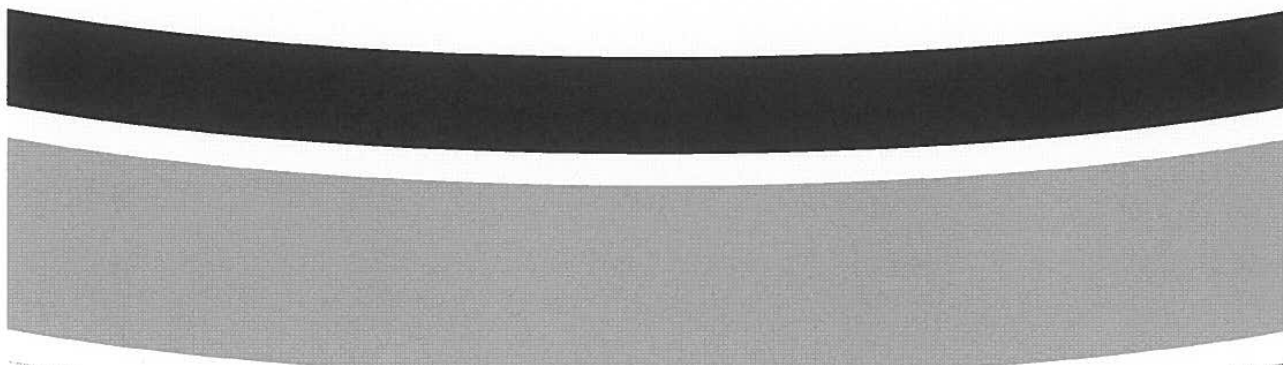


VOKSENTANDPLEJEN

UDREDNING OM OMFORDELING AF TILSKUDET I VOKSENTANDPLEJEN

AUGUST 2007



Udgivet af:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: im@im.dk
Hjemmeside: www.im.dk

Design: 1508 A/S

Indhold

INDHOLD	3
RESUMÉ	5
INDLEDNING	8
1. BAGGRUND.....	8
2. OPGAVERBESKRIVELSE	9
STATUS FOR TANDPLEJEN	10
3. VOKSENTANDPLEJEN OG DE ØVRIGE TILBUD	10
3.1. FORMÅL MED AT GIVE TILSKUD TIL VOKSENTANDPLEJEN	10
3.2. SÆRLIGE TILSKUDSORDNINGER OG TANDPLEJETILBUD	11
4. ORAL OG ALMEN SUNDHED	12
4.1. TANDSYGDOMME HOS BØRN OG UNGE.....	13
4.2. TANDSYGDOMME HOS VOKSENBEFOLKNINGEN	15
5. ØKONOMI OG TILSKUD TIL TANDPLEJE	16
5.1. OFFENTLIGT TILSKUD TIL TANDPLEJE	16
5.2. KONKURRENCE I VOKSENTANDPLEJEN	16
5.3. TILSKUD TIL VOKSENTANDPLEJE	17
5.4. UDGIFTSUDVIKLINGEN I VOKSENTANDPLEJEN	20
5.5. TILSKUD EFTER DEN SOCIALE LOVGIVNING	20
5.6. TILSKUD TIL PARODONTALBEHANDLING	21
OMLÆGNING AF TILSKUD	24
6. VURDERING AF UDVALGTE TANDPLEJEYDELSER I OVERENSKOMSTEN.....	24
6.1. TANDRENSNING	24
6.2. REGELMÆSSIG DIAGNOSTISK UNDERSØGELSE OG KONTROL EFTER REGELMÆSSIG DIAGNOSTISK UNDERSØGELSE.....	27
7. OVERVEJELSER VEDRØRENDE TANDRENSNING OG REGELMÆSSIGE DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER 30	
7.1. TANDSUNDHEDEN I RELATION TIL FORSLAG VEDRØRENDE TANDRENSNING OG REGELMÆSSIGE DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER.....	31
7.2. FRIGIVELSE AF ØKONOMISKE RESSOURCER	32
OMFORDELING AF TILSKUD	36
8. PERSONGRUPPER, DER SOM FØLGE AF SYGDOM HAR SÆRLIGT BEHOV FOR TANDPLEJE.....	36
8.1. PARADENTOSE	36
8.2. DE SOCIALT, ØKONOMISK OG HELBREDSMÆSSIGT DÅRLIGT STILLEDE.....	37
9. TILSKUD TIL PATIENTER, DER SOM FØLGE AF SYGDOM HAR SÆRLIGT BEHOV FOR TANDPLEJE.....	39
9.1. PARODONTALBEHANDLING PÅ 1 ELLER 2 TÆNDER	39
9.2. ÆNDRING AF TILSKUD	39
9.3. STYRKELSE AF INDSATSEN FOR PATIENTER MED PARODENTOSE: MODEL A - B.....	40
10. ØKONOMISKE & FORDELINGSMÆSSIGE KONSEKVENSER	45
10.1. FOR DET OFFENTLIGE.....	45
10.2. FOR BORGERNE	46
BILAG	47
BILAG 1. SAGKYNDIGE.....	47
BILAG 2. HONORAR, TILSKUD OG EGENBETALING FOR OVERENSKOMSTYDELSER	48

Resumé

I udredningen belyses, hvorledes der kan gennemføres en omlægning af regionernes tilskud til tandpleje for voksne, så ressourcerne i højere grad tilgodeser patienter, der som følge af sygdom har særligt behov for tandpleje, som det f.eks. ses for patienter med aggressiv paradentose, og om der findes andre patientgrupper med særligt behov for tandpleje som følge af sygdom.

Udredningen har som forudsætning, at der præsenteres ændringer i tilskudssystemet, som ikke fører til en forøgelse af de offentlige udgifter til tandpleje.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at tandrensning i vidt omfang anvendes som en standard- og rutineydelse i forbindelse med regelmæssig diagnostisk undersøgelse og kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse. Endvidere vurderer Sundhedsstyrelsen, at ydelserne regelmæssig diagnostisk undersøgelse og kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse leveres hyppigere, end der er fagligt belæg for.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at tilskud til tandrensning kun bør gives til patienter efter individuel vurdering, og når der eksisterer en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Endvidere vurderer Sundhedsstyrelsen, at der kun bør gives tilskud til regelmæssige diagnostiske undersøgelser i det omfang, det efter individuel vurdering skønnes nødvendigt.

I lyset heraf kan der, uden at det medfører en forringelse af tandsundheden, foretages en omlægning af tilskudssystemet, så tilskuddet i højere grad tilgodeser patienter, der som følge af sygdom har særligt behov for tandpleje. Dette kunne eksempelvis ske ved kun at give tilskud til almindelig tandrensning i forbindelse med bestemte typer af ydelser, samt ved at ydelsen kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse bortfalder. Sundhedsstyrelsen vurderer, at disse tiltag ikke vil forringe tandsundheden.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at ud af de grupper af patienter med særlige tandplejebehov, der kan indkredses, er patienter med aggressiv paradentose den gruppe, der ikke tilgodeses ved i forvejen etablerede særordninger.

Sundhedsstyrelsen finder dog, at det med den foreliggende viden ikke er muligt at skelne mellem personer med almindelig (kronisk) paradentose og personer med aggressiv paradentose. Det er derfor ikke muligt at målrette tilskudssystemet, så et øget tilskud alene kommer patienter med aggressiv paradentose til gode.

I lyset heraf kan det overvejes, at mindreudgifterne ved ovennævnte forslag anvendes til generelt at styrke indsatsen over for patienter med paradentose. Hermed sikres både folkesundheds- og populationsperspektivet i den almene forebyggelse og behandling af paradentose og tillige tilgodeses patienter med aggressiv paradentose.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at den gældende overenskomst mellem Dansk Tandlægeforening og Regionernes Lønnings- og Takstnævn generelt indeholder de ydelser, der er nødvendige for effektivt at behandle pati-

enter med aggressiv paradentose. Dog vurderer Sundhedsstyrelsen, at en ydelse for parodontalbehandling, hvor kun 1-2 tænder er angrebet, bør indføres.

I udredningen præsenteres to udgiftsneutrale modeller for at hæve tilskuddet til parodontalbehandling.

Model a indebærer en omfordeling af et samlet tilskudsbeløb i størrelsesordenen 300 mio. kr.

Hovedindholdet i denne model a er:

- Frigjorte ressourcer
 - Tilskud til tandrensning gives alene sammen med en regelmæssig diagnostisk undersøgelse med et interval på 1-2 år eller sammen med kontrol efter parodontalbehandling
 - Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse bortfalder som ydelse, mens anvendelsesområdet for individuel forebyggende behandling udvides
- Anvendte ressourcer
 - Der indføres parodontalbehandling for patienter, hvor kun 1-2 tænder er angrebet
 - Tilskuddet til parodontalbehandling fordobles
 - Tilskuddet til kirurgisk parodontalbehandling seksdobles

Det skønnes, at model a vil føre til, at den gennemsnitlige egenbetaling for parodontalbehandling for patienter med aggressiv paradentose vil falde fra omkring 2.100 kr. pr. år til omkring 1.500 kr. pr. år.

En mindre udgiftsneutral omlægning, model b, kan gennemføres med en omfordeling af tilskud i størrelsesordenen 175 mio. kr.

Hovedindholdet i denne model b er:

- Frigjorte ressourcer
 - Tilskud til tandrensning gives alene sammen med en regelmæssig diagnostisk undersøgelse med et interval på 1-2 år eller sammen med kontrol efter parodontalbehandling
- Anvendte ressourcer
 - Der indføres parodontalbehandling for patienter, hvor kun 1-2 tænder er angrebet
 - Tilskuddet til parodontalbehandling forøges med 50 %
 - Tilskuddet til kirurgisk parodontalbehandling tredobles

Det skønnes, at model b vil føre til, at den gennemsnitlige egenbetaling for parodontalbehandling for patienter med aggressiv paradentose vil falde fra omkring 2.100 kr. pr. år til omkring 1.800 kr. pr. år.

I princippet kan forslagene kombineres på en række andre måder, som også indebærer en styrkelse af indsatsen for patienter med paradentose, men det er kun de to nævnte kombinationer, der er udgiftsneutrale.

Det bemærkes, at de socialt dårligt stillede er overrepræsenteret i gruppen af borgere med paradentose^a, og dermed tilgodeses denne gruppe også ved højere tilskud til parodontalbehandling.

I udredningen skitseres endvidere tre faglige opfølgingsinitiativer i tilknytning til de præsenterede modeller for ændring af tilskudssystemet for voksentandplejen:

1) Udarbejdelse af faglige retningslinier for rammeundersøgelsesintervaller for børn, unge voksne og ældre.

2) Faglig opdatering af ydelsesbeskrivelser i den nuværende overenskomst.

3) Indførelse af registrering af indikatorer for parodontal sygdom i lighed med den registrering, der findes for caries, i det af overenskomstparterne allerede aftalte registreringssystem for voksnes tandsundhed.

Disse faglige opfølgningsinitiativer fører ikke til øgede udgifter for det offentlige.

Det bemærkes, at indførelse af tilskud til protetisk rekonstruktion (erstatning for tandtab), vil have udgiftsmæssige konsekvenser, der gør, at det ligger uden for rammerne af udredningen at belyse dette. Til grund for denne vurdering ligger bl.a. erfaringerne fra Sverige.

I Sverige gennemførte man i 2002 en såkaldt 'Högekostnadsskydd' for protetisk tandbehandling (kroner, broer og implantater) for patienter over 65 år. Her betaler patienten de første 7.700 kr. samt alle omkostninger til materialer, og det offentlige dækker den øvrige udgift. Ved indførelsen skønnede man, at de årlige omkostninger ville være 600 mio. kr. I november 2004 oplyste de svenske myndigheder, at de årlige udgifter var blevet ca. 1,5 mia. kr.

Indledning

1. Baggrund

Voksne borgere, der er bosat i landet, har fra de er fyldt 18 år ret til tilskud til forebyggende og behandlende tandpleje hos praktiserende tandlæge i henhold til reglerne i sundhedslovens §§ 65 og 72. Tilskuddet ydes efter bekendtgørelse nr. 201 af 22. februar 2007. Den nærmere specifikation af ydelserne, krav til praksis m.v. fremgår af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandlægeforening.

Regionernes tilskud til tandpleje udgør som hovedregel 40 pct. af tandlægens honorar for de ydelser, der er omfattet af overenskomsten. For enkelte ydelser gives et fast tilskud fra regionerne. Yderligere er der enkelte ydelser uden tilskud fra regionerne, hvor der er fastsat honorar i overenskomsten.

I forbindelse med behandling i maj 2006 af beslutningsforslag nr. 88 om vederlagsfri tandpleje og tandbehandling og nr. 92 om styrkelse af forebyggelse af paradentose og tandkødsbetændelse blev der fra flere politiske partier udtrykt ønske om en nærmere undersøgelse af det nuværende tilskud til voksentandpleje. Der blev spurgt, om det nuværende tilskud kan omfordeles, så det i højere grad tilgodeser de patienter, der har det største behov for tandpleje. I den forbindelse blev patienter med aggressiv paradentose nævnt som en patientgruppe, der har et særligt tandplejeb behov og har høje udgifter til tandpleje.

På denne baggrund er der gennemført et udredningsarbejde til afklaring af mulighederne for en omlægning af regionernes tilskud til tandpleje til voksne.

2. Opgavebeskrivelse

I udredningen er spørgsmål af både faglig og økonomisk art søgt afklaret. Det belyses, hvorledes der kan gennemføres en omlægning af tilskudssystemet, så de ressourcer, der gennem regionernes tilskud afsættes til tandplejeområdet for personer over 18 år, i højere grad tilgodeser patienter, der som følge af sygdom har særligt behov for tandpleje herunder patienter med aggressiv paradentose. I udredningen belyses endvidere, om andre grupper som følge af sygdom har særligt behov for tandpleje.

Udgangspunktet for udredningsarbejdet er, at en omlægning af tilskudssystemet bør ske, så den samlet set giver størst mulig sundhedsgevinst og samtidig tilgodeser de generelle hensyn til befolkningens tandsundhed.

Det er forudsat, at en eventuel omlægning kan gennemføres uden en forøgelse af de offentlige udgifter til tandpleje.

Udredningsarbejdet er gennemført af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsstyrelsen har til udredningsarbejdet indhentet faglige bidrag fra fem sagkyndige (se bilag 1).

Status for tandplejen

3. Voksentandplejen og de øvrige tilbud

Alle voksne borgere, der er bosat her i landet, har fra de er fyldt 18 år adgang til forebyggende og behandlende tandpleje hos praktiserende tandlæger efter eget valg. Hvilke former for tandbehandling, der ydes tilskud til, samt tilskuddene størrelse fremgår af Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos tandlæge i praksissektoren.

Voksentandplejen varetages af privat praktiserende tandlæger, der, ligesom resten af praksissektoren, har tilsluttet sig en overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Herudover findes der særlige tandplejetilbud som omsorgstandpleje, specialtandpleje og odontologiske landdels- og videnscentre, der er målrettet personer med særlige tandplejebehov.

Endvidere findes der særlige tilskudsordninger for personer med Sjøgrens Syndrom og kræftpatienter, der på grund af kemoterapi eller strålebehandling i hoved eller halsregionen har betydelige dokumenterede tandproblemer. Der kan også ydes støtte til tandproteser for borgere, der ikke er omfattet af særlige tandplejeordninger, ved funktionelt eller vansirende skader som følge af ulykkesbetingede skader på tænder m.v.

Endelig er der en række muligheder for støtte til tandpleje gennem den sociale lovgivning efter transbestemte kriterier.

3.1. Formål med at give tilskud til voksentandplejen

Tilskudssystemet indenfor voksentandpleje er indrettet, så der er lagt vægt på at anvende de ressourcer, der er til rådighed, til at fremme tandsundheden mest muligt. Derfor er de forebyggende ydelser og visse behandlingsydelser prioriteret højt.

Der er taget udgangspunkt i, at det ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt er hensigtsmæssigt at foretage regelmæssige diagnostiske undersøgelser, der er tilpasset den enkeltes behov for behandling og forebyggelse. Hermed sigtes der på at fremme og sikre gode tandplejevaner hos den enkelte borger, således at de gode resultater, der opnås i den vederlagsfrie kommunale børne- og ungdomstandpleje, kan blive videreført. Tilskudssystemet skal derved inspirere den enkelte til gennem regelmæssige tandplejevaner at bevare tænder, mund og kæbe i funktionsdygtig tilstand gennem hele livet.

Forebyggelse er og bør være central i indsatsen på tandsundhedsområdet, men det kan være relevant at vurdere, hvorvidt enkelte behandlingsydelser ud fra faglige vurderinger skal prioriteres højere i form af et øget tilskud. Et offentligt tilskud bør gives, hvor der er den bedste effekt for tandsundheden. Det undersøges derfor i udredningen, om der fra enkelte ydelser kan frigives midler, uden at det går ud over tandsundheden i befolkningen, og om disse kan anvendes til behandlingsydelser, der ud fra en faglig vurdering bør prioriteres højere.

3.2. Særlige tilskudsordninger og tandplejetilbud

Der eksisterer i dag en række særlige tilskudsordninger og tandplejetilbud for persongrupper, som har et særligt behov for tandpleje. Yderligere findes der tilskudsordninger for mindre bemidlede pensionister m.v.

