (omkring 75 %) tænder mere end én gang dagligt, hvilket svarer til niveauet i de øvrige lande. Der er ingen officiel fluoridpolitik i Danmark, men nogle dele af landet har naturligt fluorid i drikkevandet (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Danmark har flere tandlæger pr. borger end de øvrige lande (93 pr. 100.000 indbyggere). Dette betyder, at hver dansk tandlæge alt andet lige skal betjene relativt færre borgere. Danmark bruger 4,4 % af de totale sundhedsudgifter på tandplejeydelser, hvilket er lidt i sammenligning med de øvrige lande. Størstedelen (ca. 80 % (Holt 2013)) af udgifterne til tandpleje er private, og Danmarks niveau for brugerbetaling i voksentandplejen overgås kun af Spanien i sammenligningen.

I forhold til købekraftskontrolleret BNP pr. indbygger ligger Danmark midt i feltet i sammenligning med de øvrige lande. I forhold til ulighed klarer Danmark sig bedst sammen med Norge, idet de begge har en lav indkomstilighed.

Tandsygdomsforekomsten for befolkningen i Danmark følger niveauet for de øvrige lande, men det er positivt, at behandlingsbehovet i højere grad er imødekommet. I patientbefolkningen er kontrollen med tandsygdomme løbende forbedret gennem de sidste årtier. Det understøttes af, at det gennemsnitlige antal af tænder hos voksne **patienter** i perioden 2000-2008 er steget kontinuerligt i tre aldersgrupper, blandt 25-årige, 40-årige og 65-årige (Vilstrup et al. 2010). Antallet af tænder med ubehandlet caries faldt kontinuerligt i samme periode, og antallet af sunde tænder uden caries og fyldninger steg i perioden. Danmark ligger dog højt med hensyn til incidensen for oral cancer, hvilket potentielt kan skyldes et højt forbrug af tobak og alkohol (Petersen 2015). Udsagnet om, at voksentsundheden er forbedret i Danmark, understøttes yderligere af, at over 80 % af den voksne befolkning har bevaret mindst 20 naturlige tænder, der er tegn på et funktionelt tandsæt. Derudover har ca. 80 % af voksne danskere haft regelmæssige forebyggende tandplejebesøg inden for de sidste 5 år.

På trods af det relativt høje niveau for brugerbetaling i Danmark er indkomstiligheden i **brugen af tandlæger** lav i sammenligning med de øvrige lande. Dog er personer med høj indkomst stadig mere tilbøjelige til at besøge en tandlæge inden for 12 måneder end personer med lav indkomst. Grunden hertil kan være de økonomiske barrierer, hvorved lavindkomstgrupper har mindre mulighed for besøge en tandlæge.

Hvis der opdeles på **typen af tandplejebesøg**, er der til gengæld relativ stor forskel på indkomstiligheden i Danmark. Indkomstiligheden er til fordel for højindkomstgrupperne, når det handler om forebyggende tandplejebesøg. Det betyder, at højindkomstgrupperne i højere grad benytter sig af forebyggende tandplejebesøg. Derimod er indkomstiligheden til fordel for lavindkomstgrupperne, når det handler om operative tandlægebesøg. Det betyder, at lavindkomstgrupperne i højere grad benytter sig af operative tandplejebesøg.

Hvis der ligger en tandlæge i nærområdet, så er det medvirkende til at have adgang til en tandlæge og dermed besøge en. I Danmark har 89 % af respondenterne oplyst, at de har mulighed for at besøge en tandlæge inden for 30 minutters rejsetid enten fra hjemmet eller arbejdet. Trods den relativt høje befolkningstæthed i Danmark er denne andel lavere end i fx Sverige, Norge og England. Dette tyder på, at den geografiske tandlægedækning ikke er helt så god som i de øvrige lande, trods et relativt stort antal tandlæger. Dog skal dette ses i lyset af, at 97 % af befolkningen oplever at have adgang til en tandlæge, hvis behovet opstår.

Danmark ligger lidt bedre end middel i forhold de andre lande både med hensyn til andelen af befolkningen, der oplever udækkede tandplejebestov og indkomstilighed i forhold til udækkede tandplejebestov. Danmark har formået at opretholde en begrænset ulighed på trods af en relativt høj brugerbetaling på tandplejeydelser i forhold til de andre lande. Den vigtigste grund til ikke at besøge en tandlæge i de seneste 2 år oplyses at være, at det er for dyrt. Dernæst opgives tandløshed og tandlægefragt som grunde til ikke at besøge tandlæge.

## 4.1 Strukturel og historisk ramme

Det danske sundhedsvæsen bygger på et princip om let og lige adgang til sundhedsydelser, og det er et universelt system, der dækker alle borgere. Det gælder også for voksentandplejen. Mens børnetandplejen udføres i kommunalt regi, udføres voksentandplejen hovedsageligt af privatpraktiserende tandlæger, der finansieres af patienters egenbetaling og offentligt tilskud bestemt af lovgivning og igennem overenskomst.

Sundhedsvæsenet i Danmark er overvejende offentligt finansieret via skatter. Cirka 84 % af sundhedsudgifterne dækkes af offentlige midler, der hovedsageligt er skattefinansierede, mens de resterende 16 % dækkes af private midler, hvilket for størstedelens vedkommende er brugerbetaling på tandlæge og medicin (Welling Hansen & Houlberg 2012). For tandplejen gælder det, at patienterne selv betaler 73,2 % af udgifterne, og de resterende 26,7 % gives i tilskud fra det offentlige (OECD 2013) – eller ca. 80 % brugerbetaling og 20 % offentligt tilskud, hvis man medtager behandling uden tilskud, fx implantater og protetik.

### Lovgivning og målsætning

Det overordnede mål for tandplejen i Danmark er – som for resten af sundhedsvæsenet – at fremme befolkningens sundhed samt forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsninger for den enkelte (Sundhedsloven 2010), idet den forrige tandplejelov er blevet erstattet af den mere generelle lov kaldet Sundhedsloven. Sundhedsstyrelsen opfatter stadig Tandplejelovens målsætning som gældende (Sundhedsstyrelsen 2006). Målsætningen for tandplejen i Danmark er således, at "befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet".

Regulering af tandplejeområdet er fastsat i lovgivningen og vedrører bl.a. offentlige tilskud og autorisation af tandlæger og tandplejere samt virksomhedsansvar. I lovgivningen står, at regionerne skal yde tilskud til voksentandpleje, og at børn skal have adgang til gratis behandling i kommunalt regi. Ligeledes kan personer med visse former for handicap eller særlige behov få behandling hos den kommunale tandpleje, eventuelt med egenbetaling (omsorgstandplejen). I 2007 modtog 30.502 voksne denne form for omsorgstandpleje (Nihtilä 2010).

### Historisk baggrund

For 100 år siden var der under 300 tandlæger til at behandle ca. 2,5 mio. danskere, og dermed var der en utilstrækkelig behandlingskapacitet, hvilket betød, at tandproblemer ofte blev løst ved tandudtrækning selv hos helt unge (Cortsen & Fredslund 2013). I 1916 blev der åbnet for statsstøtte til tandbehandling af ubemidlede danskere via sygekasserne, men først i 1922 blev der indgået overenskomst mellem Dansk Tandlægeforening og sygekasserne, som omfattede en række behandlinger af tandproblemer. 90 % af sygekassemedlemmerne havde tandproblemer, hvorfor tandlægerne var interesserede i at blive betalt pr. ydelse og ikke via et fast årligt beløb. I sygekasserne indebar betaling pr. ydelse en vis egenbetaling fra patienten. Dette gives i litteraturen som en forklaring på, hvorfor honorarsystemet i Danmark er baseret på et stykprishonorar med samtidig brugerbetaling (Østergaard 2007). Denne ordning fungerede indtil 1960'erne på trods af store geografiske forskelle i tilskudsordningerne (Cortsen & Fredslund 2013).

I 1965 blev indgået en landsdækkende overenskomst, som medvirkede til at udjævne den geografiske ulighed (Cortsen & Fredslund 2013). Differentierede tilskud blev indført for unge mennesker, hvilket betød, at størrelsen af tilskuddet afhang af, om den unge gik til regelmæssige tandundersøgelser. Denne ordning blev langsomt udbygget til at omfatte hele befolkningen. En reel offentlig

sygesikring blev etableret i 1973 og overtog sygekassernes rolle og gældende tandlægeoverenskomst uden ændringer (Cortsen & Fredslund 2013; Sundhedsstyrelsens embedsmandsgruppe 1976). Derudover blev de såkaldte fortsættelsessygekasser sammenlagt og blev et landsdækkende forsikringselskab – i dag kendt som ”Sygeforsikringen Danmark”.

Frem til ca. 1980 skete en gradvis udvidelse af tilskudsreglerne (Østergård 2007), og de offentlige udgifter til voksentandpleje blev fordoblet fra 1955 til 1970. Det førte til større politisk vilje til at prioritere op igennem 1980’erne til i dag. Det førte bl.a. til, at børnetandsundheden og forebyggende og basisbehandlinger blev prioriteret i højere grad end genoprettende behandlinger hos voksne. Derudover blev omsorgstandplejen indført i 1994, primært finansieret ved øget brugerbetaling ved den almindelige voksentandpleje (Cortsen & Fredslund 2013).

### **Aktører**

Hvert år indgår staten og Danske Regioner en aftale om regionernes økonomi, ”Økonomiaftalen” (Regeringen & Danske Regioner 2017). Det budget, der hvert år kan anvendes til offentligt tilskud på voksentandplejeområdet, er en del af denne og genforhandles hvert år i konkurrence med andre af regionernes sundhedsydelser. Budgettet til tandpleje har de sidste fem år ligget på knap 1,5 mia. kr. pr. år (1,3 mia. kr. i 2014-priser ifølge Økonomiprokollatet i Aftale om Tandlægehjælp (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2014)). For nylig har der dog i aftalen været en forventning om en besparelse i det offentlige tilskud i størrelsesordenen 300 mio. kr. på tandplejeområdet, bl.a. som resultat af den nye overenskomst (se nedenfor).

Voksentandplejen i Danmark leveres decentralt af privatpraktiserende tandlæger med overenskomst med de fem regioner. Denne overenskomst er ikke en overenskomst i arbejdsretlig forstand – altså mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Det offentlige har altså ikke ledelsesretten over tandlægerne. Det er snarere en aftale mellem det offentlige og det private område.

Ud over lovgivningen aftales yderligere reguleringer i overenskomstforhandlinger mellem Tandlægeforeningen/Dansk Tandplejerforening og regionerne. Her bestemmes bl.a., hvilke ydelser regionerne skal give tilskud til. Der aftales udgiftsrammer, og hvordan der skal følges op på overenskomsten med hensyn til økonomi samt rammer for kvalitet og klageregler (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). For børn under 18 år er al tandpleje gratis og bliver normalt tilbudt i kommunalt regi på skolerne. I 2007 modtog 88 % af de danske børn tandpleje i den kommunale tandpleje, og 12 % modtog den hos privatpraktiserende tandlæger (Nihtilä 2010). For voksne findes offentligt tilskud til de mest almindelige behandlinger hos privatpraktiserende tandlæger. Tilskud til ydelser gives kun, hvis den behandlende tandlæge eller tandplejer er tiltrådt overenskomsten, da dette betyder, at de praktiserer efter overenskomstens regler. Dog arbejder langt hovedparten af tandlæger og tandplejere under overenskomsten (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013).

Tandlægeforeningen laver retningslinjer for forskellige områder af tandplejen, som de praktiserende tandlæger anbefales at arbejde efter. Derudover laver Sundhedsstyrelsen nationale kliniske retningslinjer på tandplejeområdet og er desuden ansvarlig for forvaltningen af lovgivningen vedrørende tandpleje og fører tilsyn med danske tandlæger.

## **4.2 Organisering og finansiering**

Før en uddannet – og autoriseret – tandlæge må åbne en praksis, skal Sundhedsstyrelsen give tilladelse hertil. Det kræver arbejdserfaring (minimum 12 måneder) og et gebyr på € 160 (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Alle tandlæger i privat praksis er ansat af en praktiserende tandlæge eller ejer praksis selv. Ligeledes skal en tandlæge, der ønsker at oprette en privat klinik, ansøge om et

ydernummer hos Tandlægeforeningen. I 2013 arbejdede 66 % af danske tandlæger i privat praksis. De resterende tandlæger er ansat i den kommunale tandpleje og på hospitaler, universiteter mv. Alle tandlæger er registreret hos Sundhedsstyrelsen og vil kunne modtage betaling for levering af tandplejeydelser til børn og voksne. Sundhedsstyrelsen har tilsynspligt med alle tandlæger, og dermed er tandlægerne underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsansvar. Det samme gælder tandplejere og klinikassistenter.

Al betaling fra det offentlige til de privatpraktiserende tandlæger foregår ved betaling pr. ydelse med regulerede satser ("fee-for-service"). Satserne forhandles mellem Tandlægeforeningen og regionerne (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) i en overenskomst, og pris/løn reguleres hvert halve år. Der er dog en samlet udgiftsramme, jf. ovenfor (Økonomiprokollat), som parterne forventes at overholde.

Ifølge overenskomsten har nogle ydelser faste priser og derved faste tilskud, hvilket betyder, at der ingen priskonkurrence er på disse ydelser. Dette gælder for ca. 75 % af ydelsestyperne beskrevet i overenskomsten (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). Der er tale om aftalte priser, og disse fremgår sammen med patientens andel af priserne eksplicit af aftaledokumenterne (forhandlingsresultat og takstkatalog). Til enkelte ydelser (fx biopsi) gives et tilskud på 100 %. Andre ydelser har fast offentligt tilskud, men fri pris. Dette gælder fx plastfyldninger. Endelig har nogle ydelser ikke offentligt tilskud, men fri pris.

Det offentlige tilskud til tandplejeydelser varierer mellem ca. 15 % og 65 % afhængig af ydelse, og det samlede offentlige tilskud vurderes til ca. 18 % af den samlede omsætning for alle ydelser på voksentandplejeområdet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). Den samlede aftalte udgiftsramme var i 2014 knap 1,5 mia. kr., og i forhandlingsresultatet for 2014 fremgår de fremtidige udgiftsrammer frem til overenskomstforhandlingerne i 2017. Det fremgår også, hvordan der følges op og ageres i tilfælde af overskridelse af budgettet.<sup>2</sup>

Som beskrevet er tilskudsreglerne i Danmark bestemt i Sundhedsloven. Af § 64 fremgår det, at regionsrådet yder tilskud til behandling hos tandlæge. I overenskomsten er ydelserne i tandplejen opdelt i basal-ydelser, hvor der ydes tilskud, og "luksusydelser", hvor der ikke ydes tilskud. Basal-ydelser er fx undersøgelser, profylaktiske ydelser og tandrensninger, mens "luksusydelser" er broer, kroner og proteser. De forebyggende behandlinger prioriteres altså, hvorved tilskud til behandlinger holdes på et minimum (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). En del behandlinger, såsom kroner, broer, proteser, bidskinner mv., er altså ikke reguleret af overenskomsten, og der ydes ikke offentligt tilskud. Derudover gives der ikke ubegrænset tilskud til forebyggende behandlinger. For

---

<sup>2</sup> Økonomiprokollat: Parterne er enige om, at den samlede økonomiske ramme for udgifterne til tandlægebehandling til sikringsgruppe 1 og 2 udgør 1.283,7 mio. kr. (2014-prisniveau). Hertil lægges 2,5 mio. kr. til ny biopsi-ydelse. For perioden 1. april 2015 til 31. december 2015 udgør rammen 964,7 mio. kr. (tre fjerdedele af ovenstående), ligesom kun udgifterne i samme periode indgår i opgørelsen over rammeoverholdelse for 2015. Rammen tillægges et råderum til aktivitetsvækst svarende til stigningen i antallet af gruppe-1 og gruppe-2 sikrede over 18 år. Det vil sige pr. 1.4.2015: 6,75 mio. kr. (tre fjerdedele af 9 mio. kr.), pr. 1.1.2016 yderligere 9 mio. kr. og pr. 1.1.2017 yderligere 9 mio. kr. Rammen tillægges løn- og prisregulering af honorarerne i aftaleperioden i henhold til aftalens reguleringsbestemmelse. Rammen følger kalenderåret, og udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges af parterne i kvartalsvise opgørelser, der viser regionernes udgifter vurderet i forhold til den aftalte ramme. Opgørelsen skal vise udgifter, antal patienter, antal ydelser, ydelseskode, ydelser pr. patient og rubriceringen af patienter. Første opgørelse udsendes i august 2015, når tallene for andet kvartal 2015 foreligger. Hvis den kvartalsvise opgørelse viser tegn på, at udgifterne ikke kan holdes inden for den samlede aftalte ramme, drøfter parterne mulighederne for at iværksætte udgiftsdæmpende tiltag. Hvis de årlige udgifter til tandlægebehandling på trods af eventuelle udgiftsdæmpende tiltag alligevel overstiger den aftalte ramme, sker der med virkning fra den førstkommande regulering en modregning, først i reguleringen, dernæst via en nedsættelse af tilskuddene. Modregningen skal give kompensation svarende til halvdelen af den konstaterede forskel mellem den aftalte ramme og de regionale udgifter op til 150 mio. kr. årligt. I tilfælde af modregning sker der fortsat regulering af rammen i henhold til aftalens reguleringsbestemmelse, jf. ovenfor. Parterne er enige om, at tilskuds-nedsættelsen ikke væltes over på patienterne, og at patienternes egenbetaling i kroner ikke berøres. Modregningen bortfalder efter et år, hvorefter overskridelsen betragtes som tilbagebetalt (forhandlingsresultat for 2014 hentet fra [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)).

eksempel har den nye overenskomst (fra 2015) ændret tilskudsreglerne, således at tilskuddet gives efter behov og risikovurdering. Dette beskrives nærmere nedenfor.

Det er dog ikke udelukkede forebyggende ydelser, der gives tilskud til. Det kan nævnes, at parodontitisbehandling, fx rensning af tandkødsломmer, også er tilskudsberettiget. Desuden er nogle behandlinger bestemt som tilskudsberettigede i Tandplejebekendtgørelsen. Det gælder bl.a. tandproteser ved ulykker, tandpleje til kræftpatienter eller patienter med Sjøgrens Syndrom eller anden sjældnen sygdom.

Derudover er det også lovmæssigt bestemt, at kommunerne skal yde tilskud til ældre på plejehjem (omsorgstandplejen), indlagte patienter, særlige grupper af borgere på fx kontanthjælp (Tandlægebekendtgørelsen 2012 og Sundhedsloven 2010, p. 131). Tilskudsreglerne er således ikke udelukkende bestemt af overenskomsten mellem tandlægerne og regionerne, men der målrettes stats- og kommunale midler til at nedsætte brugerbetalingen for økonomisk vanskeligt stillede voksne og socialt udsatte personer med det formål at mindske den sociale ulighed i tandsundhed.

Mere end 2 mio. danskere har desuden en privat sundhedsforsikring (Sygeforsikringen "danmark" og Tandforsikring Danmark), som giver yderligere tilskud til tandbehandling mod betaling af en årlig forsikringspræmie. Desuden har bankansatte som noget helt nyt i 2017 en tandforsikring i deres overenskomst, der dækker tandbehandling, som koster over 995 kr. (Finansforbundet 2017).

Den samlede omsætning for tandplejeydelser under Tandlægeoverenskomsten beløb sig i 2011 til ca. 5,6 mia. kr. Heraf ydede regionerne et tilskud på ca. 1,5 mia., og patienterne finansierede selv de 4,1 mia. kr. ved overenskomstfastsat brugerbetaling (ca. 75 % af omsætningen). Hertil kom udgifter for behandlinger, der ikke var omfattet af tandlægeoverenskomsten, fx protetisk, implantater mv., der ca. udgjorde 2,3 mia. kr. i 2011. Alt i alt var brugerbetalingen således på ca. 80 % (Holt 2013).

I 2013 anvendte Danmark 2,2 mia. kr. på den offentligt finansierede kommunale tandpleje (børne- og omsorgstandpleje) og 1,5 mia. kr. på offentligt tilskud til voksentandpleje fra regionerne i medfør af tandlægeoverenskomsten på 1,5 mia. kr., altså i alt 3,7 mia. kr. i offentlige udgifter til tandpleje. Dertil kommer næsten 6,0 mia. kr. i brugerbetaling/medfinansiering af de ydelser, der er omfattet af overenskomsten. Endelig anvendte brugerne 2,7 mia. kr. på behandlinger og ydelser, der ikke var omfattet af overenskomsten. Sygeforsikringen "danmark" finansierede nogle af patienternes udgifter, i alt 1 mia. kr. i 2014 (Widström et al. 2015).

### **Ny overenskomst pr. 1. april 2015**

Den nye overenskomst, der trådte i kraft pr. 1. april 2015, er bygget op omkring Sundhedsstyrelsens to nationale kliniske retningslinjer for henholdsvis marginal parodontitis og indkaldesintervaller til tandplejen (Sundhedsstyrelsen 2013). De nationale kliniske retningslinjer indgår nu i overenskomsten til "forbedring af kvalitet og patientforløb", og offentligt tilskud til tandpleje gives nu differentieret, dvs. i forhold til en vurdering af patientens tandsygdom eller tandsygdomsrisiko – og ikke som i den tidligere overenskomst på ens vis til alle patienter (Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2014).

Således skal patienter nu risikovurderes af tandlægen ved besøget. Risikovurderingen skal placere patienten i én af tre grupper (rød, gul eller grøn). I den laveste risikogruppe (grøn gruppe) anses personen for at have en god tandsundhed, og han/hun bør derfor kun indkaldes til undersøgelse med 12-24 måneders mellemrum og ikke som tidligere hvert halve år. For denne patientgruppe giver regionerne kun tilskud til én tandrensning årligt.

I den mellemste risikogruppe (gul gruppe) har patienten en aktiv sygdom i tænder, tandkød eller mundhule (fx caries, tandkødsbetændelse eller paradentose). Patienter i denne risikogruppe vil blive indkaldt til kontrolundersøgelser én eller flere gange i løbet af året. Derudover kan patienterne i denne risikogruppe få tilskud til mere end én tandrensning om året. Det er dog meningen, at patienten skal instrueres af tandlægen om, hvordan han eller hun ved hjælp af tand- og "egenomsorg" bliver grønt patient (oplyst af Danske Regioner).

I den højeste risikogruppe (rød gruppe) har patienten en aktiv sygdom i tænder, tandkød eller mundhule, og tandlægen vurderer, at patienten ikke er i stand til at få en bedre tandsundhed (fx på grund af medicinbivirkninger). Denne patientgruppe vil blive indkaldt efter behov og kan få tilskud til nødvendig forebyggelse, behandling og kontrol. Forskellen mellem grupperne ligger dermed i forskellige indkaldeintervaller og forskelle i tilskud til antal tandundersøgelser pr. år og tandrensning. Opstår et behov for behandling, får alle tre grupper dog samme tilskud. Tilskuddet er reguleret i lovgivningen (Sundheds- og Ældreministeriet 2015). Generelt gives der tilskud til 40 % af behandlingen for udvalgte behandlinger. Dog får unge under 26 år (mellem 18 og 26 år) et tilskud på 65 % til regelmæssig diagnostisk undersøgelse.

I forhold til parodontitis kunne man i den tidligere overenskomst få begrænset tilskud til udvidet tandrensning og forebyggende behandling i halvårlige "forløbspakker", dvs. maksimalt en gang hvert halve år, og dertil måtte patienten selv finansiere eventuelle tandrodsrensninger. I den nye overenskomst er der ikke begrænsninger på, hvor ofte man kan få tilskud til udvidet tandrensning og forebyggende behandling. Begrundelsen for ændringen er, at der skulle åbnes op for flere typer af behandlinger for parodontitis, og der gives fx en intensiv behandling i begyndelsen og dernæst opfølgning med udvidede tandrensninger. Tidligere krævede det sygdom i tre tænder – nu forudsætter tilskud kun parodontitissygdom i to tænder (oplyst af Danske Regioner).

### 4.3 Monitorering og data

Tandpatienter registreres i Sygesikringsregisteret for så vidt angår de ydelser, der er offentligt tilskud til. Sygesikringsregisteret indeholder information om patienternes køn og alder, antal og karakter af ydelser, de har fået hos tandlægen, og oplysninger om det offentlige tilskud. I år 2000 påbegyndtes desuden – som en del af tandplejeoverenskomsten – en registrering af tandstatus for alle voksne, der mødte i tandplejen. Forskellige tandstatusindikatorer registreres ved hver tandundersøgelse og indrapporteres til Sundhedsstyrelsen som led i en national monitorering af tandplejen. Fra 2009 var de nationale indikatorer bl.a. antal naturlige tænder, antal fyldte tænder, tænder med krone og DMFT i forskellige aldre (Sundhedsstyrelsen 2009). Der foretages desuden regelmæssige surveybaserede befolkningsundersøgelser, som indeholder spørgsmål om tandplejeforbrug (selvrapporterede data) og tandstatus, fx systematiske surveys cirka hvert femte år siden 1987 og til i dag ud fra SiF Sundhed og Sygdom (Petersen et al. 2010).

### 4.4 Reform, behovsdækning og kritik af systemet

Nationale undersøgelser af voksenbefolkningens tandstatus (Petersen et al. 2010) og forekomsten af caries (Krustrup & Petersen 2006) peger på, at tandsundheden i de senere år blevet gradvist bedre, og Danmark ligger som helhed godt i international sammenhæng (Petersen 2015). Ubehandlet caries (D-T) og den samlede carieserfaring (DMFT) hos yngre voksne (35-44 år) og til en vis grad ældre (65-74 år) er historisk set reduceret (Petersen 2007), således at cariesforekomsten alment er under kontrol. Anderledes forholder det sig med parodontitis, idet denne sygdom stadig er massivt

udbredt i voksenbefolkningen (Krustrup & Petersen 2006). Et højt tobaks- og alkoholforbrug spiller en central rolle for dette folkesundhedsproblem. På trods af den bedre sundhed generelt er sygdomsforekomsten og behandlingsbehovet markant større hos de socialt dårligst stillede sammenlignet med situationen blandt de velstillede sociale grupper. Det gælder alle tre dimensioner af tand-sundhed, dvs. tandstatus, cariesforekomst og paradentose. I tillæg hertil viser undersøgelser, at trods en positiv udvikling over tid i tandforholdene så persisterer den sociale ulighed i forekomst af tandsydomme, tandstatus og forebyggende tandplejebesøg (Petersen et al. 2010).

Danmark bruger i sammenligning med de øvrige lande i denne rapport en relativ lille del af sine offentlige sundhedsudgifter på tandpleje, og der er samtidig et relativt højt niveau af brugerbetaling i tandplejen, jf. kapitel 1. Tandpleje for børn er dog fuldt dækket af offentligt tilskud.

For udsatte befolkningsgrupper af voksne (ældre, personer med forskellige sygdomme og handicap samt personer på overførselsindkomst) er der mulighed for at få yderligere kommunalt tilskud til tandpleje. Udsatte grupper af befolkningen, fx ældre og personer på kontanthjælp, har et stort udækket behandlingsbehov, og de har almindeligvis ikke deltaget i regelmæssigt forebyggende tandpleje i kortere eller længere perioder af livet (Petersen 1994, 1995, 1999, 2000). Problemerne med det store reparationsbehov og den manglende deltagelse i forebyggende tandpleje har ført til etablering af supplerende tandplejeordninger i flere kommuner. Sådanne ordninger har fjernet den høje private brugerbetaling for udnyttelsen af tandpleje. De kommunale tandplejetilbud blev oprindeligt indført som frikommuneprojekter eller som forsøgsprojekter i medfør af tandplejeloven (Petersen et al. 1990, 1994, 1997). Ordningerne er fortsat gældende, og tilbuddet omfatter vederlagsfri systematisk tandpleje, eventuelt med en vis omkostning til tandmaterialer. Evalueringerne af den slags tandplejetilbud har dokumenteret en markant øget deltagelse i regelmæssig tandpleje på kort og lang sigt, og derudover er der påpeget en klar og positiv sundhedsudvikling, idet den supplerende kommunale tandpleje har vist sig at kunne imødekomme det store reparationsbehov, at reorientere tandplejetilbuddet mod forebyggende tandpleje, og at kunne udvikle egenomsorgen, det generelle helbred og livskvaliteten hos disse risikopersoner.

Desuden kan socioøkonomiske faktorer også influere på niveauet for tandplejeservice, dvs. antal ydelser, samt hvilken type service der tilbydes, og hvilken der efterspørges. Christensen et al. (2014) har i et tværsnitsstudie baseret på danske sygesikringsdata fundet, at forbruget af tandplejeydelser blandt 64-65 årige er lavest hos personer med lavest indkomst (mindre end 200.000 kr.), samt at personer med lavere indkomst oftere får foretaget tandudtrækninger end personer med højere indkomst. Ligeledes peger Christensen et al. i en anden artikel (2017) på, at efterspørgslen efter tandplejeydelser vil ændre karakter på grund af den stigende andel ældre i befolkningen, der har et større behov for reparation og vedligeholdelse af tænder. Samtidig vil der også være flere udsatte og svækkede ældre, og derfor er der behov for effektive tandplejeprogrammer specifikt rettet mod denne målgruppe.

Set i international sammenligning gives der i Danmark generelt højere tilskud til forebyggende og essentielle behandlinger, fx cariesbehandling, og lavere tilskud til dyrere behandling som rod- eller parodontitisbehandling. Den tidligere overenskomst og dens udformning af tilskud til tandpleje er blevet rost for at fremme, at befolkningen går regelmæssigt til tandlæge på grund af dens udformning med tilskud til undersøgelser, tandrensninger og basalbehandling. Den er til gengæld blevet kritiseret for til tider ikke at imødegå de reelle behandlingsbehov og for at tilgodese personer, der i forvejen har "gode tænder". Dette gælder også de kommunale tilskud og omsorgstændplejen, hvor der heller ikke gives tilskud til dyre behandlinger, fx guld kroner, eller omfangsrige restorative be-



handlinger. For eksempel har "prohibitive costs" for nogle ydelser, fx kronebehandling, ifølge interviewpersonerne betydet, at patienter har søgt behandling i udlandet, hvor det var billigere, eller slet ikke søgt behandling.

Samtidig bliver Danmark også rost for sin børnetandpleje – for at være gode til forebyggende tandpleje, kost, instruktion i selvtandpleje, sundhedsfremme osv. Disse faktorer er blandt de forklaringer, der gives på den relativt gode tandsundhed i Danmark.

Ligeledes understreges det af danske interviewpersoner, at et vist niveau af brugerbetaling er godt, fordi det giver patienterne incitament til bedre selvpleje, men samtidig må brugerbetalingen ikke blive for høj, for så udebliver patienterne fra tandplejen. I Danmark gives det offentlige tilskud med en enkelt undtagelse kun under betingelse af en samtidig brugerbetaling for den enkelte "fee-for-service". Når "fee-for-service" anvendes samtidig med brugerbetaling – dvs. patienten selv skal betale for noget af ydelsen – har han/hun et økonomisk incitament til at holde forbruget nede, og man kan dermed antage, at brugerbetalingen lægger en dæmper på produktionen af ydelser under "fee-for-service", samt at efterspørgslen efter ydelserne bliver relativt lavere hos dem, der har lavere indkomst, end hos dem, der har højere indkomst, jf. (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) samt kapitel 2.

Den nye overenskomst har lænet sig op ad Sundhedsstyrelsens retningslinjer og evidensen for fx indkaldeintervaller. Den tilsigter at allokere midler fra "grønne" patienter, der nu får mindre tilskud, til patienter med større behov ("gule" og "røde") for på den måde at anvende de offentlige midler mere omkostningseffektivt og behovsrettet inden for en økonomisk ramme, der ikke ser ud til at blive større. Dette afspejles dels i et mindre tilskud til undersøgelse og tandrensning hos de "grønne", et større tilskud til de "gule" og "røde" patienter, og et større tilskud til diagnostiske undersøgelser for 18-26-årige, der ikke går så hyppigt til tandlæge, efter de har forladt skoletandplejen. Det afspejles også i de ændrede tilskudsordninger for parodontitisbehandling, jf. senere. Dog har man ikke valgt at ændre det offentlige tilskud til fyldninger i forbindelse med cariesbehandling, trods det at amalgambehandling, som tilskuddet oprindeligt var baseret på, frarådes af Sundhedsstyrelsen. Der ydes ifølge Bekendtgørelse pr. 2014 (Sundheds- og Ældreministeriet 2015) p.t. et tilskud på 67,15 kr. til enkeltfladet fyldning uanset materiale og et tilskud på kr. 98,07 kr. til flerfladede fyldninger uanset materiale. Da plastfyldninger er dyrere end amalgamfyldninger, betyder det, at patienten alt andet lige får en merbetaling.

Af Økonomaftalen 2015 mellem regeringen og Danske Regioner fremgår det, at tilskudsreformen bundes i en omprioritering af ressourcerne, således at "fagligt set unødvendige ydelser" ikke udbydes: *"Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det er vigtigt at have fokus på, om de ydelser, der leveres i praksissektoren, herunder på tandlægeområdet, har det sundhedsfagligt korrekte indhold, således at hverken det offentlige eller borgerne betaler for ydelser, der fagligt set er unødvendige. På den måde sikres en ensartet høj, faglig kvalitet i ydelserne og effektiv brug af sundhedsvæsenets ressourcer. I det lys bekræfter parterne hinanden i, at de omprioriteringer, som er forudsat med finanslovene for 2013 og 2014 og følger af Sundhedsstyrelsens nye faglige retningslinjer på tandlægeområdet, skal realiseres i de igangværende forhandlinger mellem RLTN og Tandlægeforeningen".*

Af Økonomaftalen 2018 fremgår ligeledes, at det måske ikke er gået helt, som Danske Regioner har forventet med at implementere tilskudsreformen: *"Parterne konstaterer, at der er sket en utilsigtet vækst i regionernes udgifter til tandlægehjælp. Parterne er enige om, at der er behov for at intensivere dialogen med Tandlægeforeningen med henblik på, at udgifterne hurtigst muligt tilpasses den samlede økonomiske ramme og de bagvedliggende økonomiske forudsætninger, der er aftalt i overenskomsten. Sundhedsstyrelsen har i maj 2017 offentliggjort måltal for inddeling af borgerne efter tandsundhed (rød, gul og grøn kategori), der viser, at tandlægerne kategoriserer markant færre*

*borgere i grøn kategori (god tandsundhed) end tilsigtet. (...) Parterne vil forpligte Tandlægeforeningen på, at retningslinjen og måltallene efterleves. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det er afgørende at opnå bedre økonomiske styringsredskaber, der giver regionerne budgetsikkerhed i de kommende overenskomstforhandlinger med Tandlægeforeningen” (Regeringen og Danske Regioner 2017).*

Ifølge en pressemeddelelse fra firmaet Deloitte (Deloitte 2016) ”... kendte 41 % af danskerne ikke deres farve” et år efter indførelsen af rød-gul-grøn-systemet. Det vil sige, at de ikke vidste, hvordan de blev indplaceret af tandlægen i forhold til det nye tilskudssystem. Det er især de unge, der ikke kender deres farve (52 % af de adspurgte i spørgeskemaundersøgelsen, der er udført af Epinion blandt 1.085 respondenter).

