

VOKSENTANDPLEJEN

UDREDNING OM OMFORDELING AF TILSKUDET I VOKSENTANDPLEJEN

AUGUST 2007

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 PARADENTOSE: 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 tandplejebestanden, 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-

- 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 'Høgekostnadsskydd' 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.

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 parodontose. 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).

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

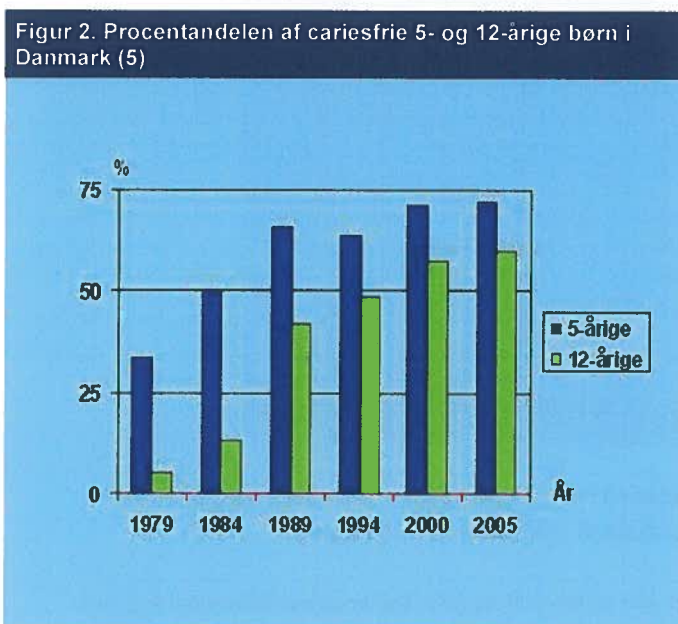
Mindre bemidlede alderspensionister kan få tildelt helbredstillæg og/eller personligt tillæg til tandpleje jf. afsnit 5.5. Førtdspensionister, hvis pensionssag er startet før 1. januar 2003 kan opnå helbredstillæg og personligt tillæg på linie med alderspensionister. For førtdspensionister, hvis pensionssag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

4.1. 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.



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.

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.

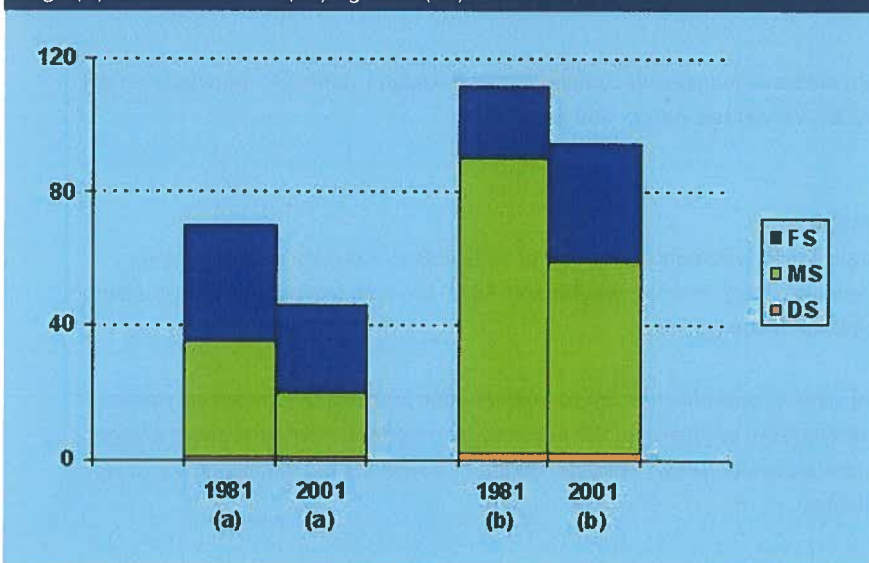
En landsdækkende klinisk-epidemiologisk undersøgelse fra 2001^h viser, at sygdommene caries og paradentose fortsat rammer næsten alle mennesker, og der er fortsat mange tænder, der rammes af caries og paradentose.

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.

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.

Herved 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 prislister 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. Herved 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 forbrugere 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.