3.2.1. Omsorgstandpleje

Kommunalbestyrelsen tilbyder forebyggende og behandlende tandpleje til personer over 18 år, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud. Personens egenbetaling kan maksimalt udgøre 405 kr. årligt (2005-niveau).

Personkredsen for omsorgstandplejetilbuddet er karakteriseret ved personer, hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp i almindelige daglige funktioner eller for egentlig pleje.

Det er karakteristisk, at personkredsen har nedsat evne til at klare egen daglig hjemmetandpleje. Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds bor i ældrebolig / plejehjem og modtager alderspension, mens en mindre del udgøres af udviklingshæmmede og sindslidende personer.

3.2.2. Specialtandplejen

Kommunalbestyrelsen tilbyder et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller omsorgstandplejen.

Specialtandplejetilbuddet sigter mod personer med betydelig og varig nedsat funktionsevne, som ofte har behov for omfattende sygepleje- eller pædagogisk bistand. En del af målgruppen vil være indlagt på psykiatriske hospitaler, tilknyttet distriktpspsykiatriske ordninger/boformer efter serviceloven eller regionale almene ældreboliger. Personens egenbetaling kan maksimalt udgøre 1450 kr. årligt (2005-niveau).

3.2.3. Tilskud til ulykkesbetingede tandskader

Kommunalbestyrelsen yder støtte til tandproteser til personer i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader på tænder, mund og kæbe. Støtten ydes til voksne borgere, der ikke er omfattet af særlige tandplejeordninger (omsorgstandpleje, specialtandpleje) og er uafhængig af den pågældende persons økonomiske forhold.

3.2.4. Tilskud til kræftpatienter og Sjøgrens patienter

Regionsrådet yder et særligt tilskud til tandpleje til kræftpatienter, der på grund af strålebehandling i hoved eller halsregionen eller på grund af kemoterapi har betydelige dokumenterede tandproblemer.

Regionsrådet yder endvidere et særligt tilskud til tandpleje til personer, der på grund af Sjøgrens Syndrom har betydelige dokumenterede tandproblemer.

3.2.5. Tilskud til tandbehandling via sociallovgivningen

Mindre bemidlede alderspensionister kan få tildelt helbredstillæg og/eller personligt tillæg til tandpleje jf. afsnit 5.5. Førtidspensionister, hvis pensionssag er startet før 1. januar 2003 kan opnå helbredstillæg og personligt tillæg på linie med alderspensionister. For førtidspensionister, hvis pensionssag er startet efter 1. januar 2003, kan der ansøges om tilskud til tandpleje efter de regler, som i øvrigt er gældende for kontanthjælpsmodtagere.

4. Oral og almen sundhed^b

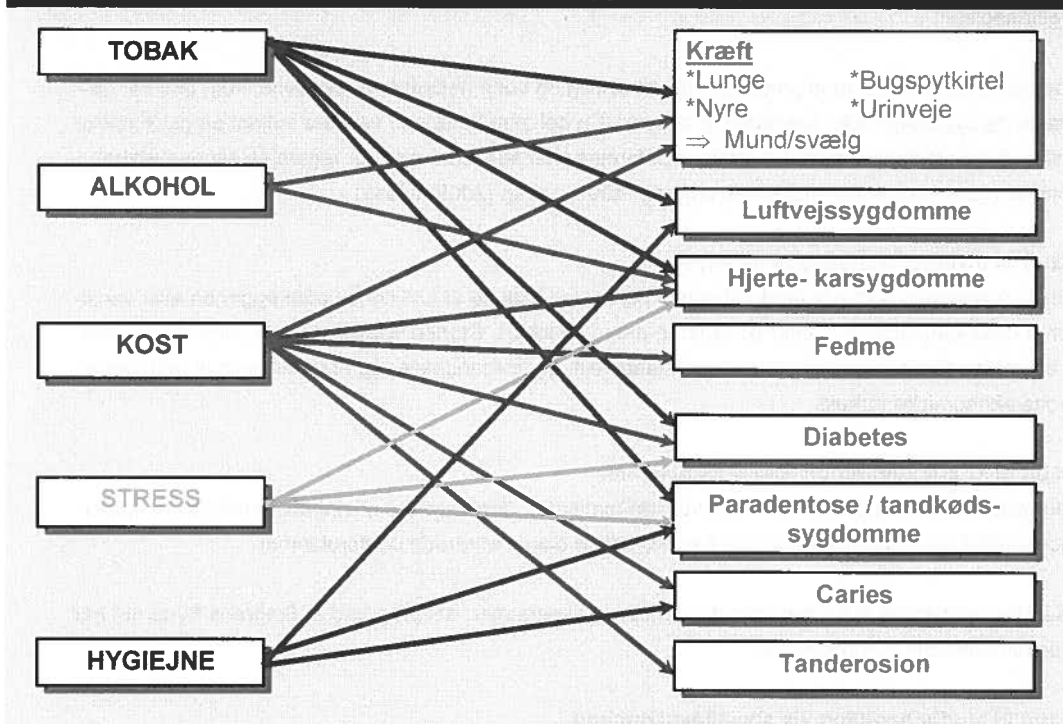
Sygdomme i tænder og mund er igennem generationer blevet betragtet som isolerede helbredsproblemer. Mundhulen er imidlertid en integreret del af kroppen, og ligesom almene sygdomme kan tand- og mundsygdomme give anledning til begrænset funktion og livskvalitet for det enkelte individ.

Tand- og mundsygdomme har ud over et biologisk grundlag stærke årsager knyttet til livsstil, sundhedsadfærd, sociale og økonomiske livsbetingelser samt miljøforhold.

Caries er direkte relateret til hyppig og høj indtagelse af sukker^c. Tobaksforbrug øger klart risikoen for parodontose og mundhulekræft; ekstrem indtagelse af alkohol (især spiritus) sammen med højt tobaksforbrug giver desuden synergistisk effekt for mundhulekræft og andre slimhindelidelser.

Tand- og mundsygdomme har i princippet de samme sociale og adfærdsmæssige årsagsforhold som andre kroniske sygdomme jf. figur 1. De fælles årsagsfaktorer kan i vid udstrækning forklare, hvorfor der er sammenhænge mellem almene sygdomme og tand- og mundsygdomme.

Figur 1. Risikofaktorer for udvalgte almene og orale sygdomme (16)



Ud fra et folkesundhedsperspektiv er caries og parodontose de alvorligste tandsygdomme. Følgerne af disse sygdomme i form af tandtab m.v. er dominerende, og disse sygdomme lægger beslag på størsteparten af samfundets udgifter til tandpleje. Endvidere er den faglige viden ud fra epidemiologiske undersøgelser primært fokuseret på disse sygdomstilstande. I det følgende vil analyserne af tand- og mundsygdommes udbredelse i Danmark derfor være centreret om disse tandsygdomme.

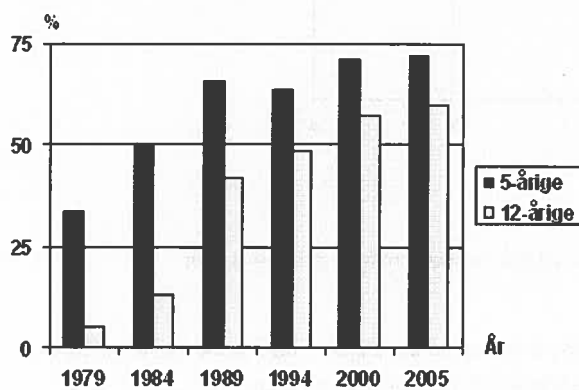
4.1. Tandsygdomme hos børn og unge

Det generelle billede af udviklingen siden 1970'erne viser, at der er sket markant stigning i andelen af børn og unge, der er helt cariesfrie. Det gennemsnitlige antal tænder og tandflader ramt af caries har været systematisk faldende, mængden af ubehandlet caries er faldet, og behovet for behandling af caries er imødekommet gennem fyldningsterapi.

Parallelt med reduktionen i sygdomsmængden er cariesincidensraten mindsket betydeligt, og cariesforekomsten er derfor kun markant hos en mindre gruppe af børn og unge. Dette mønster tegner sig for alle årgange af børn og unge.

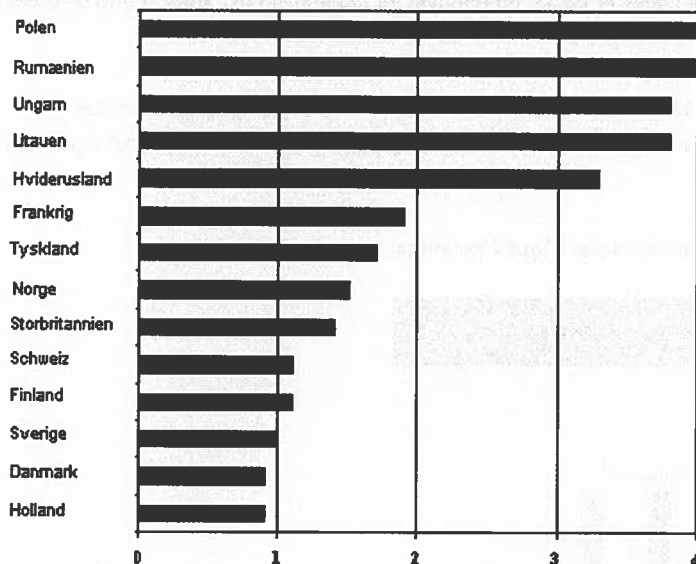
Udviklingen i tandsundheden for børn er illustreret i figur 2 nedenfor.

Figur 2. Procentandelen af cariesfrie 5- og 12-årige børn i Danmark (5)



Med denne positive udvikling i tandsundheden for børn og unge placerer Danmark sig nu helt i top sammenlignet med en række andre lande i Europa, som det fremgår af figur 3.

Figur 3. Gennemsnitligt antal tænder med caries (DMFT*) hos 12-årige i udvalgte lande (16)



* Note: DMFT = antal tænder (T) med ubehandlet caries (D), mistede tænder som følge af caries (M) og fyldte tænder (F)

I takt med den generelle forbedring af tandsundheden på landsplan er tidligere tiders store forskelle i tandsundhed mellem Øst- og Vestdanmark og by og land blevet udlignet for børn og unge.

Den forbedrede tandsundhed hos børn og unge er ikke kommet af sig selv. Systematiske folkesundhedsinitiativer med fokus på udvikling af sund livsstil, kost og hjemmetandpleje, brug af fluortandpasta, forebyggende tandpleje inden for rammerne af den kommunale børnetandpleje, opsøgende virksomhed og tidlig indsats over for småbørn er nogle af de vigtigste faktorer, og dertil kommer forbedrede levevilkår og uddannelsesniveau^d.

Der er dog forskelle i tandsygdomsrisiko efter sociale og adfærdsmæssige forhold. Undersøgelser viser, at selv i Danmark, hvor vi har en meget veludviklet kommunal tandpleje for børn, er risikoen for caries allerede i børnehaveklassealderen 2-3 gange højere hos børn fra hjem med lavt uddannelsesniveau og lav indkomst i forhold til børn, der kommer fra hjem med højt uddannelsesniveau og høj indkomst^e.

Hyppig indtagelse af slik og søde fødeemner, svag familiestøtte med manglende omsorg for tandpleje fra forældre bidrager til høj sygdomsrisiko både hos børn og unge^f. En manglende tandplejetradition og sundhedskultur kombineret med hyppig indtagelse af sukker, slår også negativt igennem på børns tænder hos mange indvandrergupper og flygtningebørn. Sygdomsmængden er især høj for børn, der har baggrund i lande i Mellemøsten og Central- og Østeuropa^g.

4.2. Tandsygdomme hos voksenbefolkningen

Danmark har ikke etableret et populationsbaseret sygdomsregister til monitorering af tand- og mundsundheden hos voksne.

Overvågning af helbredsforholdene finder derfor sted på basis af regelmæssige undersøgelser af repræsentative befolkningsudsnit. Disse undersøgelser har givet solid viden om sociale og adfærdsmæssige determinanter for oral sundhed og sygdom.

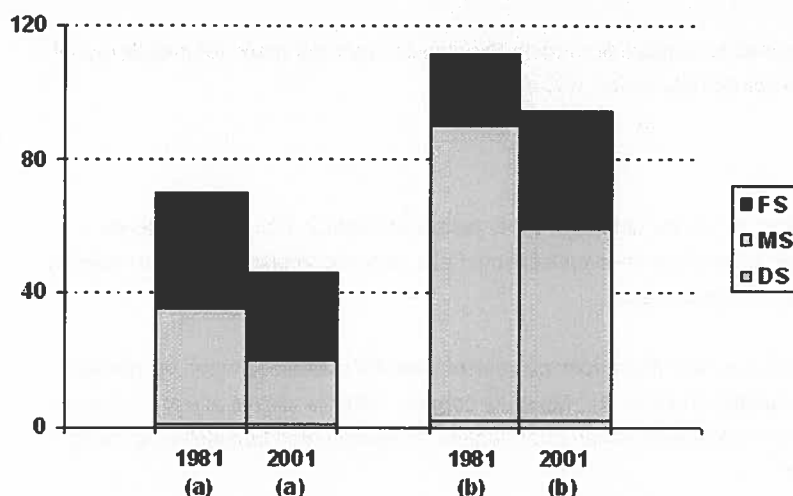
En landsdækkende klinisk-epidemiologisk undersøgelse fra 2001^h viser, at sygdommene caries og paradentose fortsat rammer næsten alle mennesker, og der er fortsat mange tænder, der rammes af caries og paradentose.

Figur 4 viser, at gennemsnitligt har 35-44-årige ca. 45 tandflader med carieserfaring hvoraf godt halvdelen udgøres af fyldninger.

Hos 65-74-årige udgør tandudtrækning fortsat en stor del af sygdomserfaringen. Hos både yngre voksne og ældre er omfanget af ubehandlet caries meget lavt.

Der er i øvrigt påvist en markant forbedring fra 1981 til 2001.

Figur 4. Carieserfaring: Gennemsnitligt antal tandflader med ubehandlet caries (DS), mistede tandflader (MS) og fyldte tandflader (FS) 35-44-årige (a) og 65-74-årige (b) danskere i 1981 (12) og 2001 (13)



Cariessygdommens udbredelse afhænger blandt andet af sociale og demografiske faktorer. Det samlede sygdomsniveau og mængden af ubehandlet caries er relativt større i den vestlige del af landet end i den østlige del. Endvidere er cariestallene højere i landområder end i byerne hos voksenbefolkningen¹.

5. Økonomi og tilskud til tandpleje

5.1. Offentligt tilskud til tandpleje

Alt efter hvor man er i livet, er der forskellige muligheder for tilskud til tandpleje. Tandpleje for børn og unge mellem 0-17 år er vederlagsfri og højt prioriteret, idet erfaringen viser, at bevarelse af tænder og tidlig indlæring af gode tandplejevaner er essentielt for at opretholde tandsundheden i voksenlivet¹.

I 2005 blev der i kommuner og amtskommuner anvendt 1.809 mio. kr. til tandpleje til børn og unge, omsorgstandpleje, amtstandpleje og amtsspecialtandpleje.

I voksentandplejen blev der i amterne i 2005 anvendt 1.236 mio. kr. til tilskud til ydelser omfattet af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandlægeforening. Hertil kommer tilskud gennem en række ordninger under den sociale lovgivning, der beløber sig til omkring 344 mio. kr. (se afsnit 5.5).

Endelig kan kommunerne give støtte til sygebehandling herunder tandbehandling til udlændinge gennem integrationsloven. Dette beløb kan dog ikke opgøres isoleret fra tilskud til andet, der falder ind under hjælp i særlige tilfælde (kapitel 6 i integrationsloven).

På basis af ovenstående vurderes det, at der samlet gives omkring 3.390 mio. kr. fra det offentlige til voksentandpleje, tandpleje til børn og unge, omsorgstandpleje og de øvrige ordninger. Egenbetalingen var i 2005 omkring 5.364 mio.kr.¹ De totale udgifter til tandpleje er dermed 8.754 mio. kr., hvoraf den samlede offentlige andel udgør cirka 39 pct.

1,7 mio. borgere får gennem den medlemsfinansierede ordning Sygeforsikringen 'danmark' refunderet en del af deres tandlægeregninger². I 2005 var der tale om ca. 650 mio. kr.^k

5.2. Konkurrence i voksentandplejen

For de fleste ydelser i overenskomsten for voksentandpleje er der fastsat et honorar. For enkelte ydelser i overenskomsten er der fri prisdannelse. Dertil kommer ydelser som f.eks. broer og implantater, der er udenfor overenskomsten og dermed også har fri prisdannelse.

Forbrugeredegørelsen fra 2005 viser, at priskonkurrencen på ydelser uden for overenskomsten og ydelser i overenskomsten uden honorarfastsættelse er relativ lav¹. Meget få borgere skifter tandlæge af andre årsager end geografiske. Dette kan skyldes en række forhold herunder generel tilfredshed med tandplejen og manglende gennemsigthed på markedet.

Tandlægerne er både faglige vejledere for patienterne og udbydere af ydelser - herunder ydelser som leveres på markedsvilkår. Herved er det i vidt omfang muligt for tandlægerne at påvirke efterspørgslen efter bestemte former for tandlægeydelser gennem den mekanisme, der kan kaldes 'udbyder-induceret efterspørgsel'. Derfor er der i Forbrugeredegørelsen fra 2005 peget på behovet for, at det offentlige bidrager til at skabe gennemsigthed på markedet for tandplejeydelser.