Sundhedsstyrelsen har for nylig publiceret en evaluering af rød-gul-grøn-ordningen (Sundhedsstyrelsen 2017) og skriver, at retningslinjen vurderes at være ”fagligt meningsfuld og anvendelig”. Til gengæld er der for mange patienter, der kategoriseres som ”gul” eller ”rød”. For eksempel blev 79 % af de voksne brugere i voksentandplejen i 2015 visiteret til ”gul” kategori, og dette skal holdes op mod de forventede 43-48 %, som var Sundhedsstyrelsens oprindelige måltal for denne kategori. Andelen af patienter, der er blevet behandlet for visse tandsygdomme, fx tandkødsbetændelse, svarer til gengæld til den forventede andel, så Sundhedsstyrelsen peger på, at mange patienter, der ikke har tandsygdom, er blevet visiteret til ”gul” kategori.

I forhold til implementering af reformer og nye retningslinjer med den tilhørende overenskomst er der formentlig flere aspekter, der spiller ind. Dels kan det være udfordrende at implementere en forventet besparelse på det offentlige budget, som den enkelte tandlæge ikke alene er ansvarlig for, dels kan det være, at reformen endnu ikke er forankret ned til den enkelte tandlægepraksis, og dels kan det måske være udfordrende at kategorisere ”grønne” patienter, fordi kategoriseringen jo ret beset betyder, at den enkelte patient får et mindre tilskud til tandundersøgelser mv. end tidligere. Sundhedsstyrelsen forklarer i deres nylige evaluering (Sundhedsstyrelsen 2017), at nogle kategoriseringer i ”gul” skyldes en systemteknisk blokering i visse regioner, dvs. en teknisk fejl, der blokerede for korrekt implementering af retningslinjen. Deloitte påpeger desuden, at de adspurgte danskere fortæller, at de går langt mindre til tandlæge end for fem år siden. Om dette reelt forholder sig sådan, hvis forbruget blev talt op baseret på registerdata, kan man stille spørgsmålstegn ved – fx påpeges det i en tysk undersøgelse, at væksten i det danske forbrug af tandplejebesøg er højere end fx i Tyskland (Klingenberger 2015), jf. kapitel 9 om Tyskland.

## 5 Sverige

### Faktaboks 2: Sverige i international sammenligning (jf. Bilag 4, tal fra 2009-2014)

Omkring 80 % af Sveriges 11-årige børn børster tænder mere end én gang dagligt. Derudover har de 11-årige børn også et lavt dagligt indtag af læskedrikke, kun overgået af Finland (Nihtilä 2010). Sverige har gratis børnetandpleje. På trods af dette er det gennemsnitlige antal DMFT hos 12-årige kun overgået af Norge og Spanien. Sverige bruger en relativ stor andel af deres sundhedsudgifter (private og offentlige) på tandpleje (6,9 %), og heraf betaler patienterne lidt over 60 %, hvilket er lavere end i fx Danmark. Man tilsætter ikke flourid til drikkevandet i Sverige, men nogle dele af landet har naturligt fluorid i drikkevandet. Til gengæld arbejdes der generelt med forebyggende information til børn (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Sverige ligger lavt i forhold til aktive tandlæger pr. 100.000 borgere; der er kun flere aktive tandlæger end i Spanien og UK, mens Tyskland og de øvrige nordiske lande har flere aktive tandlæger pr. indbygger. Sverige har dog flest registrerede tandlæger pr. 100.000 indbyggere. Danmark følger næsten med, men resten af landene har en del færre registrerede tandlæger. Det skyldes bl.a., at mange svenske tandlæger arbejder udenlands (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Sverige bruger altså flere ressourcer på at udanne tandlæger, uden at de bliver ved med at arbejde i Sverige. Dog er der næsten ingen arbejdsløse tandlæger i Sverige (2013), så der må findes en anden grund til, at tandlægerne flytter udenlands (som ovenfor).

Svenskernes købekraft er høj relativt til de andre lande (kun Norge har en større købekraft). Det kan have positiv betydning for efterspørgslen af tandlægeydelser i Sverige, idet Sverige jo har brugerbetaling på størstedelen af ydelserne. Sverige har dog den laveste disponible indkomstilighed i 2011 i forhold til de andre nordiske lande i analysen. Personer med høj indkomst stadig er mere tilbøjelige til at besøge en tandlæge inden for 12 måneder end personer med lav indkomst.

Tandsundheden synes at være høj i Sverige, da over halvdelen af den voksne befolkning har alle deres naturlige tænder, og kun omkring 13 % af de 65+-årige er tandløse. Derudover har Sverige den laveste andel voksne med tandproteser. Kun 10 % af voksne svenskere, som ikke har alle naturlige tænder tilbage, har tandproteser. Lidt over 70 % i Sverige har haft et tandplejebesøg inden for de sidste 12 måneder, hvilket kun overgås af Tyskland og Danmark. Omkring 60 % af besøgene er forebyggende besøg, 22 % er rutinebehandlinger, og 18 % er akutte behandlinger. Andelen af akutte behandlinger er relativt høj i forhold til de andre lande i denne analyse. Kun Finland (22 %) og Spanien (22 %) har en højere andel af akutte behandlinger end Sverige.

Opdeles på typen af tandplejebesøg, er der forskel på indkomstiligheden i Sverige. Ligesom i Danmark er indkomstiligheden til fordel for højindkomstgrupperne, når det handler om forebyggende tandplejebesøg. Det betyder, at højindkomstgrupperne i højere grad benytter sig af forebyggende tandplejebesøg. Derimod er indkomstiligheden til fordel for lavindkomstgrupperne, når det handler om operative tandlægebesøg. Det betyder, at lavindkomstgrupperne i højere grad benytter sig af operative tandplejebesøg. Det tyder på, at der er en sammenhæng mellem, at lavindkomstgrupperne ikke får gennemført forebyggende besøg og derfor får flere operative indgreb.

I Sverige har 97 % adgang til en tandlæge, hvis behovet opstår. En lidt mindre andel har adgang til en tandlæge inden for 30 minutter, nemlig 91 % af svenskerne. Tages der højde for befolkningstætheden, som er lav i Sverige (24 personer pr. km<sup>2</sup>), er Sverige næstbedst til at sikre en høj geografisk dækning. Kun Finland har formået at sikre en endnu højere geografisk dækning, når der tages højde for befolkningstætheden.

I Sverige oplever 4,7 % et udækket behov for tandpleje, når der ses på et gennemsnit over en treårig periode (2011, 2012 og 2013). Det er nogenlunde gennemsnitligt i forhold de øvrige lande. Indkomstiligheden i forhold til udækkede tandplejebestanden i Sverige overgås kun af Spanien og Norge. Sverige har altså en lidt højere ulighed end fx Danmark. I 2009 ser det ud til, at den største grund til ikke at besøge en tandlæge i Sverige i de seneste to år er, at personer ingen tænder har, at tandplejen er dyr, og personer har for travlt.

## 5.1 Strukturel og historisk ramme

Det svenske sundhedsvæsen er universelt med adgang for alle borgere, og det gælder også tandpleje. Tandplejen i Sverige består dels af "Folk tandvården", dels af den statslige tandpleje under sygesikringen "Forsäkringskassen". Folk tandvården står for tandpleje til børn og unge samt til voksne med visse diagnoser, samt funktionsnedsættelse, og drives decentralt af de 18 landsting ("län") og to regioner. Alle voksne svenskere er registreret i Försäkringskassan, som styrer det offentlige forsikringsystem for voksentandpleje, og som gennem forsikringsvilkår regulerer priserne på tandplejeydelser (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Sundhedssystemet i Sverige er overvejende offentligt finansieret via skatter, dog er der brugerbetaling på en del af sundhedsydelse. Brugerbetaling er udbredt i det svenske sundhedsvæsen. Både hospitalsindlæggelser, besøg hos praktiserende læge og tandpleje er omfattet af brugerbetaling. Mere end 80 % af de samlede sundhedsudgifter er offentligt finansierede, imens ca. 17 % af udgifterne finansieres af brugerbetaling ((Welling Hansen, Houlberg 2012). I 2011 var brugerbetalingen i voksentandplejen omkring to tredjedele af udgiften til tandpleje finansieret gennem landstingene og regionerne (län). Tandplejen udføres enten af offentligt ansatte (ca. 60 % ifølge interviewperson) eller privatpraktiserende/privatansatte tandlæger (ca. 40 % ifølge interviewperson). Private forsikringer er ikke udbredt på tandplejeområdet i Sverige (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014), om end en nyere abonnementsordning, "Frisk tandvård", minder om en forsikringsordning mod tandplejegyldigheder (<https://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Tandvard-till-fast-pris---abonnemangstandvard/>).

### Lovgivning og målsætning

Ifølge Sveriges forfatning er det overordnede mål for tandplejen, at hele befolkningen opnår en god tandsundhed og tandpleje på lige vilkår. Bestemmelserne på tandplejeområdet findes i tandplejeloven fra 1985 (Regeringskasliet/Lagrummet 2014), som bl.a. omhandler krav til tandplejen og landstingenes ansvarsområder. Loven giver landstingene ansvaret for at tilbyde børn og voksne adgang til tandpleje af god kvalitet.

I "Loven om statsligt tilskud til tandpleje" (Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd 2013) 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 selvrapporeret tandsundhed i nationale evalueringer. Tandlægerne selv (dvs. det svenske tandlægeforbund Svenska Tandläkare-Sällskapet) udarbejder også etiske retningslinjer.

### Historisk baggrund

Den offentlige tandpleje (Folk tandvården) opstod i 1938 ved, at svenske tandlæger afprøvede et statsfinansieret system for tandpleje af børn (Cortsen & Fredslund 2013). Snart efter begyndte tandlægeklinikker at åbne for at behandle børnene, og senere – i 1944 – indførte den svenske regering, at tandklinikkerne måtte behandle voksne i halvdelen af deres kliniktid. Behandlingen af voksnes tandproblemer blev ydet til faste priser med offentligt tilskud, så priserne blev billigere end behandling ved private tandlæger. I midten af 1960'erne var priserne hos de private tandlæger 5-6 gange højere end hos den offentlige tandpleje, som fik offentligt tilskud (Cortsen & Fredslund 2013). Det

førte til geografisk ulighed i adgangen til tandlæger, da de private tandlæger begyndte at flytte ind til de større byer.

I 1974 blev det såkaldte "högstnadsskydd" (beskyttelse mod høje udgifter) indført for alle tandlæger for at minimere den geografiske ulighed. Med dette indførtes dels et karensbeløb, dvs. et minimumsbeløb, som patienten skulle betale, inden offentligt tilskud kunne gives, dels et loft for, hvor meget patienten selv skulle betale. Samtidig blev alle behandlinger hos enhver godkendt tandlæge sat til en fast stykpris, som det offentlige tilskud blev beregnet ud fra, og patienten skulle så betale differencen mellem tilskuddet og den faste stykpris. Derved blev priserne mellem private og offentlige tandlæger mere sammenlignelige. Tilskuddene var organiseret, så der var beskyttelse mod høje udgifter ved, at brugerbetalingen faldt, hvis udgifterne oversteg et vist beløb. Det skulle skabe et incitament for patienten til at samle behandlingerne.

Tilskudssystemet er efterfølgende blevet reformeret flere gange. En reform fra 1999 havde mere fokus på forebyggende behandlinger, idet alle fik ret til tilskud til visse former for basisbehandlinger (undersøgelser, forebyggelse mv.). Försäkringskassan refunderede tandlæger med et fast grundbeløb for disse ydelser, og priserne blev sat fri – modsat tidligere, hvor priserne var fast reguleret af Försäkringskassan. Det betød, at patientens brugerbetaling udgjorde forskellen mellem tilskuddet og tandlægens pris, og dermed opstod priskonkurrence på det svenske tandplejemarked. Denne priskonkurrence havde dog utilsigtede og uventede konsekvenser, da priserne steg med 18 % på et år og primært betød en stigning i brugerbetalingen (Riksförsäkringsverket 2000). Stigningen i brugerbetalingen berørte mest de patienter, der havde et omfattende behov for behandlende tandpleje (reparationsbehov). Derfor blev den politiske kurs igen ændret fra fokus på forebyggelse tilbage til beskyttelse imod høje tandplejeudgifter (Cortsen & Fredslund 2013) med en udvidelse af "Högstnadsskyddordningen".

Ifølge en evaluering fra 2007 førte dette til, at patienterne fik incitament til at vælge mere omfattende behandlinger, idet det offentlige tilskud var højere end for mindre omfattende behandlinger (Statens Offentliga Utredningar 2007). Derfor blev tilskudssystemet ændret igen i 2008. De nye tilskudsregler skulle motivere til regelmæssige tandlægebesøg. Derudover findes stadig ekstra offentlige tilskud under Folktandvården til grupper med særlige tandplejebehov på grund af sygdom eller nedsat funktionsevne, samt abonnementstandplejeordningen, som begge blev indført i 1999. I 2017 ændres referencepriserne igen. De nuværende og fremtidige tilskudsregler beskrives nedenfor under "Organisering og finansiering".

### **Aktører**

Overordnet yder den svenske regering støtte til forebyggende tandpleje og beskytter mod høje omkostninger for brugerne (Socialstyrelsen 2015; Försäkringskassan 2015; Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket 2015). Socialstyrelsen er den overordnede myndighed med ansvar til tilsyn og kvalitet, samt udstedelse af nationale kliniske retningslinjer på tandplejeområdet. Folktandvården i hvert län og region har ansvaret for børnetandplejen og tandplejen for visse voksne, jf. ovenfor i deres respektive område.

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

tiget. Som tidligere nævnt er det Försäkringskassan, der administrerer det statslige tilskud til tandpleje. Landstingene og de to regioner har dog det primære ansvar at tilbyde befolkningen tandpleje. Ud over statens støtte finansierer landstingene yderligere tandbehandling til bestemte patientgrupper. Tilskudsreglerne beskrives nærmere i næste afsnit.

Tandpleje kan enten fås hos länenes/regionerne i offentligt regi (Folktandvården) eller hos private tandlæger. For børn og unge bruges tandpleje i offentligt regi – primært länenes tilbud, men også private tandlæger – hvorimod den private tandpleje oftest benyttes i voksentandplejen (Regeringskansliet 2014).

## 5.2 Organisering og finansiering

Tandpleje i län og regioner er gratis for børn indtil det år, de fylder 19 (i nogle län til de fylder 20 år). Derudover er der i Folktandvården 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 estimeredes omkring 165.000 personer til at være tilmeldt denne gratis tandpleje (Nihtilä 2010). 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. Dog er der for størstedelen af tandplejen en socialforsikring, som giver tilskud ubetinget af, om patienten behandles hos offentlige eller private tandlæger.

Tandplejen har forskellige del-elementer i relation til brugerbetaling, som beskrives i det følgende. De sidste ændringer skete i 2008: Alle svenske borgere får en "tandplejecheck" betalt af det offentlige, som de kan bruge på tandlægebesøg. For de 30-74-årige er checken på SEK 150, mens den for aldersgrupperne 20-29 år og personer på 65 år eller derover er på SEK 300. For de ældre var aldersgrænsen indtil for nylig 75 år, men er altså blevet sat ned (interview), da disse grupper traditionelt set har den laveste besøgsfrekvens. Tandplejechecken blev indført for at motivere til hyppigere tandlægebesøg (Cortsen & Fredslund 2013; Kravitz, Bullock & Cowpe, 2014). Tandplejechecken kan "gemmes" i to år, således at man får dækket et højere beløb, hvis man venter lidt med at gå til tandlæge (interview). 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).

Ligesom i den resterende del af det svenske sundhedsvæsen findes der brugerbetalingslofter – de beskrevne "högstkostnadsskydd". Det betyder, at svenskerne betaler de første SEK 3.000 uden yderligere tilskud end tandplejechecken. For udgifter mellem SEK 3.000 og 15.000 ydes et tilskud på 50 % af udgifterne (Cortsen & Fredslund 2013), mens der for udgifter over SEK 15.000 ydes et tilskud på 85 % af udgiften. Fra 2010 til 2011 havde 25 % af den svenske befolkning tandpleje, der gjorde, at de fik udbetalt tilskud under "högstkostnadsskydd" (Försäkringskassan 2012).

For at styre udgiftsudviklingen og udvikle konkurrencen mellem tandlægerne findes et referenceprissystem, der bygger på beregnede faktiske omkostninger ved behandlingen (Nihtilä, 2010). Dette gør, at alle behandlinger fra tandrensning til rodbehandling skulle være lige lukrative for tandlægerne. Priserne er frie, hvilket betyder, at prisen på behandling eller tandpleje kan variere. Hvis borgeren vælger en tandlæge, der har priser over referencepriserne, så betales differencen selv (Cortsen & Fredslund 2013). Referencepriserne er blevet revideret igen i januar 2017 (reference: [http://www.tlv.se/Upload/Tandvard/Sammanfattning\\_andringar\\_tandvardsstod\\_2017.pdf](http://www.tlv.se/Upload/Tandvard/Sammanfattning_andringar_tandvardsstod_2017.pdf)).

Ud over de ovennævnte ordninger er det muligt at tegne en abonnementsordning eller en slags forsikringsordning kaldet Frisktandvård. Ordningen indebærer, at borgeren indgår en kontrakt med en tandlæge i minimum tre 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 Folktandvården. En undersøgelse har vist, at patienter under abonnementsordningen 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).

De fleste privatpraktiserende tandlæger i Sverige er selvstændige og aflønnes primært af patienternes egenbetaling og de offentlige tilskud pr. behandling ("fee-for-service"). Der er fri etableringsret for tandlæger, og alle kan eje en tandlægeklinik og så mange klinikker, de vil (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). En tandlægepraksis har normalt omkring 1.500 patienter tilknyttet, og ser hver patient i gennemsnit hver 12.-18. måned (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014) (reference: [http://www.tlv.se/Upload/Tandvard/Sammanfattning\\_andringar\\_tandvardsstod\\_2017.pdf](http://www.tlv.se/Upload/Tandvard/Sammanfattning_andringar_tandvardsstod_2017.pdf)).

### 5.3 Monitorering og data

I den svenske tandpleje findes en del journalsystemer, der alle er koblet op til forsikringssystemet (på grund af afregningen med Forsäkringskassen), men egentlige nationale patientregistre findes ikke (interview). I Folktandvården findes kun få administrative systemer, men den lokale tandpleje samler epidemiologiske data for børn og unge og sender data til Socialstyrelsen, der sammentæller disse i en national rapport om børnetandplejen. Socialstyrelsen udarbejder desuden nationale evalueringer om cariesudviklingen og selvrapporteret tandsundhed.

### 5.4 Reform, behovsdækning og kritik af systemet

Målet med den måde, hvorpå svenskerne har indrettet deres tilskudsordninger, er at sikre, at de, der har størst behov for tandpleje, også er de, der kommer til tandlæge, uanset indtægt. Begrundelsen for at indføre högkostnadskyddet i sin tid var da også at sikre mod "prohibitive costs", 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 högkostnadskyddet dækker (interviewperson). 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 (interview). 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 högkostnadskyddet var tendens til, at man ventede med at gå til tandlæge, til det var absolut nødvendigt.

Sverige har således et system, som er rettet mod beskyttelse mod høje udgifter til tandpleje og ikke traditionelt set har samme fokus på forebyggende behandlinger som i Danmark. Forsäkringskassan, som administrerer de statslige tilskud, har gennemført en undersøgelse, som viser, 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 (Forsäkringskassen 2012). Resultaterne fra denne undersøgelse indikerer altså, at brugerbetalingsloftet (högkostnadsskydd) kun når personer med stort tandplejebehov i begrænset omfang, som ellers er et af de grundlæggende principper i det svenske brugerbetalingssystem.

For nylig har man på grund af en lavere tandlægebesøgsfrekvens blandt ældre og blandt unge, der lige havde forladt Folktandvården, ændret aldersgrænserne på tilskud til tandpleje. For eksempel er den forhøjede tandplejecheck på SEK 300 til diagnostiske undersøgelser mv. blevet sænket til 65 år eller derover mod tidligere 75 år eller derover. Ligeledes er Folktandvården i færd med at ændre adgangen til gratis tandpleje for den yngre del af befolkningen til at gælde til det 21. år. Senere (2018) vil det blive det 22. år, og i 2019 har alle børn og unge indtil det 23. år ret til gratis tandpleje – dette 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 (interview).



## 6 Norge

### Faktaboks 3: Norge i international sammenligning (Bilag 4, tal er fra 2009-2014)

Alle børn og unge under 18 år er omfattet af gratis offentlig tandpleje. En undersøgelse fra 2005-2006 viste, at omkring 75 % af 11-årige børn børstede tænder mere end én gang dagligt i Norge, hvilket kun overgås af Tyskland og Sverige af de inkluderede lande i dette studie (Nihtilä 2010).

Som nævnt er DMFT et (blandt flere) mål for tandsygdomsforekomsten. Af tal fra 2011 eller nærmeste tilgængelige år for de lande, der indgår i analysen, ses, at Norge ligger næsthøjest i antal DMFT hos 12-årige, kun overgået af Spanien<sup>3</sup>. Norge ligger altså højere på listen over børn med sygdomsramte tænder.

Det bemærkes, at andelen af de norske børn, der angiver, at de drikker sukkerholdige læskedrikke dagligt, er højere end de andre nordiske lande, men er lavere end Tyskland, Spanien og England.

En anden vigtig parameter for tandplejen er de ressourcer, der er til rådighed, fx antal tandlæger. Målt i antallet af aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere har Norge – næstefter Danmark – flest antal aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere i forhold til de øvrige lande i analysen. Norges tandlæger skal altså betjene relativt færre indbyggere end tandlæger i Tyskland, Finland, Sverige, Spanien og UK.

Som mål for ressourcer til rådighed ses ofte på, om velstanden i et land beregnes via BNP kontrolleret for forskelle i købekraft. Norge ligger i front i forhold til velstand, hvilket kan have indflydelse på forbruget af tandpleje, idet brugerbetalingen er høj i Norge (68,1 %).

Norge har den laveste andel af personer på 65 år eller derover uden tænder overhovedet (13 %). Derved kan tandsundheden antages at være relativt god i forhold til de andre lande. Dog har data for den norske tandsundhed været svære at få finde, da mange af undersøgelseerne i denne rapport studerer EU-lande.

Til trods for at få ældre er totalt tandløse, oplever 5,3 % i Norge udækkede tandplejehov. Denne andel overgås kun af Spanien. Indkomstuligheden i de oplevede udækkede behov for tandpleje er også relativ høj i Norge, hvor igen kun Spanien har en højere ulighed.

### 6.1 Strukturel og historisk ramme

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 forsikringssystem "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). Næsten hele den private finansiering kommer fra brugerbetaling, der står for ca. 15 % af den samlede finansiering af sundhedsudgifterne.

Der er brugerbetaling på konsultationer i almen praksis, hos speciallæger, hos tandlæger og ved ambulant behandling. Der er lofter for, hvor meget en patient kan komme til at betale i løbet af et kalenderår. For konsultationer hos almen praksis og speciallægepraksis, medicin og laboratorie/røntgenundersøgelser er loftet på NOK 1.880 (i 2011).

For fysioterapi, visse tandplejeydelser og rehabiliteringsydelser er loftet på NOK 2.620 (i 2013) (Welling Hansen & Houlberg 2012; Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). De tandplejeydelser, der indgår under dette brugerbetalingsloft, er bl.a. kirurgiske operationer, parodontal behandling og behandling

<sup>3</sup> OECD stat Extract, variable: Decayed-Missing due to caries-Filled Teeth (DMFT) [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#)

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). I Norge er der ikke generelt offentligt tilskud til tandpleje af voksenbefolkningen. Flere detaljer kan findes i afsnittet "Organisering og finansiering".

### **Lovgivning og målsætning**

Målsætning for tandplejen i Norge er som beskrevet i tandplejeloven, 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 (Lov om Tannhelsetjenesten 1984). I februar 2017 vedtog Stortinget at reducere antallet af enheder – såvel fylker som kommuner. Det betyder, at de 19 fylker bliver reduceret til 10 regioner (<https://www.dagbladet.no/nyheter/norges-19-fylker-blir-til-10-regioner/67324811>). Det fremgår dog ikke af pressemeddelelserne, hvornår sammenlægningen af fylkerne træder i kraft.

Reguleringen af tilskud bliver fastsat af Helse- og Omsorgsdepartementet gennem Loven om Social Forsikring (Lov om Folketrygd 1997). Loven består af 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. Refusionstaksten er derimod det beløb, der refunderes, hvis patienten skal betale en andel selv. Det er en forudsætning for tilskuddene, 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.

Tandplejeloven beskriver, at de 19 fylkeskommuner har det overordnede ansvar for at planlægge og organisere tandplejen, så den kan opfylde kravene i lovgivningen (Lov om Tannhelsetjenesten 1984). Der findes intet nationalt forebyggelsesprogram. Fylkerne har altså 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, som betaler 25 % af udgifterne selv. Fylkernes tandpleje kan udføres af både offentligt og privatansatte/privatpraktiserende tandlæger, men går i praksis hovedsageligt til den offentlige tandpleje (interview). Raske voksne får fra deres 20. år ikke offentligt tilskud til tandpleje og må altså betale 100 % selv. Voksentandplejen udføres af privatpraktiserende tandlæger for lige over 90 % af aktivitetens vedkommende, mens fylkerne udfører knap 10 % af aktiviteten (7,3 % andel blandt de fylker, der var under tilsyn i 2015; interviewperson) fx i de områder, hvor der ikke findes privatpraktiserende tandlæger. Siden 1995 har priserne været sat fri, og der er ingen prisregulering.

### **Historisk baggrund**

Den første offentlige børnetandplejeordning blev etableret i Oslo i 1910, da børnenes tandsundhed var så dårlig, at det – ifølge skolelærerne – havde konsekvenser for undervisningen (Cortsen & Fredslund 2013). Politisk var der en velvilje til, at tandplejen skulle inkluderes i sygekassernes virke, men bl.a. den norske tandlægeforening var bekymret for, om principperne om frit tandlægevalg og frie priser kunne bibeholdes (Holst 2004). Derfor blev der i 1917 lavet en lov, hvor amtskommunerne havde et medansvar for finansieringen af tandplejen, og samtidig blev et gratis tandplejetilbud til skolebørn indført, mens alle bestemmelser blev taget ud af loven (Holst 2004).

Det viste sig, at tilbuddet blev meget ulige fordelt mellem amtskommunerne, bl.a. på grund af manglende tandlæger i udkantsområderne (Statens Forvaltningstjeneste 2005). Netop af denne grund

blev det i 1949 indført, at tandlægerne skulle fordeles nationalt efter en landsplan, hvor fx nyuddannede blev beordret til at besætte offentlige stillinger, som ikke havde ansøgere nok (Statens Forvaltningstjeneste 2005). Under denne lov ("Lov om Folketannrøkt") var tandpleje for børn gratis, mens voksne var betalende og kun fik behandling, hvis der var tid til (Cortsen & Fredslund 2013).

I tandplejeloven fra 1984 fik de 19 fylkeskommuner ansvaret for hele den offentlige tandpleje, og flere vanskeligt stillede grupper blev dækket af offentlige tilskud. Nu blev nogle grupper omfattet af vederlagsfri tandpleje, og andre af fylkeskommunernes prioriterede grupper kunne nøjes med en mindre brugerbetaling (Statens Forvaltningstjeneste 2005). Det er de samme grupper, som er dækket i dag, jf. afsnittet "Organisering og finansiering" nedenfor. 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 (præmolare) 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.

Den norske offentlige tandpleje blev hermed formaliseret i 1949 og er i dag implementeret i tandplejeloven fra 1984 (Cortsen & Fredslund 2013; Nihtilä 2010; Statens Forvaltningstjeneste 2005).

### **Aktører**

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. Det er fylkerne, der har ansvaret for, at der er tilgængelig tandpleje i Norge, samt for at udføre den del af tandplejen, der er offentlig. Staten yder støtte til tandpleje til personer med specifikke diagnoser, fx parodontitis, og man kan sige, at der hermed er en vis beskyttelse mod høje behandlingsomkostninger ("prohibitive costs") i det norske system – i hvert fald for så vidt angår behandling af de nævnte sygdomme.

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

## **6.2 Organisering og finansiering**

Voksantandplejen i Norge er med undtagelse af behandling for specifikke diagnoser (se nedenfor) i modsætning til lægebehandling og medicin ikke forbundet med systematisk offentligt tilskud eller brugerbetalingsloft. Størstedelen af den voksne norske befolkning finansierer deres tandpleje selv (Cortsen & Fredslund 2013).

Tandplejen i Norge udføres af såvel offentligt ansatte som af privatansatte/privatpraktiserende tandlæger. Omkring 20 % af den norske befolkning fik i 2008 tandpleje gennem offentlige tandlægeklinikker (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Der er en tendens imod større tandlægepraksisenheder med flere ansatte tandlæger og færre enkeltmandspraksisenheder (interview).

Der ydes fuldt eller delvist offentligt tilskud til (offentlig) tandplejebehandling til følgende grupper (Cortsen & Fredslund 2013; Kravitz, Bullock & Cowpe 2014):

1. Børn og unge indtil 18 år (dog er der brugerbetaling for tandretning)
2. Psykisk handicappede

3. Grupper af ældre og patienter, som modtager langvarig pleje enten på institutioner eller i hjemmet
4. Unge mellem 19 og 20 år, der selv må betale 25 % af den honorartakst, der fastsat af Helse- og Omsorgsdepartementet
5. Andre grupper, som fylkeskommunerne vælger at prioritere, bl.a. fængslede personer og stof- eller alkoholmisbrugere i et rehabiliteringsprogram.

Offentligt ansatte tandlæger kan dog også behandle patienter, der ikke tilhører disse grupper, hvis de har ledig kapacitet. De estimeres, at 10 % af den norske befolkning, som ikke hører ind under ovennævnte fem grupper, fik behandling i den offentlige sektor i 2012. Disse 10 % skal stadig selv betale for tandplejen, selvom den foregår i offentligt regi.

Generelt ydes der som nævnt ikke offentligt tilskud til voksentandpleje, så de voksne borgere betaler selv for deres tandpleje. Dog kan personer med specielle lidelser, der kan resultere i høje tandlægeudgifter, modtage offentligt tilskud til tandpleje. Priserne er frie, og patienten selv må betale differencen mellem tilskuddet og tandlægens pris. Det er kun de ydelser, som er beskrevet i lovgivningen i referencesystemet, der giver ret til tilskud. Tandlægerne er pålagt åbenhed om priserne (se fx [www.hvakostertannlegen.no](http://www.hvakostertannlegen.no)), således at de kan findes og sammenlignes på internettet.

Der gives tilskud til behandlingen af følgende 15 diagnoser (oversat fra [www.Helsenorge.no](http://www.Helsenorge.no)):

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).

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).

Ifølge Helsedirektoratet blev tandplejen i Norge finansieret således i 2015:

Finansiering af tandplejen i Norge i 2015, offentligt tilskud og egenbetaling		
Offentligt tilskud	Børnetandpleje mv.	NOK 3,3 mia.
	Refusion til personer med specielle diagnoser (de 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 5,9 mia.
Egenbetaling		NOK 10,5 mia.
I alt forbrug 2015		NOK 16,4 mia.

Kilde: Interviewperson: tal fra Helsedirektoratet (2015).

### 6.3 Monitorering og data

Da voksentandplejen er finansieret af patienterne og for størstedelens vedkommende udføres af privatpraktiserende tandlæger, indsamles der ikke systematiske data til opfølgning og monitorering af voksentandplejen, hvorfor der – i modsætning til andre dele af sundhedsvæsenet i Norge – mangler data på tandplejeområdet (interview). Cirka 70 % af de privatpraktiserende tandlæger indberetter ikke ydelses- og patientstatistik til en offentlig instans. For den offentlige tandplejes vedkommende findes der data om de fem grupper i KOSTRA (KOMmune-STat-RAPportering) samt hos HELFO (Helsedirektoratet), der monitorerer forbruget af de tilskudsberettigede ydelser, bl.a. til behandling af patienter med de sygdomme, der giver ret til tilskud. Ligeledes udføres befolkningsundersøgelser og tværsnitsundersøgelser på sundhedsområdet i Norge, der også medtager tandplejen, fx Oslo eller Trøndelagsundersøgelsen.

### 6.4 Reform, behovsdækning og kritik af systemet

Generelt er tandsundheden i Norge relativt god i international sammenligning og bliver fortsat bedre. Norge ligger dog højere, hvad angår DMFT hos 12-årige end øvrige lande i denne rapport, men ifølge WHO (Petersen 2015) kan et sådant sygdomsniveau karakteriseres som lavt<sup>4</sup>. 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 er blandt de laveste i sammenligning med de øvrige lande i denne rapport, jf. Bilagsfigur 4.12 (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Alt i alt betaler størstedelen af den norske befolkning selv udgifterne til deres tandpleje uden nogen form for offentligt tilskud (med undtagelse af personer, der har de ovenfor nævnte 15 diagnoser). På trods af dette går 80 % af befolkningen til tandlæge inden for 1 år og 90 % inden for 2 år (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Ifølge norske opgørelser havde 77 % af nordmændene været til tandlæge inden for de to sidste år (2013). Ca. 10 % af voksenbefolkningen benytter sig ikke af tandplejen. En interviewperson tilskriver dette manglende økonomi til at gå til tandlæge eller frygt for det, men der kan også være andre årsager, fx social udsathed. Derudover nævner interviewpersonen, at unge, der forlader børnetandplejen, har tendens til at gå mindre hyppigt til tandlæge. Derfor overvejes det at udvide børnetandplejen i Norge med helt eller delvist offentlig dækning til det fyldte 25. år.

<sup>4</sup> Country-Oral-Health Profiles: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/Global-caries-map-2013--2014/>

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 prisfastsætning og med ret til frit at starte praksis (Cortsen & Fredslund 2013). Tandlægenes priser er ofte højere end de priser, der er fastsat af det offentlige i forbindelse med refusionssystemet. Siden 1995 er priserne på tandplejedydelser i privatregi øget med ca. 100 % over forbrugspriserne (interviewperson). Dette har været med til at øge patienternes brugerbetaling og er samtidig 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 og interviewperson). 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.

Med hensyn til tilskudssystemet viser tal fra HELFO ifølge interviewpersonen, at der er en stigning i tandplejebehandlingen af personer med de diagnoser, der kan give tilskud, fx parodontitis. 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.