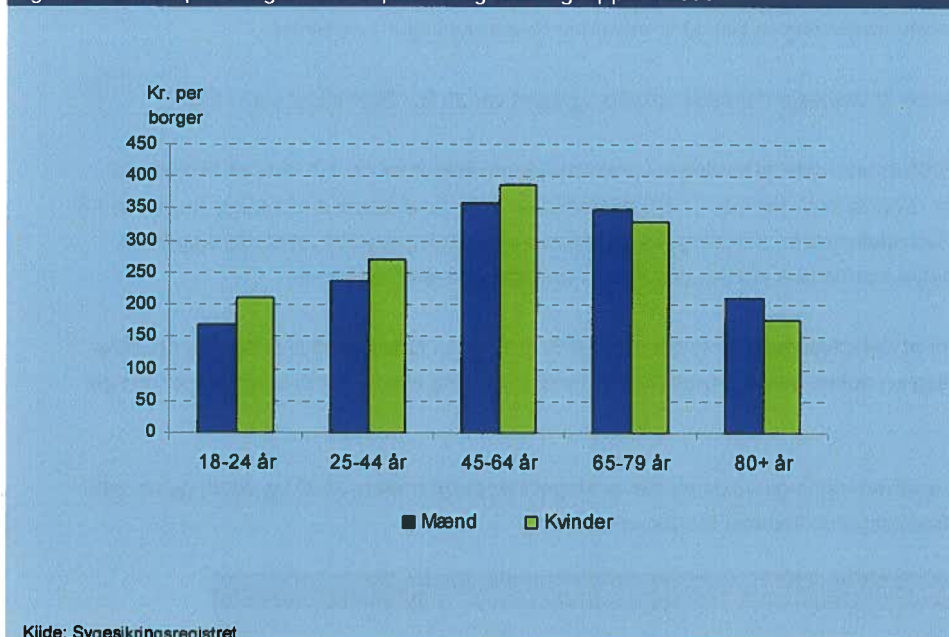
Gennem overenskomsten er der fastsat et honorar for de fleste af disse ydelser. Typisk udgør tilskuddet 40 pct. af honoraret for ydelsen. For at sikre en let overgang fra den vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje og fastholde de unge i gode tandplejevaner gives de 18-25-årige et tilskud på 65 pct. 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 tandrensningsydelser, hvilket er den største del af det samlede tilskud.

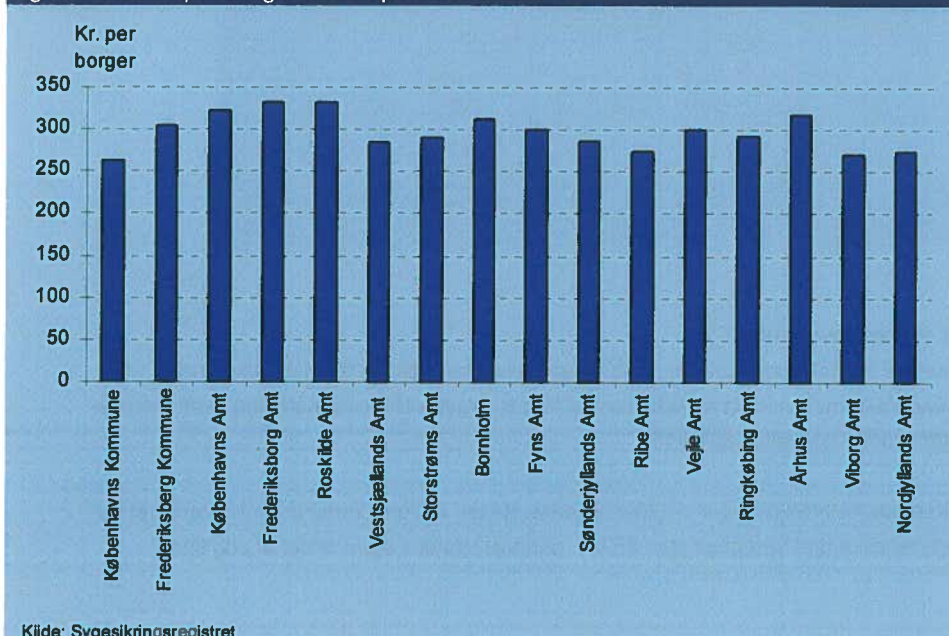
Figur 5. Tilskud per borger fordelt på køn og aldersgrupper i 2006



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



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.