¹ Det er ikke muligt præcist at opgøre egenbetalingen til tandpleje i Danmark. Danmarks Statistiks forbrugerundersøgelse fra 2002 til 2004 viser, at der gennemsnitlig bruges 5.146 mio. kr. på tandpleje i danske husstande. På denne baggrund kan det vurderes, at egenbetalingen til tandpleje i 2005 er omkring 5.364 mio. kr. (reguleret fra 2003-niveau til 2005-niveau).

² Gruppe 1, 2 og 5-medlemmer i Sygeforsikringen 'danmark' per 31. december 2005.

Der er blandt andet i forlængelse heraf gennem overenskomsten aftalt en række foranstaltninger, der skal øge gennemsigtigheden på markedet. For eksempel skal tandlæger offentliggøre priser for en række ydelser på den offentlige sundhedsportal, sundhed.dk. Som følge af overenskomsten, der trådte i kraft den 1. april 2007, er det nu også muligt at foretage en avanceret søgning på sundhed.dk, hvorved borgere kan foretage pris-sammenligninger mellem forskellige tandlæger i et område.

Hermed får borgerne en let og bekvem mulighed for at sammenligne priser på tandlægeydelser, hvilket kan bidrage til, at borgere på et oplyst grundlag kan vælge tandlæge.

Endvidere skal der i tandlægeklinikkernes venteværelse være opsat synlige prislister, der dækker en række ydelser. Forbrugeredegørelsen viser dog, at det i 2005 kun var 12 pct. af tandlægebrugerne, der havde lagt mærke til en prisliste i venteværelset.

På indenrigs- og sundhedsministerens opfordring er der nu indgået en overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandplejerforening om tandpleje ved privat praktiserende tandplejere. Overenskomsten, der trådte i kraft d. 1. juni 2007, giver på denne baggrund mulighed for tilskud til ydelser leveret af selvstændige tandplejere.

Tandplejerne vil blandt andet foretage basal tandpleje, der også er omfattet af tandlægeoverenskomsten. Hermed skabes et frit valg mellem tandplejere og tandlæger, der styrker borgernes valgmuligheder, og skaber øget konkurrence på tandplejeområdet.

I overenskomsten for tandplejerne er honorarerne fastsat som maksimale honorarer, hvorved der er åbnet for priskonkurrence i relation til basal tandpleje. Praktiserende tandplejere skal lige som tandlægerne offentliggøre en række priser på sundhed.dk. Dette kan betyde lavere priser til forbrugerne og medvirke til at skabe øget gennemsigtigheden på området.

5.3. Tilskud til voksentandpleje

Regionernes tilskud til tandpleje og tandbehandling til borgere fra 18 år fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren i henhold til § 72 i sundhedsloven. Tilskudsordningen er indrettet, så der gives tilskud til en lang række forebyggende og behandlende ydelser indenfor tandplejen.

Gennem overenskomsten er der fastsat et honorar for de fleste af disse ydelser. Typisk udgør tilskuddet 40 pct. af honoraret for ydelsen. For at sikre en let overgang fra den vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje og fastholde de unge i gode tandplejevaner gives de 18-25-årige et tilskud på 65 pct. til regelmæssig diagnostisk undersøgelse og kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse. For en række ydelser herunder fyldninger er der fastsat et bestemt tilskudsbeløb.

I bilag 2 findes en oversigt over ydelser i overenskomsten for voksentandpleje, honorarstørrelse, regionernes tilskud og egenbetalingen.

I tabel 1 nedenfor ses tilskud givet til tandbehandling i 2006 fordelt på ydelsesgrupper. I bilag 3 ses tilskud givet i 2006 fordelt på de enkelte ydelsesnumre.

Det fremgår af tabellen, at der i 2006 blev givet 337 mio. kr. i tilskud til de almindelige tandrensningssydelser, hvilket er den største del af det samlede tilskud.

Der blev givet 331 mio. kr. til de regelmæssige diagnostiske undersøgelser, kontrol efter disse og bitewings i forbindelse med disse.

Tilskuddet til fyldninger og gradvis ekskavering udgjorde 216 mio. kr., hvilket dermed er den tredjestørste udgiftspost.

Til parodontalbehandling blev der i alt givet 181 mio. kr., hvilket gennemgås nærmere nedenfor.

Herefter følger de diagnostiske og forbyggende behandlinger, kontrol efter disse og bitewings i forbindelse med disse, hvor der i alt blev givet 71 mio. kr. Dette er noget over de 65 mio. kr., der blev givet til pulpabehandling (rodbehandling) og rodfyldning.

Endelig blev der givet 56 mio. kr. i tilskud til fjernelse af tand og tandudtrækning.

Tabel 1. Tilskud til tandpleje i 2006		
Ydelse	Ydelsesnummer	Tilskud (i mio. kr.)
Regelmæssige diagnostiske undersøgelser samt kontrol og bitewings	1140, 1141, 1150, 1170 og 1171	331,15
Diagnostisk og forebyggende behandling samt kontrol og bitewings	2910, 2920, 2930 og 1151	71,01
Alm. tandrensning	1301 og 1302	337,20
Fjernelse af tand og tandudtrækning	1701 og 1801	56,39
Fyldninger og gradvis ekskavering	1501, 1502, 1503, 1505, 1506, 1507, 1551, 1552, 1553, 1555, 1556 og 1557	216,47
Pulpabehandling og rodfyldning	1600, 1601, 1605, og 1606	64,79
Parodontalforebyggelse og -behandling	1420, 1425, 1430, 1431, 1440, 1452, 1453 og 1454	180,94
I alt		1.257,95

Kilde: Sygesikringsregistret

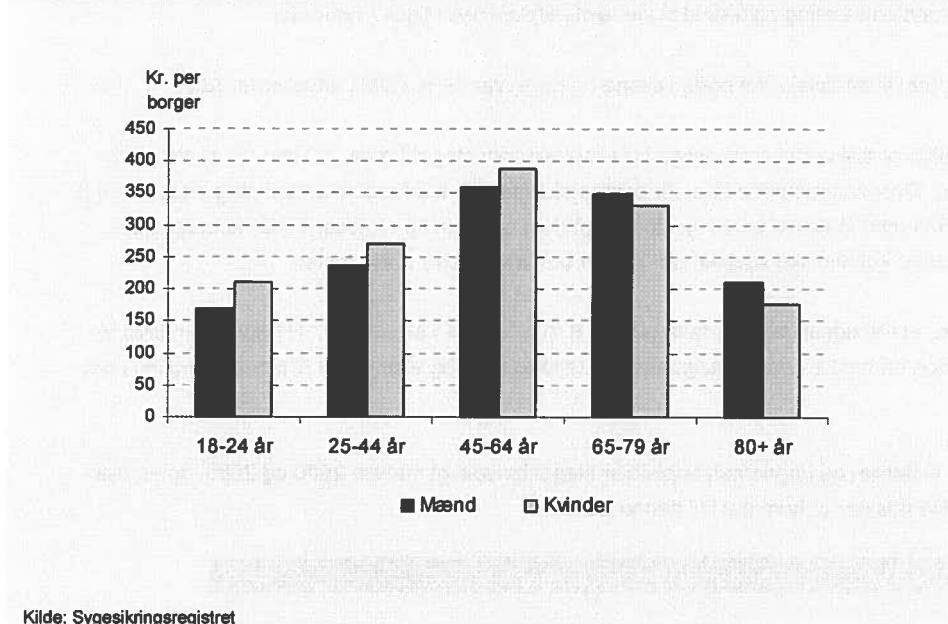
I 2006 blev der givet 661 mio. kr. i tilskud til kvinder og 596 mio. kr. i tilskud til mænd. Det svarer til, at der gives 53 pct. af tilskuddet til kvinder og 47 pct. til mænd.

I figur 5 ses det, at for både mænd og kvinder gives størst tilskud per borger til gruppen af 45 til 64-årige. Herefter følger de 65 til 79-årige og de 25 til 44-årige. For kvinders vedkommende gives det mindste tilskud til borgere fra 80 år, mens for mænd er det borgere fra 18 til 24 år, der får mindst tilskud.

Det lave forbrug af tandlægehjælp for de 18 til 24-årige kan til dels tilskrives, at denne gruppe på grund af god tandsundhed har et relativt lille behov for tandbehandling, og bl.a. derfor ikke går til tandlægen så hyppigt som øvrige voksne borgere.

For borgerne over 80 år, må det formodes, at tandproteser for en række borgere mindsker behovet for tandbehandling. Op mod halvdelen af borgerne over 75 år er tandløse^m.

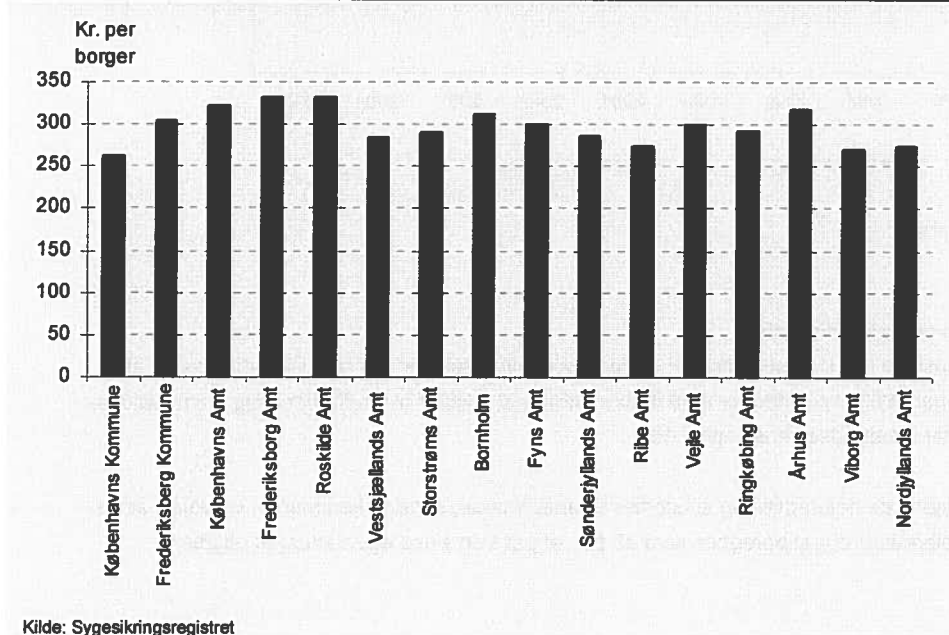
Figur 5. Tilskud per borger fordelt på køn og aldersgrupper i 2006



I figur 6 nedenfor ses tilskuddet per borger til tandpleje i 2006 fordelt på amter. Det fremgår af figuren, at det højeste tilskud gives til borgere i Frederiksborg og Roskilde amter, mens der gives mindst tilskud til borgere i København Kommune.

Forskellene mellem forbruget af tandlægehjælp og dermed tilskuddet kan skyldes en række faktorer herunder behov for tandpleje, afstand til tandlæge og forskellige forbrugsmønstre.

Figur 6. Tilskud per borger fordelt på amter i 2006



5.4. Udgiftsudviklingen i voksentandplejen

Udviklingen i tandlægenes omsætning og tilskud til voksentandpleje ses i figur 7 nedenfor.

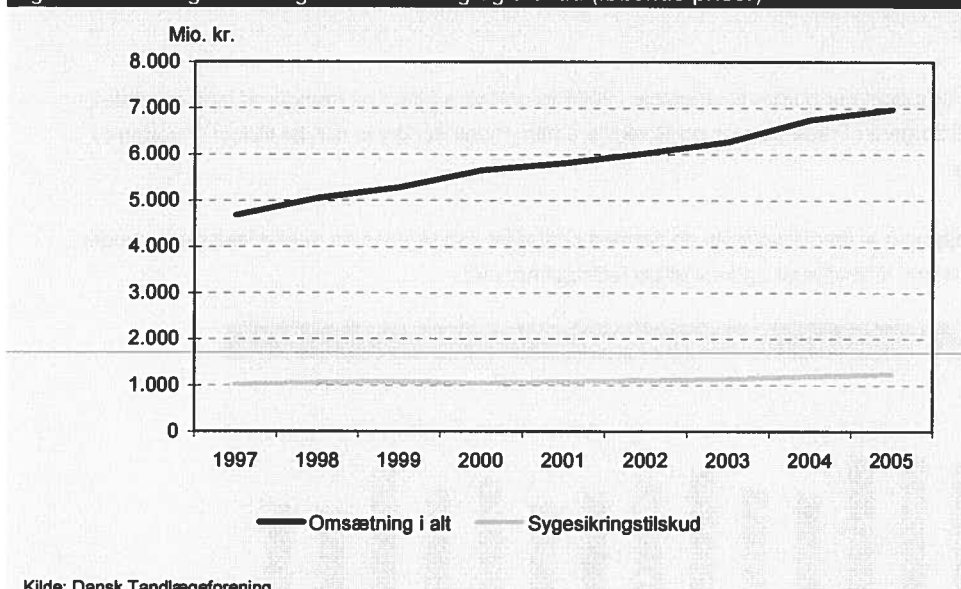
Den offentlige tilskudsandel til tandpleje (for både voksne og børn) var 39 % i 2001 såvel som i 2005.

I perioden fra 1997 til 2005 er tilskuddet til tandpleje i praksissektoren steget fra ca. 1,0 mia. kr. til cirka 1,2 mia. kr. (løbende priser). Over samme periode er de privatpraktiserende tandlægers omsætning steget fra 4,8 mia. kr. til 7,0 mia. kr. Den relativt større udvikling i tandlægenes omsætning skyldes, at der foretages en række ydelser, eksempelvis kosmetiske ydelser, der ikke er omfattet af overenskomsten.

Udviklingen har medført, at tilskudsandelen er faldet fra 21,8 % til 17,8 % i årene 1997 til 2005. Som beskrevet i afsnit 3.2., findes dog en række øvrige muligheder for tandbehandling eller støtte til tandbehandling i det offentlige regi.

Samtidigt er udgifterne til børne- og ungdomstandpleje er steget betydeligt mellem 2000 og 2005, og en række af de særlige tilskudsordninger er kommet til i denne periode³.

Figur 7. Udvikling i tandlægers omsætning og tilskud (løbende priser)



5.5. Tilskud efter den sociale lovgivning

Efter de sociale pensionslove har folkepensionister og førtidspensionister, der har fået tilkendt pension efter regler fra før den 1. januar 2003, mulighed for at få helbredstillæg til udgifter til tandbehandling, som regionsrådet yder tilskud til, efter sundhedslovens kapitel 15.

Herudover kan kommunen yde helbredstillæg til udgifter til tandproteser, såfremt kommunen vurderer, at udgiften er nødvendig. Helbredstillægget beregnes som 85 pct. af pensionistens egen andel af udgiften.

³ Det særlige tilskud til kræftpatienter og personer med Sjøgrens Syndrom jf. sundhedslovens § 166 samt den daværende amtstandpleje blev f.eks. indført i 2001.

De kommunale udgifter til helbredstillæg til tandbehandling udgjorde i 2005, omregnet til 2007-priser, 202 mio. kr.

Efter de sociale pensionslove kan der endvidere ydes personligt tillæg til pensionister, hvis økonomiske forhold er særligt vanskelige. Kommunen træffer afgørelsen herom efter en nærmere konkret og individuel vurdering af pensionistens økonomiske forhold.

De kommunale udgifter til personligt tillæg til tandbehandling udgjorde i 2005, omregnet til 2007-priser, 32 mio. kr.

Efter lov om aktiv socialpolitik, § 82 kan kommunen yde hjælp til sygebehandling mv., herunder tandbehandling, der ikke dækkes efter anden lovgivning, hvis ansøgeren ikke har økonomisk mulighed for at betale udgiften, og behandlingen er nødvendig og helbredsmæssigt velbegrunderet.

Bestemmelsen retter sig mod kontanthjælpsmodtagere og andre personer med lav indkomst. Personkredsen omfatter også førtidspensionister, der er tilkendt pension efter reglerne fra den 1. januar 2003.

Det er ikke muligt at opgøre, hvor stor en andel af kommunernes udgifter i henhold til § 82, der vedrører tandbehandling. De samlede udgifter til sygebehandling m.v. efter § 82 udgjorde i 2005, omregnet til 2007-priser, 208 mio. kr.

Staten afholder 50 pct. af kommunernes udgifter til disse ydelser. Dog afholder kommunerne fuldt ud udgifter efter § 82 i lov om aktiv socialpolitik til personer, der modtager starthjælp.

Skønmæssigt må det samlede tilskud til tandbehandling efter den sociale pensionslovgivning anslås til i 2007-priser at være omkring 350 mio. kr. Der lægges til grund for dette, at omkring 117 mio. kr. af de kommunale udgifter i henhold til lov om aktiv social politik, gives til tandbehandling.⁴

5.6. Tilskud til parodontalbehandling

Der gives tilskud til otte parodontalydelser i det nuværende tilskudssystem. Som det fremgår af tabel 2 nedenfor, blev der i 2006 givet i alt 181 mio. kr. til parodontalbehandling. Heraf udgør tandrodsrensning 56 mio. kr., og tilskuddet til udvidet tandrensning udgør 55 mio. kr.