I en artikel fra 2010 (Grytten 2010) påpeges, 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. Hovedparten af befolkningen havde i år 2004-2008 udgifter på ca. maksimalt NOK 1.000 pr. år, men ca. 10 % af befolkningen angav, at de brugte mere end NOK 5.000 og 3 % mere end NOK 10.000 pr. år på tandpleje i henhold til nationale befolkningsundersøgelser. Trods brugerbetaling har der været en voldsom vækst i de offentlige udgifter til behandling af de ovennævnte patientgrupper i perioden. Det problematiseres, at de privatpraktiserende tandlæger, der er aflønnet med "fee-for-service", ikke har noget populationsansvar og i princippet kan vælge patienter til og fra. Interviewpersonen foreslår derfor, at man giver de enkelte tandlæger et begrænset populationsansvar for fx personer på 67 år og derover (der har det største behov for tandpleje) og et budget for de offentlige tilskud.

Den norske regering har besluttet at reducere de 19 fylkeskommuner til 10 regioner og reducere de nuværende 428 kommuner til lidt under 380 kommuner (Widström et al. 2015; interviewperson). 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 tandplejedydelser end hidtil, hvis det bliver gennemført.

## 7 Finland

### Faktaboks 4: Finland i international sammenligning (se Bilag 4, tal er fra 2009-2014)

Børn og unge under 18 år i Finland er omfattet af gratis offentlig tandpleje. Af 11-årige finske børn børstede mellem 49 % og 61 % tænder mere end én gang dagligt, hvilket er den laveste andel af de inkluderede lande i dette studie (Nihtilä 2010). Til gengæld har Finland den laveste andel af 11-årige, som dagligt indtager sukkerholdige læskedrikke. Finske børns lave indtag af sukkerholdige læskedrikke kan eventuelt være en del af forklaringen på, hvorfor Finland ligger lavt i forhold til antallet af sygdomsramte tænder (DMFT) hos 12-årige på trods af, at færre finske børn børster tænder dagligt sammenlignet med de øvrige lande inkluderet i analysen.

Med hensyn til ressourcer, der er til rådighed for tandplejen, fx antal tandlæger, har Finland et middel antal tandlæger pr. 100.000 indbyggere i forhold til øvrige lande i analysen. Det samme gælder udgifterne til tandpleje i forhold til de totale sundhedsudgifter. I 2013 var 4.500 tandlæger aktive i Finland, og heraf var ca. 50 % ansat i den offentlige tandpleje (Nihtilä 2010; Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Finland ligger relativt lavt i forhold til de andre lande i forhold til velstand (beregnet via BNP kontrolleret for forskelle i købekraft), hvilket kan have indflydelse på forbruget af tandpleje. Dog er brugerbetalingen i Finland ikke ligeså stor (57,3 %) som i de øvrige lande bortset fra Tyskland. Indkomstuligheden er nogenlunde som i UK, men dog mindre end i Spanien og større end i Danmark. I Finland er brugerbetalingens andel af de samlede tandplejeudgifter relativt lav, kun overgået af Tyskland, hvor brugerbetalingsniveauet er lavest.

I Finland er befolkningstætheden relativt lav (18 personer pr. km<sup>2</sup>), men alligevel kan 95 % af befolkningen nå en tandlæge inden for 30 minutter. Finland er det land, som relativt set har formået at sikre den højeste geografiske dækning på trods af stor befolkningsspredning. En grund kan være et højt antal aktive tandlæger, men det er ikke tilfældet, da Finland har et middel antal tandlæger pr. 100.000 indbyggere i forhold til de andre lande. En anden grund kan være, at Finlands borgere primært bor samlet i byer med god infrastruktur. Uanset hvad, så er den geografiske dækning af tandlæger god i Finland i forhold til de andre lande.

Den finske tandsundhed er blevet forbedret over de sidste 30 år. Det gælder især hos børn og unge, hvilket kan skyldes, at børn og unge under 18 år fik mulighed for at få regelmæssig tandpleje i den kommunale tandpleje efter 1972, da folkesundhedsloven blev indført. I 1976 havde kun 1 % af 12-årige sunde tænder, hvorimod 38 % af 12-årige havde sunde tænder i 2000. Derudover faldt antallet af DMFT hos 12-årige fra 5,2 i 1979 til 1,3 i 2003, og antallet af årlige tandfyldninger af børn og unge under 18 år blev halveret mellem 1985 og 2000 (Vuorenkoski 2008). Efter den store reform af tandplejesystemet i 2001-2002 steg forbruget af tandplejeydelser fra hver tredje til hver anden voksen (Cortsen & Fredslund 2013). I 2009 havde næsten 60 % haft et tandplejebesøg inden for de sidste 12 måneder.

På trods af forbedringen i tandsundheden har 40 % af de ældre på 65 år eller der over ingen tænder, hvilket er den største andel relativt til de andre lande i analysen. Det skyldes, at de tiltag, som Finland har gjort for at forbedre tandsundheden, har haft størst indvirkning på børnetandsundheden. Ses på alle voksne finner, havde 53 % alle sine naturlige tænder i 2009, hvilket er lidt over gennemsnittet af de inkluderede lande.

De forebyggende besøg hos tandlægen fylder ikke ligeså meget som i UK, Danmark og Sverige. Cirka 50 % af tandplejebesøgene i Finland er forebyggende, 28 % er rutinebehandlinger, og 22 % er akutte behandlinger. Sammen med Spanien havde Finland den højeste andel akutte behandlinger i 2009.

Spanien og Norge oplyser de højeste andele af befolkninger med selvrapporterede udækkede tandplejebehov. Finland følger efter, idet 5,1 % af befolkningen oplever at have udækkede behov for tandpleje, når der ses på et gennemsnit over en treårig periode (2011, 2012 og 2013). Selvom Finland har en relativ høj andel med udækket behov for tandpleje, så er uligheden lav i forhold til de udækkede behov mellem indkomstgrupper. En grund kan igen være den lave brugerbetaling i Finland. Den hyppigst oplyste grund til ikke at besøge en tandlæge i Finland er, at finnerne ikke mener, at deres tandplejeproblem er seriøst nok. Den næststørste grund er, at der ikke er flere tænder tilbage at kunne behandle. Kun 4 % mener, at grunden er, at det er for dyrt at gå til tandlæge, hvilket er den laveste andel relativt til de andre lande.

## 7.1 Strukturel og historisk ramme

Det finske sundhedssystem er fra borgerens synspunkt et universelt sundhedsvæsen med adgang for alle borgere. Dette gælder også tandplejen. Befolkningen kan få adgang til tandpleje igennem kommunernes offentlige tandplejesystem, eller de kan benytte den private sektor. Tilskud kan fås ved behandling både i den private og i den offentlige sektor. Det gælder dog ikke tandregulering og proteser (Vuorenkoski 2008).

En vigtig forskel mellem Finland og de øvrige nordiske lande findes i organiseringen af sundhedsvæsenet, idet det finske system er meget decentraliseret og har flere forskellige finansieringsmodeller. Finland er opdelt i seks provinser og 320 kommuner (Kravitz, Bullock & Cowde 2014). Størstedelen af sundhedsydelse leveres af enheder under kommunerne i Finland, og størstedelen af udgifterne til sundhedsvæsenet er offentligt finansieret.

I 2007 var ca. 85 % af udgifterne offentligt finansieret, og 15 % var privat finansieret. Den offentlige del af sundhedsvæsenet finansieres dels gennem skatter opkrævet af kommunerne, dels gennem obligatoriske bidrag fra arbejdsgiver og arbejdstager til Den Nationale Sygeforsikring (NHI – finsk akronym KELA). Den private del finansieres primært via brugerbetaling (Welling Hansen & Houlberg 2012).

Brugerbetalingen er større inden for tandpleje end i resten af sundhedsvæsenet (Cortsen & Fredslund 2013, Niiranen et al. 2008). Den offentlige tandpleje organiseres af kommunerne, mens det offentlige tilskud administreres af KELA. Flere detaljer kan findes i afsnittet "Organisering og finansiering".

### **Lovgivning og målsætning**

Den generelle målsætning i finsk sundhedspolitik er som beskrevet i den finske forfatning (§ 19) "at reducere for tidlige dødsfald, at udvide befolkningens aktive og sunde liv, at sikre den bedste mulige livskvalitet for alle og at reducere forskelle i befolkningens sundhedsstatus" (Vuorenkoski 2008). Den centrale lov på sundhedsområdet generelt er "Hälsa- och Sjukvårdslagen" (lov nr. 1326 af 30/12 2010) (Welling Hansen & Houlberg 2012). Den centrale lov for brugerbetaling er "Loven om klientavgifter inom social- och hälsovården" (lov nr. 734 af 3/8; sidst ændret i 2010) og den ministerielle forordning om maksimumsatser (forordning nr. 912 af 9/10 1992; sidst ændret 2011). Disse maksimumsatser er fastsat pr. ydelse og beskriver den pris, som kommunerne maksimalt kan tage for en behandling.

Kommunerne kan vælge at fastsætte lavere priser for tandpleje, men ofte opkræves maksimumsatserne. Der er ikke fastsat et loft over brugerbetalingen til tandpleje (Welling Hansen & Houlberg 2012). Lovgivningen regulerer altså ikke i detaljer kvaliteten eller organiseringen af hverken den private eller offentlige tandpleje. Dog er der opsat nogle kriterier af Social- og Hälsovårdsministeriet, hvorved forebyggende behandling er givet særlig opmærksomhed.

### **Historisk baggrund**

Den første offentlige tandpleje var skoletandplejen, som blev indført i 1950'erne. Inden da havde der primært været tilbud om tandpleje i store byer. Fra de tidlige 1970'ere og frem blev en stor folkesundhedslov indført, der medførte, at forebyggende kontrolbesøg for børn og unge blev udbudt af det kommunale sundhedssystem. Dette var for at sikre, at befolkningen i tyndt befolkede områder også havde adgang til tandpleje. Behandling i den private sektor var også mulig, hvis manglende behandling ellers ville gå ud over det generelle helbred (Cortsen & Fredslund 2013). I 1980'erne var 80 % af børn og unge dækket af det offentlige tilskud. Senere i 1990'erne blev perioden mellem to



kontrolbesøg hævet fra 1 år til 2 år. Generelt var den offentlige finansiering af de fleste typer af tandplejeydelser meget begrænset i denne periode (Vuorenkoski 2008).

Den offentlige dækning blev dog gradvist udvidet til andre befolkningsgrupper end børn og unge. I 2001 var alle børn, voksne født efter 1956, veteraner fra 2. verdenskrig og voksne med særlige sygdomme dækket af det offentlige system ved kommunale tandlæger eller via tilskud til brug af privatpraktiserende tandlæger. Aldersbegrænsningen blev afskaffet i en reform fra december 2002, hvorefter hele befolkningen kunne få offentlige tilskud til tandpleje. Dog blev tandregulering og proteser stadig ikke støttet af det offentlige system undtagen i tilfælde, hvor andre sygdomme forårsagede et behov for denne form for tandpleje (Vuorenkoski 2008).

Før reformen var der store lokale forskelle i, hvem der kunne få tilskud og til hvad. Nogle kommuner kunne udbyde behandling til hele deres befolkning, mens andre ikke engang udbød det, der var foreskrevet i lovgivningen (Vuorenkoski 2008). Derudover var der store sociale og aldersmæssige forskelle. Mange ældre voksne var praktisk talt udelukket fra offentligt støttet tandpleje, mens den unge del af befolkningen modtog regelmæssig tandpleje (Nguyen & Hakkinen 2004; Corsten & Fredslund 2013). Formålet med reformen var dermed både at sikre socioøkonomisk lighed og udligne forskellene i dækningen mellem kommunerne (Vuorenkoski 2008).

Efter reformen i 2001-2002 steg forbruget af kommunale tandplejeydelser markant, og antallet af personer, som fik tilskud til deres tandpleje i den private sektor, var fordoblet i 2004. Fra 2000 til 2004 steg de samlede udgifter til tandpleje (både offentligt og privat) med 21 % (Niiranen et al. 2008). Især de større byer havde svært ved at imødekomme efterspørgslen, hvilket førte til lange ventelister. I byerne var der ikke tidligere tradition for at behandle den voksne befolkning. Mangel på tandlæger var dermed en vigtig forhindring i forhold til at implementere reformen (Vuorenkoski 2008). Ikke alle ledige tandlægestillinger blev besat, hvorfor det finske uddannelsesministerium har udvidet optaget af nye tandlægestuderende (Nihtilä 2010).

I 2005 havde ca. 20 % af de offentlige klinikker ikke implementeret reformen endnu, hvilket førte til en ny lov i 2005, som skulle garantere tandpleje inden for en rimelig ventetid (Niiranen et al. 2008), defineret som maksimalt 6 måneder. Det blev bl.a. gjort ved at ændre i personalesammensætningen med færre tandlæger og flere tandplejere. Derudover blev der flere offentligt ansatte og færre privatpraktiserende (Cortsen & Fredslund 2013).

### **Aktører**

Det er staten, der via Social- og hälsovårdsministeriet udarbejder lovgivning, overordnede retningslinjer og det referencesystem, som fastsætter maksimumspriser i det offentlige tandplejesystem. Selve ansvaret for udførelsen og meget af beslutningskompetencen er uddelegeret til kommunerne, som har ansvar for organisering af tandplejen lokalt og for udmøntning af det offentlige tilskud til tandpleje. De har desuden en vis frihed i forhold til, hvilke befolkningsgrupper der skal have tilskud i deres kommune. De privatpraktiserende tandlæger udfører voksentandpleje med frie priser.

## **7.2 Organisering og finansiering**

Tandpleje kan både finde sted i privat og offentligt regi. Det private sundhedsvæsen står for ca. 43 % af tandplejebesøgene, mens 57 % af voksne har deres tandplejebesøg i den kommunale tandpleje (Vuorenkoski 2008).

Private forsikringer spiller en ubetydelig rolle (Cortsen & Fredslund 2013; Welling Hansen & Houlberg 2012). I offentligt regi tilbydes behandlingen i de kommunale sundhedscentre, hvorimod den

private behandling finder sted hos privatpraktiserende tandlæger. Den offentlige tandpleje er ikke gratis for voksne, men har faste priser, og der ydes et tilskud på 80 % af behandlingens pris. I den private tandpleje er prisfastsætningen fri, og det offentlige yder et fast tilskud til en given behandling. NHI refunderer 26 % af omkostningerne ved behandling i privat regi, hvor de resterende 74 % dækkes af brugerbetaling. Samlet set finansierer brugerbetalingen 49 % af de totale udgifter til tandpleje. Primært støttes basale tandplejeydelser (Cortsen & Fredslund 2013). Ifølge Widström et al. (2015) (Widström et al. 2015) er det offentlige tilskud i voksentandplejen for nylig blevet sat ned fra 30 % til 24 % på grund af økonomiske stramninger. Forskelle i tallene afhænger formentlig dels af opgørelsesåret, dels af forskelle i opgørelsesmetoderne, dvs. hvad er inkluderet og hvad ikke. Det vil sige, at der kan opnås tilskud til tandpleje i det private, mens priserne i den offentlige tandpleje allerede indeholder tilskud. En rapport fra 2011 finder, at priserne generelt er lavere, når den offentlige tandpleje sammenlignes med den private (Widström, Väisänen & Mikkola 2011).

Siden december 2002 har hele befolkningen været dækket af den offentlige tandpleje og har haft ret til tilskud fra KELA til basale tandplejeydelser. Børn og unge under 18 år er berettiget til gratis tandpleje gennem den offentlige tandpleje, inkl. nødvendig tandregulering.

Kommunerne har siden reformen fra 2005 været forpligtede til organisere sig, således at patienter med akutte behov kan blive vurderet inden for 3 dage af en tandlæge eller tandplejer, og behandling skal ske inden for 3 til 6 måneder. Hvis tilstanden er akut, skal behandlingen dog foretages med det samme (Kravitz, Bullock & Cowde 2014).

### 7.3 Monitorering og data

Regelmæssig monitorering af tandplejen sker ikke i praksis (Nihtilä 2010), men der findes landsdækkende sundhedssurveys blandt voksne, fx fra år 2000 og 2011, hvor forbruget af tandplejeydelser blandt voksne på 30 år eller derover fremgår (Suominen et al. 2017).

### 7.4 Reformen, behovsdækning og kritik af systemet

Ifølge Health Systems in Transition (HIT) er der to udfordringer i det finske sundhedsvæsen: 1) geografisk ulighed og 2) socioøkonomisk ulighed. I tandplejen har det afspejlet sig ved en stor geografisk ulighed i brug af tandpleje – også i tandplejedækning. Reformen af tandpleje fra 2002 skulle udvide tandplejedækningen, men den ændrede ikke synderligt ved den geografiske fordeling af tandlæger, idet to tredjedele af de offentligt ansatte tandlæger og 80 % af de privatpraktiserende tandlæger fortsat arbejdede i de tre mest sydlige områder af Finland (Niiranen, Widström & Niskanen 2008; Cortsen 2008). Problemet lå ikke i mangel på tandlæger, idet arbejdsmarkedsprognoser viser, at der var et tilstrækkeligt antal af tandlæger (2013). Der argumenteres derved for, at problemet ligger i en ulige geografisk fordeling af dem (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Ifølge vores (simple) beregning om geografisk ulighed som funktion af vurderingen af adgang til tandpleje og befolkningstæthed (se Bilag 4) ligger Finland dog højt i forhold til de andre inkluderede lande.

Andelen af voksne, der har benyttet tandpleje inden for 1 år fordelt på aldersgrupper, kan findes i en rapport, som har samlet data fra forskellige rapporter (Cortsen & Fredslund 2013). Her ses det, at der i Finland er en faldende andel i befolkningen over 65 år, der har benyttet tandplejen i 2000. Denne tendens ses ikke i de øvrige nordiske lande. Dette kan ifølge Cortsen være historisk betinget, i og med at reformen fra 2001-2002, som sikrede offentligt tilskud til voksne over 44 år, ikke var trådt i kraft. Denne reform, hvor tilskud til voksentandpleje blev øget, samt reformen i 2005, der garante-

rede adgang til offentlig tandpleje i en vis periode, for nylig er evalueret i en analyse af spørgeskemadata fra to nationale befolkningsundersøgelser fra henholdsvis 2000 og 2011 (Suominen et al. 2017). Analysen ser på brugen af tandplejeydelser hos voksne på 30 år eller der over året før og årene efter, at reformerne trådte i kraft. Studiet viser, at reformerne ikke førte til ændringer i det samlede og gennemsnitlige forbrug af tandplejeydelser for hele voksenbefolkningen. Dog øgede den ældste befolkningsgruppe sit forbrug markant, hvilket stemmer med Cortsens forklaring ovenfor. Desuden blev forbruget af offentlige tandplejeydelser øget, specielt hos de grupper, der ikke tidligere havde kunnet få tilskud til tandpleje. Samtidig faldt forbruget af private tandplejeydelser.

Ifølge en artikel fra Widström et al. (2015) vil antallet af kommuner blive reduceret, således at der kommer færre og større kommuner, der står bedre i forhold til at finansiere og drive velfærdsydelser. Desuden overfører man ansvaret for social- og sundhedsvæsenet til nye regioner for at forbedre effektiviteten. Ligeledes har man fra 2015 – på grund af økonomiske stramninger – reduceret det offentlige tilskud til tandpleje fra KELA fra 30 til 24% – og dermed altså øget brugerbetalingen på tandplejeydelser.

## 8 England

### Faktaboks 5: England og UK i international sammenligning (se Bilag 4, tal er fra 2009-2014)

I de internationale sammenligninger, der belyses i Bilag 4, indgår i nogle tabeller kun data for hele UK (dvs. inkluderer såvel England, Skotland og Wales som Nordirland), og det er derfor data for UK, der oftest præsenteres i denne faktaboks.

England, der er genstand for kapitlet nedenfor, har sit eget tandplejesystem og egen lovgivning, hvilket gør, at reguleringer i tandplejesystemet i England ikke kan forventes at påvirke tandsundheden og uligheden i tandpleje i resten af UK. Ligeledes kan der være forskel i tandsundheden i de fire lande, der er omfattet af det forenede kongerige (UK). **Denne faktaboks skal læses med det forbehold.**

Mere end en tredjedel af de 11-årige britiske børn drikker sukkerholdige læskedrikke (32 % og 38 %). Dette er suverænt den højeste andel blandt de inkluderede lande. På trods af dette er forekomsten af caries (DMFT) blandt de 12-årige britiske børn god sammenlignet med de øvrige lande. Kun Danmark har et lavere DMFT for de 12-årige børn.

UK har færrest tandlæger pr. indbygger, da 54 tandlæger skal betjene 100.000 indbyggere. UK ligger gennemsnitligt i købekraftsjusteret BNP i forhold de resterende lande. Dog er den disponible indkomstulighed højest i sammenligningen (sammen med Spaniens).

Omkring 1 ud af 10 personer i hele UK bor i et område med fluorid i drikkevandet på det optimale niveau. Det er enten opnået ved fluoridering af drikkevandet, eller ved at det forekommer naturligt i drikkevandet. Relativt mange mennesker bor i et område med naturligt fluorid, som dog ikke er på det optimale niveau. Mange steder i UK holder de lokale myndigheder arrangementer, hvor fluoridholdig tandpasta uddeles til børn gratis (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

Tandsundheden i UK er ikke lige så god som i de øvrige lande (jf. figurerne i Bilag 4). Det understøttes af, at en relativt stor andel (ca. 36 %) af 65-årige eller ældre briter har mistet alle naturlige tænder. Kun Finland har en højere andel tandløse ældre. Det er kun halvdelen af alle voksne i UK, der oplyser, at de har alle naturlige tænder. De nordiske lande har en højere andel, mens færre voksne i Spanien og Tyskland har alle naturlige tænder. Derudover er UK det land, hvor flest voksne har tandprotese.

I forhold til forbruget af tandplejebesøg ligger UK gennemsnitligt sammenlignet med de øvrige lande. Omkring 64 % oplyser, at de har besøgt en tandlæge inden for de sidste 12 måneder. De fleste (72 %) af disse besøg er forebyggende besøg, 20 % er rutinebehandlinger, og kun 8 % er akutte behandlinger. Det er den højeste andel af forebyggende besøg og laveste andel af akutte behandlinger set i forhold til de andre lande.

UK omfatter befolkningstætte lande (265 personer pr. km<sup>2</sup>), men alligevel har kun 82 % af befolkningen adgang til en tandlæge inden for 30 minutter, hvilket er den laveste andel i sammenligningen. Dermed har UK relativt set den dårligste geografiske tandlægedækning. Derudover ligger UK også lavest med 87 % af befolkningen, som mener, at de har adgang til en tandlæge, hvis behovet opstår, jf. at 97 % af danskerne svarer ja til det spørgsmål.

På trods af, at UK ligger relativt dårligt i forhold til geografisk dækning, så har UK den næstlaveste andel af befolkningen med selvrapporterede udækkede behov (2,4 %). Derudover er UKs indkomstulighed i udækket behov for tandpleje også lavest.

Den hyppigst oplyste grund til ikke at besøge en tandlæge i UK er, at briterne ikke mener, at deres tandplejeproblem er seriøst nok. Den næststørste grund er et stort antal mistede tænder. Omkring 15 % mener, at årsagen er, at det er for dyrt at gå til tandlæge, hvilket er en betydeligt lavere andel end i Danmark, Spanien og Sverige.

### 8.1 Strukturel og historisk ramme (England)

Det engelske sundhedsvæsen er et offentligt, nationalt system, der ligesom det danske finansieres ved hjælp af skatteopkrævning (95 %) (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). 84,1 % af udgifterne er

offentligt finansieret, og 15,9 % af omkostningerne er privat finansieret, mens brugerbetaling udgør ca. 11 % af de samlede sundhedsudgifter. Den offentlige del af sundhedsvæsenet er organiseret under NHS (National Health Service), som er delt op i 10 regionale tilsynsførende enheder (Local Health Authorities eller "Trusts"). Cirka 12 % af befolkningen har en privat supplerende sundhedsforsikring.

Set med borgerens øjne er ydelser i det engelske sundhedssystem derfor som udgangspunkt gratis. Enkelte sundhedsydelser, som fx tandplejeydelser, dækkes dog enten kun delvist eller slet ikke af NHS og er således forbundet med brugerbetaling. Visse befolkningsgrupper er imidlertid fritaget for brugerbetaling, og der findes en lavindkomstordning, hvor brugerbetalingen justeres til borgerens økonomiske formåen (Boyle 2011). På tandplejeområdet er der mere brugerbetaling end for resten af sundhedsvæsenet.

### **Lovgivning og målsætning**

Finansieringen af sundhedsvæsenet bestemmes af parlamentet og den lovgivende forsamling, men sundhedspolitikken fastlægges af Department of Health ("Sundhedsstyrelsen") (Boyle 2011). Den engelske tandpleje blev grundlagt lige efter 2. verdenskrig (1948) med henblik på at forbedre befolkningens tandsundhed for befolkningen. NHS' målsætning med tandplejen var såvel dengang som i dag at give befolkningen lige adgang til – og lighed i – tandpleje. I 2006 blev tandplejens organisering og finansiering reformeret, og igen i 2012 er systemet blevet ændret ved lov, og nye finansieringsformer er under afprøvning hos en række lokale sundhedsmyndigheder ("trusts"), jf. nedenstående afsnit.

### **Historisk baggrund**

Efter en lang periode med ganske få ændringer blev tandplejen reformeret i 2006 (Bedi 2006). Siden dannelsen af NHS tandplejen lige efter 2. verdenskrig havde man aflønnet tandlægerne efter pris pr. ydelse ("fee-for-service"), og dette aflønningssystem havde fungeret godt i de år, hvor befolkningen på grund af høj forekomst af caries havde et stort behov for behandlende tandpleje. Efterhånden som den engelske befolknings tandsundhed generelt var blevet bedre, ændrede efterspørgslen sig, således at befolkningen i stigende grad efterspurgte forebyggende og kosmetiske tandplejeydelser snarere end behandlende ydelser. Samtidig sås en stigende ulighed såvel i tandsundheden som i adgangen til tandpleje samt en stor mangel på tandlæger.

For at sikre, at de lokale sundhedsmyndigheder (trusts) havde overblik over deres lokalbefolknings adgang til tandpleje, blev planlægningen og betalingen for tandpleje decentraliseret til de lokale trusts, således at disse satte tandplejen i udbud hos lokale tandlæger. Før sendte tandlægen selv regningen direkte til en central betalingsinstitution. Desuden havde mange tandlæger ingen kontrakt med det offentlige tandplejesystem (NHS) og havde kun private selvbetalende patienter ("high-street dentists"). Målet med reformen i 2006 var derfor også at øge antallet af tandlæger, der havde kontrakt med NHS om at udføre offentligt finansierede tandplejeydelser (Dentist Service Contracts) med 25 % og opnå en 5 % stigning i antallet af patienter, der var registreret hos disse tandlæger.

Selvom en ny lov om ændring i tandplejen blev vedtaget i 2012 (Health and Social Care Act), bygger tandplejen stadig delvist på reformerne fra 2006. Den seneste reform i 2012 samt detaljer omkring systemet beskrives nedenfor.

### **Aktører**

Lovgivning på sundhedsområdet ligger ligesom på andre områder af det engelske samfund hos parlamentet, men Department of Health og "Secretary of State for Health" er overordnet ansvarlig for sundhedsvæsenet. Med loven, "Health and Social Care Act" fra 2012 overførtes imidlertid vigtige

funktioner fra Department of Health til NHS (National Health Service). Blandt andet fik NHS nu det overordnede budgetansvar og kontrol med samme samt ansvar for monitorering af – og tilsyn med – de lokale bestillere af tandplejeydelser, kaldet Clinical Commissioning Groups (CCGs) (Cylus et al. 2015).

På tandplejeområdet er der 13 lokale CCG'er, som NHS har tilsyn med og allokerer budget til. CCG'erne indgår – eller har indgået – 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. The Care Quality Commission (CQC) har ansvaret for patientsikkerhed og kvalitet, hvilket de gør gennem 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 (NHS).

Tandplejen udføres af såvel offentligt ansatte tandlæger ("community care dentists") og privatpraktiserende tandlæger. "Community care dentists" 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. "Community care dentists" findes såvel på hospitaler som sundhedscentre og mobile klinikker som hjemmebesøgende eller på plejehjem (NHS). I enkelte udkantsområder, hvor der ikke er tilstrækkeligt med privatpraktiserende tandlæger, står de offentligt ansatte (lønnede) tandlæger også for den basale tandpleje (ifølge interviewperson) for at sikre, at befolkningen i området har adgang til tandpleje.

## 8.2 Organisering og finansiering

Langt de fleste tandlæger i England er privatpraktiserende, dvs. de ejer deres egen praksis eller er ansat i privat praksis. Nogle få offentlige klinikker og offentligt ansatte tandlæger udfører den specialiserede tandpleje. Der ses en udvikling hen imod større privatejede praksisenheder med ansatte tandlæger og langt færre enkeltmandspraksis (ifølge interviewperson). Dette svarer til udviklingen i flere af de øvrige lande i denne rapport, fx i Norge og Spanien.

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. Priserne i det private system er frie. 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 det blevet påpeget i interview, at der er en vis træghed i forhold til at få en kontrakt med NHS, da de lokale udførere 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 tandlæger uden -kontrakt med NHS. Ligeledes må nyuddannede tandlæger oftest arbejde for tandlæger, der har en kontrakt og derved sværere ved at nedsætte sig med egen praksis nu, end det var tilfældet i begyndelsen af reformen i 2006. Ifølge interviewpersonen er ca. 87 % af tandlægerne i private praksis ansat, og kun 13 % er ejere.

Efter reformen i 2006 er det de lokale sundhedsmyndigheder (CCG'er), der planlægger og koordinerer den offentlige tandpleje og indgår kontrakter om tandplejeydelser med de private tandlæger. Tandpleje er generelt forbundet med en vis egenbetaling, også i det offentlige system. Overordnet finansieres ca. 40 % af landets tandplejegyldigheder via NHS, mens ca. 60 % er egenbetaling (Kravitz,

Bullock & Cowpe 2014). Privat sundhedsforsikring udgør en lille, men voksende del af finansieringen. Visse befolkningsgrupper er ikke omfattet af brugerbetaling: børn under 18 år, personer under fuldtidsuddannelse (under 19 år), personer der ikke kan komme uden for hjemmet (fx handicappede), og gravide eller kvinder, som har født inden for de sidste 12 måneder (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Endelig er patienter, hvis tandbehandling finder sted som led i en hospitalsindlæggelse, fritaget for brugerbetaling. Disse grupper udgjorde samlet set ca. 48 % af befolkningen i 2009.

I 2006-reformen ønskede man at adskille brugerbetalingen for tandpleje fra, hvor meget den enkelte tandlæge kunne tjene – og dermed fjerne incitamenterne til unødige besøg hos tandlægen. Brugerbetaling til tandpleje blev – i stedet for at følge det enkelte ydelseshonorar som i Danmark – gjort afhængig af behandlingens sværhedsgrad, og der blev samtidig indført et loft over, hvor meget den enkelte kunne komme til at betale for tandpleje/tandbehandling.

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). I 2013 betalte patienterne fx £ 18 for rutineundersøgelser og tandrensning, £ 49 for tandfyldninger og rodbehandling og £ 214 for kompleks tandbehandling. Disse patienttakster revurderes én gang om året, og i 2017 er beløbene steget lidt i forhold til 2013 (oversat fra NHS' hjemmeside (NHS 2017)<sup>5</sup>. For akuttandpleje: £ 20,60 (smertestillende behandling og/eller tandfyldning).

1. Behandlingsforløb 1: £ 20,60 (omfatter tandundersøgelse, diagnose (inkl. røntgenundersøgelse, rådgivning med hensyn til forebyggelse af tandsygdomme, tandrensning og fx forebyggende fluorbehandling)
2. Behandlingsforløb 2: £ 56,30 (omfatter ydelserne i behandlingsforløb 1 samt yderligere behandling, fx fyldninger, rodbehandling, tandudtrækning)
3. Behandlingsforløb 3: £ 244,30 (dækker alt, der er omfattet af behandlingsforløb 1 og 2 plus kroner, bøjler, broer mv.).

Efterfølgende besøg dækkes også, hvis patienten har behov for yderligere behandling inden for samme fastsatskategori 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. Besøg er gratis for en række befolkningsgrupper, herunder patienter under 18 år<sup>5</sup>. Brugerbetalingstaksterne er ifølge vores interviewperson historisk fastsatte.

De tandlæger, der har kontrakt med NHS, afregnes samtidig med centralt fastsatte referencepriser for de enkelte ydelser, der ligger i de enkelte behandlingsforløb. Kriterierne for, hvilke ydelser der er under hver brugerbetalingskategori (1-4), er eksplicitte, men det understreges af interviewpersonen, at der stadig er en vis elasticitet i, hvordan ydelserne udbydes og med hvilken kvalitet (interview, Jimmy Steele 2009; Review of Dental Services 2009; Nursing Times hjemmeside<sup>6</sup>).

Historisk set har det offentlige budget, som NHS hvert år har sat af til (med-)finansiering af tandplejen, været "ring-fenced" (interviewperson) – altså været beskyttet. Der er imidlertid de seneste år sket en ændring, således at tandplejebudgettet ikke længere er beskyttet, men indgår i den budgetmæssige prioritering på lige fod med de øvrige (primære) sundhedsydelser i de lokale CCG'er.

---

<sup>5</sup> <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/dentists/Pages/nhs-dental-charges.aspx>;

<sup>6</sup> <https://www.nursingtimes.net/Journals/1/Files/2009/6/23/NHS%20dental%20services%20in%20England.pdf>

### 8.3 Monitorering og data

NHS laver deskriptiv statistik på tandplejeområdet hvert år baseret på den del af tandplejen, som NHS er involveret i. Det vil sige, at der er statistik vedrørende fx antal kontakter, patienter, patientforløb, ydelser, geografisk fordeling og betaling. Denne statistik omhandler outputtet af tandplejen. Der mangler befolkningsundersøgelser omkring outcome af tandplejen og økonomiske mål, fx cost-effectiveness. I øjeblikket udføres patienttilfredshedsundersøgelser. Universitetsforskere gennemfører regelmæssigt undersøgelser af børns tandsundhed.

Der er planer om at indføre nye indikatorer til monitorering af outcome af tandplejen ud fra kvalitetsindikatorer, forbrug, patientforløb mv. i tandplejen i England. For at sikre, at de monitoreringsindikatorer, der vil blive anvendt, afspejler kliniske ønsker og praksis, har Chief Dental Officer i september 2017 sat et Delphi-studie i gang med deltagelse af 18.000 geografisk repræsentative tandlæger og ansatte i tandplejen over hele England (National Health Services (2017)).