Skønsmæssigt 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

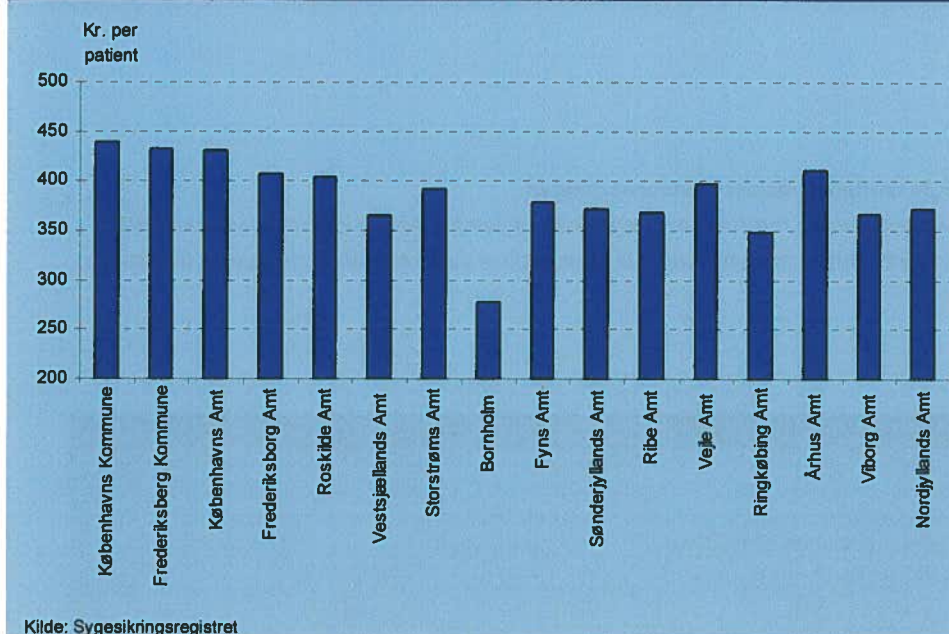
5.6. Tilskud til parodontalbehandling

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 tanddrosrensning 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.

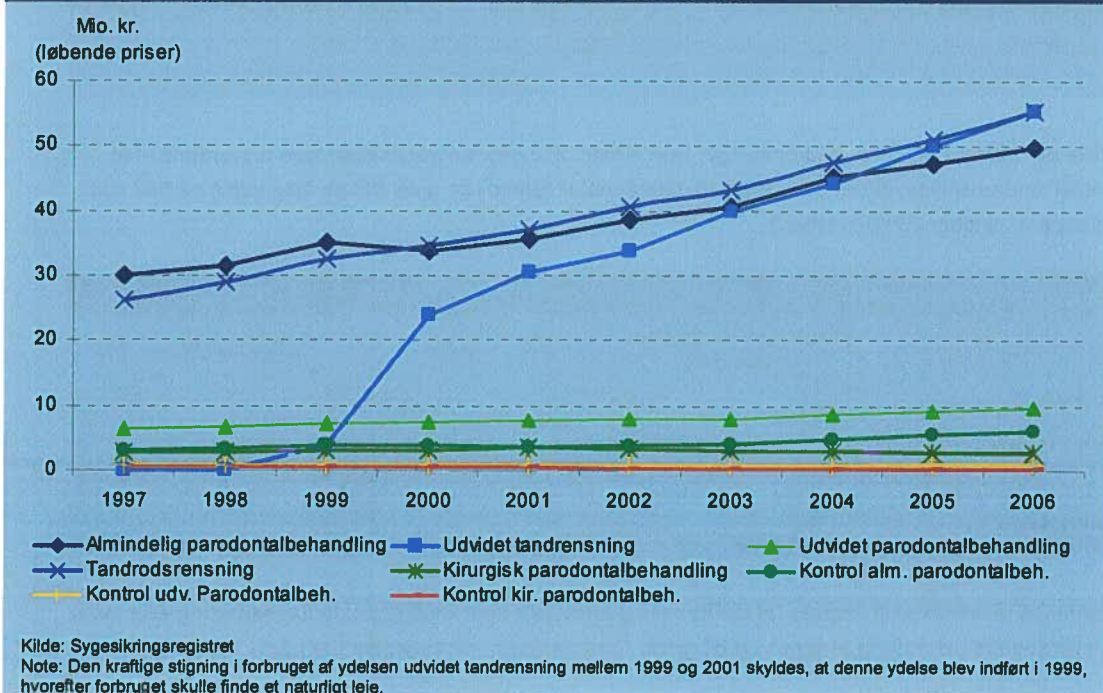
syn til det samlede forbrug af tandbehandling jf. figur 6 ovenfor. Det kunne tyde på, at variationer i forbruget ikke kun kan tilskrives forskelle i behandlingsbehovet mellem områderne.