⁴ Dette baseres på regnskabstal fra Københavns Kommunes voksentandpleje i 2005. Disse viser, at der bruges omtrent halvt så mange ressourcer på tandbehandling i henhold til lov om aktiv socialpolitik, som der gives til helbredstillæg og personligt tillæg. Såfremt dette forhold er gældende for hele landet, vil tilskuddet til tandbehandling efter § 82 i loven om aktiv socialpolitik være cirka 117 mio. kr. (2007-priser). Sammenholdes dette med de 234 mio. kr., der anvendes på helbredstillæg og personligt på landsplan, må det skønnes, at der anvendes i omegnen af 351 mio. kr. på tandpleje efter den sociale lovgivning. I 2005-priser svarer det til omkring 344 mio. kr.

Tabel 2. Tilskud til parodontalbehandling i 2006

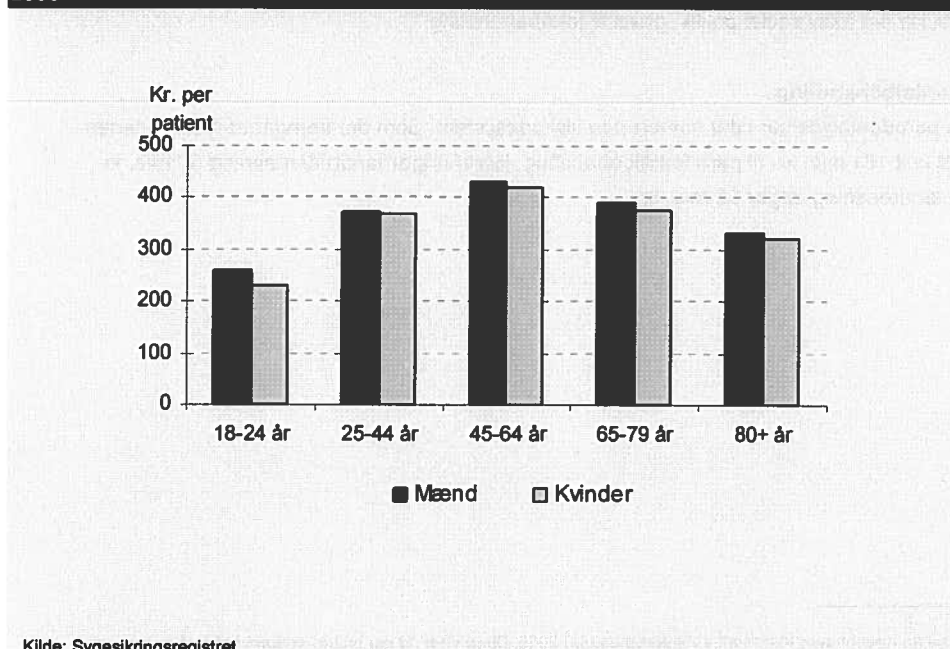
Ydelse	Ydelsesnummer	Tilskud (I mio. kr.)
Alm. parodontalbehandling	1420	49,89
Udvidet tandrensning	1425	55,48
Udvidet parodontalbehandling	1430	9,71
Tandrodsrensning	1431	55,51
Kirurgisk parodontalbehandling	1440	2,81
Kontrol-almindelig-parodontalbehandling	1452	6,13
Kontrol udvidet parodontalbehandling	1453	1,08
Kontrol kirurgisk parodontalbehandling	1454	0,33
I alt		180,94

Kilde: Sygesikringsregistret

I 2006 fik kvinder 90 mio. kr. i tilskud til parodontalbehandling, mens mænd fik 91 mio. kr., hvilket svarer til, at hver gruppe fik 50 pct. af tilskuddet.

Fordeles tilskuddet til parodontalbehandling på køn og aldersgrupper fremgår det jf. figur 8, at der gives størst tilskud til de 45 til 64-årige. I denne aldersgruppe er det gennemsnitlige tilskud til mænd såvel som kvinder godt 400 kr. per patient. Derefter følger de 65 til 79-årige, hvor tilskuddet i 2006 blandt mændene er 390 kr. per patient og 374 kr. per patient for kvinderne. Patienter fra 80 år og opefter har det tredje største tilskud per patient.

Figur 8. Tilskud til parodontalbehandling per patient fordelt på køn og aldersgrupper i 2006

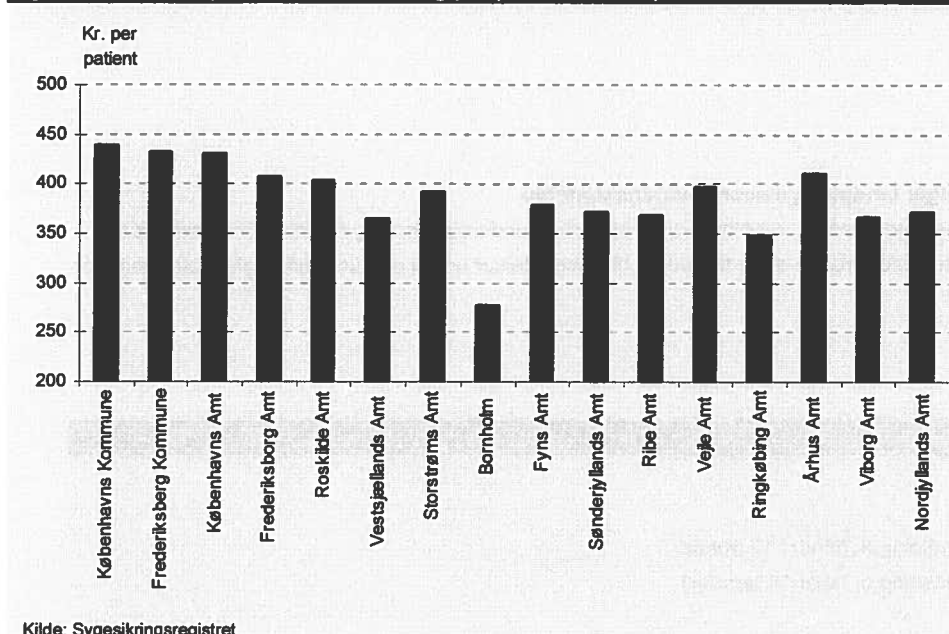


Kilde: Sygesikringsregistret

I figur 9 nedenfor ses tilskud til parodontalbehandling i 2006 fordelt på de daværende amter. De geografiske forskelle med hensyn til forbrug af parodontalydelser er markant større end de geografiske forskelle med hen-

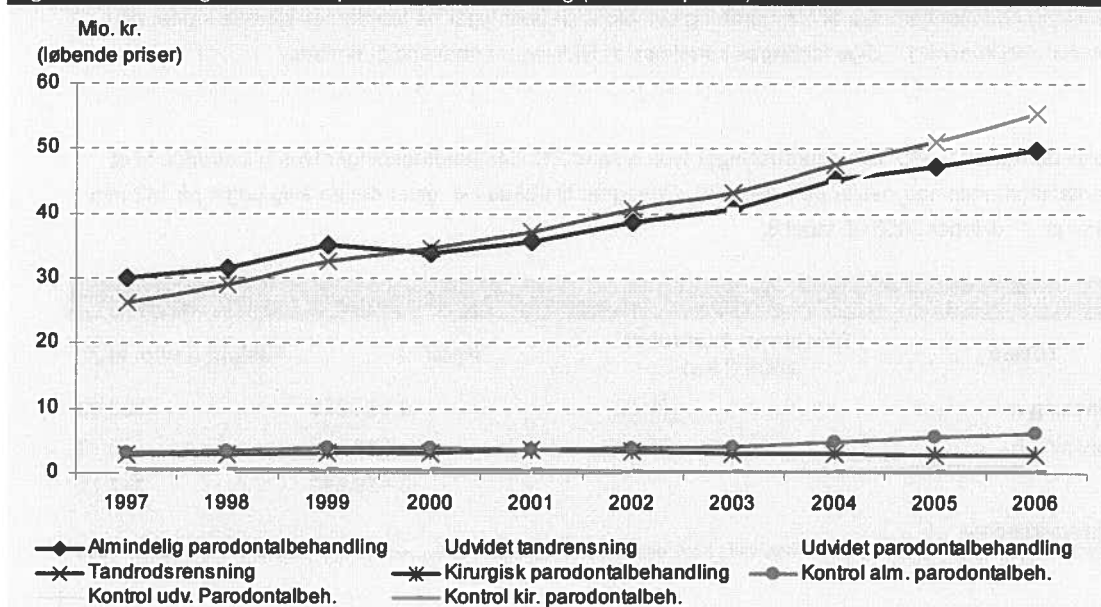
syn til det samlede forbrug af tandbehandling jf. figur 6 ovenfor. Det kunne tyde på, at variationer i forbruget ikke kun kan tilskrives forskelle i behandlingsbehovet mellem områderne.

Figur 9. Tilskud til parodontalbehandling per patient fordelt på amter i 2006



I figur 10 nedenfor ses det, at tilskuddet til parodontalbehandling er steget betydeligt i årene fra 1997 til 2005. Særligt er forbruget af tanddrossrensning, udvidet tandrensning og almindelig parodontalbehandling steget.

Figur 10. Udvikling i tilskud til parodontalbehandling (løbende priser)



Note: Den kraftige stigning i forbruget af ydelsen udvidet tandrensning mellem 1999 og 2001 skyldes, at denne ydelse blev indført i 1999, hvorefter forbruget skulle finde et naturligt løje.

Omlægning af tilskud

6. Vurdering af udvalgte tandplejeydelser i overenskomsten

I det følgende beskrives tandrensning, regelmæssig diagnostisk undersøgelser og kontrol efter disse med henblik på at vurdere, hvorvidt brugen af og tilskuddet til disse ydelser ud fra en sundhedsfaglig betragtning er berettiget.

6.1. Tandrensning

Tandrensning	
Ydelsesnummer	
•	1301 (tandrensning a, mindst 15 tænder)
•	1302 (tandrensning b, højst 14 tænder)
Indikation	
Ydelsen anvendes som forebyggende foranstaltning eller kurativ behandling af caries og gingivitis ⁵ / paradentose, når patienten har hårde belægninger.	
Ydelsesbeskrivelse	
Tandrensning omfatter fjernelse af alle hårde og evt. bløde belægninger på tændernes kliniske kroner og i tandkødslomer (pocher). Tillige foretages korrektion af fyldninger i nødvendigt omfang.	

I 2006 blev der udført 2.986.825 tandrensninger type a samt 212.845 tandrensninger type b svarende til et samlet antal tandrensningsydelser på 3.199.670. Omregnet til tilskud i kr. giver det en årlig udgift på 342 mio. kr. (takster pr. 1. oktober 2006) jf. tabel 3.

Tabel 3. Tandrensningsydelser 2006

Ydelse	Takster pr. 1. oktober 2006 (i kr.)	Antal	Tilskud (i mio. kr.)*
Tandrensning a	108,82	2.986.825	325,03
Tandrensning b	78,44	212.845	16,70
I alt		3.199.670	341,72

Kilde: Sygesikringsregistret

* Note: Den beregnede udgift afviger fra den reelle udgift i 2006, da der ved beregningen tages udgangspunkt i taksterne pr. 1. oktober 2006

I den gældende overenskomst angives, at tandrensning anvendes som forebyggende foranstaltning eller kurativ dvs. helbredende behandling af caries og gingivitis / paradentose, når patienten har hårde belægninger.

⁵ Tandkødsbetændelse.

Tandrensningen omfatter fjernelse af alle hårde og eventuelt bløde belægninger på tændernes kliniske kroner og i normale pocher. Tillige foretages korrektion af fyldninger i nødvendigt omfang.

Ydelsen kan ikke anvendes ved tandrensning af udelukkende kosmetisk art. Indikationsområdet for ydelsen er tidligere blevet strammet, men der kan stadig stilles spørgsmålstegn ved den tandsundhedsmæssige gevinst ved den omfattende anvendelse af denne ydelse og herunder det offentlige tilskud.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at tandrensningsydelse i vidt omfang anvendes som en standard- og rutineydelse i forbindelse med den regelmæssige diagnostiske undersøgelse (RDU) og kontrol efter den regelmæssige diagnostiske undersøgelse (kontrol RDU).

Af de i 2006 3.199.670 udførte tandrensninger blev 1.532.372 tandrensninger udført sammen med en RDU (ydelsesnummer 1140 eller 1141) og 1.511.888 tandrensninger blev udført i forbindelse med kontrol RDU (ydelsesnummer 1170 eller 1171) jf. tabel 4.

Tabel 4. Antal tandrensninger udført sammen med RDU og kontrol RDU i 2006 opdelt efter alder

Alder	Tandrensninger udført sammen med RDU (1140/1141)	Tandrensninger udført sammen med kontrol RDU (1170/1171)
18-24 år	115.839	74.839
25-34 år	235.595	187.669
35-44 år	309.939	286.403
45-54 år	301.441	309.895
55-64 år	308.689	344.525
65-74 år	168.788	199.105
75+ år	92.081	109.452
I alt	1.532.372	1.511.888

Kilde: Sygesikringsregistret

Den kliniske effekt og den sundhedsøkonomiske gevinst af rutinemæssig tandrensning, og hvor hyppigt den bør udføres, har et nyligt Cochrane review¹ vurderet. Hovedmålet med dette review var 1) at bedømme den gavnlige og skadelige effekt af rutinemæssig tandrensning for den parodontale sundhed, 2) at bedømme den gavnlige og skadelige effekt af hyppigheden af rutinemæssig tandrensning for den parodontale sundhed samt 3) at bedømme effekten af rutinemæssig tandrensning udført af tandlæger eller tandplejere.

Forfatterens konklusion var, at der ikke er tilstrækkeligt videnskabeligt grundlag til at dokumentere den sundhedsmæssige effekt af rutinemæssige tandrensninger. Det er heller ikke muligt at fastslå, hvor hyppigt tandrensninger bør udføres. Det vil derfor være nødvendigt at udføre fremtidige undersøgelser af høj videnskabelig kvalitet for at kunne besvare de basale spørgsmål, der stilles i dette review.

Tandrensning er en behandling, der er baseret på den viden, man har om sygdomsudløsende faktorer. Behandlingen er således fagligt funderet, og regelmæssige tandrensninger er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse nødvendige for opnåelse og vedligeholdelse af et sundt tandsæt.

Tandrensninger bør dog tilrettelægges ud fra den enkelte patients individuelle behov, og ikke som et rutinemæssigt tilbud til alle. Der er næppe tvivl om, at en del tandrensninger udføres på baggrund af efterspørgsel

efter velvære og hvidere tænder (kosmetik) i højere grad end for at forebygge caries, gingivale eller parodontale lidelser.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør tandrensning fremdeles være en del af det regelmæssige tandplejetilbud. Fjernelse af supragingival tandsten, plak og misfarvninger kan være motivationsforhøjende og øge personens egenomsorg. Dog finder Sundhedsstyrelsen, at det samlet set ud fra en omkostnings-effekt betragtning ikke er berettiget, at der fra offentlig side ydes tilskud til tandrensninger i det meget store omfang, der findes i dag.

Som vist i tabel 5 nedenfor indgår tandrensningsydelsen i 84 pct. af samtlige RDU / kontrol RDU i 2006. Dette ydelsesmønster er ensbetydende med, at mange af de regelmæssige tandrensninger udføres på patienter, der må antages at være i lav risiko, for så vidt angår udvikling af såvel parodontale lidelser som caries.

Tabel 5. Antal tandrensninger i relation til antal RDU / Kontrol RDU opdelt efter alder, 2006.

Alder	Antal RDU / Kontrol RDU	Heraf med tandrensninger	Pct. RDU / Kontrol RDU hvori indgår tandrensning
18-24 år	242.384	195.041	80,5 %
25-34 år	499.578	437.646	87,6 %
35-44 år	711.916	620.435	87,2 %
45-54 år	767.520	643.657	83,9 %
55-64 år	846.594	695.299	82,1 %
65-74 år	479.210	393.453	82,1 %
75+ år	260.133	214.139	82,3 %
I alt	3.807.335	3.199.670	84,0 %

Kilde: Sygesikringsregistret

6.2. Regelmæssig diagnostisk undersøgelse og kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse

Regelmæssig diagnostisk undersøgelse (RDU) og kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse (kontrol RDU)

Ydelsesnummer

- 1140 (RDU fra 26 år)
- 1141 (RDU 18-25 år)
- 1170 (kontrol RDU fra 26 år)
- 1171 (kontrol RDU 18-25 år)

Indikation RDU

Ydelsen anvendes overfor regelmæssige patienter og danner grundlag for tilrettelæggelsen af den nødvendige profylaktiske og behandlingsmæssige indsats indtil næste regelmæssige diagnostiske undersøgelse. Ydelsen anvendes efter en individuel vurdering af den enkelte patients tandsundhedsstatus. Heri indgår en hensyntagen til de eventuelle forudgående udførte kontroller og behandlinger. Ydelsen anvendes med et interval på 12 måneder eller mere. Ydelsen kan i særlige tilfælde, begrundet forhold hos patienten foretages efter 11 måneder. Ydelsen kan i særlige tilfælde efter en faglig vurdering foretages med større interval end 18 måneder.

Indikation, kontrol RDU

Ydelsen kan anvendes efter den regelmæssige diagnostiske undersøgelse.