#### **Reformer, behovsdækning og kritik af systemet**

Ifølge statistik fra NHS for 2015-2016 (National Health Services 2016), har lidt over halvdelen (51,8 %) af den voksne befolkning besøgt en tandlæge inden for de sidste 24 måneder, hvilket er en meget lille stigning i forhold til året før (0,2 %). Antallet af patientforløb steg også kun lidt (0,2 %) i forhold til perioden før. Andelen af børn, der så en NHS-tandlæge i perioden, var 58 % i 2016. Besøgsfrekvensen hos englænderne ligger således en del under besøgsfrekvensen hos de øvrige befolkninger i denne rapport – med undtagelse af Spanien. Til gengæld steg antallet af fluoridbehandlinger med 20 % i forhold til den tidligere periode, hvilket svarer til de anbefalinger, der tidligere er givet på området omkring bedre tandpleje i England (National Health Services & Department of Health 2007).

Efterspørgslen efter tandplejeydelser i England er ifølge Currie et al. (2012) ikke blevet mindre, men den har ændret karakter. Dette har betydet et pres på efterspørgslen efter offentligt finansierede profylaktiske og kosmetiske tandplejeydelser. Det er efterspørgselsændringen snarere en egentlig dækning af (relevante) behov i relation til tandsundheden, der har resulteret i fordoblingen i de offentlige tandplejeudgifter fra £ 27 pr. person i 1998 til £ 52 i 2008 (realpriser) (Currie et al. 2012). Der er således behov for at sørge for, at de borgere, der ikke går regelmæssigt til tandlæge, har bedre adgang til tandpleje (Steele i Currie et al. 2012). Det stemmer overens med, at England ligger lavt med hensyn til besøgsfrekvens i rapportens internationale sammenligning, jf. Bilag 4. Det kan skyldes, at akut tandpleje på fx sygehus/specialiseret enhed koster 15 gange mere end i en almindelig praksis. I perioden 1997-2006 så man et stærkt stigende antal sygehusindlæggelser af børn med caries fra udkantsområder/udsatte områder med fattigdom og patienter med stort behov for tandpleje.

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

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 er lavere end de takster, som patienterne selv betaler i det private system, samt at der er begrænset mulighed for tandlægerne for at få en kontrakt med NHS (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

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. Ligeledes er det blevet fremført, at det aktuelle betalingsystem med aflønning af tandlægerne i faste ydelsespakker er med til at gøre tandlægerne fagligt svagere ("deskilling of the practice"), og det går i sidste ende ud over patienterne.

I øjeblikket reformeres tandplejesystemet og dets incitamenter igen (Currie et al. 2012). I henhold til loven (Department of Health 2011; Health and Social Care Act 2012) skal der ske en monitorering af kvaliteten i tandpleje og tandsundhed ud fra nationalt fastsatte indikatorer samt en akkreditering af de kliniske tandplejeforløb. Som det er karakteristisk for det engelske system i øvrigt (fx de praktiserende læger), skal de praktiserende tandlæger nu også belønnes for kvalitet snarere end for antallet af patientforløb/ydelser. Desuden er det nu igen blevet en central opgave at lave kontrakter med tandlægerne.

Lige nu er tre kontraktmodeller ved at blive pilottestet i 70 tandlægepraksisser, hvor "capitation" – dvs. betaling pr. borger, der er tilmeldt tandlægepraksis – afprøves som aflønningsform sammen med et krav om efterlevelse af de nationale kvalitetsstandarder. 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 grundelserne for at ændre systemet til aflønning i henhold til registrerede patienter på listen.

Systemet med, at ikke alle tandlæger har aftaler med det offentlige, samt at priserne er regulerede, har givet anledning til en del kritik. Office of Fair Trading har fundet, at systemet er en barriere for, at nye og innovative tandlæger kan komme ind på markedet. Office of Fair Trading har desuden anført, at systemet med tidsbegrænsede kontrakter i NHS, faste priser og en fastlæggelse af ydelsernes omfang betyder, at denne gruppe tandlæger ikke er udsat for konkurrence på disse ydelser, hvilket betyder ineffektive tandlæger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013).

Tidligere havde man offentligt finansierede klinikker i udsatte områder, men de borgere, der ikke havde det øgede behov, brugte også disse klinikker. En af årsagerne til, at NHS nu igen overtager kontraktforhandlingerne med tandlægerne, er, at man vil sikre en bedre geografisk dækning i tandplejen. Ifølge Currie et al. (2012) kan centraliseringen reducere omkostninger og lægge bånd på borgernes bekymring med hensyn til behov og efterspørgsel, men overblikket over lokalbefolkningens behov bliver igen mindre.

Ligeledes kan "capitation" som aflønningsform tilsat kvalitetskrav ("pay-for-performance light") 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. Dette kan ifølge Currie et al. (2012) øge uligheden i tandsundheden yderligere.

Derfor bør det overvejes at vægte "capitation"-aflønning forhold til behovet for tandpleje og behandlingskvalitet. Det forhold, at de privatpraktiserende tandlæger er forretningsdrivende, kan heller ikke negligeres: "Capitation" 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<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Documents/2016/2905135-dental-leaflet.pdf>), 2 dokumenter downloaded fra dette link vedrørende brugerbetaling.

## 9 Tyskland

### Faktaboks 6: Tyskland I international sammenligning (se Bilag 4 – tal er fra 2009-2014)

Af 11-årige tyske børn børstede 81-82 % tænder mere end én gang dagligt, hvilket er en høj andel i forhold til de andre lande i dette studie. Kun Sverige har en lidt højere andel (Nihtilä 2010). Til gengæld drikker 13-17 % af de tyske børn i 11-årsalderen dagligt sukkerholdige læskedrikke, hvilket er en større andel end i de nordiske lande. Det gennemsnitlige antal sygdomsramte tænder hos 12-årige i Tyskland (DMFT = 0,7) ligger på højde med England og Finland, og kun de danske børn har lavere DMFT. Tyskland har hverken naturligt fluorid i drikkevandet eller tilsætter fluorid til drikkevandet.

I 2012 var der i Tyskland 86 tandlæger pr. 100.000 indbyggere, hvilket kun overgås af Danmark og Norge (Nihtilä 2010; Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). Dog har Tyskland det højeste niveau af udgifter til tandpleje som andel af de totale sundhedsudgifter i 2013. 7,3 % af Tysklands totale sundhedsudgifter bruges på tandpleje. En mindre del af udgifterne til tandpleje ligger hos patienterne selv. Tyskland har dermed den højeste andel af offentligt betalte udgifter til tandpleje og det laveste niveau for brugerbetaling blandt de inkluderede lande (25,8 %).

Tyskland ligger relativt godt i forhold til de andre lande med hensyn til velstand (beregnet via BNP kontrolleret for forskelle i købekraft). Kun Norge og Sverige har et højere BNP pr. indbygger. På trods af at brugerbetalingen ikke er høj sammenlignet med de andre lande, har Tyskland en relativ høj disponibel ulighed beregnet med Gini-indekset. England og Spanien er de eneste af de inkluderede lande, som har et højere Gini-indeks.

Relativt få ældre på 65 år eller derover mangler alle naturlige tænder i Tyskland (23 %) – kun Spanien har en lavere andel. Til gengæld har Tyskland den laveste andel af voksne, der har alle tænder (38 %). Det vil sige, at Tyskland har gode inputfaktorer til en god voksentsundhed, hvorimod Tyskland scorer relativt lavt på outcome-målingen i kraft af den høje andel af ældre uden naturlige tænder (65+-årige) og en lav andel af voksne, der oplyser at have alle naturlige tænder.

Næsten en lige så stor andel af befolkningen som i Danmark har i 2009 besøgt en tandlæge inden for det sidste år i Tyskland, nemlig 77 %. Tyskland er det eneste land, hvor restorative behandlinger fylder mest (49 %), og de forebyggende besøg fylder en del mindre (39 %) – 12 % af alle behandlinger er akutte.

I Tyskland er befolkningstætheden relativ høj i forhold til de andre lande (231 personer pr. km<sup>2</sup>), hvilket alt andet lige må betyde, at en geografisk dækning er relativ nem at sikre. Så selvom 94 % af befolkningen kan besøge en tandlæge inden for 30 minutter, får Tyskland et lavt indeks på geografisk ulighed. Tyskland har tilsyneladende ikke formået at sikre en højere geografisk dækning end landene med lavere befolkningstæthed. Tyskland har den laveste andel af befolkningen med selvoplyste udækkede behov (2 %). Derudover er indkomstulighed i de udækkede behov også relativt lav. En grund hertil kan være, at brugerbetaling til tandpleje – som nævnt – er lav i Tyskland (25,8 %).

Den hyppigst oplyste grund til ikke at besøge en tandlæge i Tyskland er, at tyskerne ikke mener, at deres tandplejeproblem er seriøst nok. Den næst hyppigste grund er manglende tænder som følge af tandudtrækninger. Kun 7 % af tyskerne oplyser, at årsagen til svingtende tandplejebesøg er, at det er for dyrt at gå til tandlæge. Dette er en lavere andel end for de øvrige lande bortset fra Finland.

### 9.1 Strukturel og historisk ramme

Det tyske sundhedsvæsen er ikke som de nordiske og engelske baseret på skattefinansiering, men er finansieret ved forsikringsordninger. Forsikringsordningerne kan deles op i to kategorier (Wellington Hansen & Houlberg 2012): Der er den lovpligtige sygeforsikring ("Gesetzliche Krankenversicherung"), og der er private sygeforsikringer til personer, som enten ikke er dækket af den lovpligtige sygeforsikring eller har så høj en indkomst, at de frit må vælge den lovpligtige eller en privat sygeforsikring (interview).

Private sygeforsikringer ("Private Krankenversicherung") kan tegnes af personer, som ikke er inkluderet i kravet om lovpligtige forsikringer, 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) (Busse & Blümel 2014). Ifølge vores interviewperson er 90 % af befolkningen i 2017 dækket af den lovpligtige sygeforsikring, 8 % af befolkningen af private forsikringer, og specielle grupper, fx militærpersoner, er dækket af egne forsikringer, som udgør ca. 2 % (i henhold til artikel fra Dental Tribune af 28/03 2015 er 86 % lovpligtigt forsikret og 11 % privatforsikret).

Den offentlige sygeforsikring finansieres gennem bidrag fra den forsikrede og dennes arbejdsgiver (Welling Hansen & Houlberg 2012; Kravitz, Bullock & Cowpe 2014) og reguleres i forhold til den forsikredes indkomst. At præmien er en procentuel sats afspejler det indbyggede solidaritetsprincip i finansieringssystemet ved, at det faktiske bidrag stiger med den forsikredes indkomst. Indbetalingerne til den lovpligtige sygeforsikring udgør 15,5 % af indkomsten op til en månedlig indkomst på 30.210 kr.<sup>8</sup> fordelt ligeligt mellem den forsikrede og arbejdsgiver.

### **Lovgivning og målsætning**

Selve retten til tandplejeydelser fremgår af "Socialgesetzbuch V", der omhandler 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".

Det er lovpligtigt at have en sundhedsforsikring for privatansatte, der tjener mindre end DKK 33.288 om måneden, studerende og pensionister<sup>9</sup> (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014; Busse & Blümel 2014). De sundhedsydelser, som den lovpligtige sygeforsikring dækker, er nedskrevet i loven (Socialgesetzbuch V) og ofte eksplicit beskrevne patientrettigheder. Tandplejeydelser er også omfattet af dækningen. Der er desuden ifølge interviewpersonen en tendens til, at flere og flere tegner tillæggsforsikringer til dækning af de ydelser, der ikke er dækket af den lovpligtige forsikring. Det gælder fx for visse tandplejeydelser, jf. nedenfor.

### **Aktører**

Udbuddet af tandpleje er overordnet set organiseret af den nationale tandplejemyndighed (Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung eller KZBV). Lokalt organiseres tandplejen af de regionale tandplejemyndigheder (Kassenzahnärztliche Vereinigungen eller KZV) i samarbejde med sygeforsikringerne. Der er 17 af disse regionale tandplejemyndigheder i de 16 tyske delstater<sup>10</sup>. De repræsenterer alle tandlæger, der har ret til at tilbyde behandling til patienter inden for rammerne af den lovpligtige sygeforsikringsordning. Deres hovedopgave er at sikre udbud af tandpleje til alle forsikrede og deres pårørende. Derudover skal de overvåge og kontrollere tandlægerne og kvaliteten af deres ydelser, forhandle kontrakter samt indsamle honorarer og fordele disse til tandlægerne. Kvartalsvis indsender tandlægerne lister over udførte behandlinger til KZV'erne, som sender dem videre til sygeforsikringerne. Dernæst indsamler KZV'erne honorarerne og fordele dem til tandlægerne (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

---

<sup>8</sup> € 4.050 (kurs 7,46).

<sup>9</sup> € 4.462,50 (kurs 7,46).

<sup>10</sup> En for hver stat bortset fra den største delstat Nordrhein-Westfalen, som har to regionale myndigheder.

## 9.2 Organisering og finansiering

I det tyske sundhedssystem er der brugerbetaling i forbindelse med behandling hos fx læger, speciallæger, ambulante behandling og tandpleje, og tandplejen er i forhold til brugerbetalingsniveau i sammenligning med de øvrige lande i rapporten nogenlunde ligestillet med det øvrige sundhedsvæsen. Ved første eller efterfølgende besøg hos læge eller tandlæge uden henvisning har man indtil for nylig skulle betale et gebyr ("Praxisgebühr") på € 10 (ca. DKK 75). Dette blev imidlertid afskaffet i 2014 (se afsnittet om behovsdækning). Der er et lovmæssigt fastsat loft over, hvor meget der må opkræves i brugerbetaling. Dette loft er 2 % af den årlige bruttohusstandsindkomst (Welling Hansen & Houlberg 2012).

Tandplejen er reguleret i både det offentlige og det private forsikringssystem. Nedenfor beskrives de to systemer hver for sig.

### Det offentlige forsikringssystem

Profylaktiske ydelser (forebyggende ydelser), basal tandpleje og visse større tandplejeopgaver er 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 brugerbetaling og ofte maksimalt 100 % over en fast sum (Busse & Blümel 2014) eller "Festzuschuss", hvor patienten skal betale en bestemt andel af omkostningerne (interviewperson). 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 betydeligt lavere brugerbetalingsniveau end det, der er for tilsvarende ydelser i Danmark. Dog opleves brugerbetalingsandelen stadig som "prohibitive costs" 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") (interviewperson).

Brugerbetalingsniveauet 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 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.

Standardpakker af behandlinger forhandles af den nationale tandplejemyndighed KZBV og de store sygeforsikringer gennem et pointsystem. Derefter forhandler de regionale tandplejemyndigheder priserne pr. point med sygeforsikringerne i hver region. Der er således ikke som ved visse ydelser i Danmark og Norge fri prissætning på tandplejeydelser, men priserne er forhandlingsbaserede (interview).

Børn og unge under 18 år er fuldt dækket af den lovpligtige sygeforsikring via forældrene og har gratis tandpleje (Busse & Blümel 2014).

### Det private forsikringssystem

I de private forsikringer er prisen på behandlinger reguleret i lovgivningen (Gebührenordnung für Zahnärzte (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014). 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.

### 9.3 Reformen, behovsdækning og kritik af systemet

Efter genforeningen af Øst- og Vesttyskland i 1990 har man arbejdet på at ensarte udbuddet og kvaliteten af sundhedsydelserne samt organiseringen og finansieringen af disse. I Østtyskland var der et system med offentlige poliklinikker, som udbød forskellige sundhedsydelser, herunder tandpleje. Disse 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 (interviewperson).

I en sammenligning af værdien af forbruget af tandplejeydelser i henholdsvis Danmark og Tyskland (Klingenberger 2015) i 1999-2005 og 2011 foretaget i Tyskland ligger Danmark i alle årene lavere i det købekraftsjusterede forbrug pr. capita i alle årene (fx € 133 pr. capita i Danmark i 1999 mod 154 i Tyskland, og i 2011 € 193 pr. capita mod 212 i Tyskland i 2012), dog således at væksten i det danske forbrug stiger betydeligt mere end det tilsvarende tyske. Fortsætter vækstraterne som hidtil, vil det danske forbrug målt i tandplejeudgifter pr. capita i 2035 ligge på niveau med det tyske.

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 udligtede 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.

Generelt set er tandplejen en integreret del af sundhedsvæsenet og bør ifølge tysk tradition finansieres på lige fod med de øvrige sundhedsydelser. Der var for ca. 20 år siden et forsøg fra politikerne side på at fjerne voksentandplejeydelserne fra ydelseskataloget ("Leistungskatalogue") – 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 det, at borgerne kan få tilskud til tandplejeydelser, er en del af en kultur helt tilbage fra Bismarck-systemets start for flere hundrede år siden med solidariske forsikringsordninger, og det kan man ikke lige lave om (interviewperson).

## 10 Spanien

### Faktaboks 7: Spanien i international sammenligning (se Bilag 4, tal er fra 2009-2014)

Spanien har det højeste DMFT hos 12-årige børn i sammenligning med de andre lande i denne rapport og ligger også relativt lavt med hensyn til andelen af 11-årige børn, der børstede tænder mere end én gang dagligt (60-65 % af 11-årige børn). Kun Finland ligger lavere. Derudover drikker mange 11-årige børn sukkerholdige drikke (15-20 %), hvilket kun overgås af England. I alt 9 % af befolkningen i Spanien nyder godt af fluorideret drikkevand, og visse områder af landet har desuden naturligt fluorid i drikkevandet.

Spanien har, som England, relativt få tandlæger pr. indbygger. Godt 97 % af de totale udgifter til voksen-tandpleje er finansieret af brugerne selv.

Spanien ligger relativt lavt i forhold til de andre lande omkring velstand (beregnet via BNP kontrolleret for forskelle i købekraft og indkomstulighed), hvilket kan have indflydelse på forbruget af tandpleje. Det kan potentielt medføre social ulighed i tandsundhed, især når brugerbetalingen er så høj.

Spanien har den laveste andel ældre på 65 år og derover, som mangler alle naturlige tænder (17 %). Til gengæld har Spanien den næstlaveste andel af voksne, som stadig har alle naturlige tænder (47 %).

Med hensyn til tandplejebesøg ligger Spanien lavt sammenlignet med de øvrige andre lande. Kun 43 % af de voksne oplyser, at de har besøgt en tandlæge inden for de sidste 12 måneder. I Spanien fylder de forebyggende besøg ikke så meget som i de andre lande, og kun Tyskland har en lavere andel af forebyggende besøg. Kun 46 % af tandplejebesøgene i Spanien er forebyggende, 32 % er sygdomsbehandlinger, og hele 22 % er akutte behandlinger. Sammen med Finland har Spanien den højeste andel akutte behandlinger i 2009.

Af de fire lande, som sammenlignes i OECD's undersøgelse om indkomstulighed i tandplejeforbrug, har Spanien den højeste ulighed i hvor mange, idet personer med høj indkomst er mere tilbøjelige til at besøge en tandlæge inden for 12 måneder end personer med lav indkomst. Indkomstuligheden har samme fortegn uanset type af tandplejebesøg. Det vil sige, at både ved restorative behandlinger og forebyggende besøg er personer fra højindkomstgrupper mere tilbøjelige til at besøge en tandlæge end personer fra lavindkomstgrupper.

Befolkningstætheden i Spanien er relativt gennemsnitlig i forhold de andre lande (94 personer pr. km<sup>2</sup>), og det samme er andelen af den spanske befolkning, som kan nå en tandlæge inden for 30 minutter (91 %).

Spanien har i sammenligningen den højeste andel af befolkningen, som oplever at have udækkede behov for tandpleje. Derudover ses den største ulighed i selvrapporteret udækket tandplejebehov mellem høje og lave indkomstgrupper. Hele 12,4 % af personer i den laveste indkomstgruppe oplever udækkede behov, mens kun 1,6 % i de højeste indkomstgrupper tilkendegiver at have et udækket behov for tandpleje.

Som begrundelse for ikke at besøge en tandlæge angiver de fleste mennesker, at de ikke mener, at deres tandplejeproblem er seriøst nok (29 %). Derudover ser det ud til at være en stor barriere, at tandplejen er for dyr (23 %), hvilket kan hænge sammen med den høje brugerbetaling på tandpleje (97,4 % i 2011).

### 10.1 Strukturel ramme

Det spanske sundhedsvæsen er bygget op om det obligatoriske nationale sundhedssystem kaldet Servicio Nacional de Salud (SNS). Systemet er for hovedpartens vedkommende skattefinansieret (Garcia-Armesto et al. 2010). Sundhedsydelse er som udgangspunkt gratis for alle borgere. Dette gælder dog ikke for medicin og tandpleje, hvor der er omfattende brugerbetaling. Omkring 70 % af sundhedsomkostningerne i Spanien er offentligt finansieret (primært via skatter) (Kravitz, Bullock &

Cowpe 2014). Brugerbetaling står for ca. 22 % af sundhedsomkostningerne, og den kommer hovedsagelig fra medicin og tandpleje.

### **Aktører**

Der er 17 regioner i Spanien, og de har en udpræget grad af selvstyre. Dette gælder også for sundhedsområdet, som de lokale regeringer selv planlægger. Der er et selvstændigt sundhedsministerium i hver region. De 17 regioner er repræsenteret i et fælles nationalt råd, der udstikker rammerne for sundhedsvæsenet. Dette gælder bl.a., hvilke sundhedsydelser der som minimum skal stilles til rådighed for borgerne (Garcia-Armesto et al. 2010). Nogle regioner har valgt at tilbyde nogle tandplejeydelser, fx et tilbud om undersøgelse og behandling til gravide kvinder eller har udvidet tilbuddet til børn som en del af deres pakke af sundhedsydelser, der er dækket af offentligt tilskud. Selve finansieringen og budgetterne kommer fra centralregeringen, men de regionale stater er selv ansvarlige for at planlægge de tandplejeydelser, som de eventuelt vil tilbyde inden for det offentlige budget.

## **10.2 Organisering og finansiering**

Næsten al tandpleje i Spanien ydes af private tandlæger (mere end 90 % af tandlægerne arbejder i privat praksis), og patienter betaler normalt hele udgiften hertil selv efter et "fee-for-service"-system (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014; Bravo et al. 2015). Kun kirurgisk og medicinsk behandling, der udføres af tandlæger, som arbejder på offentlige sygehuse og klinikker, dækkes af SNS (Bravo et al. 2015). Personer med tandpine og andre tandproblemer, som ikke har økonomiske midler til at betale for behandlingen, kan desuden søge det offentlige system om refusion for tandudtrækning, men ikke for anden behandling.

Cirka 13 % af den spanske befolkning er dækket af en supplerende privat sundhedsforsikring, men der er stor regional variation i forhold til, hvor stor en andel af befolkningen der har sundhedsforsikring. I Andalusien er kun 6,6 % dækket af private sundhedsforsikringer, mens det er 20 % i Madrid (Bravo et al. 2015). Disse forsikringer dækker hovedsagelig brugerbetalingen på medicin og tandpleje (García-Armesto et al. 2010). Det betyder altså, at voksentandpleje ikke er en del af basispakken i sundhedsforsikringerne i Spanien modsat andre lande som Danmark og Sverige, hvor forebyggelse og nogle former for behandlinger er dækket. Det kan skabe problemer for personer med lave indkomster.

Patienter i Spanien kommer generelt først til tandlæge, når de har faktiske tandproblemer. I 2013 var der 2,2 år imellem hvert besøg i gennemsnit for den spanske befolkning (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

I Andalusien findes fx både offentlige og private tandlæger. Andelen af offentlige tandlæger er stigende i Andalusien. De private tandlæger modtager et beløb pr. tandplejeydelse. De regionale tandplejemyndigheder sætter nogle anbefalede takster, men det er ikke lovpligtigt at følge dem. Modsat har tandlæger ansat i den offentlige sektor en fast løn, hvorved aflønningen er uafhængig af, hvilken type tandpleje de yder (San Martín et al. 2013). Denne kompensation for den private sektor kan være en væsentlig faktor, der påvirker valget af, hvilken tandpleje der ydes. Tilsvarende kan udgifter til materialer påvirke valget af tandpleje i den offentlige sektor, da midler til indkøb er begrænsede.

Siden begyndelsen af 1980'erne har spanske børn på op til 14 år haft et tilbud om tandpleje, der er dækket af SNS (undtagen tandregulering). Der er imidlertid store regionale forskelle i, hvordan dette tilbud udmøntes (fx hvilke ydelser der gives) i de forskellige regioner, og der er dermed stor forskel på adgangen til børnetandpleje i Spanien (Bravo et al. 2015). I 2008 var der tiltag til at homogenisere

børnetandplejen i Spanien inden for SNS, fx ved at opstille basale kriterier for, hvilke undersøgelser og behandlinger børnene havde krav på. Med den økonomiske recession siden 2009 er der blevet skåret ned på finansieringen af børnetandplejen, hvorfor den regionale ulighed stadig eksisterer.

### 10.3 Monitorering og data

Hvert 3.-6. år udarbejdes nationale undersøgelser af tandsundheden for hele Spanien, og ligeledes gennemføres regionale og lokale surveys på området (Bravo et al. 2015). Nationale registerdata om tandsundhed og udnyttelse af tandpleje findes ikke, da tandplejen for hovedpartens vedkommende jo udføres og afregnes privat.

### 10.4 Reform, behovsdækning og kritik af systemet

Selvom Spanien ligger lavt på mange tandstatusindikatorer i sammenligning med de øvrige lande i analysen, er tandsundheden i befolkningen blevet betydeligt bedre i perioden 1993-2010 (Bravo et al. 2015). For eksempel er DMFT for 12-årige gået fra 2,32 i 1993 til 1,12 i 2010, og andelen af befolkningen med mindst 21 tænder i perioden 2000-2010 er steget fra 28,1 % til 44 %, ligesom andelen af tandløse 65-74-årige er faldet fra 31 % i 1993 til 16,7 % i 2010.

Imidlertid har den økonomiske krise i Spanien sat sine spor på brugen af tandpleje og tandsundheden. I en artikel fra den spanske avis, El País, af nyere dato (8. april 2015) ("las caries que ha abierto la crisis") fremgår, at den økonomiske krise har ramt alle områder af det spanske samfund, og et af de områder, der rammes hårdt, er tandplejen og dermed også befolkningens tandsundhed. De spanske (privatpraktiserende) tandlæger har efter finanskrisen mistet en stor del af deres kunder på grund af pengemangel. En cariesbehandling kan være for dyr, især for de fattigste, der er ramt hårdest af krisen, og den eneste behandlingsmulighed, der tilbydes af det offentlige sundhedssystem, er tandudtrækning, og det refunderes endda først fra det offentlige efter en længere sagsbehandling. Mere end halvdelen af den spanske befolkning var fx ikke til tandlæge i perioden 2011-2012, hvilket er et fald på 35 % i forhold til årene før. Ca. 90 % af de 65-årige eller derover har kun 6-12 tænder tilbage. Flertallet af forældre tager ikke deres børn til tandlæge, og mellem 37 og 55 % (geografisk variation) af børn i skolealderen har caries (Moran 2015).

Situationen i Spanien bekræfter den økonomiske teori om brugerbetaling, priselasticitet og indkomstelasticitet. Her betyder brugerbetalingen i tandpleje en betydelig efterspørgselsnedgang efter tandplejeydelser og en deraf følgende dårligere tandsundhed. Det er desuden især for personer med lave indkomster og i forbindelse med indkomstnedgang – fx som følge af arbejdsløshed, at der sker en nedgang i efterspørgslen efter tandplejeydelser og en deraf følgende indvirkning på tandsundheden.

Generelt har de stadig flere fattige spaniere uden sundhedsforsikring et stort problem i forhold til at betale for tandpleje, og uligheden i tandsundhed øges i Spanien (ifølge interviewperson). Den eneste mulighed, hvis de fx har tandpine, er at opsøge den praktiserende læge med henblik på at få en henvisning til en tandlæge eller tandkirurg, der trækker tanden ud. Tandudtrækningen kan de så – hvis deres indkomst ligger under en vis grænse – få refunderet. Refusionen sker dog ikke igennem sundhedsvæsenet SNS, men hos de sociale myndigheder. De fleste lokalregeringer i Spanien har i flere år anvendt medicinske teknologivurderinger som input til deres beslutninger om tilbud på sundhedsområdet, og det gælder også på tandplejeområdet. Imidlertid har den økonomiske krise i landet indskrænket de lokale sundhedsbudgetter. Det har medført, at lokalregeringernes hensigter med at (med-)finansiere omkostningseffektive behandlinger på tandplejeområdet, så adgangen bedres, og ligheden i tandsundhed understøttes, ofte ikke har kunnet realiseres, fordi lokalregeringerne ikke har haft råd til det.



## 11 Diskussion og perspektivering

I denne rapport har vi belyst konkrete erfaringer med anvendelse af brugerbetaling i voksentandplejen i Danmark, Sverige, Norge, Finland, England, Tyskland og Spanien. Dette har vi gjort ved at kombinere økonomisk teori og resultater fra en systematisk litteraturgennemgang af sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgsel efter tandpleje (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) med en gennemgang af eksplorativt søgt international og lokal litteratur samt semistrukturerede interview med nøglepersoner i de enkelte lande.

En af konklusionerne fra den systematiske litteraturgennemgang i Kiil et al. var, at man ikke kan belyse brugerbetalingens effekt på efterspørgslen uden at se på den specifikke kontekst, den er udmøntet i, fx er organiseringen og aflønningen af tandlæger en væsentlig faktor for brugerbetalingens effekt. Vi har derfor i denne rapport beskrevet (udvalgte dele af) konteksten for de enkelte landes voksentandplejesystemer. De faktorer, vi har belyst og beskrevet, er den strukturelle ramme (fx historie), inputtet for voksentandplejen (ressourcer, børnetandpleje, geografi mv.), organiseringen (tandlægers ansættelsesforhold og aflønning, brugerbetalingens konkrete udformning og samspil med det øvrige system), output og outcome (brug af tandplejen, antal besøg, indikatorer for tandsundhed mv.). Endelig har vi beskrevet behovsdækning, eventuelle reformtiltag og kritik af systemet.

### Målsætninger og beslutningskriterier

Om end der er forskel i udformningen, så er de overordnede mål med tandplejen i alle landene at fremme befolkningens tandsundhed og sikre lige adgang til tandplejeydelser samt geografisk og socioøkonomisk lighed i brugen af tandpleje og i tandsundhed. Ligeledes har man som overordnet mål, at tandplejen skal organiseres, så den bedst muligt imødekommer befolkningens behov.

I nogle lande, fx Tyskland og Sverige, har tandplejeydelser samme status som de øvrige sundhedsydelser, og det betyder alt andet lige, at niveauet for offentligt tilskud vis-à-vis brugerbetaling er højere end i de øvrige lande, mens tandplejeydelser i Spanien (stort set) ikke er en del af det øvrige offentligt finansierede sundhedsvæsen. Det samme gælder også Danmark, hvor niveauet for brugerbetaling i tandplejen ligesom i Spanien og Norge er relativt højt i international sammenligning. Tandplejeydelser har dermed en anderledes status end de øvrige sundhedsydelser, der med undtagelse af medicin og fx fysioterapi er fuldt offentligt finansieret. Den forklaring, der gives på dette fænomen, er tradition og kultur.

Den måde, hvorpå tilskuds- og brugerbetalingsmodeller er udformet, er ligeledes historisk betinget, men der er også stadig større fokus på at understøtte et kriterie om (klinisk) effektiv ressourceanvendelse inden for budgettet. I Danmark læner den nye overenskomst sig op ad de nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen om indkaldeintervaller. I de øvrige lande anvendes ligeledes anbefalinger fra medicinske teknologivurderinger i beslutningstagningen, fx baseret på cost-effectiveness. Der er dog en tendens til, at det nationale eller lokale budget, der afsættes til tandpleje, som i mange lande traditionelt set har været beskyttet ("ring-fenced"), i stigende grad indlemmes i det øvrige sundhedsbudget og indgår i den lokale prioritering af, hvilke ydelser der udbydes, og hvilke ikke. Således får "affordability", dvs. om de nationale og lokale planlæggere har "råd" til nye offentligt finansierede (omkostningseffektive) tandplejetiltag, i stigende grad en afgørende plads som beslutningskriterie i flere af de lande, vi har belyst, og tandplejen bliver underlagt besparelser.

### **”Fee-for-service” og tandlægenes afregningspriser**

De fleste tandplejesystemer består af offentlige tredjepartsbetalere, der sammen med patienten finansierer tandplejen hos private udbydere. I Danmark er det regionerne via Sygesikringen, i Tyskland sygekasserne, i Sverige Försäkringskassan osv. De fleste lande har dog også offentligt ansatte tandlæger, fx skoletandlæger eller tandlæger, der arbejder i akuttandplejen eller i den kommunale tandpleje. Overalt betales de privatpraktiserende tandlæger ved ”fee-for-service”, altså en afregning pr. ydelse. Dette sker enten helt af det offentlige som i Tyskland (basaltandpleje) eller delvist som i Sverige, Norge, Danmark, Finland og England. Eller der afregnes udelukkende ved brugerbetaling (Spanien). Der, hvor det offentlige hel- eller medfinansierer ydelserne, er der en ensretning af de priser, som tandlægerne afregnes med. Oftest er der tale om aftalebaserede referencepriser eller priser, der er baseret på løbende omkostningsstudier. I Spanien, hvor borgeren selv skal betale hele ydelsen, er priserne underlagt de frie markedsvilkår. Dette betyder undertiden, at borgeren søger uden for landets grænser med henblik på at få behandlingen billigere, fx kronebehandling.

### **Udgifter og niveau for brugerbetaling**

Der er store forskelle i niveauet for brugerbetaling i voksentandplejen landene imellem. I Tyskland får man via den lovpligtige sygeforsikring dækket udgifterne ved langt de fleste tandplejeydelser, og Tyskland har det laveste niveau af brugerbetaling i blandt de syv lande, men samtidig også de højeste udgifter pr. borger til tandpleje. Det modsatte gør sig gældende i Danmark, der som nævnt ligger meget højt i niveauet for brugerbetaling, men samtidig lavest relativt til de andre undersøgte lande i forhold til tandplejens andel af de samlede sundhedsudgifter. I Spanien, hvor voksentandpleje med undtagelse af (akut) tandudtrækning og øvrig form for kirurgi ikke er dækket af det nationale sundhedsvæsen, er udgifterne til tandpleje en smule lavere end gennemsnittet for de undersøgte lande. Danmark ligger som nævnt meget højt i forhold til niveauet for brugerbetaling og relativt lavt i tandplejens andel af de samlede sundhedsudgifter.