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 tandrodsrensning, udvidet tandrensning og almindelig parodontalbehandling steget.

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



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 tandrensningsydelserne 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

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.

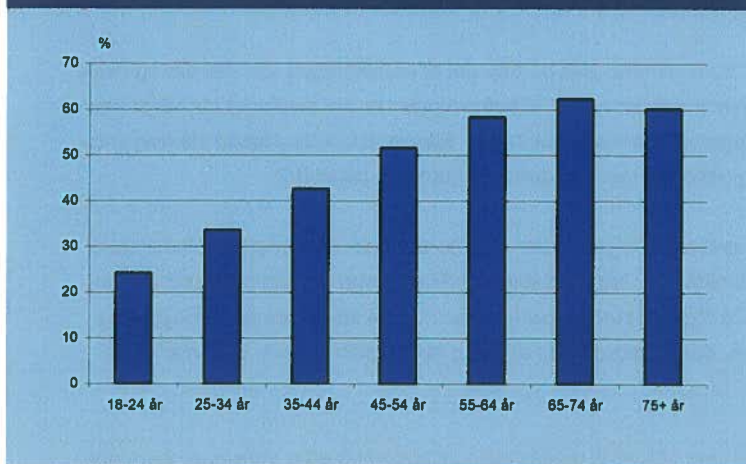
Ydelsesbeskrivelse kontrol RDU

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.

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.

7.1. 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 paradentose^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^f, ældre anbragt på plejehjem^g, 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 spyttsekretion 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-

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 mindreudgifter på 176 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: Sygeskringsregistret
 * 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.

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 objektive 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 tandplejebesøgene) og har ofte usunde kostvaner og højt tobaksforbrug^{dd}. Disse persongrupper er karakteriseret ved lavt uddannelsesniveaue, 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.

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 fordybde 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 fordybde 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 tandrensninger 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 fordybde, 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 fordybde, 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.

- 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 (l kr.)	Tilskud (l mio. kr.)	Ydelser	Takster (l kr.)	Tilskud (l 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

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 mindredgifter 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.

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 omlægning 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 paradentose og især borgere med aggressiv paradentose.

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 paradentose 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 paradentose og særligt for borgere med aggressiv paradentose. 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.