Ydelsesbeskrivelse RDU

Ydelsen indeholder: Anamnese, afpudsning og fjernelse af bløde belægninger, undersøgelse (af tænder, parodontium, mund, slimhinder, tunge og kæber), vurdering af sygdomsprogression, initial bidfunktionsundersøgelse, diagnostik, ajourføring af registrering af status af tandrestaureringer og tanderstatninger i nødvendigt omfang, behandlingsplanlægning herunder forelæggelse af behandlingsmuligheder og tilrettelæggelse af behandlingsforløb og kontroller, generel opfølgning af den almene profylakse og instruktion.

Ydelsesbeskrivelse kontrol RDU

Ydelsen indeholder: Ajourføring af anamnese og diagnostik, generel og specifik plakkontrol, kontrol af pøcher/blødning, kontrol af slimhinder, kontrol af restaureringer og vurdering af cariesprogression, reinstruktion herunder fjernelse af bløde belægninger, ajourføring af behandlingsplanlægning.

Som det fremgår af tabel 6 nedenfor, blev der i 2006 udført 1.745.733 RDU for borgere fra 26 år og 172.179 RDU for 18-25-årige, hvilket svarer til et samlet antal RDU på 1.917.912.

Kontrol RDU blev som ydelse udført 1.889.423 gange hvoraf 1.780.600 var kontrol RDU for borgere fra 26 år og 108.823 var kontrol RDU for 18-25-årige.

Tabel 6. RDU og kontrol efter RDU 2006

Ydelse	Takster pr. 1. oktober 2006 (I kr.)	Antal	Tilskud (I mlo. kr.)*
RDU fra 26 år	79,20	1.745.733	138,26
RDU 18-25 år	128,20	172.179	22,07
I alt		1.917.912	160,34
Kontrol RDU fra 26 år	71,13	1.780.600	126,65
Kontrol RDU 18-25 år	116,13	108.823	12,64
I alt		1.889.423	139,29

Kilde: Sygesikringsregistret

* Note: Den beregnede udgift afviger fra den reelle udgift i 2006, da der ved beregningen tages udgangspunkt i taksterne pr. 1. oktober 2006

Tabel 7 viser, at RDU og kontrol RDU gives i ca. 70 pct. af de registrerede konsultationer i sygesikringsregistret for alle aldersgrupper. Kontrol RDU gives relativ hyppigere end RDU for aldersgrupperne fra 45-årige og opefter.

RDU er i faglig sammenhæng en noget "tungere" ydelse end kontrol RDU, hvorfor den meget lille forskel i honorar mellem disse to ydelser ikke er berettiget. Heraf følger, at kontrol RDU er blevet en attraktiv ydelse og anvendes i næsten lige så stor udstrækning som RDU. Kontrol RDU bliver, da den ikke indeholder restriktioner mht. hvor hyppigt, den kan anvendes, i udstrakt grad anvendt som en undersøgelsesydelse en eller flere gange i undersøgelsesintervallet for RDU. Det betyder, at den restriktion, der er på anvendelse af RDU (typisk 1 gang hver 12. måned), i praksis er sat ud af kraft gennem den hyppige anvendelse af ydelserne Kontrol RDU.

Tabel 7. Antal RDU og kontrol RDU i relation til antal konsultationer opdelt efter alder, 2006.

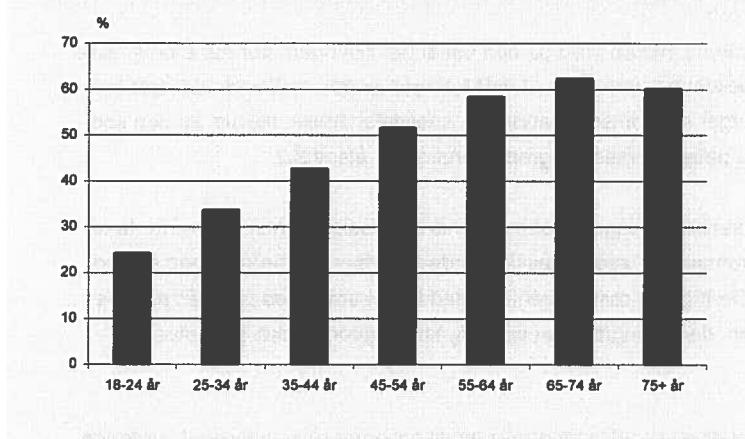
Alder	Konsultationer*	Sum		% af konsultationer	
		RDU 1140/1141	Kontrol RDU 1170/71	RDU 1140/1141	Kontrol RDU 1170/71
18-24 år	314.139	149.466	92.918	47,6	29,6
25-34 år	673.552	281.251	218.327	41,8	32,4
35-44 år	950.031	372.744	339.172	39,2	35,7
45-54 år	1.051.702	377.804	389.716	35,9	37,1
55-64 år	1.166.067	397.954	448.640	34,1	38,5
65-74 år	652.076	219.269	259.941	33,6	39,9
75+ år	349.625	119.424	140.709	34,2	40,2
I alt	5.167.192	1.917.912	1.889.423	37,2	36,6

Kilde: Sygesikringsregistret

* Note: Beregnes som antal uger med besøg per person.

I figur 11 ses, at den relative andel af voksne, der får to eller flere RDU eller kontrol RDU, stiger med alderen. I gruppen af unge voksne i alderen 18-34 år får ca. 30 pct. en RDU eller kontrol RDU to gange eller mere årligt. For de 35-44-årige er der 40 pct. stigende til ca. 60 pct. af de ældre over 65 år, der får undersøgelser flere gange årligt.

Figur 11. Andel voksne der i 2006 fik to eller flere RDU eller kontrol RDU i relation til alder



Strukturudvalget på tandplejeområdet angiver i sin rapport^o, at gruppen af unge voksne (18-34 år) må antages at have et undersøgelsesbehov, der nærmer sig børne- og ungdomspopulationens, hvorfor et rammeundersøgelsesinterval på 12 mdr. stigende til 18 eller 24 mdr. inden for de nærmeste år vil være realistisk.

Gruppen af midaldrende voksne (35 – 64 år) vil stadig have et stort vedligeholdelsesbehov og en potentiel større risiko for sygdomsudvikling, hvorfor et rammeundersøgelsesinterval på 12 måneder i dag må anses for hensigtsmæssigt, men på noget længere sigt (omkring 10 år) vil betragtningerne, som gælder gruppen af 18-34-årige, formodentlig også gøre sig gældende for midaldrende voksne.

For gruppen af ældre borgere (65+ år) vil der generelt være en stadig stigende del, som vil være fysisk og psykisk velfungerende og aktive højt op i alderen. På mange måder vil disse personers liv og mulighed for personlig egenomsorg ikke adskille sig væsentlig fra f.eks. de 50 – 60 årige, hvorfor et rammeundersøgelsesinterval på 12 måneder for betandede og op til 24 måneder for helprotesebærere over 65 år vil være realistisk.

Set i dette lys må det vurderes, at overenskomsten tilskynder til en hyppigere anvendelse af undersøgelses-ydelser, end Sundhedsstyrelsen anbefaler. Sundhedsstyrelsen finder det derfor relevant, at der foretages en nøje vurdering af RDU / kontrol efter RDU.

7. Overvejelser vedrørende tandrensning og regelmæssige diagnostiske undersøgelser

Overenskomsten og tilskudssystemet sigter mod at fremme og fastholde regelmæssige tandplejevaner, der inspirerer den enkelte til at bevare tænder, mund og kæber i funktionsdygtig tilstand gennem hele livet. Voksentandplejen er udformet som et tilbud om tandpleje til den brede befolkning og indeholder således ydelser, der indebærer, at befolkningens basale behov for forebyggende og behandlende tandpleje kan dækkes.

Overenskomsten og tilskudssystemet sigter kun i mindre grad på den del af befolkningen, der har særlig risiko for udvikling af tandsygdomme. For at imødekomme denne del af befolkningen er der imidlertid etableret særlige tandplejetilbud og særlige tilskudsordninger som omsorgstænderpleje, specialtandpleje, tilskud via den sociale lovgivning og tilskud til kræftpatienter og patienter med Sjøgrens Syndrom jf. afsnit 3.2.

I kraft af den forbedrede tandsundhed i voksenbefolkningen i form af mindre cariesforekomst og mindre tandtab bør det overvejes, om almindelige tandrensninger, regelmæssige undersøgelser og kontrolbesøg er nødvendige i det omfang, der eksisterer i dag. De frigjorte ressourcer kan med fordel anvendes på forebyggelse og behandling af den gruppe af befolkningen, der er angrebet af egentlig tandsygdom, f.eks. patienter med aggressiv paradentose.

På den baggrund kan det overvejes alene at give tilskud til tandrensning til patienter efter individuel vurdering, og når der eksisterer en sundhedsfaglig begrundelse herfor, således at tandrensninger tilrettelægges ud fra den enkelte patients behov og ikke som et rutinemæssigt tilbud til alle.

Endvidere kan det overvejes alene at give tilskud til regelmæssige diagnostiske undersøgelser i det omfang, det efter individuel vurdering skønnes nødvendigt.

7.1. Tandsundheden i relation til forslag vedrørende tandrensning og regelmæssige diagnostiske undersøgelser

For at reducere den rutinemæssige brug af tandrensningsydelsen og dermed mindske omfanget af tandrensninger, der ikke udføres på et sundhedsfagligt grundlag (ex. kosmetisk), kan det overvejes i hovedreglen kun at bruge tandrensningsydelsen i forbindelse med RDU. Tandrensningsydelsen vil således ikke længere kunne gives med tilskud som en selvstændig ydelse men anvendes med et interval på 1-2 år sammen med RDU (og kontrol efter parodontalbehandling, jf. nedenfor). Såfremt en patient ønsker en tandrensning udenfor det fastsatte interval, vil der være tale om en ydelse uden tilskud.

For at øge undersøgelsesintervallerne og for at undgå at Kontrol RDU anvendes som en ekstra undersøgelsesydelse kan ydelsen Kontrol RDU fjernes og indikationsområdet for individuel forebyggende behandling udvides, jf. nedenfor. Der vil dermed være en betydeligt større individualisering af RDU-ydelsen, da flere og flere personer vil vedblive at være cariesfrie eller have lav carieserfaring fra barneårene og langt ind i voksenalderen. Det vil således være relevant med en individualisering af RDU i intervallet mellem 1 og 2 år.

Ovenstående mulige ændringer i ydelsesstrukturen indebærer i al væsentlighed, at en regelmæssig diagnostisk undersøgelse ikke kan foretages hyppigere end en gang årligt. Tilrettelæggelsen af regelmæssige undersøgelsesintervaller bør foretages under hensyntagen til patientens individuelle behov strækkende fra 1-2 år. Sundhedsstyrelsen mener dog, at der savnes faglige retningslinier for, hvordan man tilrettelægger undersøgelsesintervaller for sine patienter. Erfaringerne fra Sverige peger på, at mindre hyppige undersøgelser ikke medfører dårligere tandstatus^p.

Yderligere indebærer ændringerne, at muligheden for at få tilskud til tandrensning udenfor RDU bortfalder. Der er ingen videnskabelig evidens for, at rutinemæssige regelmæssige tandrensninger, svarende til ydelserne 1301 og 1302, fører til en formindsket forekomst af caries, tandkødsbetændelse eller parodontose^q.

Der findes dele af befolkningen, som har særlig risiko for udvikling af oral sygdomme. Der er vist øget oral sygdomsforekomst hos marginaliserede grupper som ældre med nedsat motorisk og kognitiv funktionsevne^r, ældre anbragt på plejehjem^s, de socialt belastede^t, narkomaner^u, hjemløse, alkoholikere^v og sindslidende^w.

Der er påvist klare sammenhænge mellem oral sygdom, almen sygdom samt almen sygdomsbehandling. Som eksempel kan nævnes nedsat spytksekretion som følge af strålebehandling i hoved og halsregionen, kemoterapi og medikamentel behandling^x.

Det oralt sunde individ med lav risiko for udvikling af oral sygdom vil få dækket sit behov for tandpleje ved en RDU foretaget med et interval 1-2 år, der er baseret på vedkommendes tandsygdomsmæssige status og vurdering af risiko for udvikling af oral sygdom. Tandrensning kan foretages i forbindelse med RDU, såfremt der er hårde belægninger tilstede.

Personer med øget risiko for udvikling af oral sygdom (jf. ovenstående), men som ved en RDU eller diagnostisk forebyggende grundydelse (DFG) har fået konstateret sunde orale forhold, vil med den nye ydelsesstruktur ikke kunne følges tættere end en gang årligt med diagnostik og forebyggelse.

En del af denne patientgruppe vil dog kunne tilgodeses i den nye sygesikringsoverenskomst, der er vedtaget for tandplejere. Der er indført en ny ydelse udvidet forebyggende behandling (UFB), som anvendes efter henvisning fra en tandlæge. Ydelsen retter sig bl.a. mod personer, der har et særligt behov for forebyggende ind-

sats og behandling som følge af bl.a. omfattende cariesangreb eller risiko for samme f.eks. pga. særlige helbredsproblemer eller miljøpåvirkning.

Såfremt Kontrol RDU bortfalder som ydelse, findes det dog sundhedsfagligt nødvendigt at udvide indikationsområdet for individuel forebyggende behandling (IFB) i tandlægepraksis til personer, der vurderes i særlig risiko for orale sygdomme på grund af f.eks. helbredsmæssige problemer, så denne patientgruppe fortsat kan ses efter behov.

Kontrol efter almindelig parodontalbehandling, udvidet parodontalbehandling og kirurgisk parodontalbehandling indeholder ikke tandrensning. Patienter, som efter parodontalbehandling har pocher af normal dybde, kan dog som en del af den samlede parodontalbehandling have brug for at få almindelig tandrensning. Det kan derfor overvejes, at tandrensning kan foretages sammen med kontrol efter parodontalbehandling.

7.2. Frigivelse af økonomiske ressourcer

De økonomiske konsekvenser af henholdsvis at begrænse muligheden for at få tilskud til tandrensning og lade Kontrol RDU bortfalde samt udvide indikationsområdet for IFB estimeres nedenfor.

7.2.1. Tandrensning begrænses

I tabel 8 ses, at såfremt tandrensning kun kan foretages sammen med RDU (og ikke Kontrol RDU), fører det til offentlige mindredgifter på 178,07 mio. kr.

Tabel 8. Tandrensning begrænses 2006

	Ydelse	Honorar (I mio. kr.)	Tilskud (I mio. kr.)	Egenbetaling (I mio. kr.)
Nuværende ydelsesstruktur	RDU (26+ år) hos 1.745.733 patienter	344,26	138,26	206,00
	RDU (18-25 år) hos 172.179 patienter	33,95	22,07	11,88
	Kontrol efter RDU (26+ år) hos 1.780.600	317,18	126,65	190,52
	Kontrol efter RDU (18-25 år) hos 108.823 patienter	19,38	12,64	6,75
	Tandrensning a hos 2.986.825 patienter	811,88	325,03	486,85
	Tandrensning b hos 212.845 patienter	41,60	16,70	24,90
	i alt (a)	1.568,25	641,35	926,90
Forslag til ydelsesstruktur	RDU (26+ år) hos 1.745.733 patienter	344,26	138,26	206,00
	RDU (18-25 år) hos 172.179 patienter	33,95	22,07	11,88
	Kontrol efter RDU (26+ år) hos 1.780.600	317,18	126,65	190,52
	Kontrol efter RDU (18-25 år) hos 108.823 patienter	19,38	12,64	6,75
	Tandrensning a hos 1.430.437 patienter*	388,82	155,66	233,16
	Tandrensning b hos 101.935 patienter*	19,92	8,00	11,93
	I alt (b)	1.123,52	463,28	660,24
Forskel (a-b)	444,73	178,07	266,67	

Kilde: Sygesikringsregistret

* Note: Tandrensninger foretaget i forbindelse med RDU

I tilknytning til ovennævnte begrænsning af muligheden for at få tilskud til tandrensning kan det overvejes at gøre det muligt at få foretaget tandrensning med tilskud i forbindelse med kontrol efter parodontalbehandling, da patienter, som efter parodontalbehandling har pocher af normal dybde, som en del af den samlede parodontalbehandling kan have brug for at få almindelig tandrensning jf. afsnit 7.1.

Det skønnes, at der vil blive foretaget tandrensning i forbindelse med 10 pct. af kontrol efter parodontalbehandling. Såfremt en ny ydelse for parodontalbehandling, hvor kun 1-2 tænder er angrebet, indføres, jf. afsnit 9.1, skønnes, at der i alt vil blive foretaget 194.746 kontrol efter parodontalbehandling. Hermed skønnes, at der vil blive foretaget 19.475 tandrensninger i forbindelse med kontrol efter parodontalbehandling, hvilket med udgangspunkt i tilskuddet til tandrensning (a) svarer til en merudgift på 2,12 mio. kr.

Samlet forventes begrænsningen af muligheden for at få tilskud til tandrensning at føre til offentlige mindredgifter på 176 mio. kr.

7.2.2. Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse bortfalder

Det fremgår af tabel 9 nedenfor, at såfremt Kontrol RDU bortfalder, vil der opnås en offentlig mindredgift på 139 mio. kr.