### **(Større) tilskud til tandpleje for udsatte grupper**

Alle landene har et tilbud om en form for omsorgstandpleje til udsatte befolkningsgrupper. I Sverige er dette tilbud en del af Folketandvården, i Danmark findes Omsorgstandplejen samt tilbud om ekstra tilskud til tandpleje for kontanthjælpsmodtagere og ældre. I Tyskland findes et tilbud om ekstra tilskud til de ydelser, der er omfattet af delvis brugerbetaling (fx proteser) for udsatte grupper. I England er der lokale (offentlige) tandplejeklinikker, der tager sig af den akutte tandpleje og af tandpleje til socialt udsatte personer. I Norge gives tilskud til behandling af patienter med visse diagnoser, men også tilskud til tandbehandling for misbrugere og indsatte i fængsler osv. I Spanien findes der en mulighed for tandudtrækning som en del af en social ydelse.

### **Syv modeller for brugerbetaling og forskellige incitamenter**

Selvom der er mange ligheder mellem landene i forhold til målsætninger, organisering og tilskudsordninger til udsatte grupper, så er der forskel i, hvordan landene anvender brugerbetalingen i tandplejen. Hvordan er brugerbetalingen konkret udformet? Hvilke incitamenter for patienter og tandlæger ligger der i udformningen, og betaler det offentlige helt eller delvist for en privatproduceret ydelse? Eller for en offentligt finansieret ydelse? Hvordan er beskyttelsen i systemet mod udgifter, der opleves at være så høje, at borgeren udebliver fra tandplejen (”prohibitive costs”? Dette beskrives i følgende oversigt samt efterfølgende for hvert land:

**Tabel 11.1** Aflønning, prisregulering og brugerbetalingsmodeller i voksentandplejen

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	England	Tyskland	Spanien
Aflønning af tandlæger	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"	"Fee-for-service"
Priser	Overenskomstfastsatte priser for tilskudsberettigede ydelser. Fri prissætning for øvrige ydelser.	Regulerede priser.	Fri prissætning (undtagen for de diagnose-/patientgrupper der får tilskud).	Offentlig tandplejesektor: nationalt fastsatte maksimumspriser. Private sektor: fri prissætning.	Regulerede priser for de tandlæger, der har kontrakt med NHS, for øvrige tandlæger fri prissætning.	Regulerede priser.	Fri prissætning for alle ydelser.
Brugerbetaling	Samfinansiering med offentligt tilskud for nogle ydelser. For andre 100 %.	Op til et vist beløb pr. år er der brugerbetaling, udgifter til tandpleje herover dækkes af offentligt tilskud.	Fuld brugerbetaling på voksentandplejen. Enkelte diagnose-/patientgrupper kan få tilskud.	En andel af den samlede pris for behandlingen.	Fire brugerbetalingskategorier. Hver især betaling for af en pakke af ydelser, som patienten medfinansierer.	Basaltandpleje har ikke brugerbetaling. Øvrige ydelser har delvis brugerbetaling.	Fuld brugerbetaling på voksentandplejen. Enkelte akutte ydelser kan evt. dækkes af offentligt hjælp.
Kriterier for tilde-ling af offentligt tilskud	Differentieret tilskud i henhold til "risiko" ("stoplyset").	Beskyttelse mod høje udgifter ("høgekostnadsydd"). Desuden årlige "tandlægetjek" – tilskud til undersøgelser.	Se ovenfor.	Variierer fra kommune til kommune.	Tandlægen skal have en kontrakt med sundhedsmyndighederne (NHS).	Forsikringsdækning (lovpålagt).	Kun i sjældne og akutte tilfælde kan der ansøges om hjælp til behandling, fx tandudtrækning.
Ydelser/patientgrupper, der er helt eller delvist dækket af offentligt tilskud	Tandundersøgelser, cariesbehandling og tandrensninger er delvist dækket. Ekstra tilskud til unge.	Ekstra tilskud til unge.	15 diagnosegrupper, samt andre udsatte befolkningsgrupper Offentligt tilskud til 19-20-åriges tandpleje.	Der gives tilskud til ca. 80 % af behandlingens pris (offentlig sektor) samt til et fast beløb (privat sektor).	Ingen brugerbetaling for gravide kvinder, hospitalsindlagte patienter samt unge under uddannelse (under 19 år).	Delvis brugerbetaling på ydelser (procent af prisen) der ikke er omfattet af basaltandplejen (fx pro-pædeutik)	

Kilde: Egen tilvirkning.

De privatpraktiserende tandlæger i **Danmark** aflønnes ved "fee-for-service", altså afregning pr. ydelse. Priserne for ydelser, som regionerne medfinansierer, er overenskomstbaserede, mens priserne for de ydelser, der ikke medfinansieres, frit kan fastsættes af tandlægerne. De ydelser, der er finansieret med delvist offentligt tilskud vedrører diagnostik og basaltandpleje, fx cariesbehandling. "Fee-for-service"-aflønning af tandlægerne sikrer, at patienterne får de nødvendige ydelser, men har i teorien den risiko, at der overbehandles. Den samtidige brugerbetaling er formentlig med til at lægge en dæmper på disse utilsigtede konsekvenser ved den betalingsmodel. Tidligere var tilskudsmodellen ens for alle patienter med undtagelse af dem, der var omfattet af omsorgstandplejen, og dem, der kunne få ekstra tilskud til tandpleje (kontanthjælpsmodtagere). De ydelser, der ikke er omfattet af offentligt tilskud, kan være "prohibitive", dvs. opleves som ubetalelige for patienten. I dag har man med den nye overenskomst fra 2014 ændret tilskudssystemet, så den følger de evidens-

baserede retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Overenskomsten lægger op til, at der via en risiko-klassificering af patienterne ("stoplyset") hyppigst gives tilskud til tandundersøgelser og tandrensning til de patienter, der har den dårligste tandsundhed, eller er i risiko for at få tandsygdomme på grund af medicinindtag. I praksis er overenskomsten ikke fuldt ud implementeret endnu (Deloitte 2015), idet der har vist sig at være betydeligt flere "røde" og "gule" patienter, end man havde regnet med ud fra undersøgelser af voksenbefolkningens tandsundhed. Dette har påvirket regionernes tilskudsbudget markant.

**Svenskernes** "høgstnadsskydd" blev i sin tid indført for at beskytte borgeren mod "prohibitive costs" i tandpleje. Til gengæld kan ordningen muligvis tilskynde patienterne til ikke at besøge tandlæge regelmæssigt. Den kan endda føre til, at patienterne udskyder behandlingen til det tidspunkt, hvor prisen for den bliver høj nok, eller at de samler deres behandlinger inden for et (regnskabs)år. Netop på grund af disse utilsigtede konsekvenser af høgstnadsskyddet har man i Sverige indført en årlig tandlægecheck, så borgerne får økonomisk tilskyndelse til at få tænder og mund efterset regelmæssigt. De svenske tandlæger aflønnes – for de privatpraktiserendes vedkommende – ved "fee-for-service", der er fastsat af TLV, og med fast løn for de offentligt ansatte tandlægers vedkommende.

Med undtagelse af behandling for visse diagnoser, der er finansieret med helt eller delvist offentligt tilskud, samt tandbehandling for udsatte grupper, så er den **norske** voksentandpleje fuldt ud finansieret ved brugerbetaling. En af de mulige utilsigtede konsekvenser af ordningen kan være, at der er et incitament til at diagnosticere flere personer med de pågældende diagnoser – både fra tandlægenes og fra borgernes side.

Tandplejen i **Finland** er på grund af sundhedsvæsenets – og dermed også tandplejens – decentrale struktur med udpræget selvstyre i kommunerne præget af stor regional variation i udbud og dermed også adgang til tandplejeydelser. Kommunerne bestemmer, hvilke befolkningsgrupper der skal modtage tilskud. Samtidig er der dels en offentlig tandplejesektor, dels en privatsektor, der begge i de fleste tilfælde aflønnes med "fee-for-service". For den offentlige sektors vedkommende er der nationalt fastsatte maksimumspriser, som kommunerne må tage, mens priserne i den private sektor er frie. Den offentlige tandpleje er ikke gratis for voksne, men har faste priser, og der ydes et tilskud på 80 % af behandlingens pris. I den private tandpleje er prissætningen som nævnt fri, og det offentlige yder et fast tilskud til en given behandling. Den Nationale Sygesikring (NHI) refunderer ca. en fjerdedel af omkostningerne ved behandling i privat regi, hvor de resterende tre fjerdedele finansieres ved brugerbetaling.

**England** har i modsætning til Danmark gjort brugerbetalingen uafhængig af "fee-for-service"-betalingen fra det offentlige – dette således, at de tandlæger, der har kontrakt med NHS, stadig aflønnes efter "fee-for-service" ud fra referencepriser, mens de englændere, der anvender tandpleje medfinansieret af NHS, skal indplaceres i en af de i alt fire brugerbetalingskategorier (jo mere kompleks, jo højere betaling). Denne måde at arrangere finansieringen på kan have en dæmpende effekt på antallet af behandlinger/besøg, der udbydes af tandlægen, idet hver brugerbetalingskategori repræsenterer en "pakke" af ydelser eller et patientforløb og dermed også en begrænsning i antallet af ydelser, som tandlægen aflønnes for i hver af kategorierne. Systemet kritiseres for at give store kvalitetsforskelle i udbuddet af tandplejeydelser, og der er sat pilotprojekter i gang, hvor aflønning af tandlæger i henhold til præstation/kvalitet afprøves ("fee-for-performance"). Ligesom i Finland har man ved siden af NHS-systemet en privat sektor, der leverer tandpleje på markedsvilkår. Denne ordning beskyldes ofte for at trække patienter til sig, der er lette at behandle ("cream-skimming"), og lader NHS-tandlægerne klare en tungere patientgruppe, hvilket giver visse styringsmæssige udfordringer. Det var ikke muligt til denne rapport at få evalueringer af de engelske pilotprojekter med

præstationsbaseret aflønning ("pay-for-performance"). For så vidt angår "pay-for-performance"-ordninger i sundhedsvæsenet har de ikke været specielt succesfulde, bl.a. fordi der er betydelige udfordringer med at designe og implementere sådanne ordninger samt at få udbyderne af sundhedsydelser til at acceptere og anvende dem som tilsigtet.

I **Tyskland**, der har den en højeste offentlige dækning af tandplejeydelser, aflønnes tandlægerne også ved "fee-for-service". Basaltandplejen er fuldt dækket af den lovpligtige sygeforsikring. Mere kompleks tandpleje (fx broarbejde) er delvist dækket i systemet. Et af kritikpunkterne ved den offentligt betalte tandpleje var, at den tidligere muligvis gav incitament til mange unødige tandlægesøg. Indførelsen af "praksisgebyret", hvor patienten skulle betale ca. € 10 pr. besøg hos tandlægen (og i øvrigt hos alle praksislæger), lagde umiddelbart efter indførelsen en dæmper på hyppigheden af besøg hos tandlægen. Antallet af årlige besøg hos tandlægen faldt især i de områder af Tyskland, hvor gennemsnitsindkomsten pr. borger var lavest. Efter at ordningen havde været indført et stykke tid, steg antallet af besøg hos tandlægen imidlertid igen. Praksisgebyret blev således betragtet som medfinansiering af – eller besparelse på – sygekassernes udgifter, og patienterne var ikke glade for den. Derfor blev praksisgebyret afskaffet.

I **Spanien** er der ingen offentlig dækning af basaltandpleje for voksne, og de privatpraktiserende tandlæger aflønnes ved "fee-for-service" med priser på markedsvilkår af spanierne selv. Spanierne forsøger at dække sig ind ved hjælp af forsikringer, men der er stor variation i, hvor stor en andel af lokalbefolkningerne der har en tandplejeforsikring. Finanskrisen med den tiltagende økonomiske krise i Spanien og øget arbejdsløshed har haft stor betydning for forbruget af tandplejeydelser – og for tandsundheden, og det er især befolkningen fra lavindkomstgrupperne, det går ud over.

### **Brugerbetaling, efterspørgsel og socioøkonomiske faktorer**

I teorien betyder øget brugerbetaling alt andet lige, at efterspørgslen efter tandplejeydelser falder, og jo mere priselastiske ydelserne er, desto mere falder efterspørgslen. Omvendt kan efterspørgslen også øges, hvis der blev mindre brugerbetaling, fx hvis bestemte ydelser kommer med i forsikringsdækningen (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017). Det er ifølge den systematiske litteraturgennemgang i Kiil et al. især hos personer fra lavindkomstgrupper, at forbruget falder, når brugerbetalingen øges, dvs. at indkomstelasticitet også spiller ind på efterspørgslen.

Erfaringerne fra de lande, der er med i denne rapport, peger på det samme. Mange interviewpersoner giver udtryk for, at de allermost udsatte personer generelt er dækket ind i forhold til tandpleje med forskellige tilskudsordninger og fx kommunale behandlingsmuligheder, men de personer, der har de laveste indkomster, og som (lige nøjagtigt) ikke opfylder kriterierne for at modtage tandlægehjælp under disse ordninger, er dem, der er hårdest ramt af brugerbetalingen. I landene rapporteres om, at medfinansieringen af tandplejeydelser ved brugerbetalingen oftest opleves som at være for høj for lavindkomstgrupper, og det betyder, at de ikke kommer til tandlæge. Dette aspekt forstærkes i de lande, hvor den økonomiske krise har ramt hårdest, og arbejdsløsheden er steget, som fx i Spanien. Det stemmer overens med undersøgelsen af den primære grund til ikke at gå til tandlæge i Danmark, Sverige og Spanien, hvor flest angiver, at "det er for dyrt" (TNS Opinion & Social 2010). Det er lande med høj brugerbetaling. Derimod er det andre årsager, der fylder mest i England, Tyskland og Finland, hvor brugerbetalingen også er mindre.

I Danmark faldt forbruget af tandplejebesøg i 2013 og 2014, da man fjernede det halvårslige tilskud til tandundersøgelser, jf. tal fra Danmarks Statistik (Danmarks Statistik 2014). I Tyskland faldt antallet af tandplejebesøg, da man indførte en brugerbetaling på € 10 på første og eventuelt andet uanmeldte besøg hos tandlæge. Desuden faldt antallet af besøg betydeligt mere i Østtyskland, hvor

indkomsteffekten af beløbet var størst. I Spanien er efterspørgslen efter tandplejeydelser faldet betydeligt, efter finanskrisen har sat sine spor på landets økonomi og medført høj arbejdsløshed. Der udtrykkes bekymring for tandsundheden i landet, om end der er store regionale forskelle delstaterne i mellem.

Derudover kan socioøkonomiske faktorer også influere på niveauet for tandplejeservice, dvs. antal ydelser, samt hvilken type service der tilbydes, og hvilken der efterspørges. Christensen et al. (2014) har i et tværsnitsstudie baseret på danske sygesikringsdata fundet, at forbruget af tandplejeydelser er lavest blandt dem med lavest indkomst (mindre end DKK 200.000), samt at personer med lavere indkomst oftere fik foretaget tandudtrækning end personer med højere indkomst. I Spanien er tandudtrækning det eneste offentlige tilbud til voksne, der ikke har råd til at betale for anden tandbehandling.

Omvendt kan man konstatere, at tyskerne, som får dækket al basaltandpleje via den lovpligtige sygeforsikring, dvs. har det laveste niveau for brugerbetaling blandt landene, langt oftere går til tandlæge end fx danskerne. Dette skal dog også ses i sammenhæng med, at tyskerne ofte modtager en forsikringsbonus, hvis de passer deres regelmæssige besøg hos tandlægen. Så her er der en økonomisk gulerod i forhold til at gå til tandlæge.

#### *De unge udebliver*

Alle landene har et tilbud om gratis tandpleje til børn, om end udformningen af børnetandplejen er forskellig landene i mellem. I de fleste af landene går tilbuddet til og med det fyldte 18. – eventuelt 19. år, men i Spanien har man kun et tilbud under det nationale sundhedssystem til og med det fyldte 14. år. Her er der ligeledes stor variation i udbud og serviceniveau regionerne imellem og forskellig adgang og geografisk ulighed i børnetandplejen.

I de fleste lande falder efterspørgslen efter tandplejeydelser, fx tandundersøgelser, når de unge 19-25-årige forlader børnetandplejen og får de samme vilkår som de voksne og fx skal til at betale hele eller dele af tandplejen selv. Flere interviewpersoner har angivet, at det vækker en vis bekymring, at de unge derfor udskyder behandlingen af eventuelle tandproblemer, og at deres tandsundhed falder. Dette kan, jf. den økonomiske teori, skyldes, at de unges indkomst er relativt lav, og at betaling for tandpleje bliver nedprioriteret til fordel for andre "konkurrerende ydelser". Det kan også være faktorer, fx at de ikke har fået vænnet sig til ny tandlæge efter børnetandplejen.

Dette har man forsøgt at råde bod på i de forskellige lande ved give de unge økonomisk incitament til at gå til tandlæge. I Danmark har man med den nye overenskomst (2015) øget tilskuddet til diagnostisk og basale tandplejeydelser for unge under 26 år til 60 % af de ydelser, der er dækket af overenskomsten, dog således, at indkaldeintervaller og tilskud også følger "rød-gul-grøn"-ordningen for de unge. I Sverige øger man det offentlige tilskud til de unge, så tandplejen bliver gratis for børn og unge op til det 21. år i 2018, det 22. år i 2019, og det 23. år i 2020. Man vil gerne beholde den gode tandsundhed, der er opnået via børnetandplejen. I Norge overvejes det at udvide tilbuddet om børnetandpleje, således at de unges tandpleje dækkes helt eller delvist op til det fyldte 25. år.

#### **Opfølgning og monitorering af voksentandplejen**

Generelt kan det være svært at sammenligne brug af tandpleje og tandstatus på tværs af lande, og de opgørelser, vi har præsenteret i denne rapport, skal da også ses med et forbehold for sammenlignelighed i forhold til opgørelsesmetoder og år.

WHO har en database for tandsundhed (CAPP-Oral Health Database), der blev startet i 1995 og koordineres fra Sverige. I denne database findes oversigter over nationale surveys og anden data

vedrørende forskellige indikatorer for tandsundhed og brug af tandpleje, hvilket muliggør internationale sammenligninger.

De fleste lande laver desuden regelmæssigt befolkningsundersøgelser, ofte baseret på selvrapporteret tandplejeforbrug og tandstatus. Der, hvor det offentlige system finansierer eller medfinansierer voksentandplejeydelser, og hvor tandlægerne dermed skal afregne med det offentlige (Danmark, Tyskland, Finland, Sverige, England), findes en registrering af ydelserne i et offentligt register. I Danmark er det Sygesikringsregisteret. Dette muliggør – hvor der er forskeradgang til data – en statistik med hensyn til forbrugte ydelser sammenholdt med enkelte patientkarakteristika alt efter, hvilke variable der er inkluderet i registrene.

I England udgives årligt en forbrugsstatistik for den del af voksentandplejen, der (med-)finansieres af NHS. I Norge, hvor der kun gives tilskud til behandling af visse diagnoser, indberettes der kun data vedrørende patienter med disse diagnoser, men hvor de fleste voksne selv betaler for tandpleje, er der ikke en monitorering af denne del af tandplejen ved hjælp af registerdata, og det samme er tilfældet i Spanien. Både i Finland og England findes en privat tandplejesektor, der ikke er omfattet af registrering, og i Finland er der stor lokal variation i udbudte ydelser kommunerne i mellem, og der foretages ikke en løbende monitorering af tandplejen.

### **En økonomisk model**

Et spørgsmål i forbindelse med dette projekt var, om man med fordel kunne at opbygge en økonomisk model, der kunne simulere konsekvenserne af ændrede tilskuds- og brugerbetalingspolitikker baseret på data fra de forskellige lande. Svaret er formentlig, at det ikke er umagen værd, da der i de fleste lande – af de årsager, der er skitseret ovenfor – ikke er tilstrækkelig data til at populere en sådan model. Man kunne desuden have håbet, at den systematiske litteraturgennemgang i Kiil, Skovgaard & Bilde (2017) kunne føre til en kvantificering af effektstørrelserne i forbindelse med ændringer i brugerbetalingsniveauer overordnet, for enkeltydelser og i forskellige socioøkonomiske grupper. Litteraturen er imidlertid for varieret i evidensniveau, studietype-, kvalitet, og især institutionel kontekst til, at det vil give mening af lave en sådan øvelse.

De fleste internationale sammenligninger på tandpleje-området anvender enkeltstående tandstatusmål. Rudiger Saekel (Saekel 2016) kritiserer de enkeltstående tandstatusmål for ikke at favne hele befolkningen. Han anbefaler, at man i stedet anvender et tandsundhedsindeks, der kombinerer forskellige mål.

Han har derfor i en artikel kombineret forskellige tandstatusmål (andelen af cariesfrie 5-6-årige børn, DMFT 12 og DMFT 35/44 med andelen af tandløse personer i 65-74-års alderen) i ét indeks for tandstatus. Hans analyse er baseret på data fra perioden 2009-2013 fra 12 lande, herunder Danmark, Sverige, Tyskland, England og Finland. Når han ser på tandsundhedsindekset alene, ligger Danmark på andenpladsen lige efter Sverige, som er topscorer. Finland ligger sidst på listen (nr. 12), formentlig på grund af den relativt høje andel af tandløse ældre. Når han samtidig ser på landenes udgifter til tandpleje i procent af bruttonationalproduktet, så ligger Danmark i den anden ende af skalaen, nemlig som nummer 10, kun overgået af England og Holland på henholdsvis 11. og 12. pladsen, idet Danmark kun anvender 0,5 % af BNP eller kun indeks 60 af Tysklands forbrug på tandpleje. Saekel sammenholder dernæst tandsundhedsindekset med omkostningsindekset, og i den sammenligning ligger Danmark nr. 1 som det mest omkostningseffektive tandplejesystem. Han konkluderer, at Danmark opnår en relativt høj tandsundhed (målt ved hans specielle tandstatusindeks) for et relativt lavt omkostningsniveau. Dette svarer til indtrykket fra beskrivelserne i denne rapport.

Sækels model tager imidlertid ikke højde for tidligere investeringer i forebyggelse og voksentandpleje, der må have indflydelse på den aktuelle tandstatus, og må derfor tages med et stort forbehold. Ligeledes er der formentlig en sammenhæng mellem de forskellige tandstatus, der ikke nødvendigvis – som antaget af Sækel – er lineær. Selvom han gør et modigt forsøg på at opstille en simpel model for sammenligning af tandplejesystemers omkostningseffektivitet, så giver fremgangsmåden med at kombinere forskellige, men indbyrdes afhængige tandsundhedsindikatorer, og fx give dem lige vægt i et samlet indeks, formentlig ikke mening set i et folkesundhedsperspektiv. Det understreger samtidig udfordringen med at opstille modeller for et så komplekst område som tandpleje.

Han skriver desuden, at der ikke er en sammenhæng mellem finansierings- og tilskudsstruktur, høj brugerbetaling og tandsundhed. Til gengæld har patienttilfredshed, at man har råd til at gå til tandlæge, og at der er et sikkerhedsnet i form af øget økonomisk tilskud til tandpleje for lavindkomstborgere, ifølge Sækel en klar indflydelse på tandsundheden. Ligeledes skriver han, at den orale sundhedsadfærd og holdninger til selvpleje har en indflydelse. Derudover har regelmæssige besøg hos tandlægen, som danskerne gør, en indflydelse, sammen med det generelle økonomiske niveau i landet. Endelig skriver Sækel, at der i Danmark er et fokus på forebyggende og tandbevarende tandpleje, en overordnet tandplejepolitik med klare mål for tandsundheden og forskning på området.

### **Brugerbetalning og tandlægers aflønning**

Denne rapport og den tidligere rapport ved Kiil et al. (Kiil, Skovgaard & Bilde 2017) peger på en potentiel sammenhæng mellem finansierings- og tilskudsstruktur, brugerbetaling og tandsundhed, og at det især er lavindkomstgrupper, der påvirkes af ændret tilskudsstruktur/mere eller mindre brugerbetaling, men påpeger også, at en række andre faktorer spiller ind, fx er konfigurationen af brugerbetalingen vigtig, dvs. hvilke ydelser gives der tilskud til. Der er meget stor forskel i, hvordan landene har sammensat deres brugerbetalingsmodel, og hvordan den interagerer med fx aflønningen af tandlæger. I alle landene anvendes "fee-for-service" med helt eller delvist regulerede priser. For at sikre at finansieringsmodellen for tandpleje med offentligt tilskud og brugerbetaling imødekommer det tandplejebehov, der er i befolkningerne, undgå patientselektion, som er en risiko i "fee-for-service", samt underbehandling, som er en risiko ved capitationsaflønning, foreslår Grytten (Grytten 2017), at man tilbyder tandlægerne en blanding af en capitations- og en "fee-for-service"-model i deres aflønning. Det store spørgsmål er dog, hvor stor en andel af den samlede betaling, der skal være capitationsbaseret, og hvor stor en andel der skal være takstfinansieret.



# Litteratur

- Baadsgaard, M. & Holme, A. 2011, "*Mange i Danmark går ikke regelmæssigt til tandlægen*", Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, København.
- Bech, M. 2010, "Udbud skaber efterspørgsel på sundhedsydelser", *Ugeskrift for Læger*, vol. 172, no. 10, pp. 785-787.
- Bedi, R. 2006, "Challenges to dental access - England as a case study", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 34, no. 3, pp. 222-224.
- Benigeri, M., Benigeri, M. & Brodeur, J. 1998, "Comparison between the DMF indices and two alternative composite indicators of dental health", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, no. 5, pp. 303-309.
- Bernabé, E. & Marcenes, W. 2010, "Periodontal disease and quality of life in British adults", *Journal of clinical periodontology*, vol. 37, no. 11, pp. 968-972.
- Bilde, L., Rasmussen, S.R. 2006, "Europæiske erfaringer med systematisk mammografiscreening", 2006.09, *DSI - Dansk Sundhedsinstitut*, København.
- Blich, C. & Aandahl, L. 2011, "*God klinisk praksis i tannhelsetjenesten. En veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*", Helsedirektoratet, Oslo.
- Boyle, S. 2011, "United Kingdom (England). Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 13, no. 1.
- Bravo, M., San Martin, L., Casals E, Eaton, K. & Widström, E. 2015, "The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain", *British Dental Journal*, vol. 219, no. 11, pp. 547-551.
- Busse, R. & Blümel, M. 2014, "Germany. Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 16, no. 2, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Christensen, L.B., Hede, B. & Siukosaari, P. 2017, "Demografiske og sociale forandringer samt forekomst af tandsygdomme i den ældre generation - status og udviklinger", *Tandlægebladet*, vol. 21, no.1, pp. 22-30.
- Christensen, L.B., Rosing, K., Lempert, S.M. & Hede, B. 2014, "Patterns of dental services and factors that influence dental services among 64-65-year-old regular users of dental care in Denmark", *Gerodontology*, vol. 33, no., pp. 79-188.
- 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 – det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, M., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. & Barnekow, V. 2012. "*Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*", Part 2. Key Data/Chapter 4, WHO Regional Office for Europe, 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 Review*", *Health Systems in Transition*, vol. 17, no. 5, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Danmarks Statistik 2014, "Vi går meget mindre til tandlægen", *NYT fra Danmarks Statistik*, 12. juni 2014, nr. 311, København.
- Deloitte, "*Danskerne ved ikke om deres tænder er røde, gule eller grønne*", Pressemeddelelse pr. 1/9 2016.
- Dental Tribune News Europe 2015, "*German dental health care system stands out in European comparison*", Dental Tribune News Europe, Berlin.
- Department of Health 2011; "Health and Social Care Act 2012: fact sheets," downloaded fra <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-social-care-act-2012-fact-sheets>.
- Department of Health 2011, "*Dental Quality and Outcomes Framework*", Department of Health, Department of Health, London
- Devaux, M. & de Looper, M. 2012, "*Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009*", *OECD Health Working Papers No. 58*. OECD Publishing, Paris.
- Finansforbundet 2017, "*Overenskomstresultatet i hovedtræk*", set på: <https://www.finansforbundet.dk/da/fortillidsvalgte/Sider/overenskomstresultatetihovedtraek> [2017].
- Folketrykloven 1997, "*Lov om folketrygd*", Arbeids- og Sosialdepartementet, Oslo.
- Frederiksen, M., Gundelach, P. Nielsen, R.S. (red.) 2014, "*Mixed Methods forskning - principper og praksis*", Hans Reitzel Forlag, København.
- Försäkringskassan 2015, "Om du behöver tandvård". Available: <http://www.forsakringskassan.se/privatpers/tandvard> [2015, 11/10].
- Försäkringskassan 2012a, "*Det statliga tandvårdsstödet. En lägesrapport*", *Socialförsäkringsrapport*, Försäkringskassan, Stockholm.
- Försäkringskassan 2012b, "*När tänderna får vänta. Analys av de som inte har regelbunden kontakt med tandvården*", *Socialförsäkringsrapport nr. 10*, Försäkringskassan, Stockholm.
- García-Armesto, S., Abadía-Taira, M.B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C. & Bernal-Delgado, E. 2010, "Spain. Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 12, no. 4.
- Geyer, S., Schneller, T. & Micheelis, W. 2010, "Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth Oral Health Study", *Community Dent Oral Epidemiol*, vol. 37, pp. 1-9.
- GLOBOCAN 2012, *Factsheets: "Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 2012"*, International Agency for Research on Cancer. Available: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx) [2012, 10/11].

- Grignon, M., Hurley, J., Wang, L. & Allin, S. 2010, "Inequity in a market-based health system: Evidence from Canada's dental sector", *Health policy Amsterdam, Netherlands*, vol. 98, no. 1, pp. 81-90.
- Grytten, J. 2005, "Models for financing dental services. A review", *Community Dental Health*, vol. 22, no. 2, pp. 75-85.
- Grytten, J. 2017, "Payment systems and incentives in dentistry", *Community Dental Oral Epidemiology*, vol. 45, pp. 1-11.
- Grytten, J. 2010, "Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten – en oversikt", *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, vol. 120 no. 5, p. 308-315.
- Grytten, J. & Sørensen, R. 2000, "Competition and dental services", *Health Economics*, vol. 9, no. 5, pp. 447-461.
- Guarnizo-Herreño, C.C., Watt, R.G., Pikhart, H., Sheiham, A. & Tsakos, G. 2014, "Inequalities in oral impacts and welfare regimes: analysis of 21 European countries", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 42, no. 6, pp. 517-525.
- Hansen, B.H. 2014, "*Kommunernes Landsforening. Analyse af sammenhæng mellem tandlægebesøg og demografiske og socioøkonomiske forhold*", Kommunernes Landsforening, København.
- Hede, B. & Christensen, L. 2012, "Omsorgstandpleje efter kommunalreformen", *Tandlægebladet*, vol. 116, no. 12, pp. 890-897.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011, "*Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2012*", Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Holt, C. 2013, "Brugen af og betaling for tandpleje i Danmark, Sverige og Norge", *Tandlægebladet*, vol. 117, nr. 1, pp. 20-29.
- Holst, D. 2004, "Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år?", *Den norske tannlegeforenings tidende*, vol. 114, no. 5, pp. 168-176.
- Holst, D. 2008, "Oral health equality during 30 years in Norway", *Community dentistry and oral epidemiology*, vol. 36, no. 4, pp. 326-334.
- Hosseinpoor, A.R., Itani, L. & Petersen, P.E. 2012, "Socio-economic Inequality in Oral Healthcare Coverage: Results from the World Health Survey", *Journal of Dental Research*, vol. 91, no. 3, pp. 275-281
- Iversen, T. & Lurås, H. 2000, "Economic motives and professional norms: The case of general medical practice", *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 43, no. 4, pp. 447-471.
- Jamieson, L.M. & Thomson, W.M. 2006, "Adult Oral Health Inequalities Described Using Area-based and Household-based Socioeconomic Status Measures", *Journal of public health dentistry*, vol. 66, no. 2, pp. 104-109.
- 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.

- Kiil, A. & Houlberg, K. 2013, "How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011", *European Journal of Health Economics*, Vol.15, no. 8, pp.813-828.
- Kiil, A. & Houlberg, K. 2012, "Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling. En systematisk forskningsgennemgang af danske og internationale undersøgelser på sundheds- og ældreområdet 1990-2011" (Rapport), AKF, Anvendt KommunalForskning, København.
- 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 aflønningsmodeller", KORA – det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Klingenberg, D. 2015, "Systemvergleich Dänemark-Deutschland", *Presentation at the Embassy of Denmark in Berlin*, ed. David Klingenberg, Institut für Deutschen Zahnärzte, Germany.
- 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. 2014, *EU Manual of Dental Practice*, 5th edn, Council of European Dentists, Wales.
- Kristensen, N. & Andersen HL 2016, "Consumption smoothing in the demand for health care". KORA, det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Forskning og Analyse, København.
- Krustrup, U. & Petersen, P.E. 2006, "Periodontal conditions in 35-44 and 65-74-year-old adults in Denmark", *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 64, no. 2, pp. 65-73.
- Krustrup, U. & Petersen, P.E. 2007, "Dental caries prevalence among adults in Denmark - the impact of socio-demographic factors and use of oral health services". *Community Dental Health*, vol. 24, 225-232.
- Kuusela, S., Honkala, E. & Rimpelä, A. 1996, "Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years-- longitudinal prospective studies of Finnish adolescents", *Community dental health*, vol. 13, no. 1, pp. 34.
- Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd 2013, *Regeringskansliet/Lagrummet*, Sverige.
- Listl, S. 2011, "Income-related inequalities in dental service utilization by Europeans aged 50+", *Journal of dental research*, vol. 90, no. 6, pp. 717-723.
- Locker, D. 2000, "Deprivation and oral health: a review", *Community Dental Oral Epidemiology*, vol. 28, no. 3, pp. 161-169.
- Löe, H. 2000, "Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease", *International Dental Journal*, vol. 50, no. 3, pp. 129-139.
- Makhija, S.K., Gilbert, G.H., Boykin, M.J., Litaker, M.S., Allman, R.M., Baker, P.S., Locher, J.L. & Ritchie, C.S. 2006, "The Relationship Between Sociodemographic Factors and Oral Health-Related Quality of Life in Dentate and Edentulous Community-Dwelling Older Adults", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, no. 11, pp. 1701-1712.