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

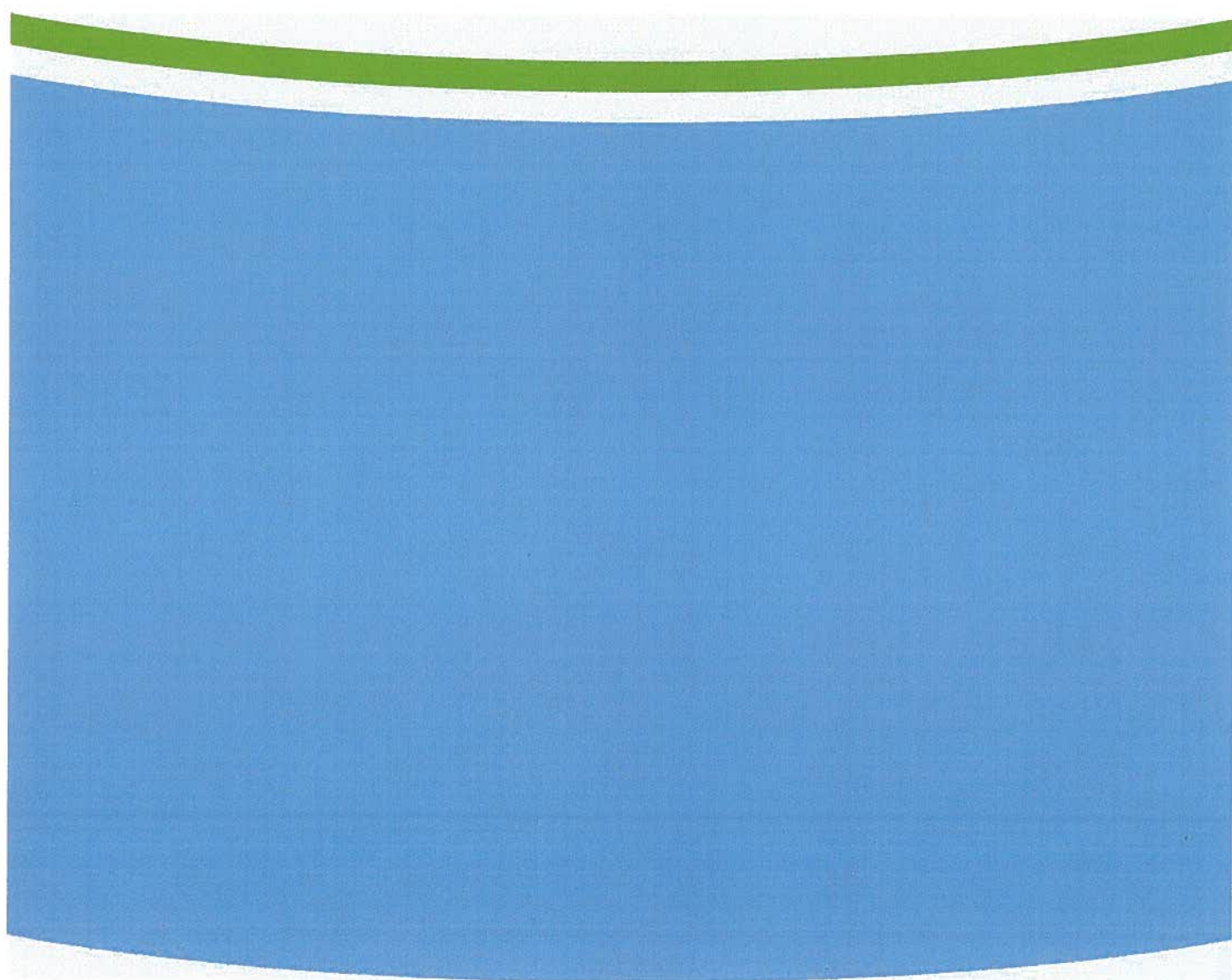
Lektor dr.odont. Vibeke Bælum
Afdeling for Parodontologi
Odontologisk Institut
Århus Universitet

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

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			

-
- ^t 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 Krstrup U, Petersen PE. Periodontal conditions in 35-44 and 65-74-yearold adults in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2006;64:65-73.
- ^u 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.
- ^v Hede B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. *Eur J Oral Sci*. 1996;104:403-8.
- ^w 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.
- ^x 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.
- ^y Krstrup 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.
- ^{aa} 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 Hujoel PP, Bergström J, del Aguila MA, DeRouen TA. A hidden periodontitis epidemic during the 20th century? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:1-6.
- ^{ab} 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.
- ^{ac} Krstrup U. Clinical-epidemiological study of oral health among adults in Denmark 200/2001. Phd-afhandling, Københavns Universitet, 2004.
- ^{ad} Sundhedsstyrelsen. Intern notat. Faglige overvejelser ved modernisering af sygesikringsoverenskomst. 2007.
- ^{ae} 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.
- ^{af} Christensen LB, Petersen PE, Krstrup U, Kjølner M. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2003; 20:229-35.

www.im.dk



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