Tabel 9. Bortfald af Kontrol RDU 2006

	Ydelse	Honorar (i mio. kr.)	Tilskud (i mio. kr.)	Egenbetaling (i mio. kr.)
Nuværende ydelses- struktur	RDU (26+ år) hos 1.745.733 patienter	344,26	138,26	206,00
	RDU (18-25 år) hos 172.179 patienter	33,95	22,07	11,88
	Kontrol efter RDU (26+ år) hos 1.780.600	317,18	126,65	190,52
	Kontrol efter RDU (18-25 år) hos 108.823 patienter	19,38	12,64	6,75
	Tandrensning a hos 2.986.825 patienter	811,88	325,03	486,85
	Tandrensning b hos 212.845 patienter	41,60	16,70	24,90
	I alt (a)		1.568,25	641,35
Forslag til ydelses- struktur	RDU (26+ år) hos 1.745.733 patienter	344,26	138,26	206,00
	RDU (18-25 år) hos 172.179 patienter	33,95	22,07	11,88
	Tandrensning a hos 2.986.825 patienter	811,88	325,03	486,85
	Tandrensning b hos 212.845 patienter	41,60	16,70	24,90
	I alt (b)		1.231,69	502,06
	Forskel (a-b)	336,56	139,29	197,27

Kilde: Sygesikringsregistret

Hvis Kontrol RDU bortfalder, kan det overvejes at udvide indikationsområdet for IFB. Det skønnes, at en udvidelse af indikationsområdet for IFB vil føre til, at der forbruges 30 pct. flere ydelser om året, hvilket svarer til 124.558 ydelser og dermed en tilskudsudgift på 11 mio. kr.

Stigningen i anvendelsen af IFB må også forventes at føre til en stigning i anvendelsen af kontrol efter individuel forbyggende behandling (Kontrol IFB). Det skønnes, at også her vil stigningen være på 30 pct. Dermed skønnes, at de yderligere IFB fører til 9.121 yderligere Kontrol IFB svarende til en tilskudsudgift på 0,7 mio. kr.

Bortfaldet af Kontrol RDU og udvidelsen af indikationsområdet for IFB vil dermed føre til offentlige mindredgifter på 128 mio. kr.

7.2.3. Tandrensning begrænses og bortfald af Kontrol RDU

Det fremgår af tabel 10 nedenfor, at såfremt muligheden for at få tilskud til tandrensning begrænses og Kontrol RDU fjernes, vil det føre til offentlige mindredgifter på 317 mio. kr.

Tabel 10. Tandrensning begrænses og bortfald af Kontrol RDU 2006

	Ydelse	Honorar (i mio. kr.)	Tilskud (i mio. kr.)	Egenbetaling (i mio. kr.)
Nuværende ydelsesstruktur	RDU (26+ år) hos 1.745.733 patienter	344,26	138,26	206,00
	RDU (18-25 år) hos 172.179 patienter	33,95	22,07	11,88
	Kontrol efter RDU (26+ år) hos 1.780.600	317,18	126,65	190,52
	Kontrol efter RDU (18-25 år) hos 108.823 patienter	19,38	12,64	6,75
	Tandrensning a hos 2.986.825 patienter	811,88	325,03	486,85
	Tandrensning b hos 212.845 patienter	41,60	16,70	24,90
	I alt (a)	1.568,25	641,35	926,90
Forslag til ydelsesstruktur	RDU (26+ år) hos 1.745.733 patienter	344,26	138,26	206,00
	RDU (18-25 år) hos 172.179 patienter	33,95	22,07	11,88
	Tandrensning a hos 1.430.437 patienter*	388,82	155,66	233,16
	Tandrensning b hos 101.935 patienter*	19,92	8,00	11,93
	I alt (b)	786,96	323,99	462,96
	Forskel (a-b)	781,30	317,36	463,94

Kilde: Sygesikringsregistret

* Note: Tandrensninger foretaget i forbindelse med RDU

Udvidelsen af indikationsområdet for IFB og muligheden for at få tandrensning i forbindelse med kontrol efter parodontalbehandling medfører merudgifter på 14 mio. kr.

Hermed bliver de offentlige mindredgifter ved at begrænse muligheden for at få tilskud til tandrensning og lade Kontrol RDU bortfalde (samt udvide indikationsområdet for IFB) på 304 mio. kr.

Omfordeling af tilskud

8. Persongrupper, der som følge af sygdom har særligt behov for tandpleje

Der er ønsket en vurdering af, om tilskuddet til tandpleje til voksne kan omfordeles, så det i højere grad tilgodeser de personer, der som følge af sygdom har størst behov for tandpleje.

I de følgende afsnit fremgår, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af udtalelserne fra de sagkyndige vurderer, at et øget tilskud til tandpleje bør overvejes i relation til personer med parodontose og særligt personer med aggressiv parodontose. Personer, der er socialt, økonomisk og helbredsmæssigt dårligt stillet, er i vidt omfang dækket af eksisterende ordninger. Det bør endvidere bemærkes, at de socialt dårligt stillede er overrepræsenteret i gruppen af borgere med parodontose^y, og dermed tilgodeses denne gruppe også ved højere tilskud til parodontalbehandling.

8.1. Parodontose

Parodontose er en lidelse i tændernes støttevæv, som blandt andet er karakteriseret ved, at bakteriebelægninger breder sig ned under tandkødsranden. Tilstedeværelsen af bakterier giver anledning til en betændelsesreaktion, der kan resultere i, at bindevæv og knogle nedbrydes. Herved opstår lommer omkring tænderne, der efterhånden, som sygdommen udvikles, fordybes mere og mere.

Ubehandlet kan sygdommen skride fremad, således at tænderne bliver løse og til sidst tabes. Der er dog betydelig variation i tilbøjeligheden til at udvikle sygdommen. Nogle personer tolererer således store ansamlinger af bakteriebelægninger, uden at der udvikles parodontose, mens andre personer på trods af grundig tandhygiejne udvikler tab af tændernes støttevæv.

Foruden dårlig mundhygiejne er vigtige risikofaktorer for parodontose forbrug af tobak, stress, diabetes melitus og andre systemiske sygdomme^z. Specielt har rygning i de senere år vist sig at være en stærk risikofaktor for udvikling af parodontose, og det er i en undersøgelse beregnet, at over halvdelen af samtlige parodontose tilfælde skyldes rygning⁸⁸.

Den kroniske betændelsestilstand ved parodontose synes at have betydning for en række almensygdomme. Der er således en del epidemiologiske og patogenetiske undersøgelser, der peger på, at parodontose kan spille en rolle for udvikling og forløb af hjerte-karsygdomme og diabetes, der er store byrder for det offentlige sundhedsvæsen. Eliminering af betændelsestilstanden ved parodontose synes derfor ikke bare at have betydning med hensyn til at undgå tandtab men også for at sikre den almene sundhed⁸⁹.

På basis af sygdommenes karakteristika er parodontose typisk inddelt i to former.

Kronisk parodontose er den almindeligste form for parodontose, der viser langsomt forløbende tab af rodhinde og knogle omkring flere tænder med debut i voksenalderen. Kronisk parodontose kan forekomme i forskellige

sværhedsgrader og diagnosticeres på baggrund af dybden af tandkødsломmer, blødning og pus fra tandkødsломmen samt tandens fæstetab.

Sygdommen har vist sammenhæng med utilstrækkelig mundhygiejne. Hvis sygdommen er opstået, kan den som regel bremses ved en forbedring af mundhygiejnen kombineret med professionel tandrensning og evt. kirurgi. Det skal hertil nævnes, at tobak er en vigtig risikofaktor for sygdomsudvikling, og ophør med rygevaner er således en central del af sygdomsbehandlingen.

Aggressiv parodontose, udviser hurtigt forløbende tab af fæste og knogle omkring flere tænder, hyppigt med debut i den yngre voksenalder. Sygdommen udvikler sig ofte, selvom tænderne er rene, som følge af en særligt aggressiv betændelsesproces. Der findes i dag ingen tilfredsstillende forklaring på, hvorfor nogle personer udvikler aggressiv parodontose, men sygdommen er formentlig arveligt betinget.

Den aggressive parodontose er vanskelig at behandle, og personerne får ofte tilbagefald efter behandling. Behandling, der ofte omfatter kirurgi suppleret med antibiotika, må derfor følges op med jævnlig kontrol – ofte livslangt - på grund af den konstante risiko for recidiv. Ved tidlig diagnostik og iværksættelse af behandling og kontrol kan sygdommen imidlertid standses eller begrænses hos de fleste personer.

8.1.1. Afgrænsning af almindelig (kronisk) parodontose og aggressiv parodontose

Nyere nationale undersøgelser^a har vist, at let fordybede tandkødsломmer (4-5 mm) forekommer hos 36 pct. af de 34-44-årige og tilsvarende ses hos 62 pct. af de 65-74-årige. De let fordybede tandkødsломmer rammer gennemsnitligt 7 pct. af tænderne hos de 34-44-årige og 21 pct. af tænderne for de 65-74-årige.

Dybe tandkødsломmer (6+ mm) forekommer hos 6,2 pct. af de 35-44-årige og 20 pct. af de 65-74-årige. De dybe tandkødsломmer rammer gennemsnitligt 1 pct. af tænderne hos de 34-44-årige og gennemsnitligt 5 pct. af tænderne hos de 65-74-årige.

Ud fra en gennemsnitbetragtning synes kun en mindre del af tandsættet hos de afficerede at være angrebet af parodontal sygdom. Klinisk fæstetab på 6+ mm fandtes hos 0,7 pct. af de 35-44-årige og hos 25,5 pct. af de 65-74-årige.

På baggrund af sagkyndiges vurdering finder Sundhedsstyrelsen, at det med den foreliggende viden ikke er muligt at skelne mellem personer med almindelig (kronisk) parodontose og personer med aggressiv parodontose^{aa}. Det er derfor ikke muligt at målrette tilskudssystemet, så et øget tilskud alene kommer patienter med aggressiv parodontose til gode.

8.2. De socialt, økonomisk og helbredsmæssigt dårligt stillede

I henhold til systematiske befolkningsundersøgelser^{bb} forekommer et stort objektivi behov for tandpleje relativt hyppigere blandt personer, der er dårligt stillede socialt, økonomisk og helbredsmæssigt, ligesom disse personer i mindre grad udnytter det eksisterende tilbud om tandpleje hos privatpraktiserende tandlæge^{cc}.

De dårligt stillede personer viser i mindre grad egenomsorg for tandsundhed (inkl. regelmæssige tandplejeverner) og har ofte usunde kostvaner og højt tobaksforbrug^{dd}. Disse persongrupper er karakteriseret ved lavt uddannelsesniveau, lav familieindkomst og som værende alderspensionister.

Særligt vanskeligt stillede mennesker omfatter samfundets marginaliserede grupper. Der tænkes i denne forbindelse på arbejdsløse og kontanthjælpsmodtagere^{ee}, narkomanerne, hjemløse og alkoholikere, de psykisk syge^{ff} samt ældre mennesker med nedsat motorisk og kognitiv funktion^{gg} og institutionaliserede grupper.

Danske undersøgelser af alderspensionister har vist, at ældre, der alt i alt lever et inaktivt liv, har højere risiko for symptomer fra tænder og tandkød, og de søger i mindre grad tandlæge regelmæssigt. Ældre mennesker med svag kontakt til deres børn, eller som lever alene eller isoleret, har alt andet lige dårligere tandstatus og tandplejevaner end ældre med høj kontakt. Co-morbiditet er udbredt hos de ældre, og dårligt tandhelbred er signifikant hyppigt forekommende hos ældre, der lider af kroniske lidelser og almene sygdomme^{hh}.

Det vurderes, at personer, der er socialt, økonomisk eller helbredsmæssigt dårligt stillede, i højere grad end andre har et stort tandplejebehov. En del af disse særligt udsatte grupper vil kunne tilbydes behandling i den nuværende omsorgstandpleje, specialtandpleje, eller vil kunne opnå tilskud til tandpleje via de særlige tilskudsordninger efter den sociale lovgivning.

En mere opsøgende omsorgstandpleje skønnes at kunne tilgodese gruppen af helbredsmæssigt dårligt stillede borgere bedre end et øget tilskud i den generelle voksentandpleje.

Der findes en gruppe af patienter med nedsat spytksekretion som følge af medikamentel behandling for almen sygdomme. Graden af nedsat spytksekretion er dog meget varierende og afhænger af præparat, dosis, varighed af indgift og antal medikamenter i kombination, hvorfor denne gruppe ikke entydigt kan defineres. Mennesker med nedsat spytksekretion og høj cariesaktivitet, som følge af medikamentel behandling for kroniske almen sygdomme, kan undergå individuelt tilpasset forebyggelse og behandling under overenskomstens ydelser.

Det kan overvejes, ved bortfald af kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse, at udvide indikationsområdet for individuel forebyggende behandling, så ydelsen kan bruges til behandling af personer, der vurderes i særlig risiko for orale sygdomme på grund af f.eks. helbredsmæssige problemer. Ydelsen indeholder bl.a. afpudsning og fluorbehandling, der virker forebyggende mod caries. Hermed tilgodeses personer med nedsat spytksekretion og høj caries aktivitet som følge af medikamentel behandling.

Det samme gælder personer, der lider af Sjögrens Syndrom eller kræftpatienter, der modtager kemoterapi eller strålebehandling i hoved eller halsregionen. Skulle der alligevel ske betydelige skader på tænderne, hvilket er ensbetydende med, at forebyggelse er mislykket, kan disse patienter opnå særligt tilskud til tandpleje.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at ud af de grupper af patienter med særlige tandplejebehov, der kan indkredses, er patienter med aggressiv paradentose den gruppe, der ikke tilgodeses ved i forvejen etablerede særordninger.

9. Tilskud til patienter, der som følge af sygdom har særligt behov for tandpleje

9.1. Parodontalbehandling på 1 eller 2 tænder

Den almindelige parodontalbehandling kan anvendes, når der ved en regelmæssig diagnostisk undersøgelse (RDU) eller diagnostisk og forebyggende grundydelse (DFG) konstateres fæstetab med patologisk fordybende pocher < 5 mm ved 3 tænder eller derover. For at sikre at patienter, hvor kun 1 eller 2 tænder er angrebet, får adgang til almindelig parodontalbehandling, så sygdomsudbredelsen og dermed tandtabet begrænses mest muligt, vurderes det hensigtsmæssigt at indføre en ydelse for almindelig parodontalbehandling (b), der kan foretages ved fæstetab med patologisk fordybende pocher på 1 eller 2 tænder.

På grund af en mindre sygdomsudbredelse kan der evt. gives et lavere honorar og tilskud til almindelig parodontalbehandling (b) med en sygdomsudbredelse på 1-2 tænder end til almindelig parodontalbehandling (a) med en sygdomsudbredelse på mindst 3 tænder. Et tilskud på 2/3 af tilskuddet til almindelig parodontalbehandling (a) vurderes at være passende.

Sundhedsstyrelsen skønner, at forbruget af den nye ydelse for almindelig parodontalbehandling (b) vil være omkring det samme antal ydelser som for almindelig parodontalbehandling (a). Hermed forventes, at der vil forbruges omkring 192.218 ydelser, og med et tilskud på 2/3 af tilskuddet til almindelig parodontalbehandling (a) (174,62 kr.), vil det svare til en udgift på 34 mio. kr.

Det øgede antal parodontalbehandlinger må forventes at føre til et øget antal kontrol efter parodontalbehandling. Sundhedsstyrelsen skønner, at også kontrol efter parodontalbehandling vil fordobles. Dermed skønnes det, at stigningen i antallet af kontrol efter parodontalbehandling vil være omkring 87.316 ydelser svarende til en merudgift på 6 mio. kr.

Udvidelsen af gruppen af borgere, der modtager parodontalbehandling, medfører, at et større antal borgere kan modtage udvidet tandrensning. Det skønnes, at dette vil føre til en stigning i antal udvidede tandrensnings på 30 pct. Dette svarer til 112.976 ydelser til i alt 17 mio. kr.

I alt forventes indførelse af den nye ydelse at medføre merudgifter på 57 mio. kr.

9.2. Ændring af tilskud

Overenskomsten vurderes at indeholde alle de ydelser, der er nødvendige for at behandle alle alvorlighedsgrader af parodontose inklusiv avancerede former som aggressiv parodontose, når der indføres en ny ydelse for almindelig parodontalbehandling (b).

Skal tilskuddet til patienter med parodontose øges, vil dette kunne gøres ved generelt at styrke de parodontale ydelser i den gældende overenskomst. Hermed sikres både folkesundheds- og populationsperspektivet i den almene forebyggelse og behandling af parodontose og tillige tilgodeses de patienter, der er særligt ramt af sygdom.

For personer med fæstetab og fordybende, patologiske pocher på 3 tænder eller derover kan foretages almindelig parodontalbehandling (ydelsesnummer 1420 – almindelig parodontalbehandling (a)). Udvidet parodontalbehandling (ydelsesnummer 1430) kan fortsat bruges hos personer med behandlingskrævende parodontaltilstand med fæstetab og fordybende, patologiske pocher på 5 mm eller derover samt et eller flere symptomer (blødning, pus / exudation, løsning, vandring). Tandrodsrensninger (ydelsesnummer 1431) kan ligeledes bruges på samme indikationer som i den nuværende overenskomst.

Den udvidede tandrensning (Ydelsesnummer 1425) bør fortsat kunne anvendes, såfremt der i et tidligere behandlingsforløb har været foretaget almindelig eller udvidet parodontalbehandling. Hermed sikres det, at patienter, der tidligere har gennemgået parodontalbehandling, i den efterfølgende vedligeholdelsesbehandling har mulighed for at modtage (udvidet) tandrensning med tilskud. Vedligeholdelsesbehandlingen, som for mange parodontosepatienter er livslang, er den vigtigste fase for det langsigtede resultat af parodontalbehandlingen.