- Marthaler, T.M. 2004, "Changes in dental caries 1953- 2003", *Caries research*, vol. 38, no. 3, pp. 173.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013, *Rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, København.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, "Health care in Denmark", *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse*, København.
- Moynihan, P., Makino, Y., Petersen, P.E. & Ogawa, H. 2017, "Implications of WHO Guideline on Sugars for dental health professionals", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Online first, pp.1-7 (senere kommet 2018, vol. 46, no.1, pp.1-7).
- Moran, C. 2015, "Las Caries que ha abierto la crisis". Artikel i *El Pais* 8. april 2015. Downloaded d. 8.6.2017 fra <http://politica.elpais.com>.
- National Health Services (2016), "NHS Dental Statistics 2015-2016", publiceret d. 23 September 2016, downloaded fra [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk).
- National Health Services and Department of Health 2009, "Delivering Better Oral Health 2007 – an Evidence-based Toolkit for Prevention", 2<sup>nd</sup> ed. National Health Services and Department of Health, London.
- National Health Services (2017), "NHS Press Release: Chief Dental Officer urges Profession to give their Views in Nationwide Survey", Downloaded fra: <https://www.england.nhs.uk/2017/09/09/09/chief-dental-officer-urges-profession-to-give-their-views-in-nationwide-survey/> (2017).
- Nguyen, L. & Hakkinen, U. 2004, "Income-related inequality in the use of dental services in Finland", *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 3, no. 4, pp. 251-262.
- Nihtilä, A. 2010, "A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care". *National Institute for Health and Welfare*, Finland, Helsinki.
- Niiranen, T., Widström, E. & Niskanen, T. 2008, "Oral Health Care Reform in Finland – aiming to reduce inequity in care provision", *BMC Oral Health*, vol. 8, no. 1, pp. 3.
- OECD 2014, "Income inequality update. Rising inequality: youth and poor fall further behind", Juni edn, *OECD*, Paris.
- OECD 2013, "*Health at a Glance*", 7th ed., Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, Paris.
- Ostwald, D.A. & Klingenberg, D. 2016, "Using morbidity and income data to forecast the variation of growth and employment in the oral healthcare sector", *Health Economics Review*, vol. 6, no. 11, pp. 1-11.
- Palència, L., Espelt, A., Cornejo-ovalle, M. & Borrell, C. 2014, "Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage?" *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 42, no. 2, pp. 97-105.
- Patel, R. 2012, "*The State of Oral Health in Europe*," Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health, Wales.

- Petersen, P.E. 1990, "Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation", *Community Dental Oral Epidemiology*, vol. 18: 153-158.
- Petersen, P.E. & Nørtov, B., 1990, "Alment og oralt helbred i relation til livsstil og socialt netværk hos ældre, hjemmeboende mennesker", *Tandlægenes Nye Tidsskrift*, 5: 36-41.
- Petersen, P.E. & Antoft, P. 1994, Oral sundhed og tandplejevaner hos bistandsklienter og pensionister i Herlev kommune, *Tandlægenes Nye Tidsskrift*, vol. 9, no. 11, pp. 332-338.
- Petersen, P.E. & Nørtov, B. 1994, "Evaluation of a dental public health program for old-age pensioners in Denmark", *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 54, no. 2, pp. 73-79.
- Petersen, P.E. & Nørtov, B. 1995, "Effekten af 3 års forsøg med kommunal tandpleje for alderspensionister". *Ugeskrift for Læger*, vol. 157, pp. 2712-2716.
- Petersen, P.E. & Alstrup, B. 1997, "Oral sundhed og tandpleje hos kontanthjælpsmodtagere i Albertslund kommune", *Tandlægenes Nye Tidsskrift*, no. 12, pp. 69-74.
- Petersen, P.E. & Nørtov, B. 1999, "Tandpleje og tandstatus hos ældre i Ballerup Kommune - langtidseffekten af et kommunalt ældretandplejetilbud". *Tandlægenes Nye Tidsskrift*, vol, 14, pp. 14-21.
- Petersen, P.E. & Antoft, P. 2000, "Effektevaluering af forsøgsordning med kommunal tandpleje for pensionister og kontanthjælpsmodtagere i Herlev Kommune", *Tandlægenes Nye Tidsskrift*, no. 6, pp. 4-12.
- Petersen, P.E. 2003, "The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme", *Community Dental Oral Epidemiology*, vol. 31, suppl. 1, pp. 3-24.
- Petersen, P.E, Kjøller, M., Christensen, L.B. & Krusturp, U. 2004, "Changing dentate status, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000", *Journal of Public Dental Health*, vol. 64, no. 3, pp. 127-135.
- Petersen, P.E. 2007, "Folkesundhed - folkesygdomme. Tandsundhed", pp 185-194 i: Kjøller, M., Juel, K., Kamper-Jørgensen, F. (red.). 2007, *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Petersen, P.E. 2007, "Inequalities in oral health: the social context for oral health (pp. 31-58)". In: Pine, C. & Harris, R. (eds.). *Community Dental Health*. Quintessence., London.
- Petersen, P.E., Ekholm, O. & Jürgensen, N. 2010, "Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægesøg i Danmark", *Tandlægebladet*, vol. 114, pp. 480-91
- Petersen, P.E. 2015, "Global oral sundhed. Status og strategier for populationsorienteret sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme", *Tandlægebladet*, vol. 119, no. 9, pp. 682-698.
- Petersen, P.E. & Ogawa, H. 2016, "Prevention of dental caries through the use of fluoride – the WHO approach", *Community Dental Health* vol. 33, pp. 66-68.
- Petersen, P.E. 2017, "Systematisk tobaksforebyggelse og anbefalinger af Verdenssundhedsorganisationen WHO". *Tandlægebladet*, vol.121, no.12, 1036-1041.

- Quinonez, C. & Grootendorst, P. 2011, "Equity in dental care among Canadian Households", *International Journal for Equity in Health*, Apr 16;10:14. doi: 10.1186/1475-9276-10-14.
- Regeringen & Danske Regioner 2017, "Aftale om regionernes økonomi for 2018", 6. juni 2017, *Regeringen & Danske Regioner*, København.
- Regeringskansliet 2014, 19. august 2014-last update, *Tandvård i Sverige* [Homepage of Socialdepartementet], [Online]: <http://www.regeringen.se/sb/d/14831/a/174914> [2014, 11/12].
- Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2014, "Aftale om tandlægehjælp (mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen)", *Regionernes Lønnings- og Takstnævn*, København.
- Riksförsäkringsverket 2000, "Tandvårdsstödet: utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet: 1999, det första året", Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- Saekel, R. 2016, "New analytical tools for evaluating dental care systems - results for Germany and selected highly developed countries", *The Chinese Journal of Dental Research*, vol. 19, no. 2, pp. 77-88.
- San Martin, L., Castano, A., Bravo, M., Tavares, M., Niederman, R. & Ogunbodede, E.O. 2013, "Dental sealant knowledge, opinion, values and practice of Spanish dentists", *BMC Oral Health*, Feb. 8; 13:12. doi: 10.1186/1472-6831-13-12.
- Sanders, A.E., Slade, G.D., Turrell, G., John Spencer, A. & Marcenes, W. 2006, "The shape of the socioeconomic– oral health gradient: implications for theoretical explanations", *Community dentistry and oral epidemiology*, vol. 34, no. 4, pp. 310-319.
- Socialstyrelsen 2015, *Tandvård*. Tilgået på: <http://www.socialstyrelsen.se/tandvard> [2015, 11/10].
- Statens forvaltningstjeneste 2005, *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest*, Statens forvaltningstjeneste, Oslo.
- Statens Offentliga Utredningar 2007, *Friskare tänder - till rimliga kostnader*, Statens Offentliga Utredningar, Stockholm.
- Steele, J., Rooney, E., Clarke, J. & Wilson, T. 2009, *NHS Dental Services in England. An independent review*, NHS, London.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2015, *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos tandlæge i praksissektoren. Bekendtgørelse 331 af 28. 3. 2015*, Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen 2009, *Tandplejeprognose. Udbud og efterspørgsel efter tandplejepersonale i Danmark 2000-2020*, Sundhedsstyrelsen, København
- Sundhedsloven 2010, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Sundhedsstyrelsen 2006, *Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2013, "National klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen", Sundhedsstyrelsen, København.

- Sundhedsstyrelsen 2017, "Evaluering af national klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen", version 1, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsens Embedsmandsgruppe 1976, "Betænkning om befolkningens tandstatus og tandlægevæsenet", Sundhedsstyrelsen, København.
- Suominen, L., Helminen, S., Lahti S., Vehkalahti, M.M., Knuutila, M., Varsio, S. & Nordblad, A. 2017, "Use of oral health care services in Finnish adults – results from the cross-sectional Health 2010 and 2011 Surveys". *BMC Oral Health*, vol.17, no. 1, pp. 78.
- Tandlægebekendtgørelsen 2012, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 2015, *Tandvård*. Available: <http://www.tlv.se/tandvard/> [2015, 10/11].
- Tandvårdslag (1985:125) 2014, Regeringskansliet/Lagrummet, Sverige.
- Tannhelsetjenesteloven 1984, "Lov om tannhelsetjenesten", Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Thomson, W.M., Williams, S.M., Broadbent, J.M., Poulton, R. & Locker, D. 2010, "Long- term dental visiting patterns and adult oral health", *Journal of Dental Research*, vol. 89, no. 3, pp. 307-311.
- TNS Opinion & Social 2010, *Special Eurobarometer 72.3. Oral Health 2009*, TNS Opinion & Social (2010) General Health and Consumers, Bruxelles.
- Velfærdskommissionen (2005), "Fremtidens velfærd – vores valg", Finansministeriet, København.
- Vilstrup, L., Christensen, L., Hede, B. & Kristensen, S. 2010, "Tandsundhed for brugere af praksis-tandplejen i 2000-2008", *Tandlægebladet, Videnskab & Klinik*, vol. 114, no. 9, pp 704-712.
- Vuorenkoski, L. 2008, "Finland. Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 10, no. 4. Report, European Observatory on Health, Berlin.
- Wang, N., Källestål, C., Petersen, P. & Arnadottir, I. 1998, "Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation", *Community dentistry and oral epidemiology*, vol. 26, no. 4, pp. 263-271.
- Watt, R. & Sheiham, A. 1999, "Health policy: Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action", *British Dental Journal*, vol. 187, no. 1, pp. 6-12.
- Welling Hansen, S. & Houlberg, K. 2012, "Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv", AKF, København.
- WHO 2012, (april) *Fact Sheet N. 318 - Oral Health*. Tilgået på: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/> [2015, 10/26].
- Widström, E., Väisänen, A. & Mikkola, H. 2011, "Pricing and competition in the private dental market in Finland", *Community Dental Health*, vol. 28, no. 2, pp. 123.
- Widström, E., Agustdottir, H., Byrkjeflot, L.I., Pälvärrinne, R., Christensen, L.B., 2015 "Systems for provision of oral health care in the Nordic countries", *Tandlægebladet*, vol. 119, no. 9, pp. 702-711



Østergaard, P. 2007, "Fremtiden for privat praksis er i spil", *Tandlægebladet*, vol. 111, no. 9, pp. 668-672.

## Bilag 1      Ordliste

Tandpleje	<p>Definition på engelsk: "The aim of dental care is to obtain and maintain the soundness of the natural dentition throughout life or most of the life span by means of preventive and restorative treatment. Its main concern is with the two most important dental diseases, dental caries (tooth decay) and periodontal disease (disease of the supporting structures of the teeth). Although the position is changing, restorative and prosthetic treatments (fillings, crowns, bridges, dentures etc.) still account for the substantial part of dental care provided, and of course the extraction of teeth also takes place. In addition, there exist a wide range of preventive measures. These include oral health education and oral hygiene instruction which focus on dietary habits and on plaque removal (important for both caries and periodontal disease); sealants, which prevent caries in the grooves of the chewing surfaces of the teeth by sealing the fissure with a plastic coating, and the use of fluorides. The most important measures in the latter category are community water fluoridation, professionally applied topical fluorides, fluoride mouth rinses and tables, and fluoride toothpastes. In addition, the scope of dentistry is being broadened to encompass oral health more generally, including for example oral cancer and problems of the temporomandibular (jaw) joint, as well as conditions of the teeth and gums."</p> <p>"Tandpleje" dækker både over forebyggende tandundersøgelser og behandlende tandplejeydelser, fx caries og paradentosebehandling. Hvor det synes relevant, skelnes der i rapporten mellem forebyggende undersøgelser, der oftest eller undertiden foretages på rutinebasis, og mellem behandlende ydelser, der foretages akut eller elektivt, dvs. der fx opdages caries ved en rutineundersøgelse, og det behandles efterfølgende.</p>
Tandsundhed	I kvantitative målinger af tandsundhed er det oftest tandstatus, der angives, og der anvendes forskellige indikatorer i den internationale litteratur, fx DMFT, DMFS, antallet af tandløse på 65 år eller der over pr. 1.000 personer.
DMFT	Er et mål for tandstatus, der står for "Decayed, missing and filled permanent teeth". Angiver forholdet mellem manglende, ødelagte samt fyldte tænder og sunde tænder og dermed carieserfaringen. Angives i en samlet score, hvor meget lav er <5,0, lav er 5,0-8-9, moderat er 9-13,9, og høj er over 13 points. For børn er grænserne lavere, da disse forventes at have mindre cariessygdom. WHO's mål i forhold til børnetandsundhed er maksimalt 1,5 DMFT i gennemsnit for 12-årige (Petersen 2015).
DMFS	Svarer til DMFT, men omhandler tandflader i stedet for hele tænder (surfaces).
Brugerbetaling	Enhver ordning, hvor en del af omkostningen ved at levere en offentlig ydelse betales af brugeren på det tidspunkt, hvor ydelsen forbruges. Ved "offentlige ydelser" forstås ydelser og tjenester, som er helt eller delvist finansieret af det offentlige via skatter og afgifter. Denne definition inkluderer offentligt producerede ydelser såvel som privat producerede ydelser, der finansieres af det offentlige. Der kan sondres mellem generel brugerbetaling, hvor alle betaler samme

pris for det samme udbud af offentlige ydelser, og en tilkøbsmodel, hvor en offentligt finansieret ydelse udbydes i forskellige kvaliteter, typer eller mængder til forskellige priser, som borgeren kan vælge imellem (Velfærdscommissionen 2005). Et eksempel på brugerbetaling er, at en ældre borger skal betale et vist månedligt beløb for at bo på plejehjem, mens en tilkøbsydelse kunne være, at borgeren har mulighed for at betale ekstra for at få ekstra rengøring eller særlig kost.

CAPP

Er WHO's database over oral tandsundhed/tandstatus i forskellige lande. Database administreres fra Sverige og indeholder primært data fra spørgeskema-baserede befolkningsundersøgelser ([http://www.who.int/oral\\_health/databases/en](http://www.who.int/oral_health/databases/en)).

## Bilag 2 Semistruktureret interviewguide (engelsk)

About the project		
	The project focuses on the supply and demand of oral health services as a consequence of user co-payments.	
About you		
	Describe the <b>position/job</b> from which you are being interviewed (e.g. what is your job <b>function and responsibility</b> , and what is the function/responsibility/assignments of your institution)	
	How <b>old</b> are you?	
	What is your <b>educational</b> background?	
	How many years have you been <b>practising</b> ?	
	How many years have you been in your <b>current position</b> ?	
Macro level – The organization, structure and financing of oral health care		
Organization	How are dentists <b>organized</b> in your country?	
	How are dentists <b>employed</b> in your country?	
	Is there a <b>purchaser</b> (government or insurance company)/ <b>provider</b> (private dentist/dental house) split and how is it organized?	
Structure	How is the <b>responsibility</b> for providing oral health services in your country divided?	
	Which governmental and non-governmental institutions <b>control the provision</b> of oral health care? And how is the control carried out?	
	How is it made sure that <b>dentists are available</b> throughout the country?	
Financing	Social inequality and social security	What measures are in place to secure <b>access</b> for all for oral health services?
	Private insurance, public provider or “free” market	What kind of “ <b>insurance</b> ” is available to the citizens?
	Are there any <b>adverse health effects</b> of the way the system is financed – on oral health or health in general?	
Dental health outcomes	What is the <b>general dental health</b> status in the country?	
	Are there <b>social inequality</b> in the <b>dental health</b> outcomes	
	How is the relation between <b>input to output to outcome</b>	
Micro level – the oral health care system seen from the patients/citizens perspective		
	A thorough description of how a typical <b>patient</b> would <b>progress</b> through the system	

	Characteristics of patients who <b>go as often</b> as recommended, patient who do go but <b>not as recommended</b> and patient who <b>do not go</b> to the dentist. (prophylactic and treatment visits)	
	How is the <b>payment</b> experienced by the patient? Is there direct reimbursement or does the patient pay the full bill and get <b>reimbursed</b> by insurance/government later	
	What services are <b>covered publicly</b> and what services are covered <b>privately</b> . E.g. check-ups, prophylactic benefit or treatments of dental caries and periodontal disease	
	How is the right to publicly funded dental care described in the legislation /quasi-legislation (explicit/implicit) (positive/negative list)	
	What are the criteria for obtaining the publicly funded dental care (need/cost-effectiveness/budget/effectiveness/historically based)?	
	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 <b>often</b> can you have the publicly funded services	
	Do the citizens face <b>prohibitive costs</b> and what options do they have	
<b>Access to data on health outcomes and economic measures</b>		
	What data sources do you know of containing information on <b>health outcomes</b> and <b>economic measures</b> in relation to the oral health care system	
<b>Thank you!</b>		

## Bilag 3 Projektbeskrivelse (engelsk)

### Background

In Denmark, as well as in other European countries which face pressure on their public health care costs, there is an ongoing debate about user payment. User payment is often seen as a tool to reduce the demand for "unnecessary services" and thereby decrease public spending. When there is user payment for health care, the patients pay themselves, in whole or partly, for the services they consume. The resulting inequality for people with the same consumption but different income, or for people with the same income but different consumption, gives rise to some fundamental discussions about who is going to fund which healthcare services and, more generally, how healthcare is to be financed and what role user payment should have.

Public financing of dental care in most European countries represents a relatively small proportion of total healthcare costs. Unlike other healthcare services, adult dental care is most often financed by user payment, either as a whole or partly. The level of user payment in dental care and the ways in which public support, insurance coverage and user payment are compiled may vary considerably between countries<sup>11</sup>. Therefore, dental care services are interesting in the discussion about user payment in health care.

Payment structures and the financing of dental care are estimated to have a significant effect on the demand for dental care services. This is because both the behaviour of patients and dentists are affected by the incentives that lie in the payment structures and funding. These payment structures are often historically contingent and must be seen in conjunction with the rest of the health services and the local context for dental care<sup>12</sup>. Since there is a relationship between the consumption and the timing of the use of dental care services, i.e. the demand, the payment structures and dental care may also indirectly affect the dental health of the population.

In Denmark, some authors have previously highlighted the effect of user payment on demand and distribution of health care services<sup>13</sup>. However, user payment and its interaction with the other funding and organization of dental care, as well as the effect on the demand for dental care are sparsely described in the literature.

Therefore, there is a need for updated and systematic knowledge of the dental and socioeconomic consequences of different ways of using user payment and their context. This project "What do we know about user payment and demand for adult care" addresses the topic using a combination of a systematic review of what economic theory and quantitative studies say about price elasticity, demand and user payment in health and dental care services, with a description of the perspectives on user payment in adult dental care in a number of European countries: Denmark, Sweden, Norway, Finland, England, Spain, and Germany. The project is financed by the Danish Dentists Fund.

### Aim and methods

The study aims at investigating and discussing the consequences of the application of different user payment models in dental care for the demand for adult dental services – and potentially – for the population dental status and health.

---

<sup>11</sup> Manual of Dental Practice 2008, Council of European Dentists 2008 (and 2014)

<sup>12</sup> Grytten J. Models for financing dental services. A review. *Community Dent Health* 2005 Jun;22(2):75-85 and Grytten J, Holst D, Skau I. Incentives and remuneration systems in dental services. *Int J Health Care Finance Econ* 2009 Sep;9(3):259-278.

<sup>13</sup> Hansen SW, Houlberg K. User Payment in Health and Elderly in a Comparative Perspective. Copenhagen: Applied Municipal Research, 2012 and Kiil A, Houlberg K Behavioral Effects of User Payment. Copenhagen: Applied Municipal Research, 2012 (in Danish).

A sub-goal of the project is to describe the adult dental care user payment policies in a number of European countries and learn about local experiences and perspectives on these policies. This is done to assess the potential and value of undertaking cross-European quantitative analyses in the field and – more importantly – to discuss the potential applicability of various user payment policies in a Danish context.

Using a combination of economic theory in the field, a systematic literature review of the effect of user payment in dental care, an exploratory literature review, and semi-structured interviews with local experts, the following research questions are investigated:

What is the association in theory between demand after dental care services and user payment? And what do we know about price and income elasticity in that context?

What are the potential consequences of different user payment policies for dental health, dental status, access to dental care, equality in dental care and population coverage?

What user payment models are applied in adult dental care in Denmark, Sweden, Norway, Finland, Germany, Andalusia (Spain), and England – what are their contexts (e.g. history, input factors – organizational and financing factors and dentist payment systems, objectives etc.) ?

What are the local perspectives on these user payment models? Which consequences are these user payment models assessed to have locally for dental care coverage, dental status and health, access to dental care, and socio-economic costs in view of the local context?

How is the local access to – and quality of data – which may be used in economic simulation /economic benchmarking in the field of dental care in each of the seven countries?

In view of local data access, quality, comparability, would it be feasible to construct an economic model to simulate the dental health economic and demand consequences of user payment policies at a macro-level or at a local decision-maker level? If so, which methods are recommended in model construct and which data/parameters/variables should be included as a minimum?

The two first research questions have been addressed in the first report from the project: “What do we know about user payment and the demand for adult dental care? Part I: Systematic literature review of (the effect of) user payment and dentist remuneration systems”<sup>14</sup>. The last four questions will be addressed in a second report: “What do we know about user payment and the demand for dental care? Part II: International comparison of experiences with user payment in adult dental care.”<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Kiil A., Skovgaard C., Bilde L” Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje? Del I: Systematisk litteraturgennemgang af brugerbetaling og aflønningssystemer”. Published at [www.kora.dk](http://www.kora.dk), Copenhagen 2017.

<sup>15</sup> Bilde L, Skovgaard C., Kiil A. “Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje? Del II: International sammenligning af erfaringer med brugerbetaling i voksentandplejen” (expected ultimo 2017).

## Bilag 4 Sammenligning af input-output og outcome, ulighed og tilgængelighed

I det følgende sammenlignes de syv lande med hensyn til inputfaktorer, output og outcome for og i deres tandplejesystemer, jf. den stiliserede model for voksentandplejens kontekst i kapitel 3. Der ses på ressourcer (økonomi, tandlæger til rådighed), tandsundhed hos børn og unge, livstilsfaktorer og sociale forhold mv., der er centrale determinanter for tand- og mundsygdomme og har indflydelse på behovet for tandpleje og udbuddet af tandpleje. Ligeledes ses der på købekraftsjusteret BNP pr. indbygger og Gini-koefficient (disponibel indkomstulighed). Desuden sammenlignes forskellige output- og outcome-indikatorer, fx andel af befolkningen, der har været til tandlæge inden for det sidste år, gennemsnitligt DMFT blandt 12-årige, tandstatus osv. For en række relevante outcomes på voksentandplejeområdet har det ikke været muligt at finde sammenlignelige tal. Det gælder fx antal bevarede tænder/antal sunde tænder, DMFT (carierede, mistede som følge af caries og fyldte tænder) for voksne, DMFS (carierede, mistede som følge af caries og fyldte tandflader) for voksne, hvilke målgrupper som deltager i tandplejen, af egenomsorg, selv vurderet tand- og mundsundhed, forekomst af caries, parodontose og erosioner.

Data til sammenligningerne kommer fra centrale kilder (fx OECD og WHO) og er eventuelt survey-indsamlede selvoplyste indikatorer. Dette betyder, at disse ikke altid er sammenlignelige med landenes egne statistikker, som kan være baseret på registerdata eller lokalt baserede spørgeskemaundersøgelser. Der tages således forbehold for tal og sammenligninger og for, at der i nogle tilfælde er tale om tal, der er så gamle, at udviklingen har ændret på situationen i 2017. I de tilfælde, hvor der mangler statistik for det enkelte år, er det seneste år medtaget i statistikken. Bemærk ligeledes, at der kun i ganske få tabeller er tal for England alene, mens de øvrige tabeller præsenterer tal for hele UK (England, Skotland, Wales og Nordirland). Der tages på den baggrund forbehold for, hvor dækkende tallene er for England alene.

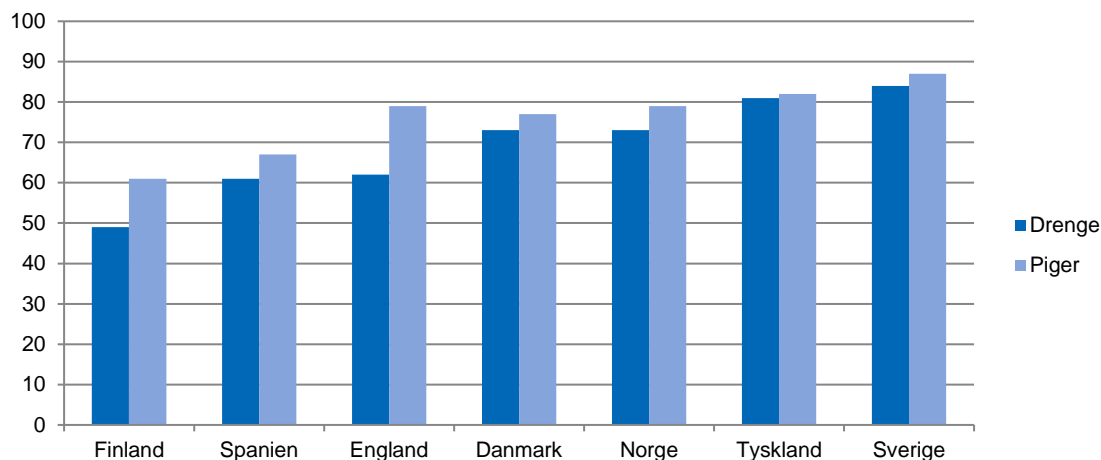
### Børnetandsundhed

Alle børn under 18 år er omfattet af en grad af vederlagsfri forebyggende og behandlende tandpleje i de undersøgte lande. Tandbørstning med brug af fluortandpasta hos børn anses for at have en forebyggende effekt over tid på udviklingen af tandsygdomme og fremmer bevarelsen tænder hos voksne. Studier af langtidseffekten af at børste tænder viser, at de børn, der børster tænder mere end én gang dagligt som 12-årige, er mere tilbøjelige til at blive ved med at børste tænder i deres teenageår (Kuusela, Honkala & Rimpelä 1996). Tandbørstning allerede i en ung alder er derfor en vigtig faktor for den fremtidige tandsundhed i voksenlivet (Löe 2000).

Et tværnationalt studie med data fra Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) fra 2009/2010 viste, at godt 80 % af 11-årige børn børstede tænder mere end én gang dagligt i Sverige og Tyskland, se Bilagsfigur 4.1 nedenfor. Norge og Danmark ligger lige efter med omkring 75 % af de 11-årige, der børster tænder mere end én gang dagligt. I England er der en større spredning mellem piger og drenge end i de andre lande, i og med at næsten 80 % af pigerne børster tænder mere end én gang dagligt, hvilket kun gælder omkring 60 % af drengene. Spanien og Finland findes længere nede af listen, da kun mellem 49 og 65 % (henholdsvis drenge i Finland og piger i Spanien) børster tænder mere end én gang dagligt.



**Bilagsfigur 4.1** Andel af 11-årige, der oplyser at børste tænder mere end én gang dagligt, fordelt på køn i forskellige lande, 2009/2010

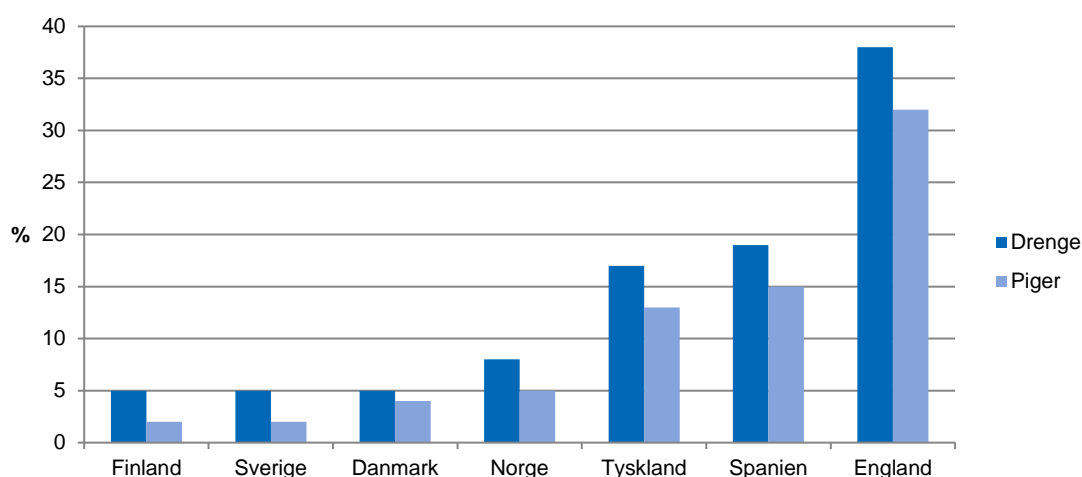


Note: World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.

Kilde: Health Behaviour in School-aged Children (Currie et al. 2011).

En anden faktor, som kan have indflydelse på børnetandsundheden og dermed også voksentandsundheden, er indtagelsen af sukker. WHO (Petersen 2015; Moynihan 2017) har for nylig dokumenteret, at der er evidens for den negative helbredseffekt af sukkerindtagelse for kroniske sygdomme. Forbruget af læskedrikke og anden form for sukkerindtag er associeret med en øget risiko for caries. Samme undersøgelse – som beskrevet tidligere af HBSC – viser, at 11-åriges daglige indtag af læskedrikke i 2009-2010 varierede mellem landene inkluderet i analysen, se Bilagsfigur 4.3. Finland og Sveriges 11-årige havde generelt et lavere indtag af læskedrikke end Danmarks og Norges, men i alle disse nordiske lande indtog mindre end 10 % af de 11-årige børn sukkerholdige læskedrikke dagligt. Derimod havde omkring 15 % af de 11-årige i Spanien og Tyskland et dagligt forbrug af sukkerholdige læskedrikke, og i England drak ca. 35 % af de 11-årige sukkerholdige læskedrikke dagligt.

**Bilagsfigur 4.2** Procentandel af 11-årige, der oplyser at drikke sukkerholdige læskedrikke dagligt, fordelt på køn i forskellige lande, 2009/2010

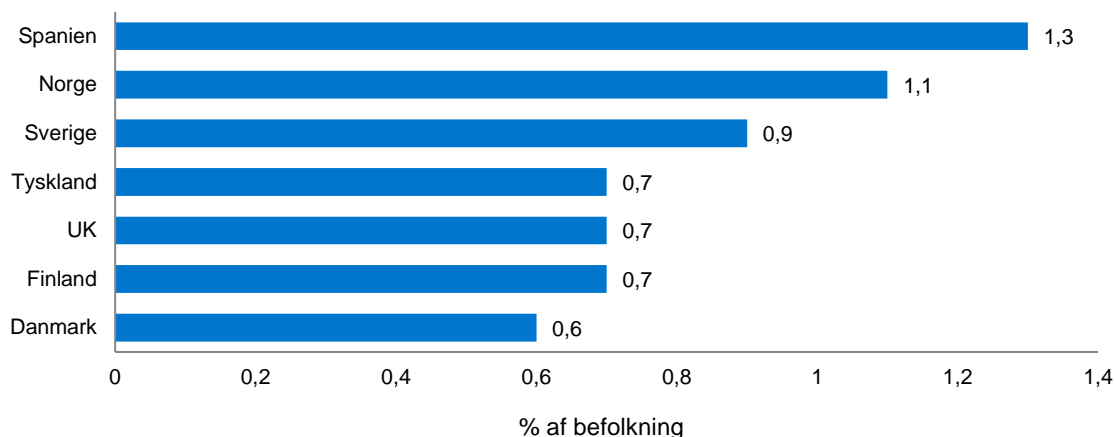


Note: World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen

Kilde: Health Behaviour in School-aged Children (Currie 2011)

Forebyggelsen af cariesforekomst på befolkningsniveau måles ved det gennemsnitlige antal tænder med ubehandlet caries (D), mistede tænder som følge af caries (M) og antallet af fyldte tænder (F). Det samlede indeks af DMFT refererer til sygdom i det blivende tandsæt. Bilagsfigur 4.3 viser det gennemsnitlige antal af DMFT hos 12-årige i de forskellige lande i 2011 eller nærmeste tilgængelige år. Her ses, at danske børn har det laveste antal DMFT for 12-årige.

**Bilagsfigur 4.3** Gennemsnitligt antal DMFT hos 12-årige, 2011 (eller nærmeste år)



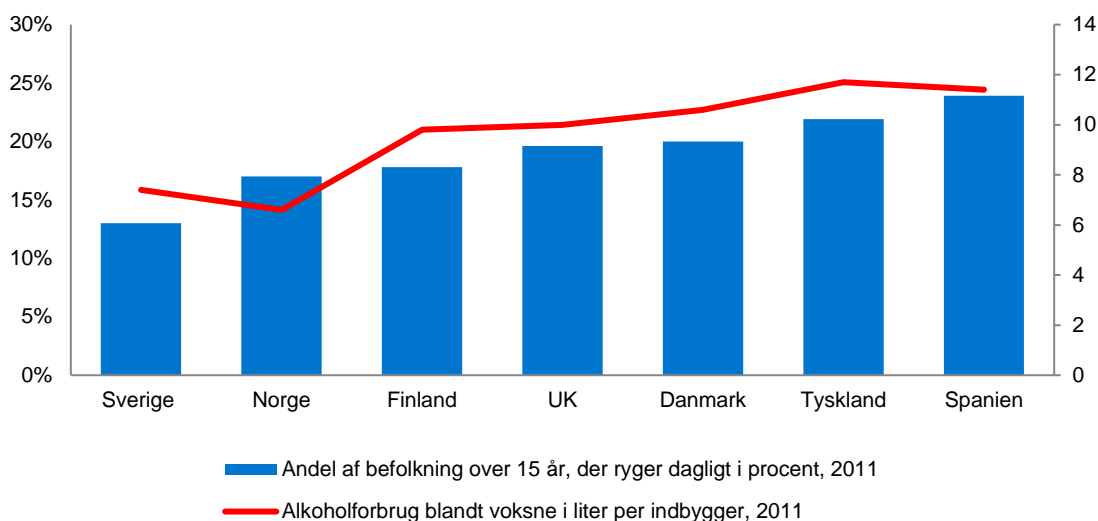
Note: Data fra Spanien er fra 2005, data fra Sverige er fra 2008, data fra UK er fra 2008, data fra Tyskland er fra 2009, og data fra Finland er fra 2009.

Kilde: OECD stat Extract, variable: Devayed-missing-filled teeth (DMFT), [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#)

Til sammenligning med ovenstående ses det af data fra CAPP, som er WHO's database over tand-sundhedsindikatorer, at DMFT hos 12-årige i Sverige faldt til 0,8 i 2011 og til 0,5 i Tyskland i 2014.

## Rygning og alkohol

**Bilagsfigur 4.4** Procentandel af befolkningen over 15 år, der ryger dagligt, og alkoholforbruget blandt voksne i liter pr. indbygger, 2011



Kilde: OECD (OECD, 2013).

Ifølge WHO (Petersen, 2017) (jf. kapitel 2), er der en sammenhæng mellem befolkningens tobaksforbrug, alkoholforbrug og deres tandsundhed. Det gælder især mundhulekræft, parodontitis, caries og tandtab. Ovenfor i Bilagsfigur 4.4 vises prævalensen for dagligrygere og alkoholforbruget blandt voksne i 2011. Spanien og Tyskland ligger højest både med hensyn til alkoholforbrug og rygning. I bunden ligger Sverige og Norge.

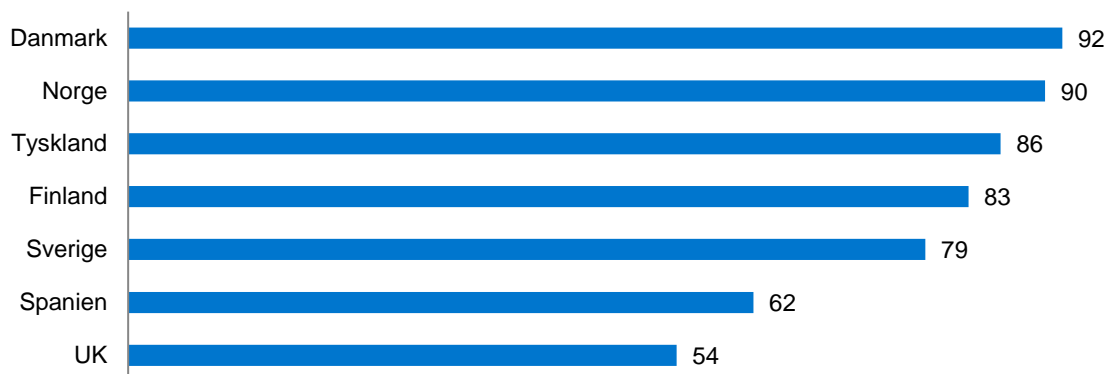
## Fluorid

WHO anbefaler anvendelsen af fluorid i folkesundhedsprogrammer for bekæmpelsen af caries (Petersen 2016). Fluorid er et stof, som kan forebygge caries, og det forekommer naturligt i drikkevandet i forskellige koncentrationer. Effektiv forebyggelse hviler på en optimal koncentration af fluorid i drikkevandet. I visse lande, der indgår i nærværende rapport (fx Spanien og England), findes fluorid i drikkevandet på suboptimalt niveau, og her har man valgt at tilsætte fluorid til drikkevandet. I andre lande, fx Danmark, Norge, Sverige, Finland og Tyskland har man ikke valgt at justere fluoridindholdet i drikkevandet. Tyskland har dog valgt at tilsætte fluorid i bordsalt. En cariesforebyggende effekt opnås også ved at tilsætte fluorid til tandpasta, og brugen af fluorideret tandpasta er meget udbredt i alle lande (ca. 95 %). Fluorideret tandpasta anbefales af sundhedsmyndighederne i alle lande. I Sverige har nogle befolkningsgrupper mulighed for at få gratis tandpasta med fluorid (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014).

## Ressourcer til tandpleje

De ressourcer, der er til rådighed i tandplejen, fx antallet af tandlæger, tandplejere og klinikassistenter, og de samlede udgifter til tandplejen, vurderes at have stor betydning for tandsundheden hos den voksne befolkning. Antallet af aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere kan ses i Bilagsfigur 4.5 og i oversigten i Bilagstabel 4.1 sidst i bilaget. Aktive tandlæger betyder, at de rent praktisk er praktiserende. Det ses, at UK har færrest tandlæger, da 54 tandlæger skal betjene 100.000 indbyggere, hvorimod antallet af tandlæger pr. 100.000 indbyggere er 92 i Danmark (Kravitz, Bullock & Cowpe, 2014). Norges tandlæger skal betjene lidt flere indbyggere end de danske tandlæger og Tyskland, Finland og Sverige lidt flere endnu. Spanien har, som UK, relativt få tandlæger per indbygger.

**Bilagsfigur 4.5** Antal aktive tandlæge med licens pr. 100.000 indbyggere, 2013 (eller nærmeste år)



Note: Data fra Spanien er fra 2012, data fra Sverige er fra 2010, og data fra Tyskland er fra 2012.

Kilde: (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014) og egne beregninger

Udgifter til tandpleje udgør en betydelig del af de totale sundhedsudgifter. Omkring 4-7 % af private og offentlige udgifter tilsammen går til tandpleje i de undersøgte lande. Den estimerede procentdel varierer dog landene, se Figur 1.1 og Figur 1.2 i kapitel 1.

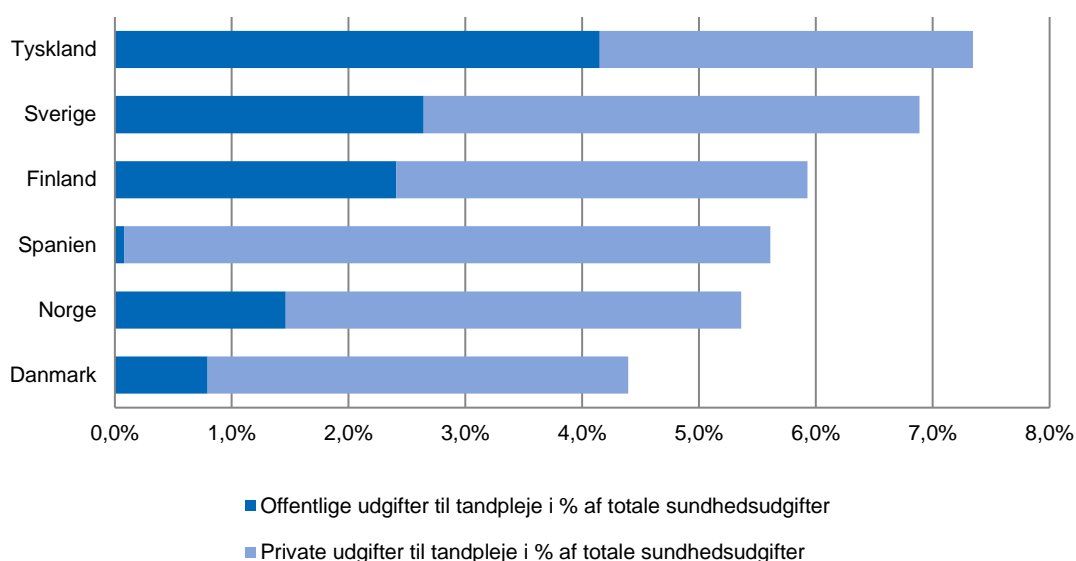
Det skal bemærkes, at estimaterne for private udgifter til tandpleje kan være svære at sammenligne, da data herom afspejler den lokale struktur for tandplejen. De kan desuden være vanskelige at indsamle eller være upræcise. I nogle lande er indsamles selvrappede data fra surveys, og i andre lande indsamles data fra registre. Trods vanskeligheder med sammenligneligheden giver disse tal et overordnet billede af omkostningerne ved tandpleje mellem landene.

I procent af de totale sundhedsudgifter bruger Danmark færrest penge på tandlægeplejen i forhold til de andre lande i denne rapport, jf. Bilagsfigur 4.6. Data fra England er ikke tilgængelige til denne sammenstilling. Danmark bruger 4,4 %, hvilket umiddelbart ikke er meget i sammenligning med Sverige og Tyskland, som bruger henholdsvis 6,9 og 7,3 % af de totale sundhedsudgifter på voksentandplejen.

Bilagsfigur 4.6 viser derudover, at der er forskel på, om det er private eller offentlige udgifter, som bruges på tandplejen i de forskellige lande alt efter, hvilken organisation og struktur tandplejen har. I lande som Spanien er brugerbetalingen højest, og patienter betaler normalt hele omkostningen til tandplejebesøget, hvilket afspejler sig i figuren ved, at 5,5 % af 5,6 % af de totale sundhedsomkostninger betales af patienterne selv.

I Danmark er tandpleje gratis for børn, mens voksne betaler en rimelig stor andel, hvilket betyder, at andelen af de private udgifter i forhold til de totale udgifter til tandpleje er højere end i de resterende lande i analysen bortset fra Spanien, jf. Bilagsfigur 4.6. I Sverige, Norge og Finland betaler patienterne omkring 60-70 % af de totale tandplejeudgifter, da det offentlige subsidierer forebyggende og behandlende tandpleje i højere grad end i Danmark. I Tyskland er forebyggelse og behandling i tandplejen dækket i en basispakke af den offentlige sundhedsforsikring, hvilket betyder, at en mindre del af udgifterne til tandpleje ligger hos patienterne selv. Samme billede som skitseret her ses i Figur 1.1 i kapitel 1, der viser brugerbetalingens andel af de samlede udgifter til tandpleje.

**Bilagsfigur 4.6** Udgifter til tandplejen i procent af totale sundhedsudgifter, 2013



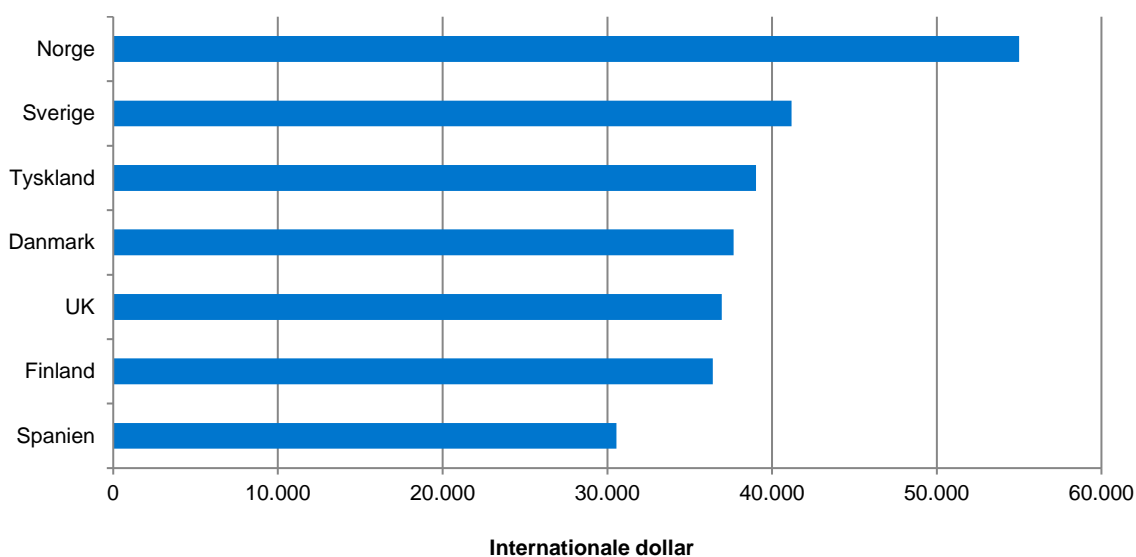
Note: Data fra England eller Storbritannien er ikke tilgængelig i denne opgørelse.

Kilde: OECD stat Extract, main indicator: Health expenditures since 2000 & function: Out-patient dental care <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

## Velstand og ulighed i indkomst

Velstanden i de enkelte lande spiller ind på efterspørgslen efter tandpleje. En traditionel måde at sammenligne velstanden mellem lande er ved BNP kontrolleret for forskelle i købekraft. Når købekraften sammenlignes mellem lande, benyttes Purchasing Power Parities (PPP), som er en måde at udligne købekraften mellem lande. Det betyder, at en given mængde penge vil have samme købekraft, uanset i hvilket land pengene bruges, dvs. prisforskelle mellem landene udlignes. Derfor er BNP pr. indbygger baseret på PPP brugt til at sammenligne velstanden i de inkluderede lande, se Bilagsfigur 4.7. Det ses, at Norge ligger i front i forhold til velstanden i landet; Danmark ligger i midten, og Spanien ligger nederst i rækken. Det kan have en indflydelse på forbruget af tandpleje.

**Bilagsfigur 4.7** BNP pr. indbygger baseret på købekraftsberegninger (PPP) i den internationale dollar, 2012



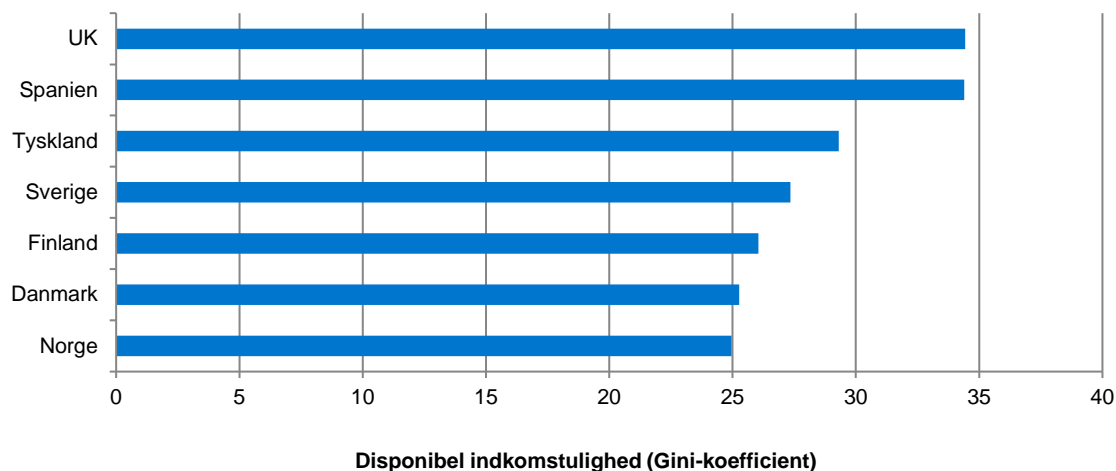
Note: Data fra Danmark, UK og Finland er IMF's estimater baseret på tidligere data.

Kilde: International Monetary Fund (IMF), World Economic Outlook Database, April 2013.

Forskelle i ulighed er derudover en faktor, der kan have betydning for efterspørgslen efter tandplejeydelser i forskellige indkomstgrupper. I lande med stor indkomstulighed vil brugerbetalingen have større indvirkning for de grupper, der har lavest indkomst. En måde at måle uligheden i et land er ved den såkaldte Gini-koefficient. Denne måler, i hvilken grad fordelingen af indkomst mellem individer i en befolkning afviger fra en perfekt, lige fordelt indkomst. En Gini-koefficient på 0 repræsenterer en perfekt lighed, hvor alle i befolkningen får den samme indkomst, mens en koefficient på 100 betyder en perfekt ulighed, hvor én person tjener hele indkomsten i befolkningen. Jo højere Gini-koefficient, jo mere ulige er befolkningens indkomst altså. I Bilagsfigur 4.8 ses på uligheden i forhold til den disponible indkomst.

Sammenlignes de inkluderede lande indbyrdes, har UK og Spanien den højeste indkomstulighed med en Gini-koefficient på 34. Tyskland følger efter med en lidt lavere ulighed med en Gini-koefficient på 29. Sverige, Finland, Danmark og Norge har de laveste Gini-koefficienter på omkring 25-27.

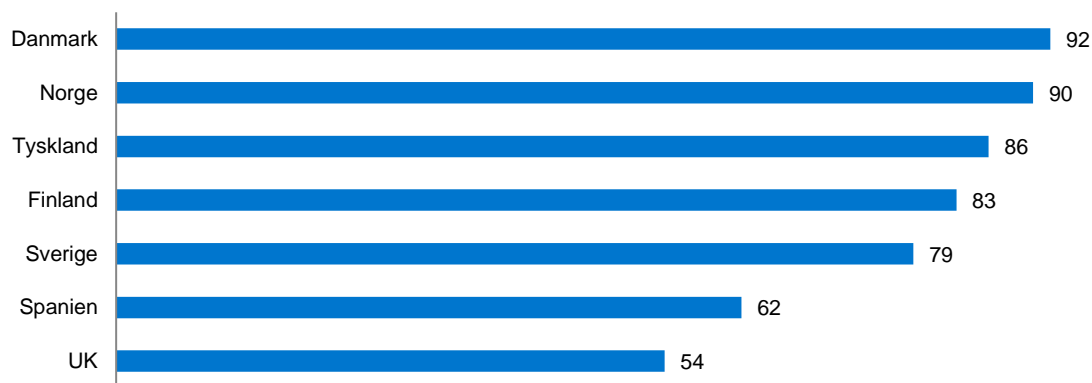
**Bilagsfigur 4.8** Disponibel indkomstulighed (Gini-koefficient), 2011



Note: Gini-indekset er et udtryk for indkomstuligheden i en befolkning målt som procentdel af den maksimale ulighed.  
Kilde: OECD (OECD 2014)

Af Bilagsfigur 4.9 nedenfor fremgår antal aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere. En aktiv tandlæge referer til, at personen arbejder i det pågældende land i klinik, hospital, universitet eller administrative job. Det ses, at UK har færrest tandlæger, da 54 tandlæger skal betjene 100.000 indbyggere, hvorimod antallet af tandlæger pr. 100.000 indbyggere er 92 i Danmark (Østergaard 2007). Norges tandlæger skal betjene lidt flere indbyggere end de danske tandlæger – og Tyskland, Finland og Sverige lidt flere endnu. Spanien har, som UK, relativt få tandlæger pr. indbygger.

**Bilagsfigur 4.9** Antal aktive tandlæge med licens pr. 100.000 indbyggere, 2013 (eller nærmeste år)

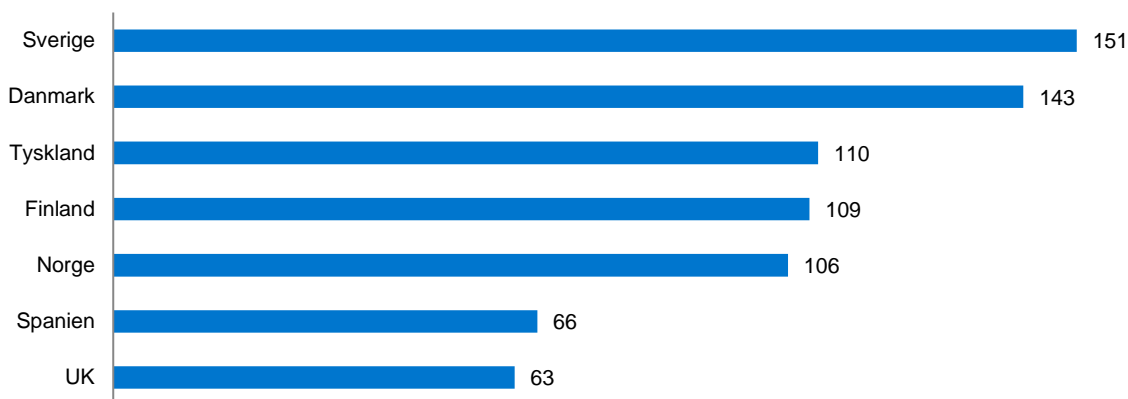


Note: Data fra Spanien er fra 2012, data fra Sverige er fra 2010, og data fra Tyskland er fra 2012.  
Kilde: Østergaard (2007) og egne beregninger.

Af Bilagsfigur 4.10 nedenfor fremgår antal registrerede tandlæger pr. 100.000 indbyggere. I forhold til antallet af tandlæger er Sverige lidt specielt, idet der er stor forskel på antallet af tandlæger med licens og antallet af tandlæger, som rent faktisk er aktive. En registreret tandlæge med licens er en person, som har fuldført tandlægestudiet på universitetsniveau og har licens til at praktisere, men det er ikke nødvendigt at praktisere i det land, man er uddannet i (Petersen 2015). Af Bilagsfigur 4.9 ses, at Sverige kun har flere aktive tandlæger end Spanien og UK, mens Tyskland og de andre

nordiske lande har flere aktive tandlæger pr. indbygger. Af Bilagsfigur 4.10 ses til gengæld, at Sverige har flest registrerede tandlæger pr. 100.000 indbyggere i forhold de øvrige undersøgte lande. Danmark følger næsten med, mens resten af landene har en del færre registrerede tandlæger.

**Bilagsfigur 4.10** Antal registrerede tandlæger pr. 100.000 indbyggere, 2013 (eller nærmeste år)



Note: Data fra Spanien er fra 2012, data fra Sverige er fra 2010, og data fra Tyskland er fra 2012.

Kilde: Østergaard (2007) og egne beregninger.

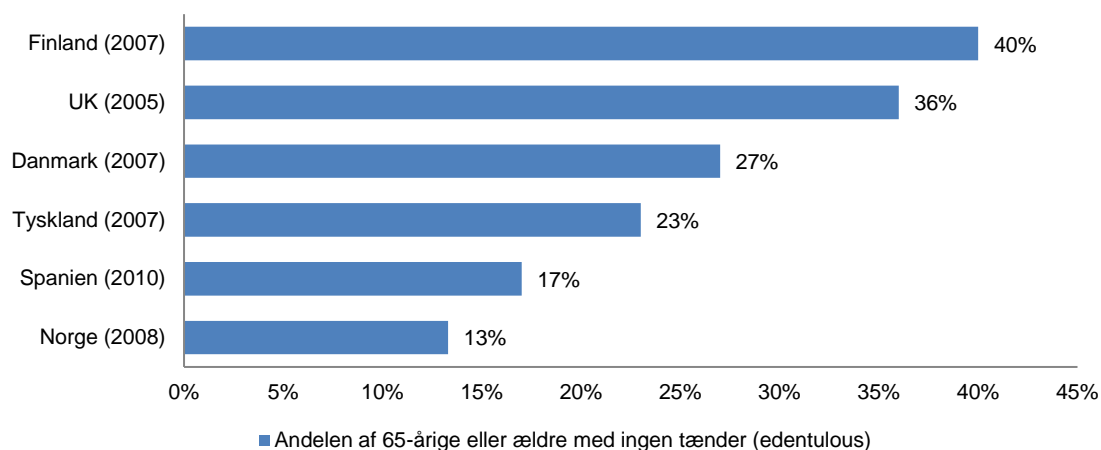
## Tandstatus og lighed i adgangen til tandpleje i en række lande

I dette afsnit beskrives følgende:

1. Andelen af 65-årige eller ældre helt uden naturlige tænder (outcome)
2. Andelen af voksne, der oplyser at have alle naturlige tænder (outcome)
3. Andelen af voksne med tandprotese (outcome/output)
4. Antallet af tandlægebesøg inden for de sidste 12 måneder hos voksne (output)
5. Typer af besøg (output)
6. Indkomstulighed i tandsundhed, tandplejebesøg og typer af tandplejeydelser (outcome/output)
7. Geografisk ulighed (outcome/output)
8. Udækkede behov for tandpleje (outcome).

En del relevante outcomes mangler for visse lande i oversigten, fx DMFT og DMFS for voksne, omfanget af egenomsorg og selv vurderet oral sundhed samt forekomst af parodontitis og erosioner. Data foreligger for Danmark, men det har ikke været muligt at finde opdateret sammenlignende data for disse.

**Bilagsfigur 4.11** Procentandelen af 65-årige eller ældre uden naturlige tænder, 2014



Anm.: Procentandelen af 65-årige eller ældre uden naturlige tænder.

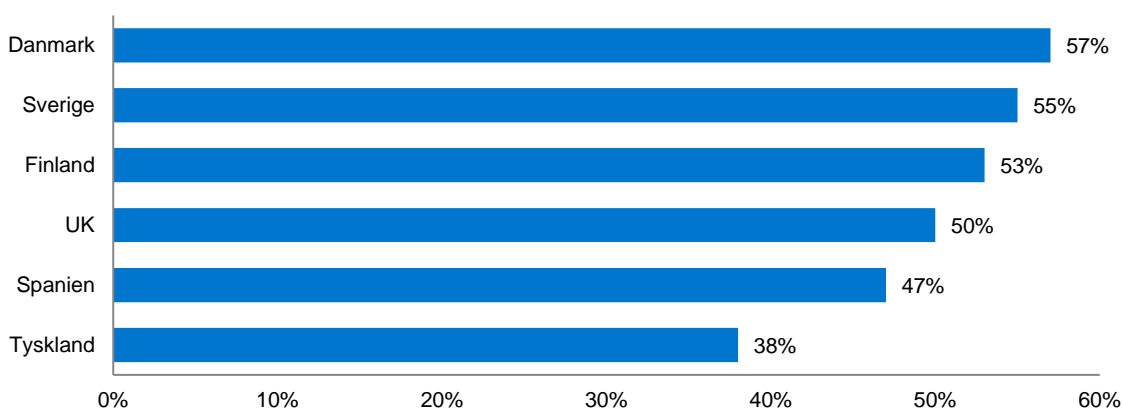
Note: Data for Sverige er ikke tilgængelige.

Kilde: (Kravitz, Bullock & Cowpe 2014), Danmark (Petersen, Ekholm & Jürgensen 2010).

Bilagsfigur 4.11 viser andelen af 65-årige borgere eller derover uden naturlige tænder. Finland har den højeste andel af tandløse blandt ældre på 65 år og derover (40 %), og herefter følger UK med 36 %. Danmark ligger i midten af denne opgørelse med 27 % af ældre uden naturlige tænder. I Tyskland har 23 % af de ældre ingen naturlige tænder fulgt af Spanien og Norge, der har færrest ældre uden naturlige tænder (17 %).

Bilagsfigur 4.12 viser andelen af voksne, der selv oplyser, at de stadig har alle naturlige tænder. De personer, der har alle naturlige tænder, bor primært i de skandinaviske lande. Danmark ligger i top, idet 57 % af befolkningen oplyser, at de har alle naturlige tænder.

**Bilagsfigur 4.12** Andel af voksne, som oplyser, at de har alle\* naturlige tænder, 2009



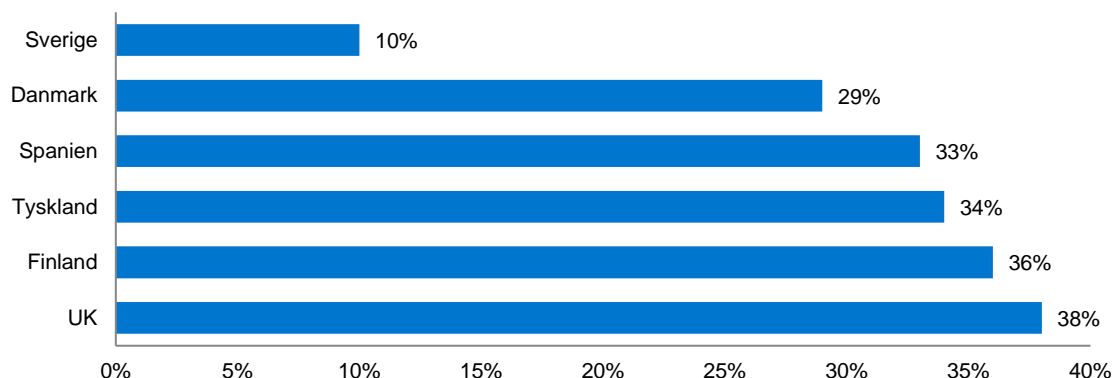
Note: Norge er ikke tilgængelig i denne survey, da kun EU-lande er undersøgt. \* Folk er blevet spurgt til, hvor mange tænder de har, og svarmulighederne var "Alle", "20 eller flere, men ikke alle", "10-19", "1-9" og "ingen".

Kilde: TNS Opinion & Social (2010).

Bilagsfigur 4.13 viser andelen af voksne med tandprotese i procent af dem, der ikke har alle naturlige tænder tilbage. I Sverige har kun 10 % en tandprotese blandt de voksne, som ikke har alle naturlige tænder tilbage. Danmark følger efter med 29 %, hvorefter Spanien, Tyskland og Finland følger trop. I UK er der flest voksne, som bruger tandprotese.



**Bilagsfigur 4.13** Andel af voksne med en tandprotese i procent af dem, der ikke har alle naturlige tænder tilbage, 2009

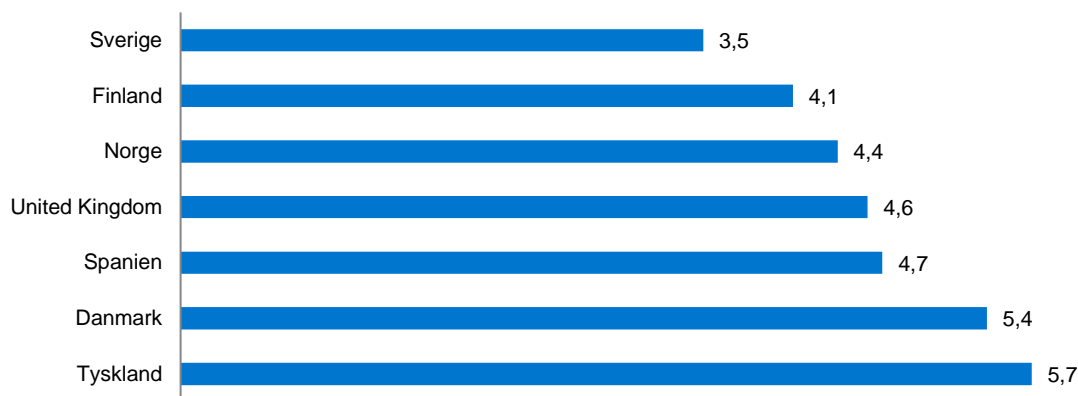


Note: Norge er ikke tilgængelig i denne survey, da kun EU-lande er undersøgt.

Kilde: TNS Opinion & Social (2010).

Bilagsfigur 4.14 viser antallet af nye tilfælde med læbe- og mundhule-cancer (oral cancer). Incidensen af oral cancer hænger sammen med tobaks- og alkoholforbruget. Tyskland og Danmark ligger højt i forhold til de andre lande, hvilket kan hænge sammen med, at forbruget af tobak og alkohol har været på et højt niveau i generationer (Petersen 2015). Sverige er det land i denne analyse, som har det laveste niveau af nye tilfælde med oral cancer.

**Bilagsfigur 4.14** Læbe- og mundhule-cancer, aldersstandardiseret incidensrate pr. 100.000 indbyggere, 2012



Note: Antallet nye tilfælde pr. 100.000 personer pr. år. Incidensraten er aldersstandardiseret, så det er muligt at sammenligne lande med forskellige alderssammensætninger.

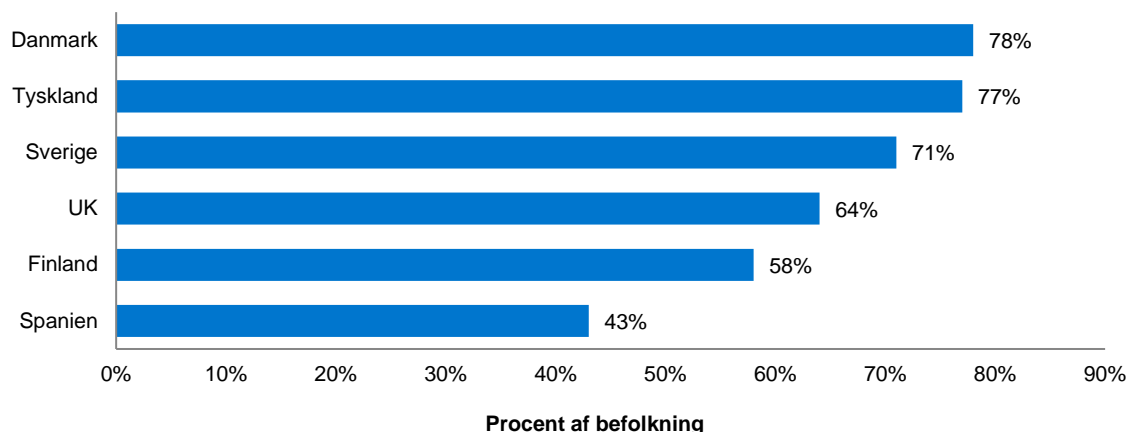
Kilde: Data kan tilgås fra GLOBOCANs hjemmeside, <http://globocan.iarc.fr> (Globocan 2012).

## Tandplejebesøg

Antal, frekvens og karakteren af tandplejebesøg kan dels være et resultat af befolkningens behov, dels af hvordan tandplejen strukturelt er opbygget, og hvilke inputfaktorer der spiller ind. Det skal dog bemærkes, at øget forbrug af tandplejeydelser ikke nødvendigvis er ensbetydende med en højere tandsundhed. Øget efterspørgsel efter tandplejeydelser kan være et udtryk for en dårlig tandsundhed, men kan også være et udtryk for en øget bevidsthed om forebyggelse af tandproblemer og dermed en god tandsundhed.

Nedenfor ses sandsynligheden for et tandlægebesøg inden for de sidste 12 måneder. Tallene stammer fra en spørgeskemaundersøgelse fra 2010 og er dermed selvoplyste, jf. Bilagsfigur 4.15.

**Bilagsfigur 4.15** Hyppighed af tandlægebesøg inden for de sidste 12 måneder (selvoplyst) fordelt på lande, 2009

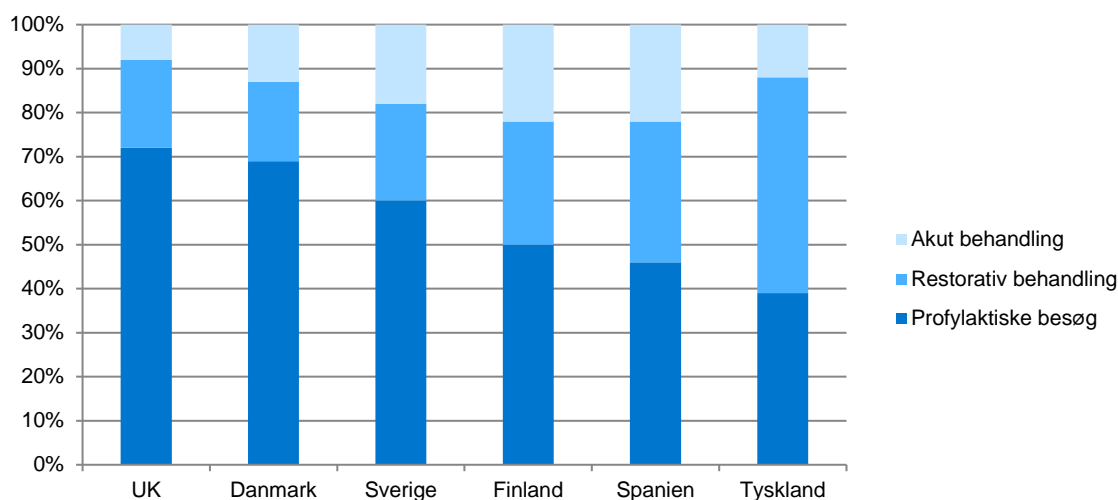


Note: Data for Norge ikke tilgængelige, da kun EU-lande er undersøgt.  
 Kilde: TNS Opinion & Social (2010).

I Danmark og Tyskland er hyppigheden af tandplejebesøg inden for de sidste 12 måneder størst, idet 77-78 % af voksne har haft et tandlægebesøg inden for det seneste år. Lige efter kommer Sverige med 71 % og UK med 64 %. I Finland har 58 % af den voksne befolkning besøgt en tandlæge det seneste år. Spanien ligger i bunden med en hyppighed på 43 %.