Ved at øge tilskuddet til de nævnte parodontale behandlinger (ydelse nr. 1420, 1430, 1431 og 1425) samt at indføre almindelig parodontalbehandling (b) som ny ydelse, vurderes det, at den samlede indsats overfor parodontal sygdom styrkes og tilgodeser ønsket om at sænke egenbetalingen til tandpleje for patienter med aggressiv parodontose.

En væsentlig barriere, for at patienter med aggressiv parodontose søger behandling, er utvivlsomt udgifterne til kirurgi. Kirurgisk parodontalbehandling bør fortsat kunne bruges, når almindelig og udvidet parodontalbehandling ikke har medført tilfredsstillende sunde gingivale og parodontale forhold, og fæstetabet skønnes at ville skride yderligere frem. Desuden bør der fortsat kun kunne anvendes en kirurgisk ydelse per segment. Over og underkæbe indeholder hver tre segmenter (en i hver side og en i fronten) dvs. i alt seks segmenter i per individ.

I 2006 blev ydelsen kirurgisk parodontalbehandling benyttet af 10.331 personer, og ydelsen blev udbetalt 14.106 gange. Det svarer til, at hver behandlet person i gennemsnit modtog omkring 1,5 behandling. Ydelsen bliver benyttet af omkring 0,2 pct. af befolkning over 18 år, dog med den højeste andel i aldersgruppen 45-74 år, hvor der blev foretaget 10.454 kirurgiske parodontalbehandlinger.

Ydelsen kontrol efter parodontalbehandling (ydelsesnummer 1452/4) kan bruges efter en almindelig parodontalbehandling, udvidet parodontalbehandling og kirurgisk parodontalbehandling. Ydelsen omfatter reinstruktion, motivation og vurdering af behandlingsresultatet – alle vigtige elementer i vedligeholdelsesbehandlingen. Kontrolydelsen indeholder ikke tandrensning. Patienter, som efter parodontalbehandling har pocher af normal dybde, kan dog som en del af den samlede parodontalbehandling have brug for at få en almindelig tandrensning. Det vurderes derfor, som nævnt i afsnit 7.1, hensigtsmæssigt, at tandrensning kan foretages sammen med kontrol efter parodontalbehandling, såfremt muligheden for at få tandrensning med tilskud i øvrigt begrænses.

Sundhedsstyrelsen gør opmærksom på, at ydelsesbeskrivelser i den nuværende overenskomst bør undergå en faglig opdatering. Som eksempel kan nævnes, at der i overenskomsten anvendes begrebet "patologisk fordybde pocher", hvilket betyder, at tandkødslommen (pochen), samtidig med at den er fordybet, er "syg" dvs. bløder, har pusafløb eller indeholder sygdomsfremkaldende bakterier. Dette kan imidlertid misforstås som, at pochen er "patologisk fordybet".

9.3. Styrkelse af indsatsen for patienter med parodontose: Model a - b

Der opstilles to udgiftsneutrale modeller for at hæve tilskuddet til parodontalbehandling. I princippet kan elementerne i denne udredning kombineres på en række andre måder, som også indebærer en styrkelse af indsatsen for patienter med parodontose, men det er kun de to nævnte modeller, der er udgiftsneutrale.

9.3.1. Model a

Hovedindholdet i model a er:

- Der indføres parodontalbehandling for patienter, hvor kun 1-2 tænder er angrebet

- Tilskuddet til parodontalbehandling fordobles
- Tilskuddet til kirurgisk parodontalbehandling seksdobles

Merudgiften til tilskud ved indførelsen af en ydelse for parodontalbehandling, hvor kun 1-2 tænder er angrebet, skønnes at være 57 mio. kr., jf. afsnit 9.1.

I tabel 11 er angivet konsekvenser for tilskudssystemet ved at fordoble tilskuddet til de parodontale ydelser (inkl. den nye ydelse) og seksdoble tilskuddet til kirurgisk parodontalbehandling.

Tabel 11. Forbrug af og tilskud til de parodontale ydelser ved model a

Ydelse	Forbrug ved ny ydelsesstruktur			Forbrug ved styrkelse af parodontalbehandling		
	Ydelser	Takster pr. 1. oktober 2006 (i kr.)	Tilskud (i mio. kr.)	Ydelser	Takster (i kr.)	Tilskud (i mio. kr.)
Almindelig parodontalbehandling	192.218*	261,93	50,35	192.218*	523,86	100,70
Udvidet tandrensning	527.223**	149,38	78,756	527.223**	298,76	157,51
Udvidet parodontalbehandling	21.619*	453,70	9,81	21.619*	907,40	19,62
Tandrodsrensning	993.451*	56,66	56,29	993.451*	113,32	112,58
Kirurgisk parodontalbehandling	14.105*	201,68	2,84	28.210***	1.210,08	34,14
Kontrol efter Almindelig parodontalbehandling	174.632**	71,13	12,42	174.632**	142,26	24,84
Kontrol efter Udvidet parodontalbehandling	15.363*	71,13	1,09	15.363*	142,26	2,19
Kontrol efter Kirurgisk parodontalbehandling	4.751*	71,13	0,34	9.502***	142,26	1,35
Almindelig parodontalbehandling B (1/2 tænder)	192.218**	174,62	33,57	192.218**	349,24	67,13
I alt			245,46			520,05

* Note: Forbrug 2006.

** Note: Skønnet forbrug jf. afsnit 9.1.

*** Note: Skønnet stigning i forbrug ved seksdobling af tilskud til kirurgisk parodontalbehandling.

Ændres tilskuddene som skitseret, vil det medføre en omkostning på cirka 275 mio. kr. Det skønnes, at 10 pct. af dette beløb bliver frigjort fra tilskud givet efter den sociale lovgivning, da behovet for tilskud fra kommunerne mindskes som følge af, at egenbetalingen sænkes for borgere med paradentose. Dermed skønnes ændringen af tilskuddet at medføre offentlige merudgifter på omkring 247 mio. kr.

Hertil kommer merudgiften på 57 mio. kr. til indførelse af den nye ydelse for parodontalbehandling. Samlet set skønnes model a at medføre udgifter på i alt 304 mio. kr.

Samtidigt kan overvejes følgende ændringer for så vidt angår begrænsning af nuværende ydelser med henblik på finansiering:

- Tilskud til tandrensning gives alene sammen med en regelmæssig diagnostisk undersøgelse med et interval på 1 – 2 år eller sammen med kontrol efter parodontalbehandling

- Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse bortfalder som ydelse, og anvendelsesområdet for individuel forebyggende behandling udvides

Disse ændringer skønnes at føre til frigørelse af 303,80 mio. kr. og dermed at kunne finansiere model a.

Det skønnes, at patienter med aggressiv parodontose, der får livslang behandling, vil have en gennemsnitlig egenbetaling på ca. 2.100 kr. hvert år til parodontalbehandling⁶. Øges tilskuddet som angivet i tabel 11, skønnes dette at føre til, at den gennemsnitlige egenbetaling til parodontalbehandling falder til ca. 1.500 kr. om året.

9.3.2. Model b

Hovedindholdet i model b er:

- Der indføres parodontalbehandling for patienter, hvor kun 1-2 tænder er angrebet
- Tilskuddet til parodontalbehandling forøges med 50 %
- Tilskuddet til kirurgisk parodontalbehandling tredobles

Merudgiften til indførelsen af en ydelse for parodontalbehandling, hvor kun 1-2 tænder er angrebet, skønnes at være 57 mio. kr., jf. afsnit 9.1.

I tabel 12 er angivet konsekvenserne for tilskudssystemet ved at øge tilskuddet til de parodontale ydelser med 50 pct. (inkl. den nye ydelse) og tredoble tilskuddet til kirurgisk parodontalbehandling.

⁶ Hertil kommer udgifter til protetisk behandling af en ukendt størrelsesorden.

Tabel 12. Forbrug af og tilskud til de parodontale ydelser ved model b

Ydelse	Forbrug ved ny ydelsesstruktur			Forbrug ved styrkelse af parodontalbehandling		
	Ydelser	Takster pr. 1. oktober 2006 (i kr.)	Tilskud (i mio. kr.)	Ydelser	Takster (i kr.)	Tilskud (i mio. kr.)
Almindelig parodontalbehandling	192.218*	261,93	50,35	192.218*	392,90	75,52
Udvidet tandrensning	527.223**	149,38	78,756	527.223**	224,07	118,13
Udvidet parodontalbehandling	21.619*	453,70	9,81	21.619*	680,55	14,71
Tandrodsrensning	993.451*	56,66	56,29	993.451*	84,99	84,43
Kirurgisk parodontalbehandling	14.105*	201,68	2,84	28.210***	605,04	12,80
Kontrol efter Almindelig parodontalbehandling	174.632**	71,13	12,42	174.632**	106,70	18,63
Kontrol efter Udvidet parodontalbehandling	15.363*	71,13	1,09	15.363*	106,70	1,64
Kontrol efter Kirurgisk parodontalbehandling	4.751*	71,13	0,34	9.502***	106,70	1,01
Almindelig parodontalbehandling B (1/2 tænder)	192.218**	174,62	33,57	192.218**	261,93	50,35
I alt			245,46			377,24

* Note: Forbrug 2006.

** Note: Skønnet forbrug jf. afsnit 9.1.

*** Note: Skønnet stigning i forbrug ved seksdobling af tilskud til kirurgisk parodontalbehandling.

Ændres tilskuddet som skitseret i model b vil det medføre en omkostning på 132 mio. kr. Det skønnes dog, at der også her vil blive mindreudgifter for omkring 10 pct. af dette beløb på den sociale lovgivning, da behovet for tilskud fra kommunerne mindskes som følge af, at egenbetalingen sænkes for borgere med parodontose. Modellen om øgede tilskud til parodontalbehandling, som vist i tabel 12, estimeres dermed til at føre til merudgifter på 119 mio. kr.

Hertil kommer merudgiften på 57 mio. kr. til indførelse af den nye ydelse for parodontalbehandling. Samlet set skønnes model b at føre til omkostninger på 175 mio. kr.

Samtidigt kan overvejes følgende ændringer for så vidt angår begrænsning af nuværende ydelser med henblik på finansiering:

- Tilskud til tandrensning gives alene sammen med en regelmæssig diagnostisk undersøgelse med et interval på 1 – 2 år eller sammen med kontrol efter parodontalbehandling

Denne ændring skønnes at føre til frigivelse af 175,95 mio. kr. og dermed at kunne finansiere model b.

Det skønnes, at patienter med aggressiv parodontose, der får livslang behandling, vil have en gennemsnitlig egenbetaling på ca. 2.100 kr. hvert år til parodontalbehandling⁷. Øges tilskuddet som angivet i tabel 12, skøn-

⁷ Hertil kommer udgifter til protetisk behandling af en ukendt størrelsesorden.

nes dette at føre til, at den gennemsnitlige egenbetaling til parodontalbehandling falder til ca. 1.800 kr. om året.

10. Økonomiske & fordelingsmæssige konsekvenser

10.1. For det offentlige

Dette udredningsarbejde har som forudsætning, at en omlægning af tilskuddet til voksentandpleje kan foretages, uden at det fører til øgede udgifter for det offentlige.

Samlet set medfører en omlægningen af tilskuddet, som præsenteret i model a eller model b, at der flyttes midler fra ydelser rettet mod hele befolkningen til ydelser rettet mod borgere med parodontose og især borgere med aggressiv parodontose.

Gennem den sociale lovgivning er der som beskrevet i afsnit 5.5. mulighed for at opnå støtte til tandbehandling. Støtten gives typisk til borgeres egenbetalingsandel for ydelser i overenskomsten.

Mindreudgifterne i omlægningen kommer fra indskrænkning af det overenskomstmæssige anvendelsesområde for tandrensning og evt. kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse (Kontrol RDU). Dette betyder, at der heller ikke gennem den sociale lovgivning vil være mulighed for at give tilskud til borgernes egenbetaling til disse ydelser. Det må derfor forventes, at indskrænkningen af tandrensningsydelsen og evt. afskaffelse af ydelsen Kontrol RDU fører til et fald i udgifter, der afholdes efter den sociale lovgivning. Til gengæld indføres en ydelse for behandling af parodontose i 1 eller 2 tænder i model a og b, og indikationsområdet for individuel forebyggende behandling udvides ved model a. Dette forventes at føre til øget tilskud gennem den sociale lovgivning.

Disse tendenser vurderes til at opveje hinanden.

Omlægningen af tilskudssystemet med godt 300 mio. kr. i model a og 175 mio. kr. i model b medfører, at egenbetalingsandelen mindskes betydeligt for borgere med parodontose og særligt for borgere med aggressiv parodontose. En del af disse borgere får på nuværende tidspunkt tilskud til egenbetalingen gennem den sociale lovgivning. Regionernes øgede tilskud til parodontalbehandling mindsker dermed behovet for tilskud gennem den sociale lovgivning.

Det skønnes, at den styrkede indsats på parodontalområdet mindsker behovet for tilskud efter den sociale lovgivning med mindst 10 pct. af den besparelse i egenbetaling, patienterne opnår som følge af de forhøjede tilskud til parodontalbehandling (eksklusiv indførelse af den nye ydelse med tilskud til parodontalbehandling af 1-2 tænder). Denne besparelse skønnes til 275 mio. kr. (model a) henholdsvis 132 mio. kr. (model b). Dermed skønnes, at omlægningen mindsker tilskuddet til parodontalbehandling efter den sociale lovgivning med 27,5 mio. kr. (model a) henholdsvis 13,2 mio. kr. (model b).

De økonomiske konsekvenser af omlægningen i form af model a og model b fremgår af tabel 13.

Tabel 13. Økonomiske konsekvenser af arbejdsgruppens forslag (i mio. kr.)

MODEL A

Frigjorte ressourcer: Begrænsning af tilskud til tandrensning, bortfald af ydelsen kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse og udvidelse af indikationsområdet for individuel forebyggende behandling	303,80
Anvendte ressourcer: Indførelse af ny ydelse til parodontalbehandling i 1-2 tænder, fordobling af tilskud til parodontalbehandling og seksdobling af tilskud til kirurgisk parodontalbehandling	-303,78
I alt	0,02

MODEL B

Frigjorte ressourcer: Begrænsning af tilskud til tandrensning	175,95
Anvendte ressourcer: Indførelse af ny ydelse til parodontalbehandling i 1-2 tænder, forøgelse af tilskud til parodontalbehandling med 50 % og tredobling af tilskud til kirurgisk parodontalbehandling	-175,25
I alt	0,70

På mellemlang og lang sigt forventes model a såvel som model b at føre til en mindredgift for det offentlige og borgerne, da tidlig opsporing og behandling af parodontose er afgørende for at undgå udvikling af sygdommen og tandtab m.v.

10.2. For borgerne

De opstillede ændringer af tilskudssystemet i model a og model b er tilrettelagt, så der fjernes tilskud fra ydelser, der vurderes til ikke at være tilstrækkeligt sundhedsfagligt funderet. Borgere, der som følge af omlægningen fravælger disse ydelser, vil få færre tandplejeudgifter. Borgere, der modtager parodontalbehandling, vil opnå en betydelig nedsættelse af egenbetalingen, da tilskuddet generelt fordobles eller hæves med 50 %, og tilskuddet til kirurgisk parodontalbehandling seks- eller tredobles.

Såfremt nogle borgere vælger at modtage f.eks. tandrensninger uden tilskud eksempelvis af kosmetiske årsager, vil omlægningen medføre en øget egenbetaling for dem.

Bilag

Bilag 1. Sagkyndige

Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver:

Professor dr.odont. et cand.scient.soc. Poul Erik Petersen
Afdeling for Samfundsodontologi og videreuddannelse
Odontologisk Institut
Københavns Universitet

Sundhedsstyrelsens ad hoc sagkyndige rådgivere:

Professor dr.odont. Palle Holmstrup
Afdeling for Parodontologi
Odontologisk Institut
Københavns Universitet

Professor dr.odont. Svante Twetman
Afdeling for Tandsygdomslære og Endodonti
Odontologisk Institut
Københavns Universitet

Professor dr.odont. Thorkild Karring
Afdeling for Parodontologi
Odontologisk Institut
Århus Universitet

Lektor dr.odont. Vibeke Bælum
Afdeling for Parodontologi
Odontologisk Institut
Århus Universitet

Bilag 2. Honorar, tilskud og egenbetaling for overenskomstydelse

Honorar, tilskud og egenbetaling - takster pr. 1. oktober 2006 ⁸				
Ydelse	Ydelses-nummer	Fuldt honorar	Regionens tilskud	Egenbetaling
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år	1140	197,20	79,20	118,00
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse, 18-25 år	1141	197,20	128,20	69,00
Bitewings i forbindelse med regelmæssig diagnostisk undersøgelse	1150	237,74	71,74	166,00
Bitewings i forbindelse med diagnostisk og forebyggende grundydelse	1151	237,74	71,74	166,00
Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år	1170	178,13	71,13	107,00
Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse, 18-25 år	1171	178,13	116,13	62,00
Røntgenoptagelse	1300	119,00	0,00	119,00
Tandrensning a	1301	271,82	108,82	163,00
Tandrensning b	1302	195,44	78,44	117,00
Almindelig parodontalbehandling	1420	655,93	261,93	394,00
Udvidet tandrensning	1425	372,38	149,38	223,00
Udvidet parodontalbehandling	1430	1133,70	453,70	680,00
Tandrodsrensning	1431	140,66	56,66	84,00
Kirurgisk parodontalbehandling	1440	-	201,68	-
Kontrol efter almindelig parodontalbehandling	1452	178,13	71,13	107,00
Kontrol efter udvidet parodontalbehandling	1453	178,13	71,13	107,00
Kontrol efter kirurgisk parodontalbehandling	1454	178,13	71,13	107,00
Fyldning, ikke kombineret, sølvamalgam	1501	218,59	62,59	156,00
Fyldning, kombineret, sølvamalgam	1502	303,92	101,92	202,00
Fyldning, dobbelt kombineret, sølvamalgam	1503	485,27	175,27	310,00
Fyldning, enkeltfladet, plast	1505	391,73	87,73	304,00
Fyldning, flerfladet, plast	1506	-	87,73	-
Fyldning, glasionomer	1507	391,73	87,73	304,00
Gradvis ekskavering, ikke kombineret, sølvamalgam	1551	218,59	62,59	156,00
Gradvis ekskavering, kombineret sølvamalgam	1552	303,92	101,92	202,00
Gradvis ekskavering, dobbelt kombineret, sølvamalgam	1553	485,27	175,27	310,00
Gradvis ekskavering, enkeltfladet, plast	1555	391,73	87,73	304,00
Gradvis ekskavering, flerfladet, plast	1556	-	87,73	-
Gradvis ekskavering, glasionomerfyldning	1557	391,73	87,73	304,00
a. Rodbehandling (pulpaoverkapning)	1600	264,32	105,32	159,00
b. Rodbehandling (koronal amputation)	1601	306,87	122,87	184,00
c. Rodbehandling (akut oplukning)	1605	306,87	122,87	184,00
d. Rodbehandling (apikal amputation og rodfyldning)	1606	-	163,63	-

⁸ Data i bilaget er trukket fra Sygesikringsregistret forskudt fra data i hovedrapporten, der kan derfor forekomme mindre afvigelser mellem opgørelserne.

pr. kanal)				
Tandudtrækning pr. tand	1701	393,05	131,05	262,00
Operativ fjernelse af tand m.v.	1801	-	151,92	-
Diagnostisk og forebyggende grundydelse	2910	721,49	288,49	433,00
Individuel forebyggende behandling	2920	215,60	86,60	129,00
Kontrol efter forebyggelse	2930	178,13	71,13	107,00
Konsultation uden behandling	3020	206,00	0,00	206,00

Bilag 3. Tilskud og antal ydelser fordelt på ydelsesnumre i 2006

Tilskud til tandpleje 2006⁹			
Ydelse	Ydelsesnummer	Tilskud	Antal ydelser
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år	1140	135.954.398	1.741.550
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse, 18-25 år	1141	21.786.534	171.831
Bitewings i forbindelse med regelmæssig diagnostisk undersøgelse	1150	36.230.006	514.434
Bitewings i forbindelse med diagnostisk og forebyggende grundydelse	1151	4.484.413	63.646
Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år	1170	124.745.783	1.777.098
Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse, 18-25 år	1171	12.428.997	108.623
Røntgenoptagelse	1300	0	1.407.501
Tandrensning a	1301	320.789.119	2.981.019
Tandrensning b	1302	16.414.865	212.330
Almindelig parodontalbehandling	1420	49.891.102	192.218
Udvidet tandrensning	1425	55.480.399	376.588
Udvidet parodontalbehandling	1430	9.704.944	21.619
Tandrodsrensning	1431	55.510.947	993.451
Kirurgisk parodontalbehandling	1440	2.813.546	14.105
Kontrol efter Almindelig parodontalbehandling	1452	6.128.475	87.316
Kontrol efter Udvidet parodontalbehandling	1453	1.078.266	15.363
Kontrol efter Kirurgisk parodontalbehandling	1454	333.540	4.751
a. Ikke kombineret, sølvamalgam	1501	9.876.029	159.450
b. Kombineret, sølvamalgam	1502	37.928.791	376.994
c. Dobbelt kombineret, sølvamalgam	1503	28.633.602	164.828
e. Plast, enkeltfladet	1505	96.587.283	1.116.899
f. Plast, flerfladet	1506	28.926.360	334.478
d. Glasionomerfyldning	1507	12.888.230	149.016
a. ikke kombineret, sølvamalgam, gradvis ekskavering	1551	69.725	1.125
b. kombineret sølvamalgam, gradvis ekskavering	1552	598.134	5.942
c. Dobbelt kombineret, sølvamalgam, gradvis ekskavering	1553	366.978	2.112
e. Plast, enkeltfladet, gradvis ekskavering	1555	109.616	1.267
f. Plast, flerfladet, gradvis ekskavering	1556	59.720	691
d. Glasionomerfyldning, gradvis ekskavering	1557	420.782	4.863
a. Rodbehandling (pulpaoverkapning)	1600	1.599.469	15.310
b. Rodbehandling (koronal amputation)	1601	244.418	2.011
c. Rodbehandling (akut oplukning)	1605	2.166.228	17.819

⁹ Data i bilaget er trukket fra Sygesikringsregistret forskudt fra data i hovedrapporten, der kan derfor forekomme mindre afvigelser mellem opgørelserne.

d. Rodbehandling (apikal amputation og rodfyldning pr. kanal)	1606	60.784.157	375.478
Tandudtrækning pr. tand	1701	34.945.590	331.001
Operativ fjernelse af tand m.v.	1801	21.441.236	142.663
Diagnostisk og forebyggende grundydelse	2910	28.978.234	101.509
Individuel forebyggende behandling	2920	35.410.667	415.194
Kontrol efter forebyggelse	2930	2.134.523	30.404
Konsultation uden behandling	3020	0	12.309
I alt		1.257.945.105	14.444.806

Kilde: Sygesikringsregistret

-
- ^a Krstrup U. Clinical-epidemiological study of oral health among adults in Denmark 200/2001. Phd-afhandling, Københavns Universitet, 2004.
- ^b PE Petersen. Tandlægeskolen, Københavns Universitet, for bidrag til rapport om folkesundhed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
- ^c Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Publ Health Nutrition* 2004; 7: 201-26.
- ^d Petersen PE, Torres AM. Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolescents by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *Int J Pediatr Dent* 1999; 9: 81-91.
- ^e Petersen PE. Oral health behaviour of 6-year-old Danish children. *Acta Odontol Scand* 1992; 50: 57-64.
- ^f Petersen PE. Oral health behaviour of 6-year-old Danish children. *Acta Odontol Scand* 1992; 50: 57-64. og Poulsen VJ. Cariesrisikogrupper i børnetandplejen - en sundhedssociologisk evaluering (Licentiatafh.). København: Københavns Tandlægehøjskole, 1988.
- ^g Sundby A, Petersen PE. Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *Int J Pediatr Dent* 2003; 13: 150-7.
- ^h Krstrup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001: Carieserfaring og parodontal status hos voksne i relation til social status og udnyttelse af tandplejen. *Tandlægebladet* 2005; 109: 798-812.
- ⁱ Krstrup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001: Carieserfaring og parodontal status hos voksne i relation til social status og udnyttelse af tandplejen. *Tandlægebladet* 2005; 109: 798-812.
- ^j Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krstrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent*. 2004 Summer;64(3):127-35.
- ^k Sygeforsikringen 'danmark' 2006. Årsrapport 2005. København. Sygeforsikringen 'danmark'.
- ^l Forbrugerstyrelsen 2005. Forbrugerreddegørelse. København. Forbrugerstyrelsen.
- ^m Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krstrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent*. 2004 Summer;64(3):127-35.
- ⁿ Rutinemæssig tandrensningens betydning for parodontal sundhed hos voksne Beirne P, Forgie A, Worthington HV, Clarkson JE. Routine scale and polish for periodontal health in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD004625. DOI: 10.1002/14651858.CD004625.pub2, <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004625/frame.html>
- ^o Sundhedsstyrelsen 2004. Tandplejens Struktur og Organisation. København. Sundhedsstyrelsen.
- ^p Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M. Utilization of dental health services among middle-aged people in Sweden and Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2002;60:276-80.
- ^q Rutinemæssig tandrensningens betydning for parodontal sundhed hos voksne Beirne P, Forgie A, Worthington HV, Clarkson JE. Routine scale and polish for periodontal health in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD004625. DOI: 10.1002/14651858.CD004625.pub2, <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004625/frame.html>
- ^r Osterberg T, Era P, Gause-Nilsson I, Steen B. Dental state and functional capacity in 75-year-olds in three Nordic localities. *J Oral Rehabil*. 1995;22:653-60. og Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontology*. 2007;24:3-13. og Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology*. 2004;21:17-26. og Vigild M. Denture status and need for prosthodontic treatment among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol*.
- ^s Vigild M. Denture status and need for prosthodontic treatment among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1987;15:128-33. og Vigild M. Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1989;17:102-5.

-
- [†] Antoft P, Rambusch E, Antoft B, Christensen HW. Caries experience, dental health behaviour and social status - three comparative surveys among Danish military recruits in 1972, 1982 and 1993. *Community Dent Health*. 1999;16:80-4. og Krustup U, Petersen PE. Periodontal conditions in 35-44 and 65-74-yearold adults in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2006;64:65-73.
- [‡] Scheutz F. Dental health in a group of drug addicts attending an addiction-clinic. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1984;12:23-8. og Scheutz F. Anxiety and dental fear in a group of parental drug addicts. *Scand J Dent Res*. 1986;94:241-7.
- [§] Hede B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. *Eur J Oral Sci*. 1996;104:403-8.
- [¶] Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1995;23:44-8. og Vigild M, Brinck JJ, Christensen J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21:169-71.
- [×] Hansen HJ, Thorn JJ, Hansen HS, Overgaard M, Berthelsen A, Morning P, et al. Odontologiske senfølger efter strålebehandling af hoved-hals-cancer. *Tandlægebladet* 20; 104: 420-32. og Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ, Schiødt M. Oral health of patients with Sjogren's syndrome. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 116-20.
- ^γ Krustup U. Clinical-epidemiological study of oral health among adults in Denmark 200/2001. Phd-afhandling, Københavns Universitet, 2004.
- ^z PE Petersen, H Ogawa. Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO approach. *J Periodontol*, 2005, 76:2187-2193.
- ^æ Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol*. 2000;71:743-51. og Hujøel PP, Bergström J, del Aguila MA, DeRouen TA. A hidden periodontitis epidemic during the 20th century? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:1-6.
- ^ø Amar S, Gokce N, Morgan S, Loukideli M, Van Dyke TE, Vita JA. Periodontal disease is associated with brachial artery endothelial dysfunction and systemic inflammation. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003; 23(7):1245-9. og Holmstrup P, Poulsen AH, Andersen L, Skuldbol T, Fiehn NE. Oral infections and systemic diseases. *Dent Clin North Am* 2003 Jul;47(3):575-98. og Beck JD, Offenbacher S. Systemic effects of periodontitis: epidemiology of periodontal disease and cardiovascular disease. *J Periodontol* 2005;76(11 Suppl):2089-100. og Elter JR, Hinderliter AL, Offenbacher S, Beck JD, Caughey M, Brodala N, et al. The effects of periodontal therapy on vascular endothelial function: a pilot trial. *Am Heart J* 2006;151(1):47. og Tonetti MS, D'Aiuto F, Nibali L, Donald A, Storry C, Parkar M, et al. Treatment of periodontitis and endothelial function. *N Engl J Med* 2007 Mar 1;356(9):911-20. og Geismar K, Stoltze K, Sigurd, B, Gyntelberg F, Holmstrup P. Periodontal disease and coronary heart disease. *J Periodontol* 2006;77:1547-54. og Pontes Andersen CC, Buschard K, Flyvbjerg A, Stoltze K, Holmstrup P. Periodontitis deteriorates metabolic control in type 2 diabetic Goto-Kakizaki rats. *J Periodontol* 2006;77(3):350-6.
- ^à Krustup U. Clinical-epidemiological study of oral health among adults in Denmark 200/2001. Phd-afhandling, Københavns Universitet, 2004.
- ^{aa} Sundhedsstyrelsen. Intern notat. Faglige overvejelser ved modernisering af sygesikringsoverenskomst. 2007.
- ^{bb} Krustup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001: Carieserfaring og parodontal status hos voksne i relation til social status og udnyttelse af tandplejen. *Tandlægebladet* 2005; 109: 798-812.
- ^{cc} Christensen LB, Petersen PE, Krustup U, Kjølner M. Selfreported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2003; 20:229-35.

^{dd} Christensen LB, Petersen PE, Krstrup U, Kjøller M. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2003; 20:229-35. og Petersen PE. Smoking, alcohol consumption, and dental behaviour among 25-44 year-old Danes. *Scand J Dent Res* 1989; 97: 422-31.

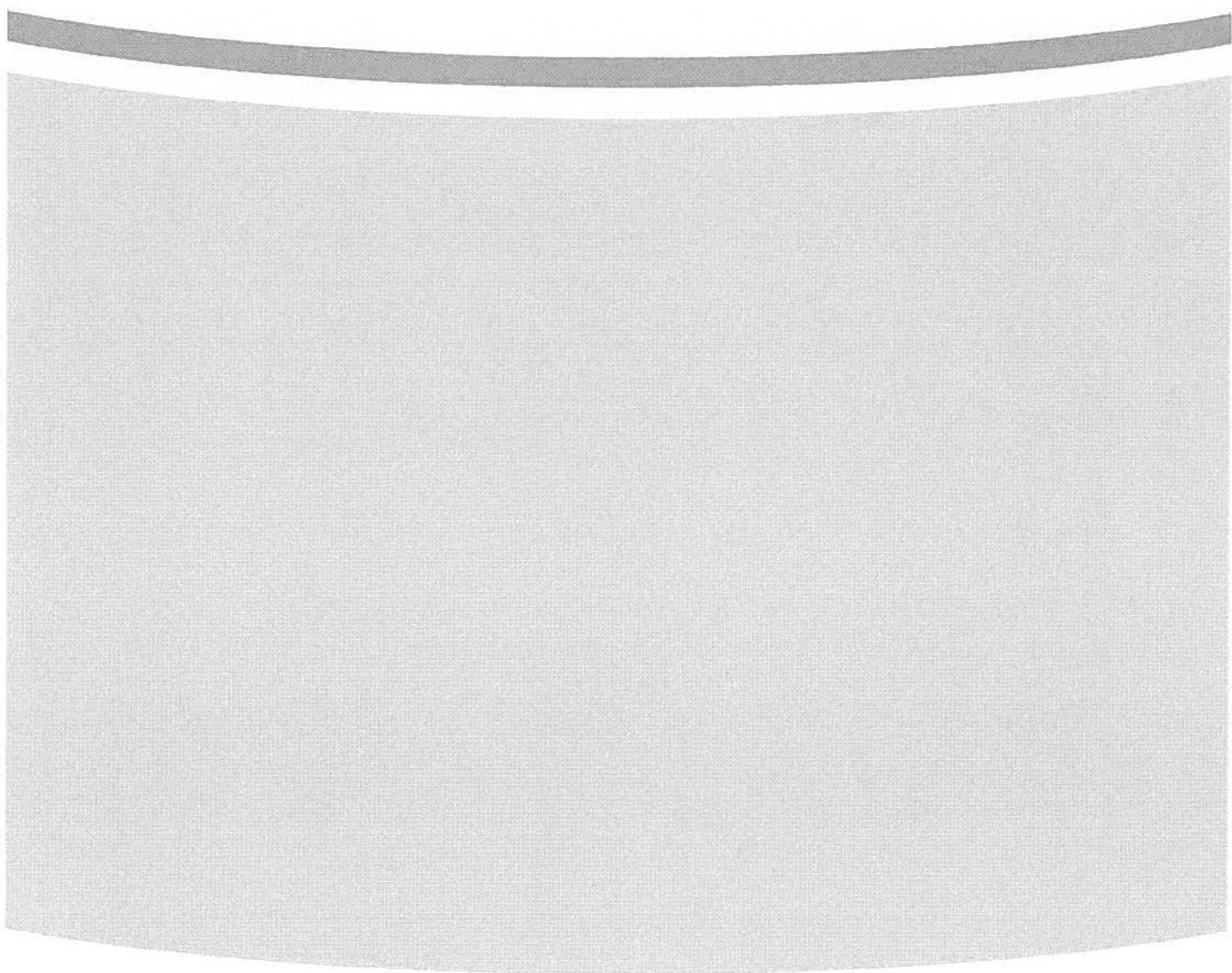
^{ee} Petersen PE, Antoft A. Oral sundhed og tandplejevaner hos bistandsklienter og pensionister i Herlev kommune. *Tandlægemes Nye Tidsskr* 1994;9:332-8.

^{ff} Hede B, Petersen PE. Self-assessment og dental health among Danish mental patients. *Spec Care Dent* 1992; 12:33-6.

^{gg} Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontol.* 2007;24:3-13.

^{hh} Petersen PE, Nørtoft B. General and dental health in relation to life-style and social network activity among 67-year-old Danes. *Scand J Prim Health* 1989; 7: 225-30.

www.im.dk



Indenrigs- og Sundhedsmini-
steriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Tlf. 72 26 90 00
Fax 72 26 90 01