Tandplejebesøge kan opdeles i tre forskellige grupper; nemlig profylaktiske besøg, rutinebehandlinger og akutte behandlinger. Profylaktiske besøg er forebyggende besøg bestående af kontrol, undersøgelse eller tandrensning. Fordelingen af disse typer besøg i de undersøgte lande ses i Bilagsfigur 4.16.

**Bilagsfigur 4.16** Procentfordeling af årsager til sidste tandplejebesøg, 2009



Note: Data for Norge ikke tilgængelige, da kun EU-lande er undersøgt.  
 Kilde: TNS Opinion & Social (2010).

Profylaktiske besøg viser faldende tendens i de undersøgte lande. Kun Tyskland har flere rutinemæssige restorative behandlinger end profylaktiske besøg. Til gengæld fylder de akutte behandlinger relativt lidt i Tyskland (12%) i forhold til de andre lande.

## Socioøkonomisk ulighed

Socioøkonomisk ulighed kan måles på mange måder. I denne analyse beskrives tre måder, nemlig ulighed inden for tandsundhed, tandplejebesøg og typer af tandplejebesøg.

### Tandsundhed

Det er veldokumenteret, at der eksisterer en socioøkonomisk ulighed i tandsundhed. Personer med lavere socioøkonomisk status har typisk en dårligere tandsundhed end personer med højere socioøkonomisk status (Watt & Sheiham 1999; Locker 2000; Holst 2008; Makhija et al. 2006; Sanders et al. 2006; Jamieson & Thomson 2006; Petersen 2007; Bernabé & Marcenes 2010; Guarnizo-Herreño et al. 2014).

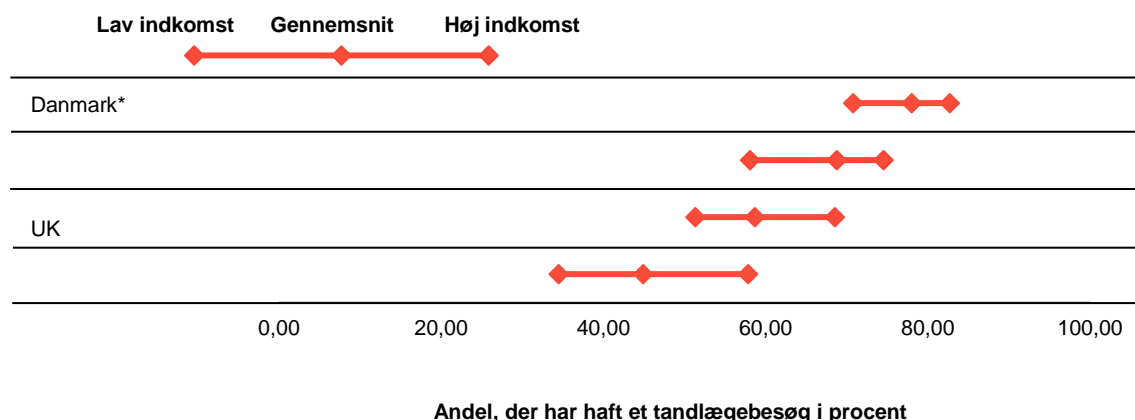
Der er forskellige forklaringer på, hvorfor der er socioøkonomisk ulighed i tandsundheden. De vigtigste faktorer er forskelle i materielle livsomstændigheder, normer og holdninger, sundhedsadfærd og livsstil samt karakteristika ved tandplejesystemets struktur og funktion (Petersen 1990; Petersen 2007; Listl 2011). Netop derfor ses der nærmere på eventuelle forskelle i brugen af tandpleje i næste afsnit.

### Tandplejebesøg

Socioøkonomisk ulighed i tandplejebesøg undersøges i dette afsnit. Data fra OECD viser, at personer med høj indkomst oftere har besøgt deres tandlæge inden for de sidste 12 måneder. OECD har kigget på mange lande, hvorved sammenhængen mellem indkomst og tandlægebesøg er tydelig. Uligheden ser generelt ud til at være større i de lande, hvor sandsynligheden for ikke at besøge sin tandlæge er størst. Omkostninger oplyses som den største grund til ikke at gå til tandlæge (OECD 2013).

OECD har dog kun medtaget fire af de lande, som er med i denne rapport. Disse lande er illustreret i Bilagsfigur 4.17. Figuren viser uligheden i antal tandlægebesøg fordelt på indkomstgrupper. Sammenhængen mellem indkomstulighed og tandlægebesøg er til stede, selvom kun fire lande undersøges. Den viser, at personer med høj indkomst er mere tilbøjelige til at besøge en tandlæge inden for 12 måneder end personer med lav indkomst. Den lave ulighed i brugen af tandlægeydelser i Danmark stemmer dog ikke overens med, at brugerbetalingsandelen er høj. Spanien har en stor brugerbetalingsandel, hvilket stemmer godt overens med, at uligheden er højest af de fire undersøgte lande.

**Bilagsfigur 4.17** Sandsynlighed for et tandlægebesøg inden for de sidste 12 måneder fordelt på indkomstgrupper for lande med tilgængelige data, 2009 (eller nærmeste år)



Anm.: OECD's data for Danmark omhandler besøg inden for de seneste 3 måneder i stedet for de seneste 12 måneder. Alt andet lige er der altid en større sandsynlighed for at have set en tandlæge inden for 1 år end inden for 3 måneder. En survey lavet for Europa-Kommissionen viser en markant højere andel af danskere, som har besøgt en tandlæge inden for det seneste år (78 %) end OECDs tal vedrørende 3 måneder (35 %) (TNS Opinion & Social 2010). Derfor viser figuren en beregnet ulighed for Danmark med data fra Europa-Kommissionen, 2010. Undersøgelsen opdeler dog ikke på indkomstgrupper og ser dermed ikke på ulighed. Uligheden for Danmark er i denne undersøgelse beregnet ved at antage samme varians for uligheden i tandlægebesøg inden for 3 måneder og inden for 12 måneder. Variansen fra OECDs tal er ganget på Euro-barometrets tal for at få uligheden som præsenteret i figuren. Som tjek er OECDs data sammenlignet med Europa-Kommissionens data for tandlægebesøg inden for 12 måneder for UK, Finland og Spanien. Der var ingen forskel på data for disse lande, hvilket gør beregningen for Danmark og den bagvedliggende antagelse mere plausibel.

Note: Data for Norge, Sverige og Tyskland er ikke tilgængelige.

Kilde: OECD (2013), TNS Opinion & Social (2010), Deveaux & Looper (2012).

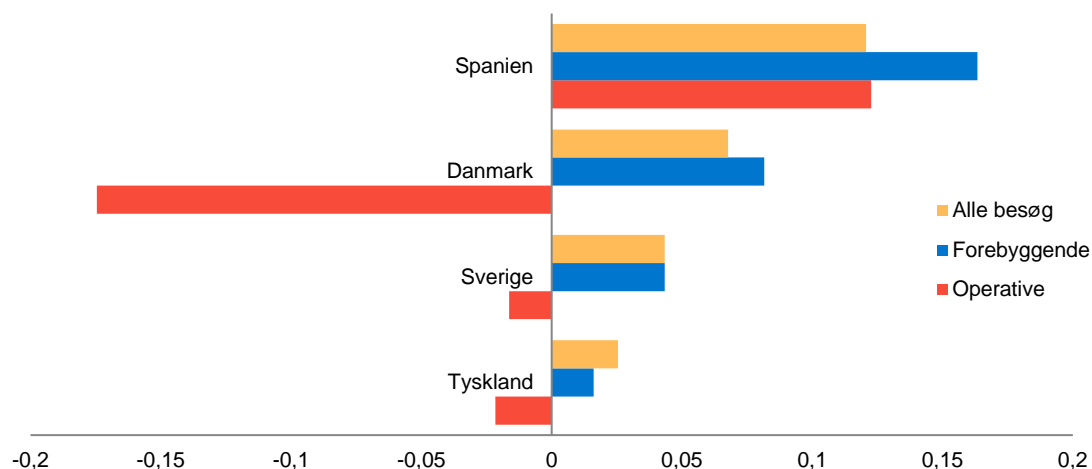
### Typerne af tandplejedydelser

En tredje måde at måle socioøkonomisk ulighed på er ved at se på typerne af tandplejedydelser, som de forskellige socioøkonomiske grupper får. Brugen af forebyggende tandpleje er i et canadisk studie fra 2010 (Grignon et al. 2010) mere typisk hos personer med høj indkomst end hos personer med lav indkomst. Samme tendens er fundet i et studie af europæere over 50 år, som viste en negativ sammenhæng mellem indkomst og brugen af forebyggende tandpleje (Listl 2011). Endelig er sammenhænge mellem regelmæssige forebyggende tandlægebesøg og personlig indkomst og uddannelse dokumenteret i en serie af nationale danske undersøgelser, og trods forbedringer har den sociale ulighed vist sig at persistere siden 1990'erne (Petersen, Ekholm & Jürgensen 2010).

OECD-studiet inkluderer Spanien, Danmark, Sverige og Tyskland, og resultaterne heraf er vist i Bilagsfigur 4.18. Spanien har den højeste ulighed i brugen af tandplejedydelser generelt, og dernæst kommer Danmark og Sverige. Tyskland har den laveste ulighed i dette studie.

For alle fire lande er uligheden højest for forebyggende besøg og lavere ved operative besøg. I Danmark, Sverige og Tyskland er uligheden endda negativ ved operative besøg. Det betyder, at de lave indkomstgrupper har flere operative besøg end de høje indkomstgrupper.

**Bilagsfigur 4.18** Indkomstulighed fordelt på type af tandplejebesøg målt ved "concentration indices" (CI), 2006/2007



Note: Data for England, Finland og Norge var ikke tilgængelige. Concentration indices (CI) som kan benyttes som et mål for indkomstulighed i brugen af sundhedsydelser.

Kilde: Listl (2011).

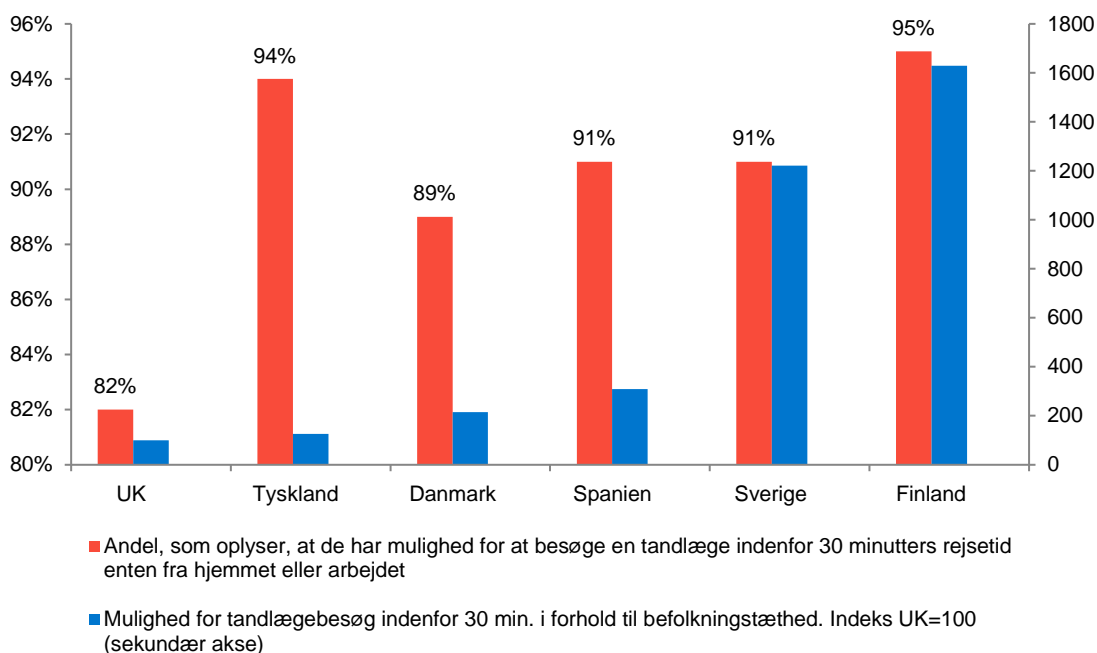
## Geografisk ulighed

Tandlægebesøg ser ud til at være en afgørende faktor for bevarelsen af naturlige tænder og tand-sundhed – især hvis besøgene er regelmæssige (Petersen et al 2010; Thomson et al. 2010; Palència et al. 2014). Regelmæssige besøg hos en tandlæge gør det muligt for borgerne at blive behandlet for diverse tandproblemer, og derudover kan det bidrage til at forebygge sådanne problemer (TNS Opinion & Social 2010).

En essentiel faktor for at besøge en tandlæge er, at der ligger en tandlægeklinik i borgerens nær-område. En spørgeskemaundersøgelse fra 2010 har spurgt ind til, hvor langt borgere har til nærmeste tandlæge i forskellige europæiske lande (TNS Opinion & Social 2010). Generelt oplyser de fleste borgere i de inkluderede lande at have højst 30 minutter til nærmeste tandlæge, jf. Bilagsfigur 4.19 (blå søjle). I Danmark fx har 89 % af respondenterne oplyst, at de har mulighed for at besøge en tandlæge indenfor 30 minutters rejsetid enten fra hjem eller arbejde.

For at se på den geografiske lighed i landene må befolkningstætheden tages med i betragtning. Befolkningstætheden er forskellig mellem landene, hvilket har stor betydning for, hvor vanskeligt det er at sikre en geografisk dækning. Lande med en høj befolkningstæthed vil have lettere ved at opnå geografisk lighed målt som andelen af befolkningen, der har nærmeste tandlæge inden for 30 minutter.

**Bilagsfigur 4.19** Procentandel som oplyser, at de har mulighed for at besøge en tandlæge inden for 30 minutters rejsetid enten fra hjemmet eller arbejdet samt indeks for samme andel sat i forhold til befolkningstæthed



Note: Norge er ikke tilgængelig i denne survey, da kun EU lande er undersøgt.

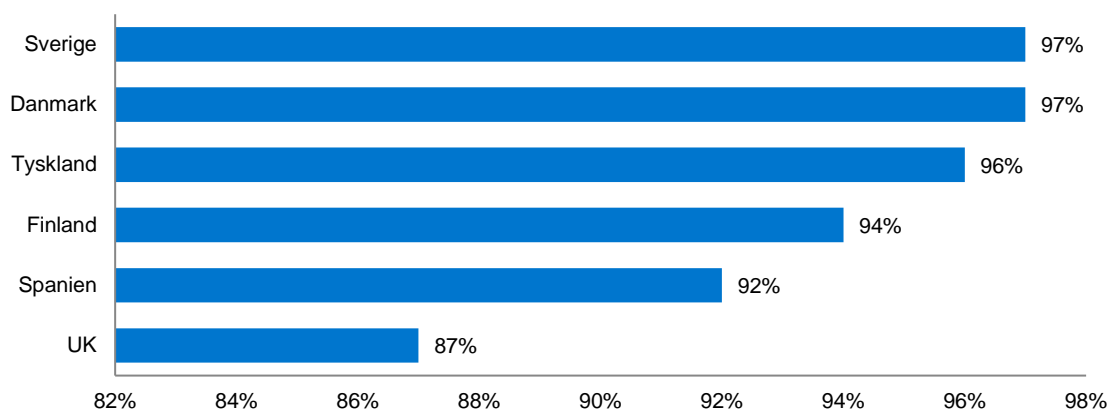
Kilde: TNS Opinion & Social (2010), OECD Stat Extracts (population density) <http://stats.oecd.org/Index.aspx#>

Den geografiske dækning kan fx estimeres ved at sætte andelen af personer med en tandlæge inden for 30 minutter i forhold til befolkningstætheden i det pågældende land. For at kunne sammenligne mellem landene er forholdet indekseret i den sekundære akse i Bilagsfigur 4.19. Jo højere indeks, jo bedre geografisk dækning på trods af forskelligheder i befolkningstætheden.

Det er forskelligt, hvordan landene har formået at sikre en geografisk lighed, når der tages højde for befolkningstæthed. I Finland er befolkningstætheden relativ lille (18 personer pr. km<sup>2</sup>), men alligevel har 95 % af befolkningen en tandlæge inden for 30 minutters afstand, og derfor er Finlands indeks højt i Bilagsfigur 4.19. Et andet eksempel er Danmark, som har en høj befolkningstæthed, hvilket giver et lavere indeks i Bilagsfigur 4.19. Kun UK og Tyskland har et lavere indeks end Danmark. Danmark har altså ikke formået at sikre en ligeså høj geografisk dækning som de andre lande. En årsag hertil kan være, at tandlægerne klynger sig i byerne.

Adgangen til tandlæge, hvis behovet opstår – uanset afstanden til tandlæge – ligger generelt højere, se Bilagsfigur 4.20. I Sverige og Danmark har 97 % adgang til en tandlæge, hvis behovet opstår. Tyskland følger lige efter med 96 %. I Finland og Spanien har langt størstedelen også adgang til en tandlæge, hvis behovet opstår (henholdsvis 94 % og 92 %). UK ligger lavest med 87 % af befolkningen, som mener, at de har adgang til tandlæge, hvis behovet herfor opstår. Så selvom Danmark og Tyskland ikke har så stor geografisk dækning i forhold til deres befolkningstæthed relativt til de andre lande, så har de fleste adgang til tandlæge, hvis behovet opstår. Det kan eventuelt forklares ved, at flere danskere og tyskere har mere end 30 minutter til tandlægen end i de andre lande.

**Bilagsfigur 4.20** Procentandel af voksne, der har adgang til tandlæge, hvis behovet opstår

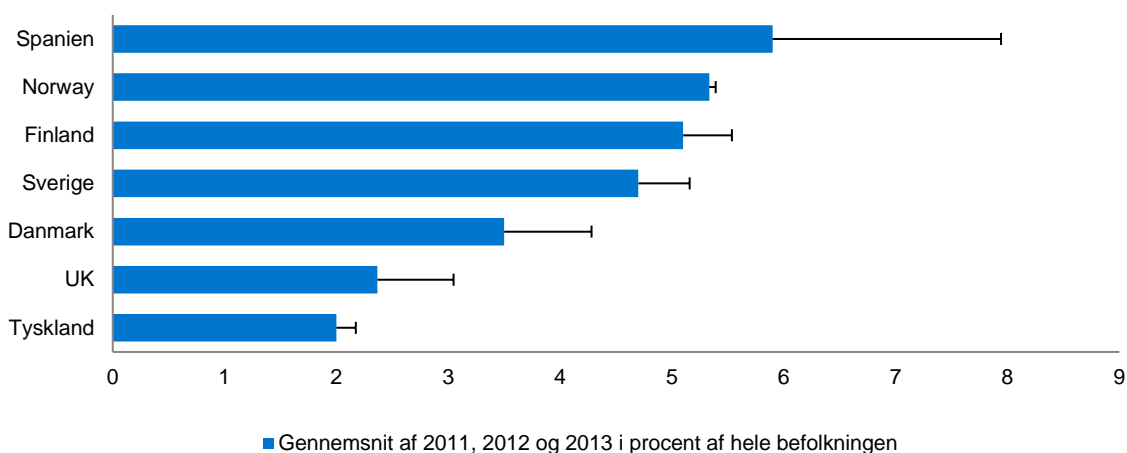


Note: Norge er ikke tilgængelig i denne survey, da kun EU-lande er undersøgt.  
Kilde: TNS Opinion & Social (2010)

## Udækkede behov

Den Europæiske Unions undersøgelse spørger i en survey<sup>16</sup> ind til udækkede behov for tandpleje grundet finansielle barrierer, ventetider eller afstande. Kulturelle faktorer eller politiske debatter kan påvirke oplevelsen af eventuelle udækkede behov og dermed svarprocenterne i de forskellige lande. Derfor er det vigtigt at være forsigtig med at sammenligne andelen med udækkede behov mellem lande. For at minimere tilfældigheder og udefra kommende faktorerers indflydelse på landenes indbyrdes placering vises andelen af befolkningerne, der har oplevet udækkede behov for tandpleje, som et gennemsnit over tre år, nemlig 2011, 2012 og 2013, jf. Bilagsfigur 4.21. Spanien (5,9 %) og Norge (5,3 %) rapporterer de højeste andele efterfulgt af Finland (5,1 %) og Sverige (4,7 %). I Danmark oplever lidt færre udækkede behov (3,5 %). Til sidst kommer UK og Tyskland med de laveste andele af befolkningen med selvoplyste udækkede behov (henholdsvis 2,4 % og 2,0 %).

**Bilagsfigur 4.21** Procentandel af befolkningen med selvoplyste udækkede behov for tandpleje i forskellige lande, gennemsnit af 2011, 2012 og 2013



Note: Standardafvigelser er illustreret.

Kilde: Egne beregninger med data fra EUROSTAT 2014 baseret på EU-SLIC; Indikator: Proportion of persons with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances.

<sup>16</sup> Statistics on Income and Living Conditions Survey: EU-SLIC.

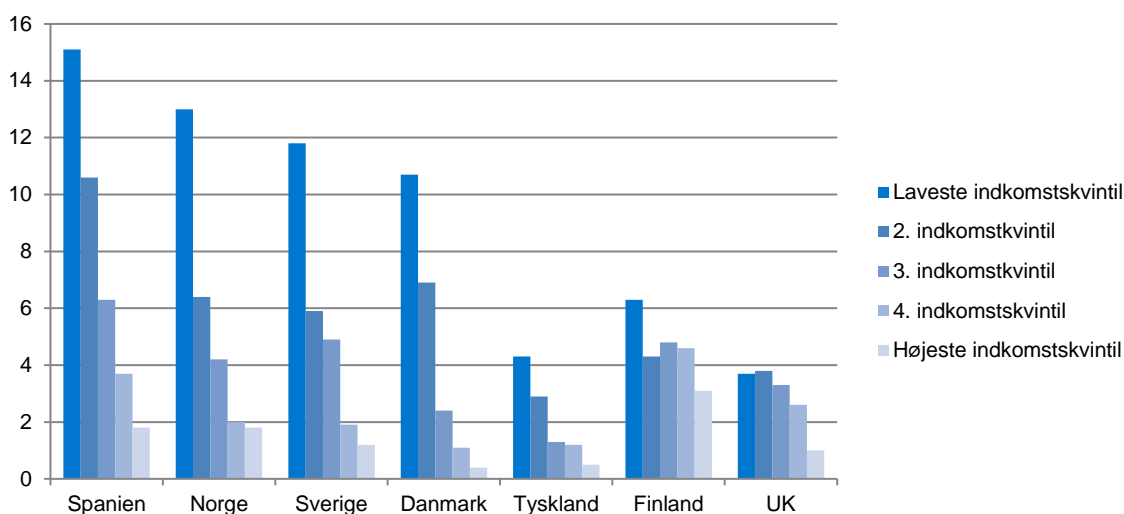
Uligheden i de udækkede tandplejebehov mellem høje og lave indkomstgrupper er illustreret i Bilagsfigur 4.22. I netop de lande, hvor de største andele af udækkede behov ses, er uligheden i størst. Det gælder altså Spanien, Norge og Sverige. Det gælder dog ikke for Finland, som har en relativ høj andel med udækkede behov, men uligheden er stadig lav mellem indkomstgrupperne. En årsag hertil kan være, at Finland har lav brugerbetaling (se Figur 1.1 i kapitel 1).

Danmarks indkomstilighed ligger i midten i forhold til de inkluderede lande. Tysklands, Finlands og UK's indkomstilighed i udækkede tandplejebehov er de mindste, jf. Bilagsfigur 4.22. Det skal dog bemærkes, at der ikke er taget højde for andre socioøkonomiske eller demografiske faktorer, som kan have en indflydelse på resultatet.

Danmark, Tyskland og UK ligger altså lavt i forhold de andre lande både med hensyn til andelen, som oplever udækkede tandplejebehov, og indkomstiligheden i forhold til udækkede tandplejebehov. En mulig grund til, at Tyskland ligger lavt, kan være, at brugerbetalingsandelen af tandplejegyldigheder er lav, se Figur 1.1 i kapitel 1).

Andelen af personer i den laveste indkomstgruppe med udækkede tandplejebehov er 2-3 gange større end for gruppen med middelindkomst og op imod 8 gange større end gruppen med de højeste indkomster, jf. Bilagsfigur 4.22.

**Bilagsfigur 4.22** Andel af befolkningen med selvoplyste udækkede behov for tandpleje i forskellige lande fordelt på indkomst-kvintiler, 2013



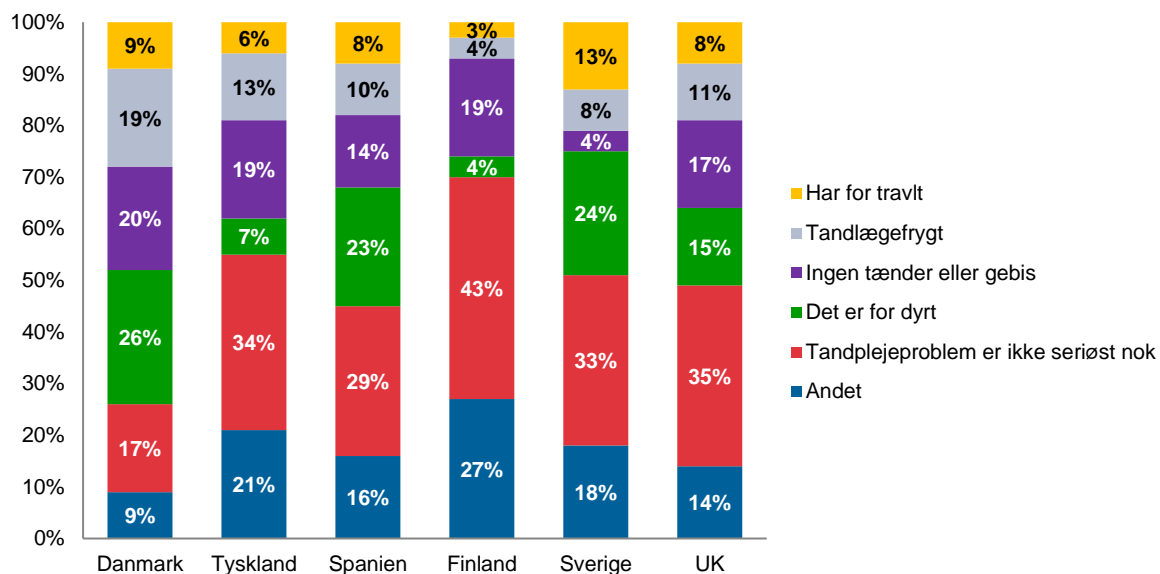
Kilde: EUROSTAT 2014, Indikator: Proportion of persons in the different quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances.

I 2011 var den mest udbredte årsag til de udækkede tandplejebehov fra respondenterne i lavindkomstgrupperne udgifterne til tandpleje (68 % af respondenter med udækkede tandplejebehov), efterfulgt af frygten for tandlæger (9 %). I højindkomstgrupperne var årsagen i mindre grad udgifterne til tandpleje (30 %), men derimod svarede flere, at det handlede om mangel på tid (17 %), tandlægefrygt (15 %) eller ventelister (13 %) (OECD 2013).

Årsagerne til ikke at opsøge tandlæge fordelt på lande blev undersøgt i 2009. Resultaterne herfra er vist i Bilagsfigur 4.23. I Danmark, Sverige og Spanien svarer flest, at den primære grund til ikke at gå til tandlæge er, at det er for dyrt. Dette problem er mindre i UK, Tyskland og Finland.



**Bilagsfigur 4.23** Primær grund til ikke at besøge tandlæge i de seneste 2 år af dem, som ikke havde besøgt en tandlæge det seneste år, 2009



Note: Norge er ikke tilgængelig i denne survey.

Kilde: OECD (OECD 2013)

På de efterfølgende sider findes en sammenstilling af de enkelte indikatorer vedrørende brugerbetaling og efterspørgsel efter tandpleje for så vidt angår input, organisering, output samt outcome. Disse er nævnt ovenfor under for de enkelte lande.

**Bilagstabel 4.1** Input (tandsundhed, ressourcer, demografi mv.)

	Danmark	Norge	Sverige	Finland	Storbritannien	Tyskland	Spanien
Aktive tandlæger pr. 100.000 indbyggere	92 (2013)	90 (2013)	79 (2010)	83 (2013)	54 (2013)	86 (2012)	62 (2012)
Registrerede tandlæger pr. 100.000 indbyggere	143 (2013)	106 (2013)	151 (2010)	109 (2013)	63 (2013)	110 (2012)	66 (2012)
Aktive tandlæger i privat praksis (Iversen & Lurås 2000)	66 %	69 %	46 %	44 %	92 %	96 %	99 %
Tandplejeudgifter i % af totale sundhedsudgifter <sup>17</sup>	4,4 %	5,4 %	6,9 %	5,9 %	-	7,3 %	5,6 %
Befolkningstæthed, 2013 <sup>18</sup>	132	14	24	18	265	231	94
Demografi (% af total), 2013							
0-14-årige	18 %	19 %	17 %	16 %	18 %	13 %	5 %
15-64-årige	64 %	65 %	64 %	65 %	65 %	66 %	67 %
65+-årige	18 %	16 %	19 %	19 %	17 %	21 %	18 %
Indkomstulighed (Gini-koefficient) (OECD 2014)	25	25	27	26	34	29	31
Børnetandplejetilbud	Ja, gratis	Ja, gratis	Ja, gratis	Ja, gratis	Ja, gratis	Ja, gratis	Ja, gratis
Gennemsnitligt DMFT <sup>19</sup> som 12-årig	0,7	1,4	1	1,2	0,8	0,7	1,3
Andel med ingen DMFT som 12-årig (cariesfrie)	72 %	19 %	58 %	42 %	62 %	70 %	53 %
Andel 11-årige, der børster tænder mere end én gang dagligt (Currie et al. 2011)	Drengene: 73 % Piger: 77 %	Drengene: 73 % Piger: 79 %	Drengene: 84 % Piger: 87 %	Drengene: 49 % Piger: 61 %	Drengene: 62 % Piger: 79 %	Drengene: 81 % Piger: 82 %	Drengene: 61 % Piger: 67 %
Andel 11-årige, der dagligt drikker sukkerholdige læskedrikke (Currie et al. 2011)	Drengene: 5 % Piger: 2 %	Drengene: 8 % Piger: 5 %	Drengene: 5 % Piger: 2 %	Drengene: 5 % Piger: 2 %	Drengene: 38 % Piger: 32 %	Drengene: 17 % Piger: 13 %	Drengene: 19 % Piger: 15 %
Daglig rygning blandt voksne i %, 2011 (OECD 2013)	20 %	17 %	13 %	18 %	20 %	22 %	24 %
Alkoholforbrug (voksne) i liter pr. indbygger 2011 (OECD 2013)	10,6	6,6	7,4	9,8	10	11,7	11,4
Forekomst af fluorid (OECD 2013)	Noget naturligt i drikkevandet	Intet	Intet	Intet	Tilsætter fluorid i drikkevand	Intet tilsat drikkevand, men 68 % af bordsalt tilsættes fluorid	11 % bor i et område med kunstigt fluorid i drikkevandet
Købekraft <sup>20</sup>	37.657	55.009	41.191	36.395	36.941	39.028	30.557

<sup>17</sup> Estimerede private og offentlige udgifter, OECD 2013.

<sup>18</sup> The World Bank: <http://wdi.worldbank.org/table>

<sup>19</sup> DMFT: Decayed, Missing due to caries and Filled Teeth

<sup>20</sup> BNP pr. indbygger baseret på købekraftsberegninger (PPP) i den internationale dollar, 2012. Kilde: International Monetary Fund (IMF), World Economic Outlook Database, April 2013.

**Bilagstabel 4.2** Opsamling, output og outcome, ulighed mv.

	Danmark	Norge	Sverige	Finland	England	Tyskland	Spanien
65år+ uden naturlige tænder (Kravitz et al. 2014). Kilde for Sverige: (Petersen 2015)	18 %	13 %	13 %	40 %	36 % (UK)	23 %	17 %
Voksne med alle naturlige tænder, selvoplyst i 2009 (TNS Opinion & Social 2010)	57 %	-	55 %	53 %	50 % (UK)	38 %	47 %
Voksne med tandprotese i procent af voksne uden alle naturlige tænder tilbage, selvoplyst i 2009 (TNS Opinion & Social 2010)	29 %	-	10 %	36 %	38 % (UK)	34 %	33 %
Læbe- og mundhule-cancer, aldersstandardiseret <sup>21</sup> incidensrate pr. 100.000 indbyggere, 2012 (Globocan 2012)	5,4	4,4	3,5	4,1	4,6 (UK)	5,7	4,7
Tandplejebesøg inden for de seneste 12 måneder, selvoplyst i 2009 (TNS Opinion & Social 2010)	78 %	-	71 %	58 %	64 % (UK)	77 %	43 %
Profylaktiske besøg <sup>22</sup> , procent af total (TNS Opinion & Social 2010)	69 %	-	60 %	50 %	72 % (UK)	39 %	46 %
Restorative behandlinger, procent af total (TNS Opinion & Social 2010)	18 %	-	22 %	28 %	20 % (UK)	49 %	32 %
Akutte behandlinger, procent af total (TNS Opinion & Social 2010)	13 %	-	18 %	22 %	8 % (UK)	12 %	22 %
Adgang til tandlæge, hvis behov opstår (TNS Opinion & Social 2010)	97 %	-	97 %	94 %	87 % (UK)	96 %	92 %
Geografisk ulighed (tandlæge inden for 30 minutter) (TNS Opinion & Social 2010)	89 %	-	91 %	95 %	82 % (UK)	94 %	91 %
Adgang til tandlæge, hvis behovet opstår (TNS Opinion & Social (2010)	97 %	-	97 %	94 %	87 % (UK)	96 %	92 %
Mulighed for tandlægebesøg inden for 30 minutter, i forhold til befolkningstæthed (UK = 100). Jo højere indeks, jo bedre geografisk dækning på trods af forskelle i befolkningstæthed	215	-	1.221	1.628	100 (UK)	126	306
Andel af befolkningen med udækkede behov for tandpleje, gennemsnit 2010-2013 (selvoplyst), EU-SLIC	2,8 %	5,4 %	4,5 %	4,8 %	2 % (UK)	2 %	4,9 %
Indkomstilighed i udækkede behov for tandpleje, rangorden mellem inkluderede lande (1 = lavest ulighed og 7 = højest ulighed), EU-SLIC	4	6	5	2	1 (UK)	3	7

<sup>21</sup> Antal nye tilfælde pr. 100.000 indbyggere med standardisering af aldersstruktur for at kunne sammenligne forskellige populationer.

<sup>22</sup> Kontrol, undersøgelse eller tandrensning.

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD