

NOTAT

Oversigt over indkomne forslag - dialog- og inddragelsesforum - Tandpleje, fra september 2018 og frem til 21. november 2018

Organisation	Tilsendt materiale (samlet i én pdf)
Dansk Erhverv	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 18. september 2018 vedr. generelt og særligt del c om ejerskab.
Rådet for Socialt Udsatte	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 19. september 2018 vedr. fokus på socialt udsatte grupper.
Danske Handicaporganisationer	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 19. september 2018 vedr. ny model generelt .
KU, Tandlægeskolen	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 8. oktober 2018 med to referencelister til brug for <i>Sundhedsstyrelsens notat om tand- og mundsygdomme hos voksenbefolkningen (140918)</i>.• Mail af 8. oktober 2018 med notat vedr. kommentarer til <i>Sundhedsstyrelsens notat om tand- og mundsygdomme hos voksenbefolkningen (140918)</i>.
Tandlægeforeningen	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 5. november 2018 med notat om visioner for ny model om voksentandplejen.
Ansatte Tandlægers Organisation (ATO)	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 12. november 2018 med notat om visioner for ny model om voksentandplejen .
Tandlægeforeningen	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 21. november 2018 med notatet "sundhedsydelse eller spotvare?" (OBS sendt efter mødet i dialog- og inddragelsesforum 21. nov.)
Praktiserende Tandlægers Organisation (PTO)	<ul style="list-style-type: none">• Mail af 21. november 2018 med notat om nye rammer for voksentandplejen (OBS sendt efter mødet i dialog- og inddragelsesforum 21. nov.)

Input til nye rammer for voksentandplejen

- fokus på ejerskabsforhold

1. Indledning - input til nye rammer for voksentandplejen

Voksentandplejen i Danmark er i dag kendetegnet ved en række styringsudfordringer. Generelt har de offentlige udgifter til voksentandplejen været stigende samtidig med, at der har været udfordringer lokalt på de enkelte klinikker med at omsætte kliniske retningslinjer i praksis. Lige som faste priser på en række tandlægeydelser har skabt en manglende konkurrence. Desuden halter mange klinikker i dag bagud på investeringer i moderne udstyr og ny teknologi, og branchen står overfor rekrutteringsvanskeligheder. Det samlede antal tandlæger er af i løbet af de seneste 10 år faldet, og forventes at falde frem mod 2025¹, da flere tandlæger i de kommende år går på pension. Ligesom det er vanskeligt at få tandlæger allerede nu til at investere i egne tandklinikker særligt i udkantsområder.

For at imødekomme mange af disse udfordringer peger Dansk Erhverv på særligt konkurrenceforhold og kvalitetsløft, som de vigtigste parametre for at få et mere moderne og bæredygtigt tandlægemarked - særligt indenfor voksentandplejen. Herudover ser vi også et behov for at se på byrder og krav til tandlægebranchen, da disse er fordyrende for branchen, og dermed i sidste ende for kunderne.

Konkurrence- og forbrugerstyrelsen kom i efteråret 2017 med en analyse² af konkurrenceforholdene i tandlægebranchen, som viste et stort potentiale for forbedringer. Generelt deler Dansk Erhverv Konkurrence- og forbrugerstyrelsens analyse og anbefalinger, når den ”vurderer, at der er potentiale for forbedringer af konkurrencen på pris – og ejerskabsforhold uden at gå på kompromis med de hensyn der ønskes varetages med den nuværende regulering”.

2. Konkurrenceforhold

I dag begrænser de nuværende restriktioner vedr. ejerskabsforhold i tandlægeklinikkerne mere innovation og faglig udvikling i den private del af tandlægemarkedet. En mere liberal struktur, hvor det ikke er tandlægen, der skal eje majoriteten af en klinik, vil betyde at tandlægekæder, der

¹ <https://www.sst.dk/~media/2832D9385E3C4DDA8541D2C57D54A195.ashx>

² <https://www.kfst.dk/media/47343/potentiale-for-oeget-konkurrence-og-besparelser-i-tandlaegebranchen.pdf>

investerer i klinikken, vil kunne skabe en lang række stordriftsfordele både indenfor driftsoptimering, større mulighed for investering i nyt og tidssvarende udstyr og ikke mindst sikre et fagligt løft til de ansatte og det kliniske arbejde, som vil komme patienterne til gavn.

På sundhedsområdet har vi i dag fx en liberal ejerstruktur på privathospitalerne, som også er med til at løfte offentlige sundhedsopgaver gennem blandet andet aftale på det udvidede frie sygehusvalg. Erfaringer viser at både kvalitet og omkostningsniveau har været – og er konkurrencedygtigt på privathospitalerne. Selv om det ikke nødvendigvis er en læge, der ejer privathospitalet, er der naturligvis en virksomhedsansvarlig læge ansat og erfaringen er, at det faglige niveau er højt, lige som at privathospitalerne scorer højt på patienttilfredshed.

Kvalitetssikring i forbindelse med ændring i ejerforhold

Et tilbagevendende emne i debatten om ændringer i tandlægebranchen har været, hvordan vi sikrer kvaliteten, hvis ejerstrukturen ændres. Det er vores anbefaling, at der på den enkelte klinik fortsat vil være en klinikansvarlig tandlæge, der har det overordnede faglige ansvar på klinikken. På den måde sikres fagligheden helt ud lokalt i klinikken.

Når tandlægekæder går ind og investere i klinikker, står de samtidig på mål for en høj og ensartet kvalitet i alle deres klinikker i kædens navn. De har dermed en forretningsinteresse i, at det faglige niveau på alle klinikker er højt, hele tiden og i alle behandlinger. Én enkelt dårlig sag kan gå ud over flere klinikker, og dermed hele forretningen. Hånden er med andre ord på kogepladen hele tiden, og interessen for en konstant høj faglig kvalitet er dermed helt afgørende.

I dag kan tandlægekæder ikke lægge et fælles fagligt og kvalitativt behandlingsniveau, da det er den enkelte klinikejer, der er ansvarlig for kvaliteten. Ved at tillade, at kæderne har den bestemmende indflydelse, vil give bedre mulighed for at sikre et ensartet kvalitetsniveau på tværs af kæden, mens den klinik ansvarlige tandlæge fortsat vil være garant for fagligheden på den enkelte klinik.

Driftsoptimering

En mere liberal ejerskabsmodel vil gøre det muligt i højere grad at deles om personale, ligesom det vil være muligt at lave fælles administration, så ledelses- og administrative opgaver kan løses centralt, og tandlægen kan koncentrere sig om tandlægefaglige opgaver. Tandlægen får med andre ord, mere tid at være tandlæge.

Denne konstellation vil også kunne imødegå udfordringen med, at det er vanskeligt at afsætte mindre klinikker i provinsen, da disse klinikker vil kunne opkøbes af kæder, som dermed kan medvirke til at sikre tandlægedækningen nationalt.

I forhold til den administrative og driftsmæssige del, så er det fx i dag den enkelte klinikejer der bestemmer, hvilke indkøbsaftaler der indgås og hvilket udstyr, der skal købes. Med en ny ejerskabsmodel vil det kunne give nogle stordriftsfordele, fordi man kan pulje indkøb og sikre større volumen. Det betyder i sidste ende bedre råderum til at investere i moderne og ensartet udstyr af højere kvalitet.

”Vi har fælles indkøbsaftaler. Det giver os en masse fordele og besparelser på implantater og kroner”.

Et andet eksempel er, at hver klinik i dag skal lave sit eget regnskab. Det er ikke effektivt og dermed et administrativt fordyrende krav. Eksempelvis har en større privat kæde 5 millioner kroner i årlige eksterne omkostninger til revision af de individuelle klinikregnskaber for kædens klinikker.

Kvalitetsudvikling gennem data

Målbar og ensartet kvalitet - i hver enkelt klinik baseret på data og klinisk dokumentation - bør være et konkurrenceparameter i fremtiden. Dansk Erhverv anbefaler, at der bliver sat nogle kvalitets- og effektetmål op for voksentandplejen, som kan bruges til at sikre mere værdi og mest mulig sundhed for pengene. Kæderne vil gerne være med til at aflevere data, som kan anvendes til en mere målrettet forskning og viden om tandsundhed og behandlinger i Danmark.

Selv om klinikkerne får regionale data, hvor de fx kan sammenligne sig selv med andre fra samme region, benyttes disse data ikke i det omfang, som det har potentiale til, og til opsamling af effekt. Lige som at de regionale data ikke udnyttes systematisk i stor skala.

For kæderne vil dataanvendelse og udnyttelse af statistik fra hver klinik kunne optimere både administrative systemer og viden om den kliniske behandling – og ikke mindst skabe mere transparens om behandlingernes effekt i en større skala.

”Vi fører statistik på alle vores behandlinger (ikke kun de ydelser, der er tilskud til og hvor statistikken udarbejdes af regionerne). Det sikrer, at ingen behandler over-/underbehandler”.

”Vi samarbejder med DTU om forbedret PA-behandling ud fra algoritmer baseret på anonymiseret data”.

Kompetence-løft

Flere tandlægekæder investerer i dag rigtig meget i deres medarbejdere, og løfter dem fagligt gennem uddannelse og kompetenceudvikling. Kæderne har indført systematisk supervision, og feedback og vidensudveksling på tværs af organisationen.

Perspektivet for dette vil være endnu større i fremtiden, hvis man lader kæderne få den bestemmende indflydelse, da man også vil kunne lade klinikpersonale cirkulerer og indgå i forskellige faglige miljøer på tværs af klinikkerne i den givne kæde.

”Vi har 8-9 behandlermøder om året, hvor vi gennemgår cases, opdaterer vejledninger, og holder os ajour med nyeste viden.

”Vi optager ind imellem behandlerne på video, og gennemgår i fællesskab behandlingssituationen”

”Vi har etableret ”faglige fællesskaber” på tværs af klinikkerne, som opsamler viden og erfaring indenfor hver diagnose og behandlingsregime”.

”Hver onsdag følger vi en behandler på klinikken, og giver feedback”

Opsamling

Opsamlende vil en mere liberal ejerskabsmodel betyde:

- Tandbehandling i en høj faglig og ensartet kvalitet med moderne udstyr.
- At der er adgang til tandbehandling i hele landet.
- Sikre faglighed gennem klinikansvarlig tandlæge
- Sikre et kompetenceløft af det sundhedsfaglige personale på tandklinikkerne.
- Mulighed for attraktive faglige miljøer gennem større faglige fællesskaber.
- Mere innovativ og datadreven tandbehandling.
- Mere effektiv drevne tandklinikker.

3. Baggrund

Sundhedsministeriet har i juni 2018 igangsat et arbejde med at se på nye rammer for voksentandplejen i Danmark. Der er nedsat et tværministerielt udvalg samt et dialog- og inddragelsesforum, som skal komme med input og indhold til nye modeller for voksentandplejen. Dansk Erhverv deltagere i dialog – og inddragelsesforummet med to repræsentanter. Dansk Erhverv repræsenterer i denne sammenhæng en række private tandlægekæder, som alle leverer tandbehandling af høj kvalitet og til en konkurrencedygtig pris.

Dette policy-papir skal ses i denne sammenhæng og er et skriftligt input til nye modeller for voksentandplejen fra Dansk Erhverv.

Dansk Erhverv arbejder generelt for en voksentandpleje, som borgerne har høj tillid til, og hvor de får behandling af højeste kvalitet uden at gå på kompromis med hverken patientsikkerhed eller kvalitet uanset om det sker privat regi eller indenfor den regionale tandpleje eller kommunale omsorgstandpleje.

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby

**RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE**

19. september 2018

Rådet for Socialt Udsattes forslag til nye rammer for voksentandplejen

Kære sundhedsminister Ellen Trane Nørby

Der er ikke lighed i tandsundhed i dag. Tværtimod er der massive problemer med dårlig tandsundhed blandt socialt udsatte i Danmark. Det skyldes ikke mindst, at socialt udsatte pga. både sociale og økonomiske barrierer ikke i tilstrækkelig grad har adgang til en ordentlig tandpleje (Kilde: Se bl.a. SUSY Udsat-undersøgelserne foretaget af Statens Institut for Folkesundhed).

Den manglende adgang til tandpleje med elendig tandsundhed til følge er både smertefuldt og på mange måde uværdigt for socialt udsatte, men det kan også i sidste ende blive dyrt for samfundet. Dårlig tandsundhed kan bl.a. påvirke den enkeltes generelle sundhedstilstand, overskud til at håndtere andre sociale problemer, adgang til arbejdsmarkedet mv.

På den baggrund mener Rådet for Socialt Udsatte, at den politiske aftale om at gentænke rammerne for voksentandplejen er en kærkommen lejlighed til én gang for alle at få gjort op med den store ulighed i tandsundhed. Socialt udsatte har behov for adgang til en i udgangspunktet gratis og rummelig tandbehandling, hvor de er ønskede som patienter. Det følgende er Rådet for Socialt Udsattes forslag i den forbindelse.

Rådet for Socialt Udsatte foreslår at:

- 1. Med det formål at sikre de mest socialt udsatte borgere adgang til tandbehandling foreslås det at indføre et "tandpleje-frikort" til socialt udsatte**
Men forlaget bliver tandlægebehandling for alle i målgruppen af socialt udsatte gratis. Socialt udsatte defineres som borgere med sociale problemer, herunder psykiske vanskeligheder, der er i målgruppen for afsnit V i lov om social service. Personer med handicap er således ikke i målgruppen med mindre de har særlige sociale problemer. Der er i store træk tale om samme målgruppe-afgrænsning som ifm. ordningen med det sociale frikort.
- 2. Med det formål at forebygge dårlig tandsundhed blandt mindrebemidlede foreslås det, at tandbehandling op til 10.000 kr. gøres gratis for personer på kontanthjælpsydelse**
Med forslaget bliver tandlægebehandling for op til 10.000 kr. gratis for personer på kontanthjælpsydelse (samme målgruppe, som i dag er omfattet af tilskudsordningen i § 82 a i lov om aktiv socialpolitik). Der kan evt. være en karensperiode på fx ét år, før retten

til gratis tandbehandling træder i kraft. Dækning af tandlægeregninger på over 10.000 kr. sker efter bevilling. § 82 a i lov om aktiv socialpolitik erstattes af en mindre bureaukratisk bestemmelse, som regulerer dette.

3. Med det formål at styrke den opsøgende indsats og sikre en tandpleje med de rette socialfaglige kompetencer foreslås det at udbrede "Herlevmodellen" til hele landet

Med forslaget udbredes den såkaldte Herlevmodel (som med gode resultater har været drevet i mere end 20 år i Herlev Kommune på en dispensation fra Sundhedsloven) til hele landet. Det indebærer, at kommunerne skal have et kommunalt opsøgende og behandlende tandplejetilbud til socialt udsatte med socialfaglige kompetencer ift. at beskæftige sig med denne målgruppe. Målgruppen vælger selv, om de vil behandles af de privatpraktiserende tandlæger eller i den kommunale tandpleje.

4. Med det formål at bygge bro til tandplejen for de allermost socialt udsatte borgere, fx hjemløse, foreslås det at nedsætte en pulje til støtte af frivillige tilbud

Der afsættes midler til en pulje til fortsat drift af frivillige tilbud (såsom "Bisserne" eller "Tandrødderne"), som kan tilbyde rummelig og primært akut tandbehandling til de allermost socialt udsatte. Tilbuddene kan fungere som brobygger til de kommunale tilbud.

5. Med det formål at forebygge tandproblemer foreslås det at indføre obligatoriske halvårslige tandtjek for personer i substitutionsbehandling

Med forslaget indføres et obligatorisk halvårligt, gratis tandtjek til personer, som er i metadonbehandling eller anden substitutionsbehandling, som et spyt-reducerende og øger risikoen for tandproblemer.

Rådet for Socialt Udsatte stiller sig naturligvis til rådighed for uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen



Jann Sjursen

Brevet er også sendt til:

Folketingets Sundhedsudvalg

Samt til orientering til:

Børne- og socialminister Mai Mercado

Beskæftigelsesminister Troels Lund Poulsen

Taastrup, september 2018

Voksentandpleje. Fakta og forslag

1. Indledning

Der er sat et arbejde i gang, der skal ende med en reform af voksentandplejen. DH mener, det er en god anledning til at skabe et enklere og mere retfærdigt system. Uligheden, ikke mindst for dem, der har kroniske sygdomme og handicap, er for stor i dag. Vi fremlægger her fakta, vision og forslag. Vi tror, de kan trække i den rigtige retning.

Tandsundhed: Fakta og udfordringer for mennesker med handicap

Der er stigende fokus på vigtigheden af tandsundhed. Dårlig tandstatus er socialt stigmatiserende og påvirker den almene sundhed negativt. Fx øger dårlig tandstatus risikoen for alvorlige sygdomme som fx hjertekarsygdomme.

Men tandsundhed – og tandplejesystemet – ses ofte som afkoblet fra det øvrige sundhedssystem. Fx er tandpleje næsten fraværende i de udspil, som regeringen og andre aktører er kommet om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Flere EN AF OS-ambassadører – der alle er nuværende eller tidligere psykiatriske patienter - beretter om, at der har været meget lidt eller intet fokus på tandsundhed, når de har været i kontakt med det psykiatriske system.¹

Der er en række andre fakta, der viser, at der ikke er lighed i tandsundhed for mennesker med handicap.

¹ Det kan suppleres med, at EN AF OS undersøgelsen "Ulighed i tandsundhed" dokumenterer, at patienter med psykisk sygdom ikke oplever at være godt nok informeret om bivirkninger af medicin som mundtørhed <http://www.en-af-os.dk/da/Raad%20og%20Viden/EN%20AF%20OS-undersoegelser.aspx>

Mennesker med kronisk sygdom og handicap har ringere tandsundhed

Mennesker med handicap har 3-4 gange oftere dårlig tandstatus (defineret som: færre end 20 tænder tilbage) end andre. Eksempler:

Personer med alvorlig funktionsnedsættelse på grund af kronisk eller langvarig sygdom: 31 % har dårlig tandstatus. Tallet er 10 % for dem uden en sådan funktionsnedsættelse.

Personer, der har meget besvær med at læse eller se: 40 % har dårlig tandstatus. Tallet er 13 % for mennesker, der ikke har syns- eller læseproblemer.

Personer, der har meget besvær med at høre: 45 % har dårlig tandstatus. Tallet er 11 % for dem, der ikke har problemer med at høre.

For mennesker der har meget besvær med at gå eller bære – altså har nedsat mobilitet - har 44 % dårlig tandstatus. Tallet for dem, der ikke har nedsat mobilitet, er tallet er 9 %. ²

Ulige adgang til praksistandplejen pga. manglende handicaptilgængelighed

DH har lavet en optælling ud fra oplysningerne fra klinikkerne på sundhed.dk. Kun en tredjedel (31 %) af de praktiserende tandlæger har handicapvenlig adgang.³ Det er under gennemsnittet for praktiserende sundhedsbehandlere (læger, fysioterapeuter osv.), som ligger på 45 %.

Social ulighed

80 % af udgifterne til voksentandplejen betales af brugerne. Der øger risikoen for sociale skævheder. Mennesker med handicap risikerer at blive ramt ekstra hårdt, fordi de dels har flere udgifter på grund af sygdom og handicap, dels har lavere indkomst.

Brugerbetaling og lav indkomst betyder noget for, hvor ofte man går til tandlægen. Det viser tal fra Danmarks Statistik.

28 % af dem med lavest indkomst var til tandlægen inden for det seneste år. Tallet for de bedst stillede var 56 %. ⁴

² "Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse" (2014), Statens Institut for Folkesundhed <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhedsprofil.pdf>

³ En grafisk fremstilling kan ses her: <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/fyn/trapper-og-smaa-doere-handicappede-udelukkes-fra-mange-sundhedstilbud>

⁴ <https://www.ae.dk/kommentarer/personer-med-lave-indkomster-gaar-mindre-til-tandlaege>
Se også https://www.ugebreveta4.dk/fattige-danskere-maa-skrotte-tandlaegebesoget_17805.aspx

Endelig har mennesker med handicap ringere adgang til forsikringer. 24 % har oplevet at få afslag på en forsikring med helbred eller handicap som begrundelse.⁵

Forsikringer kan i en række tilfælde dække udgifter til tandlæge. Det gælder i første række egentlige sundhedsforsikringer som fx ”Danmark”. Men også forsikring mod kritisk sygdom, ulykkesforsikring o.l. kan anvendes i visse situationer. Den ringere adgang til forsikringer kan dermed være med til at øge den sociale ulighed for mennesker med handicap.

3. Vision: Lighed i tandsundhed for mennesker med handicap i Danmark

Tallene ovenfor – suppleret med personlige historier fra fx EN AF OS-ambassadørerne – indikerer, at mennesker handicap med oplever massiv ulighed i tandsundhed. DH ser gerne, at uligheden mindskes. Vores vision for voksentandplejen indeholder følgende elementer:

- Der er lighed i tandsundhed for mennesker med kronisk sygdom og handicap.
- Tilskudssystemet sikrer mennesker med kronisk sygdom og handicap nødvendig forebyggelse og behandling gratis eller til overkommelig pris.
- Der er særlige tandplejetilbud til mennesker med handicap, der ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud.
- Tandplejen opsøger mennesker med kronisk sygdom og handicap, der ikke selv magter at komme til tandlægen.
- Tilbud inden for voksentandplejen er handicaptilgængelige.
- Tandsundhed er integreret i alle pleje- og behandlingstilbud og udgør en ligestillet del af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

⁵ ”Personer med handicap. Hverdagsliv og levevilkår 2016”, s. 105. VIVE (2017)
https://pure.sfi.dk/ws/files/1045522/personer_med_handicap_pdfa.pdf

5. anbefalinger og forslag

Tandsystemets opbygning

Der skal være målrettede tilbud til alle patientgrupper, sådan som det i store træk også er i dag:

- Indslusningstandspleje for de 18-24 årige.
- Almenvoksantandpleje for de 25+ årige (den almindelige praksisstandpleje)
- Særlige ordninger, der i dag varetages i regionalt regi (operationer på hospitaler, tandpleje på odontologiske videnscentre målrettet personer med sjældne sygdomme)
- Særlige ordninger som omsorgs- og specialtandplejetilbud målrettet borgere med funktionsnedsættelser på grund af alder eller handicap, der gør, at de ikke kan benytte almindelige tandplejetilbud.

Måretning af offentlige midler til tilskud til tandbehandling

- Der skal stadig være incitament til at vedligeholde og passe tænderne, og der skal fortsat være en understøttelse af den forebyggende tandpleje.
- De offentlige tilskud målrettes mere i retning af de personer, der har større tandsundhedsmæssige udfordringer (fx er placeret i ”rød kategori” i den almene voksantandpleje).⁶
- Der bør indføres et tilskud til at nedbringe egenbetalingen til forebyggelse og behandling af caries og andre tandsygdomme, der skyldes medicin. En hel del medicin mod psykiske lidelser, nerve- og hjertekarsygdom, luftvejslidelser m.fl. giver mundtørhed og skader tænderne.⁷
- Der bør være tilskud til at nedbringe egenbetalingen, når behovet for behandling er betinget af sygdom og handicap (fx nyresygdom, diabetes, cøliaki).

⁶ Patienter i den almene voksantandpleje inddeles i ”grøn”, ”gul” og ”rød”. Se mere herom på <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/udgivelser/nationale-kliniske-retningslinjer>

⁷ Et konkret DH-forslag om medicin og tandskader kan ses her: [https://www.handicap.dk/files/2519/Bedre%20forebyggelse%20og%20behandling%20af%20medicinskader-368096_\(1\)%20\(2\).docx](https://www.handicap.dk/files/2519/Bedre%20forebyggelse%20og%20behandling%20af%20medicinskader-368096_(1)%20(2).docx)

- Eksisterende ordninger med økonomisk støtte eller særlige tilskud (sundhedslovens § 135 og § 166) må ikke forringes.

En styrket omsorgs- og specialtandpleje

Omsorgstandplejen er et tilbud til voksne med nedsat førlighed (oftest ældre) eller andre vidtgående fysiske eller psykiske handicap.

Specialtandplejen er et tilbud til børn og voksne med vidtgående handicap, især udviklingshæmning eller sindslidelse.

Begge udfylder vigtige funktioner for handicapgrupper med særlige udfordringer.

- Visitationen til omsorgstandplejen har ikke fungeret godt nok alle steder. Det fastslog en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen i 2016. Der visiteres for få i forhold til den potentielle målgruppe. Som anbefalet af arbejdsgruppen skal visitationen skal forbedres og løftes til et ensartet niveau i alle kommuner.⁸
- Der bør ses på, om målgruppen skal gøres lidt bredere, så den kan rumme nogle af de mennesker med handicap, der i dag ikke får et rimeligt tilpasset tilbud om nødvendig tandbehandling.
- Der er forskelle i den maksimale egenbetaling for de to ordninger. I omsorgstandplejen er den ca. 500 kr. årligt, i specialtandplejen ca. 1.900 kr. årligt. Forskellen er tilfældig, og DH ser gerne, at omsorgstandsplejens niveau for egenbetaling også indføres i specialtandplejen.
- Der bør indføres en befordringsordning for personer visiteret til omsorgstandplejen som anbefalet af arbejdsgruppen nævnt ovenfor.
- Arbejdsgruppe om omsorgstandplejen anbefaler, at specialtandpleje og omsorgstandpleje sammenlægges. DH kan kun støtte dette, hvis der er garanti for, at det ikke medfører forringelser i kvalitet og service over for de meget sårbare borgere, de to ordninger er målrettet mod.

⁸ En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen kom med en række anbefalinger om omsorgstandplejen i 2016. Flere af anbefalingerne er der ikke fulgt op på. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/modernisering-af-omsorgstandplejen-anbefalinger-for-en-styrket-visitation,-forebyggelse-og-behandling>

Opsøgende tandpleje og integreret tandsundhed

- Det opsøgende og element i tandplejen – fx over for beboere i botilbud, på plejehjem, hjemmeboende med specialpædagogisk støtte m.fl. – bør styrkes. Det omfatter også instruktion og oplysning af personalet om tandpleje og tandsundhed.
- Tandsundhed skal i højere grad integreres i psykiatri, på sygehuse, i praksissektoren, i hjemmeplejen og i den socialfaglige indsats. Viden og kompetencer hos personalet skal styrkes.

Handicaptilgængelighed skal forbedres

- En ny model for voksentandplejen bør også tage højde for den ringe tilgængelighed til tandklinikker inden for praksistandplejen og sigte mod at forbedre den.

Fx bør eventuelle forslag om at øge konkurrencen – flere tandlægekæder, lempelse krav til ejerskab af tandlægeklinikker o.l. - suppleres med målsætninger/og eller krav om, at klinikker er tilgængelige for alle.

Bedre klageadgang

Klageadgangen skal gennemgås og forbedres. Fx bør der være adgang til at klage over kommunens afgørelser om tilskud efter sundhedslovens § 135, stk. 2 (støtte til ulykkesbetingede skader og skader opstået som følge af et epileptisk anfald).

Kommentar til Sundhedsstyrelsens rapport "Tand-og mundsygdomme hos voksenbefolkningen"

Palle Holmstrup

I Sundhedsstyrelsens rapport, dateret 14.9.2018, omtales på s. 3 udbredelsen og sværhedsgraden af gingivitis og marginal parodontitis. Der refereres til danske og svenske befolkningsundersøgelser, herunder svenske tværsnitsundersøgelser med 30 års opfølgning.

I sidste afsnit på siden anføres:

"Bemærkelsesværdigt er imidlertid, at andelen af personer med "svær grad af marginal parodontitis" derimod var uforandret (ikke signifikant) på mellem 16-11 pct. i perioden. Et andet fund i studiet er, at det gennemsnitlige antal tænder for andelen med "svær grad af marginal parodontitis" steg signifikant fra 14 til 21 og indikerer en reduktion i tandtab for denne gruppe."

Under afsnittet "**Forventninger til udviklingen i tandsundheden og behandlingsbehovet**" anføres konkluderende om marginal parodontitis (s.5): *"Forekomst og sværhedsgrad af marginal parodontitis øges med stigende alder. Bevarelsen af flere egne tænder hos særligt de ældre, og en stigende levealder kan på denne baggrund forventes at medføre en stigning i forekomsten af parodontal sygdom i voksenpopulationen. Svenske undersøgelser peger imidlertid i retning af, at færre ældre får marginal parodontitis med tab af knoglefæste omkring tænderne."*

Denne konkluderende bemærkning er i strid med det førstnævnte fund og således **ikke** retvisende. En retvisende konklusion bør hedde: Bevaring af flere egne tænder hos særligt de ældre, og en stigende levealder kan på denne baggrund forventes at medføre en stigning i forekomsten af parodontal sygdom i voksenpopulationen. **I overensstemmelse hermed peger svenske undersøgelser peger også på, at den voksende ældregruppe med bevarede tænder indebærer en stigning i antallet af tænder med svær grad af marginal parodontitis, hvorfor der må forventes et stigende behandlingsbehov i ældregruppen.**

Tandtab og caries

Kasper Rosings ph.d.-afhandling er baseret på data fra Sygesikringsregisteret i lighed med figurene 12, 12A og 13 i Sundhedsstyrelsens notat. Kaspers afhandling og de tilhørende artikler indeholder flere detaljerede oplysninger om tandsundheden i aldersgrupperne, 25, 40 og 65 år samt relationen til sociale faktorer og regelmæssig/uregelmæssig brug af tandplejesystemet.

1. Rosing K. Thesis: Danish Dental monitoring system. Copenhagen, Denmark 2014. University of Copenhagen.
2. Rosing K, Hede B, Christensen LB. A register-based study of variations in services received among dental care attenders. *Acta Odontol Scand.* 2016;74:14-35. doi: 10.3109/00016357.2015.1034771. Epub 2015 Apr 30.
3. Christensen LB, Rosing K, Lempert SM, Hede B. Patterns of dental services and factors that influence dental services among 64-65-year-old regular users of dental care in Denmark. *Gerodontology.* 2016;33:79-88. doi: 10.1111/ger.12122. Epub 2014 Mar 15.

KRAM undersøgelsen var ikke repræsentativ for den danske befolkning, men da notatet i forvejen indeholder en reference til KRAM undersøgelsen (den danske rapport), ville det være tilsvarende relevant at citere nedestående reference, som indeholder flere detaljerede oplysninger om bl.a. geografisk fordeling.

1. Kongstad J, Ekstrand K, Qvist V, Christensen LB, Cortsen B, Grønbaek M, Holm-Pedersen P, Holmstrup P, Bardow A, Twetman S, Fiehn NE. Findings from the oral health study of the Danish Health Examination Survey 2007-2008. *Acta Odontol Scand.* 2013;71:1560-9. doi: 10.3109/00016357.2013.776701. Epub 2013 Apr

Marginal parodontitis

Det er sparsomt med epidemiologiske undersøgelser, der er repræsentative for hele befolkningen, KRAM undersøgelsen danner basis for nedenstående artikler, som er relevante for området.

1. Kongstad J, Ekstrand K, Qvist V, Christensen LB, Cortsen B, Grønbaek M, Holm-Pedersen P, Holmstrup P, Bardow A, Twetman S, Fiehn NE. Findings from the oral health study of the Danish Health Examination Survey 2007-2008. *Acta Odontol Scand.* 2013;71:1560-9. doi: 10.3109/00016357.2013.776701. Epub 2013 Apr 29.
2. Kongstad J, Enevold C, Christensen LB, Fiehn NE, Holmstrup P. Impact of Periodontitis Case Criteria: A Cross-Sectional Study of Lifestyle. *J Periodontol.* 2017;88:602-609. doi: 10.1902/jop.2017.160426. Epub 2017 Jan 27.

Særligt udsatte befolkningsgrupper

På dette område, er der foretaget studier, der peger i retning af, hvor der er størst forekomst af tandsygdomme, og hvor de største problemer er. De nævnte artikler er med en enkelt undtagelse publiceret inden for det seneste årti. Jeg vedhæfter desuden en reference til en artikel om socialt udsatte, som er submitted til *Acta Odontologica Scandinavica*, idet der er så sparsomt materiale netop på dette fagområde.

1. Hede B. Tandstatus og tandpleje hos hjemløse i Københavns Amt. *Tandlægernes Nye Tidsskrift* 1999;14:8-12.
2. Christensen LB, Hede B, Nielsen E. A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programme in Copenhagen City, Denmark. *Gerodontology*. 2012;29:e392-400. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00486.x. Epub 2011 May 10.
3. Hede B. Tandplejens stedbørn - de udsatte og de udstødte. *Tandlægebladet*. 2015;119: 794-801.
4. Hede B. Ældre på plejehjem – konsekvenser for den gennemførte tandpleje. *Aktuel Nordisk Odontologi*. Universitetsforlaget, 2016;41:4-17.
5. Ozhayat EB, Ostergaard P, Gotfredsen K. Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. [Acta Odontol Scand](#). 2016;74:620-625. doi: 10.1080/00016357.2016.1229022. Epub 2016 Sep 7.
6. Christensen LB, Hede B, Siukosaari P. Demografiske og sociale forandringer samt forekomst af tandsygdomme i den ældre generation: status og udviklinger. *Tandlægebladet*. 2017;121:22-30.
7. Christensen LB, Hede B. Faglige udfordringer for fremtidens tandpleje, set i et samfundsodontologisk perspektiv. *Aktuel Nordisk Odontologi*. 2017;42:6-17. doi: 10.18261/ISSN.2058-7538-2016-01-02.
8. Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2018 submitted.

Tandsygdomme og comorbiditet

Her er Palle Holmstrup mere inde i litteraturen, nedenstående review blev publiceret i 2017.

1. Holmstrup P, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg A, Nielsen CH, Hansen PR. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician. *J Oral Microbiol*. 2017;14;9:1332710. doi: 10.1080/20002297.2017.1332710. eCollection 2017.

LITTERATURLISTE

1. Christensen LB, Hede B, Nielsen E. A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programme in Copenhagen City, Denmark. *Gerodontology*. 2012;29:e392-400. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00486.x. Epub 2011 May 10.
2. Christensen LB, Rosing K, Lempert SM, Hede B. Patterns of dental services and factors that influence dental services among 64-65-year-old regular users of dental care in Denmark. *Gerodontology*. 2016;33:79-88. doi: 10.1111/ger.12122. Epub 2014 Mar 15.
3. Christensen LB, Hede B, Siukosaari P. Demografiske og sociale forandringer samt forekomst af tandsygdomme i den ældre generation: status og udviklinger. *Tandlægebladet*. 2017;121:22-30.
4. Christensen LB, Hede B. Faglige udfordringer for fremtidens tandpleje, set i et samfundsodontologisk perspektiv. *Aktuel Nordisk Odontologi*. 2017;42:6-17. doi: 10.18261/ISSN.2058-7538-2016-01-02
5. Hede B. Tandplejens stedbørn - de udsatte og de udstødte. *Tandlaegebladet*. 2015;119:794-801.
6. Hede B. Ældre på plejehjem – konsekvenser for den gennemførte tandpleje. *Aktuel Nordisk Odontologi*. Universitetsforlaget, 2016;41:4-17.
7. Hede B. Tandstatus og tandpleje hos hjemløse i Københavns Amt. *Tandlaegernes Nye Tidsskrift* 1999;14:8-12.
8. Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2018 submitted.
9. Holmstrup P, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg A, Nielsen CH, Hansen PR. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician. *J Oral Microbiol*. 2017;14;9:1332710. doi: 10.1080/20002297.2017.1332710. eCollection 2017.
10. Kongstad J, Enevold C, Christensen LB, Fiehn NE, Holmstrup P. Impact of Periodontitis Case Criteria: A Cross-Sectional Study of Lifestyle. *J Periodontol*. 2017;88:602-609. doi: 10.1902/jop.2017.160426. Epub 2017 Jan 27.
11. Kongstad J, Ekstrand K, Qvist V, Christensen LB, Cortsen B, Grønbaek M, Holm-Pedersen P, Holmstrup P, Bardow A, Twetman S, Fiehn NE. Findings from the oral health study of the Danish Health Examination Survey 2007-2008. *Acta Odontol Scand*. 2013;71:1560-9. doi: 10.3109/00016357.2013.776701. Epub 2013 Apr 29.

12. Ozhayat EB, Ostergaard P, Gotfredsen K. Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontol Scand.* 2016;74:620-625. doi: 10.1080/00016357.2016.1229022. Epub 2016 Sep 7.
13. Rosing K. Thesis: Danish Dental monitoring system. Copenhagen, Denmark 2014. University of Copenhagen.
14. Rosing K, Hede B, Christensen LB. A register-based study of variations in services received among dental care attenders. *Acta Odontol Scand.* 2016;74:14-35. doi: 10.3109/00016357.2015.1034771. Epub 2015 Apr 30.

Til: Sundheds- og Ældreministeriets dialog- og inddragelsesforum for arbejdet om nye rammer for voksentandplejen

Dato: 05. november 2018

Sagsbehandler: HB/cbe/

E-mail:

Journalnr: HB/SUM/ops-
ok/fremt-tdpleje
7025 7711

Sider: 6

Efter to møder i Sundheds- og Ældreministeriets dialog- og inddragelsesforum for arbejdet om nye rammer for voksentandplejen har Tandlægeforeningen gjort status, og formuleret seks bud til en ny model for voksentandplejen.

Vi ser frem til at diskutere vore synspunkter i dialog- og inddragelsesforum. Vi beder også Sundheds- og Ældreministeriet medtage vores notat i det materiale, der forelægges for aftalepartierne.

Tandlægeforeningens vision for fremtidens voksentandpleje:

- 1. Byg fremtidens tandpleje på tandsundhed - ikke på besparelser**
- 2. Forebyggelse fremfor helbredelse**
- 3. Gratis eller billigere tandpleje til unge 18-24-årige - og til de syge, hjemløse og socialt udsatte**
- 4. Ejerforhold: Både enkeltejerskab og kæder, men tandlægen skal bestemme - ikke kapitalfonde**
- 5. Danske tandlægepriser følger lønudviklingen i det offentlige, og priserne stiger mindre end i resten af Skandinavien**
- 6. Ja til mere kvalitet – nej til mere kontrol og bureaukrati**

1. Byg fremtidens tandpleje på tandsundhed - ikke på besparelser

Danmark skal også i fremtiden have en voksentandpleje i verdensklasse. Fremtidens tandpleje skal fastholde og udbygge den høje tandsundhed i Danmark. Forebyggelse skal spille en central rolle, og tandplejesystemet skal indrettes, så vi undgår social og sygdomsbetinget ulighed.

Det politiske udgangspunkt for arbejdet med en ny model for voksentandpleje er en økonomisk ramme på 1,4 milliarder kroner. Tandlægeforeningen mener, at det er alt for lidt, og at der i de sidste mange år er sparet for meget. Men uanset den uambitiøse ramme er det fornuftigt at nytænke fordelingen af de offentlige midler til voksentandpleje. En ny prioritering skal sikre fokus på forebyggelse – og på gratis tandpleje til de unge mellem 18 og 24 år samt til de syge og socialt udsatte.

Lad os bygge tandplejen på målet om en stadig stigende tandsundhed - i stedet for på målet om faldende sundhedsudgifter. Det er for uambitiøst. Udgifterne til tandpleje i Danmark er i forvejen de laveste i Europa. De udgør kun 4,4 % af sundhedsbudgettet, og heraf betaler borgerne selv 80%.

2. Forebyggelse fremfor helbredelse

I Danmark har vi tæt på verdens bedste tandpleje. Fokus har hidtil været på forebyggelse, og resultatet er en stadig bedre tandsundhed hos danskerne. Det kan vi godt være stolte af, og det skal vi bygge videre på i fremtidens model for tandplejen.

Tandlægeforeningens vision for fremtidens tandpleje er, at Danmark også i fremtiden skal have en tandpleje i international topklasse: Tandplejen skal ligge på et meget højt fagligt niveau, og patienterne skal behandles så lidt som muligt – men så meget som nødvendigt for den enkelte patient.

Forebyggelsen skal spille en lige så central rolle som hidtil. Ideelt set burde undersøgelse, tandrensning samt forebyggende lakering for at undgå huller være billigere eller måske endda gratis.

Hvorfor skal man betale for tandlægen, når lægen er gratis? Svaret fortæller sig i historien, og ingen regering har endnu turde røre ved den alt for høje brugerbetaling. Tværtimod har man skåret i tilskuddet til tandlægen. I dag betaler danskerne selv godt 80 % af tandlægeregningen - for små 40 år siden betalte danskerne kun 55 % af regningen.

Det er i orden, at der er et element af brugerbetaling. Men når danskerne synes, det er dyrt at gå til tandlægen, skyldes det primært, at det offentlige tilskud er faldet over flere år. 60 % af danskerne mener ifølge en Voxmeter-analyse fra 2017, at Danmark bør bruge flere penge på offentlige tilskud til tandbehandling.

3. Gratis eller billigere tandpleje til unge 18-24årige - og til de syge, hjemløse og socialt udsatte

Tandsundheden i Danmark er generelt høj både hos børn og voksne, og i dag beholder langt de fleste ældre heldigvis deres egne tænder. Men selv om tandsundheden generelt er forbedret, er der stadig en række patientgrupper, som har svært ved at komme til tandlæge og betale for nødvendig tandbehandling. Det gælder de unge, når de er færdige med børne- og ungetandplejen - og det gælder de syge, hjemløse og socialt udsatte.

De unge mellem 18 og 24 år

En stor del af de unge dropper ud af tandplejen, når de som 18-årige forlader børne- og ungetandplejen. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at 45 % af de unge mellem 18 og 24 år ikke var til tandlæge i perioden 2015-2017. Det er mere end dobbelt så mange som i de andre voksengrupper. Undersøgelser viser også, at økonomien er hovedårsagen: ca. 62 % af de unge undlader at gå til tandlæge, fordi det er for dyrt, og de ikke har råd.

Mængden af fyldte huller hos børn og unge er faldet markant de sidste 40 år. Og det er godt. Men udvikling af huller er kronisk. De unge skal fortsat behandles forebyggende for ikke at udvikle nye huller og for at undgå, at begyndende huller bryder igennem. Omkring 65 % af de 18-årige har nye huller på vej, når de forlader ungdomstandplejen. Det viser tal fra Sundhedsstyrelsen 2017.

I Sverige indfører man nu gratis tandpleje for de unge. Fra 2018 er der gratis tandpleje til det 22. år og i 2019 til og med det 23. år. Begrundelsen er, at den gode tandsundhed blandt børn og unge gerne skal fortsætte ind i voksenlivet. Svenskerne kan se, at egenbetaling er en barriere, og at de unge ikke prioriterer tandpleje særlig højt i forhold til andre udgifter.

Tandlægeforeningen foreslår en lignende ordning i Danmark. Gratis tandpleje til unge mellem 18 og 24 år skal motivere de unge til at gå til tandlæge, få en bedre tandsundhed og forebygge tandproblemer. Den skal hjælpe de unge med at videreføre de gode takter fra børne- & ungetandplejen og etablere gode vaner for resten af livet. Det er en investering i forebyggelse for at undgå fremtidige udgifter til behandlinger.

Tandlægeforeningens overslag viser, at den offentlige udgift ved at fjerne egenbetalingen for den forebyggende og grundlæggende tandbehandling for de 18-24-årige er ca. 78 millioner kroner årligt.

Sociale risikogrupper

Undersøgelser viser, at de sociale risikogrupper bærer størstedelen af sygdomsbyrden. Dårlig tandsundhed hænger sammen med lavt uddannelsesniveau og dårlig økonomi. Fx oplever de hjemløse 10 gange så mange problemer med dårlige tænder som de borgere, der går regelmæssigt til tandlæge.

Derfor foreslår Tandlægeforeningen, at brugerbetalingen bliver sat ned for udsatte grupper, og der skal særlig fokus på opsøgende hjælp og støtte til hjemløse, svækkede ældre og sårbare unge.

- **Syge med stort medicinforbrug:** Indførelse af tilskudsordning for patienter med et medicinbetinget stort behov for tandbehandling.
- **Nej til gebis:** Alle skal have ret til at bevare egne tænder så længe som muligt, også selvom de har en dårlig økonomi. Derfor skal der tilskud til behandling med fast protetik (kroner, broer og tandimplantater) til lønmodtagere med lav indkomst, pensionister og socialt udsatte.
- **Til de hjemløse (ca. 10.000 personer):** Der skal indføres kommunalt forankrede sociale tandpinevagter til behandling af akutte tandproblemer for udsatte og hjemløse.
- **Kontanthjælpsmodtagere mv.:** Ændring af tilskudsordningen til kontanthjælpsmodtagere mv., så deres egenbetaling bliver mindre (i dag 600 kr. årligt + 35 % af resten).
- **Til syge og svage ældre:** Omsorgstandplejen skal tilpasses, så svækkede ældre får mere opsøgende tandpleje og hjælp til transport til tandlægen. Der skal være mere fokus på mundpleje i hjemmeplejen og på plejecentre. Omsorgstandplejen og specialtandplejen lægges sammen for en bedre udnyttelse af ressourcer og viden samt mindre administration.
- **Til udsatte unge:** kommunerne skal oprette et efterværn, der kan støtte en lille, præcist defineret gruppe særligt udsatte unge over 18 år (max. 1,0-1,5 % af en ungdomsårgang) med tandpleje og hjælp til at komme over i den almene voksentandpleje. De særlige patienter kan tilknyttes omsorg/ specialtandplejen eller blive i det kommunale system, til de er klar til at komme videre.

4. Ejerforhold: Både enkeltejerskab og kæder, men tandlægen skal bestemme - ikke kapitalfonde

Hvem skal eje de danske tandklinikker? I dag er det sådan, at en tandlæge skal eje mere end 50 % af en klinik og have den bestemmende indflydelse på klinikken. Det giver rum til både enkelte klinikker og tandlægekæder. Det synes Tandlægeforeningen er den rigtige løsning.

Tandlægekæder kan være en fin måde at drive klinikker på, men det vigtigste er, at det faglige grundlag er i orden. Det må aldrig blive sådan, at hensynet til en udefrakommende investors mål om indtjening kommer til at veje tungere end hensynet til patientens behov for forebyggelse og behandling. Tandpleje er en ren sundhedsydelse - ikke et investeringsobjekt. Derfor er det afgørende, at tandlægen fortsat ubetinget har den bestemmende indflydelse.

Erfaringer fra udlandet skræmmer

I England er Europas største tandlægekæde Mydentist i alvorlige problemer. Kæden har over 600 klinikker, og sidste år lå underskuddet på omkring halvanden milliard danske kroner. Samtidig har kæden svært ved at rekruttere medarbejdere og levere de aftalte tandplejeydelser til det nationale sundhedssystem.

Kæder er ikke garant for lavere priser. I Finland har man siden år 2000 haft investorejede kæder i tandplejen. Men en sammenligning af priserne viser, at kæderne er dyrest, og at prisen på fx fyldninger ligger 20 % over andre klinikker.

5. Danske tandlægepriser følger lønudviklingen i det offentlige, og priserne stiger mindre end i det øvrige Skandinavien

Tandlægepriserne er primært baseret på lønudgifter og følger lønudviklingen i samfundet. Tandlægepriserne er steget ca. 50 % over de sidste 15 år, og det samme er lønnen i kommuner og regioner. Forbrugerrådet Tænk har ført en kampagne om, at tandlægepriserne er tordnet i vejret sammenlignet med andre forbrugerpriser. Men Tænk sammenligner æbler og bananer. Tandlægearbejde er en løntung tjenesteydelse, og prisen afspejler udviklingen i lønudgifterne.

Tandlægepriserne er fordelt i ydelser med faste priser og ydelser med fri prisfastsættelse. De faste priser har den fordel, at de giver forbrugerne et klart billede af udgifterne ved behandling. Faste priser sikrer også geografisk ensartethed på tværs af Danmark og en god styring af tilskudsmidlerne. Samtidig sikrer faste lave priser på visse ydelser, at alle borgere – uanset økonomi – kan modtage den samme forebyggende behandling. Tandlægeforeningens fokus ligger på at styrke og forbedre tandsundheden for borgerne. Tandlægens egen økonomi er ikke afhængig af spørgsmålet om faste eller frie priser.

En ny rapport fra VIVE viser, at Danmark ligger lavest i udgifter til tandpleje i Europa. I Danmark bruger vi kun 4,4 % af de samlede sundhedsudgifter til tandpleje, kun Spanien bruger mindre. Og tandlægepriserne i Danmark er steget meget mindre end i resten af Skandinavien. I Danmark er tandlægepriserne steget ca. 50 % over de sidste 15 år, mens de i Norge er steget ca. 100 %, i Finland ca. 93 % og i Sverige er prisstigningen ca. 66 %.

6. Ja til mere kvalitet – nej til mere kontrol og bureaukrati

I dag skal tandlægerne følge mere end 50 forskellige myndighedskrav, vejledninger og retningslinjer. Kvaliteten på tandklinikkerne styres bl.a. af de kliniske retningslinjer og kontrolleres ved risikobaserede tilsyn. Hertil kommer en lang række anvisninger, retningslinjer og instrukser fra offentlige myndigheder. Status er, at kvaliteten ligger i top. Styrelsen for Patientsikkerhedsrapport fra 2017 viste, *”at klinikkerne generelt holder et højt patientsikkerhedsmæssigt niveau”*, og at over 90 % af de kontrollerede klinikker havde ingen eller små problemer for patientsikkerheden. I 2018 har tilsynet slet ikke fundet nogen større problemer for patientsikkerheden på tandklinikkerne.

Tandlægeforeningen er meget optaget af at holde fokus på kvalitet bl.a. gennem et stort efteruddannelsesprogram. Men tandlægerne oplever en stigende administrativ byrde, for der kommer konstant nye krav til kontrol og journalisering mm. Det betyder, at varme hænder laver koldt arbejde.

Hvis der af hensyn til patientsikkerheden er et klart dokumenteret behov for nye retningslinjer eller nye former for kvalitetskontrol, deltager Tandlægeforeningen gerne i en dialog herom. Men der er ikke behov for flere regler. Lad os undgå mere bureaukrati: For hver ny regel eller kontrol – fjern mindst én gammel!

Et væsentligt kvalitetsparameter for alle sundhedsydelser er den autoriserede sundhedspersons uddannelse – både kandidatuddannelsen og efteruddannelse. Tandlægeuddannelsen er over tid blevet nedsparet i sådan en grad, at de kliniske færdigheder er alvorligt truede. Tandlægeforeningen har foreslået en formaliseret turnusuddannelse til de nyuddannede kandidater. Modellen er væsentlig forskellig fra den nuværende opnåelse af ret til selvstændigt virke, hvor tandlægen alene skal have ansættelse i henholdsvis privat og offentlig sektor i et vist antal timer. Tandlægeforeningen mener, at kandidaterne selv skal søge ansættelse på en klinik, privat eller offentlig, og derefter indgå i et uddannelsesforløb, som kvalificerer kandidaten til at opnå ret til selvstændigt virke. Modellen bør være partsejet, og kunne således være væsentlig billigere end den KBU-model, der kendes fra lægeverden. Samtidig vil kandidaten selv få ansvar for sin læring og ansættelse.

P.S. Lad os udvikle tandsundheden i Danmark!

Danmark har en unik position inden for tandsundheden. Mange års fælles indsats mellem borger, myndigheder og tandlæger har skabt en solid platform, som vi kan bygge videre på.

Tandlægeforeningen hilser nytænkning og udvikling velkommen. Men lige nu risikerer vi at forringe kvaliteten af tandbehandlingen, og at hælde barnet ud med badevandet, hvis vi tænker for kortsigtet og udelukkende søger besparelser.

Lad os gøre det rigtige. Lad os satse på en kvalitetsbaseret model for voksen-tandplejen. Satse på undersøgelser, instruktion og forebyggelse. Satse på patienterne. Satse på folkesundheden.

NOTAT til brug for diskussioner om den politiske aftale om tandplejen

Tandplejesystemet i Danmark

Sundhedsvæsnet herunder tandplejesystemet har til formål:

- at fremme befolkningens sundhed
- at forebygge sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte
- at behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte

For at opnå dette er det tandplejesystemets opgave at sikre, at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandplejetilbud kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner, som kan sikre, at sunde tænder, mund og kæber bevares funktionsdygtige gennem hele livet.

Tandplejesystemet skal med respekt for det enkelte individs integritet og selvbestemmelse sikre:

- 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
- 2) behandling af høj kvalitet,
- 3) sammenhæng mellem ydelserne,
- 4) valgfrihed,
- 5) let adgang til information,
- 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og
- 7) kort ventetid på behandling.

Tandplejesystemet i Danmark er opbygget af en række delsystemer. Myndighedsansvaret, driftsansvaret og betalingen herfor er meget forskellig i de forskellige systemer. I bilaget gives en kort skematisk oversigt over det danske tandplejesystem.

Tandplejemæssige problemstillinger

Tandpleje er formentlig det eneste sundhedssystem, der som udgangspunkt er tænkt som et livslangt sundhedsfremmende, forebyggende og om nødvendigt behandlende sundhedstilbud til den enkelte borger med henblik på, at den enkelte borger kan bevare et funktionsdygtigt tandsæt gennem hele livet.

Der er en række konkrete problemstillinger, som gør, at tanken ikke er omsat til handling i tandplejesystemet.

Der er nogle klare svagheder ved det danske tandplejesystem særligt ved patientovergangene mellem delsystemerne:

1. Patientovergange for børn og unge under 18 år mellem kommunal tandpleje og regional tandpleje herunder landsdels- og videnscentre:
 - Det delte ansvar for patienterne og betalingen for ydelserne kan gøre patienterne til kasterbolde mellem systemerne
2. Patientovergang fra børne- og ungdomstandpleje til voksentandpleje:
 - Der tabes for mange unge ved overgangen fra den vederlagsfrie børne- og ungdomstandpleje til voksentandplejen, hvor der er en ikke ubetydelig egenbetalingsdel. Det er særligt i den socialt og økonomisk set svageste gruppe af unge, at frafaldet er størst.

Det er samtidig gruppen med størst behov for regelmæssig tandpleje. Risikogruppen udgøres af de ca. 20 % af en ungdomsårgang, der står for 80 % af tandsygdommene – primært caries.

- Betalingssystemet i tandplejeoverenskomsterne er i direkte modstrid med sundhedslovens målsætninger. Sundhedsloven prioriterer sundhedsfremme og forebyggelse før behandling. I den ydelsesbaserede overenskomst (nu sundhedslov), der ligger til grund for tandlægenes honorering i voksentandplejen, er der ingen sundhedsfremmende og kun få forebyggende ydelser. Incitamentstrukturen i honoreringssystemet understøtter således behandling fremfor sundhedsfremme og forebyggelse på trods af, at det er sundhedsfremme, forebyggelse og mindst mulig behandling, der fremmer tandsundheden.
- Problemer i relation til fritvalgsbestemmelserne, der dels er uklare, dels indeholder nogle uhensigtsmæssige faglige muligheder på tandreguleringsområdet i relation til omgørelse af behandlingsindikationer og risikovurderinger foretaget af specialtandlæge i den offentlige tandpleje.

3. Patientovergange mellem regionstandpleje til landsdels- og videnscentrene og / eller voksentandpleje

- Det delte ansvar for patienterne og betalingen for ydelserne kan gøre patienterne til kasterbolde mellem systemerne. Patienternes retsstilling i forhold til et vederlagsfrit behandlingstilbud i regions- og senere landsdels- og videnscentrene til et delvist brugerbetalt tandplejetilbud i voksentandplejen er uklar og baseres på tandplejesystemernes skøn.

4. Patientovergange mellem specialtandplejen og omsorgstandplejen

- Forskelle i egenbetalingsdelen i de to systemer kan påvirke visitationen af de enkelte patienter

5. Frafald i voksentandplejen særligt blandt de socialt svageste grupper af voksne

- Drop out sker ikke kun blandt unge, men livet igennem. Det skønnes, at mere end 60 %, men mindre end 80 % af voksenbefolkningen går regelmæssigt til tandlæge medens omkring 15 - 25 % aldrig benytter sig af et tandplejetilbud. Drop out ses hyppigst blandt de voksne med ingen eller kort uddannelse og lav indkomst og hyppigst blandt unge under 29 år.

6. Frafald ved overgangen fra voksentandplejen til omsorgstandplejen

- Når særligt ældre ikke længere kan anvende voksentandplejetilbuddet eller det konstateres, at de har behov for hjælp til personlig pleje (hjælp til tandbørstning), sker der oftest ingenting. De ældre bliver ikke samlet op i omsorgstandplejesystemet og får ej heller tilbudt hensigtsmæssig hjælp til den del af den personlige pleje. Dette betyder, at tandsættet forfalder, og der er behov for et større restaureringsarbejde, når den ældre på et sent tidspunkt – ofte i forbindelse med overflytning til beskyttet bolig eller plejecenter - får tilbudt omsorgstandpleje.

- Uforståelige og uklar udmøntning af fritvalgsbestemmelser på omsorgstandplejeområdet særligt i relation til sikring af, at de generelle sundhedsfremmende og forebyggende forpligtelser efterleves af privat tandlægepraksis.

Mulige løsninger

Løsninger på de skitserede problemstillinger skal som udgangspunkt sikre, at sundhedslovens formål efterleves i den opstillede og prioriterede rækkefølge, ligesom der skal sikres let og lige adgang til sundhedsydelserne, sammenhæng mellem ydelserne samt et gennemslagsligt sundhedsvæsen, som er de 3 af de 7 forudsætninger, som tandplejesystemet dårligst lever op til.

I den kommunale tandpleje lægges vægt på at efterleve sundhedslovens prioriteringer ved at yde en opsøgende, sundhedsfremmende (forhindre sygdomme i at opstå), forebyggende (stoppe eller forsinke udviklingen af konstateret sygdom) og om nødvendigt behandle opstået sygdom.

Tandpleje er som et af de få sundhedsområder tænkt som et livslangt tilbud til den enkelte borger med det sigte at skabe mest mulig sundhed, forebygge, hvor det er muligt og behandle, når det er nødvendigt. Tandplejetilbuddenes opbygning herunder incitamentstrukturen i de forskellige tandplejesystemer er imidlertid forhindrende for, at dette sigte kan efterleves gennem hele livet.

ATO foreslår derfor et tandplejesystem, der på samme tid tager udgangspunkt i borgeren og borgerens behov for tandplejeydelser og samfundets behov for at skabe mest mulig sundhed for de midler som samfundet stiller til rådighed:

- a) Det vederlagsfrie kommunale børne- og ungdomstandplejetilbud udvides til 25 år. Så længe fritvalgssystemet bevares sker det ved en forlængelse af fritvalgsordningen for de 16 og 17-årige til de 16 – 25-årige. Den kommunale betaling for fritvalgspatienterne gøres til en pr. capita betaling i tre niveauer svarende til den unges tandsundhedsmæssige status efter en til den sundhedsfremmende, forebyggende og om nødvendigt behandlende ungdomstandplejen tilpasset trafiklyskemodeller (rød, gul og grøn), hvor ydelsernes omfang og indhold er beskrevet. Prisfastsættelsen sker så den modsvarer den tilsvarende gennemsnitlige pris i den kommunale tandpleje.
- b) Visitationen til tandregulering gøres til en kommunal opgave for at sikre en ensartet faglig fortolkning af de af Sundhedsstyrelsen bekendtgørelsesfastlagte visitationskriterier. Udførelsen af tandregulering efter visitationen kan ske efter nuværende fritvalgsbestemmelser.
- c) Der bør åbnes op for at den kommunale tandpleje som led i den tværfaglige og tværorganisatoriske kommunale indsats for socialt udsatte familier i en periode kan varetage den sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandpleje for hele den udsatte familie. Succesen i de tværfaglige og tværorganisatoriske tilbud er afhængig af, at der tages hånd om alle en socialt udsat families problemer for at sikre en helhedsorienteret indsats. Formålet med tandplejeindsatsen er gennem læring og motivation at sikre, at hele familien bliver i stand til at mestre egen sundhed, at medvirke til at gøre familiens børn og unge uddannelsesparate og familiens voksne arbejdsmarkedspare til det mundhygiejne og et vedligeholdt tandsæt er afgørende for selvværd og social acceptabilitet.
- d) Voksens tandplejesystemet bør have til formål at være en del af det livslange opsøgende, sundhedsfremmende, forebyggende og om nødvendigt behandlende tandplejetilbud til det meget store flertal af velfungerende borgere, der kan mestre at bruge dette tandplejetilbud. For at sikre at tandplejetilbuddet bliver indrettet efter sundhedslovens prioriteringer kunne det overvejes:

- i. at foretage ydelsesbeskrivelser af de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, der forudsættes anvendt i voksentandplejen således at den sundhedsfremmende og forebyggende sundhedsindsats i børne- og ungdomstandplejen kan fortsætte i voksentandplejesystemet
 - ii. at borgerne foretager tandlægevalg på samme måde som lægevalg. På denne måde ville relationen mellem borger og tandlæge kunne opretholdes over et tidsforløb, hvilket er en vigtig parameter i den livslange sundhedsfremmende og forebyggende indsats, der skal sikre god mundhygiejne og sunde tænder gennem hele livet. Omvalg skal naturligvis kunne foregå,
 - iii. at betalingssystemet indrettes, så der er en grundbetaling pr. borger for de grundlæggende sundhedsfremmende, forebyggende og om nødvendigt behandlende tandplejeydelser (De nødvendige behandlende ydelser kunne f.eks. være cariesterapi og parodontoseterapi herunder de kliniske undersøgelser med den nødvendige røntgendiagnostik). Grundbetalingen kunne varieres efter borgerens tandsundhedsmæssige status i trafiklysmoellen (rød, gul og grøn), således at der blev betalt mest for røde og mindst for grønne dog således, at der er indtænkt incitamenter til at sikre borgerne en tandsundhed, der fører til, at borgerne kan fastholdes i eller over tid overføres til det grønne spor. Grundbetalingen kunne evt. suppleres således, at der blev givet en præmie for de borgere, der opretholdt en god mundhygiejne og sunde tænder. For de øvrige behandlingsydelser kunne der være et aftalt takst- og tilskudssystem,
 - iv. at egenbetalingssystemet blev indrettet efter økonomisk formåen, således at hver enkelt borger fik tilskud i forhold til indkomst og formueforhold (f.eks. som i den differentierede egenbetaling i daginstitutioner med friplads til de økonomisk svage stillede aftrappende til fuld egenbetaling for de økonomisk mest velstående). Kunne evt. styres via sundhedskortet eller tilsvarende kort som en slags helbredstillæg, der var indkodet i kortet.
- e) Tandpleje til socialt udsatte borgere bør ændres, så kommunerne kan give et tandplejetilbud til de borgere, der er berettiget til kommunalt tilskud efter lov om aktiv arbejdsmarkedspolitik eller lov om social pension i et fritvalgssystem. En lang række satspuljeprojekter og forsøgsordninger har med al tydelighed vist, at der er en gruppe af borgere der f.eks. på grund af misbrug, hjemløshed, psykisk ustabilitet eller andet i en kortere eller længere periode af deres liv ikke er i stand til at benytte det almindelige voksentandplejetilbud i privat tandlægepraksis. Projekter og forsøg har vist at kommunerne er langt bedre til at løse denne opgave, da der kan sættes ind med en tværfaglig og tværororganisatorisk indsats. Hensigten med et offentligt tandplejetilbud på borgerens præmisser er at sikre tandsundheden og selvværdet med en social acceptabilitet i de perioder af borgerens liv, hvor det er vanskeligt for borgeren selv at mestre at tage vare på sig selv.
- f) Der er ingen faglige grunde til patientovergange mellem special- og omsorgstandpleje, hvorfor området ikke skal styres af forskelle i størrelsen på egenbetalingen. Der foreslås derfor en ensartet maksimeret egenbetaling. På samme måde gøres bestemmelserne om, hvilken myndighed, der har betalingsforpligtelsen, i relation til børn og unge, som henvises fra den kommunale tandpleje til den regionale tandpleje / landsdels- og videnscentre tydelige.
- g) Kommunerne bør i langt højere grad forpligtes til at få visiteret hele målgruppen til omsorgstandplejetilbuddet, ligesom kommunerne bør forpligtes til at foretage en opsøgende indsats når plus 67-årige ikke har modtaget tilskudsberettigede tandplejeydelser indenfor de sidste 24 måneder. Hensigten med dette er, at tandsættet ikke skal forfalde inden borgeren bliver omfattet af et tandplejetilbud, som borgeren kan mestre.

Økonomi

Det kommunale tandplejetilbud i henhold til sundhedsloven

Det kommunale tandplejetilbud dækker tandplejen til 1.168.205 børn og unge under 18 år (2017). Fremskrivningsprognoser af folketallet viser at antallet af børn og unge er stigende. I 2025 forventes således en vækst til 1.188.689 og i 2035 til 1.280.764. Hertil kommer tandplejetilbud til 24.726 omsorgstandplejepatienter (2015 – jf. Sundhedsstyrelsens rapport om modernisering af omsorgstandplejen), hvilket dækker mindre end halvdelen af de borgere, som er i målgruppen. Fremskrivningsprognosen af folketallet viser, at antallet af danskere over 65 år vokser i perioden 2018 – 2045 med yderligere knap 500.000 borgere fra ca. 1,1 million til knap 1,6 million. Borgere, der alt overvejende har egne tænder og et stigende behov for tandbehandling, såfremt tandsættet skal bevares funktionsdygtigt. Endelig omfatter tandplejetilbuddet ca. 15.200 specialtandplejepatienter, hvoraf de 12.200 er over 18 år (KL spørgeskemaundersøgelse 2013). Målgruppen til specialtandplejen er estimeret til ca. 3000 børn og unge og 28.000 voksne. For børn og unge er der en fuldstændig målpopfyldelse medens mindre end halvdelen af de voksne modtager specialtandplejetilbuddet.

Endelig er der et varierende antal borgere, der får kommunalt tilskud til protetisk behandling efter ulykkesbetingede skader.

Det kommunale tandplejetilbud koster ifølge de af Danmarks statistik oplyste kommunale regnskabstal 1,7 milliarder kr. (2017).

I perioden 2007 – 2016 er udgifterne i løbende priser steget med 6,6 %. I samme periode er nettoprisindekset steget med 15,9 %. Der er således sket en ikke uvæsentlig besparelse over de seneste 10 år på det kommunale tandplejetilbud.

Det kommunale tandplejetilbuds indhold, omfang og kvalitet er beskrevet i sundhedslovgivningen. Sundhedstilbud er en ret for borgeren i modsætning til de fleste andre kommunale servicetilbud, der kan tilrettelægges efter et ikke regelfastlagt kommunalt serviceniveau. Hvis besparelserne fortsætter, vil det kommunale tandplejetilbud ikke kunne leveres med det indhold, det omfang og i den kvalitet, der er angivet i sundhedslovgivningen. Tilbuddet vil ej heller kunne rumme stigningen i børnetallet og den stigning i omsorgs- og specialtandplejepatienter, der dels følger af væksten i aldersgruppen + 65 år, dels følger af, at de borgere, der har ret til omsorgs- og specialtandpleje, rent faktisk får det.

De ovenfor angivne tal er gennemsnitstal på landsplan. ATO er bekendt med flere kommuner, der har foretaget besparelser, som har ført til, at det er mere end tvivlsomt, om indholdet, omfanget og eller kvaliteten af det kommunale tandplejetilbud modsvarer, det i sundhedslovgivningen anførte.

Voksantandplejetilbuddet i henhold til sundhedsloven

Voksantandplejetilbuddet er rettet mod borgere på 18 år og derover, der ikke får andet tandplejetilbud. Voksantandplejetilbuddet retter sig således mod ca. 4,5 millioner voksne, der ikke er omfattet af kommunale tandplejetilbud.

I Sundheds- og Ældreministeriets beskrivelse af tandplejeordninger anføres, at 2,8 millioner voksne danskere har modtaget tandpleje i 2017. Dette svarer til ca. 62 % af voksenbefolkningen. I SUSY () fra 2017 selvrappporterer 80 % af godt 12.000 danskere, at de anvender tandplejetilbuddet regelmæssigt. ATO foreslår derfor, at Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med Danske Regioner præcist afklarer, hvor stor en del af målgruppen, der anvender voksantandplejetilbuddet regelmæssigt.

Det regionale tilskud til voksentandpleje er på ca. 1,4 milliarder, der udgør ca. 15 % af omkostningerne til voksentandpleje medens egenbetalingen udgør de resterende ca. 85 %. Det betyder, at voksentandplejen med den nuværende, men ikke præcist kendte tilslutning i alt koster ca. 9,3 milliarder kr.

Udgifter til øvrige tandplejetilbud

Ud over de ovenfor anførte udgifter til tandpleje, er der udgifter til tandpleje til værnepligtige i forsvaret og i beredskabet samt til indsatte i kriminalforsorgens institutioner.

Hertil kommer udgifter til det specialiserede tandplejetilbud til børn og unge, som stilles til rådighed af regionerne samt udgifter til hospitalstandplejen.

Herudover er det vanskeligt at se om de kommunale tilskudsordninger efter lov om aktiv socialpolitik samt lov om social pension og de regionale tilskudsordninger til tandbehandling af sjældne sygdomme og efter stråle- og kemoterapibehandling indgår i voksentandplejetilskuddet og dermed er medregnet i opgørelsen.

ATO foreslår at der foretages en transparent opgørelse af de midler, der anvendes til tandpleje som en forudsætning for diskussionerne om tandplejesystemerne i Danmark.

Konklusion

Det er ATO's vurdering, at man ikke inden for de nuværende økonomiske rammer kan sikre et velfungerende tandplejesystem, der giver borgerne lighed i tandsundhed og tandsundhed gennem hele livet.

Som vedtaget af ATO's Generalforsamling den 11. oktober 2018

BILAG: Oversigt over det danske tandplejesystem

System	Afgrænsning	Myndighedsansvar	Drift	Betaling	Andet
Børne- og ungdoms-tandpleje	Børn og unge fra 0 – 18 år	Kommunerne jf. sundhedslovens § 127	Kommunerne kan beslutte drift ved egen klinik, ved privat klinik med aftale eller en kombination heraf	Kommunerne afholder udgiften til vederlagsfri tandpleje herunder for fritvalgsordningen for de 16 + 17 årige. Fritvalgsordning for 0 – 15 årige er med 35 % egenbetaling, i det betalingen af den privatpraktiserende udgør 65 % af beløbet. Fritvalgsordning ved anden kommunes kommunale klinik foregår med interkommunal udligning af gennemsnitspris pr. barn	Prisen for særligt dyre behandlinger efter fritvalgsordningerne i privat tandlægepraksis skal forhåndsgodkendes inden iværksættelse. Særligt dyre ydelser defineres som oftest som ydelser, hvor prisen ikke er fastlagt i overenskomst eller aftale
Omsorgs-tandpleje	Borgere, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud	Kommunerne jf. sundhedslovens § 131	Kommunerne kan beslutte drift ved egen klinik, efter aftale ved anden kommunes klinik, aftale med regionstandplejen , aftale med privat leverandør eller en kombination heraf	Kommunerne afholder udgiften, men kan opkræve en maksimeret egenbetaling på 520 kr. (2018) pr. år.	Prisen for særligt dyre behandlinger efter fritvalgsordningen i privat tandlægepraksis skal forhåndsgodkendes inden iværksættelse. Særligt dyre ydelser defineres som oftest som ydelser, hvor prisen ikke er fastlagt i overenskomst eller aftale
Specialtandpleje	Borgere, der er sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller omsorgs-tandplejen	Kommunerne jf. sundhedslovens § 133	Kommunerne kan beslutte drift ved egen klinik, efter aftale ved anden kommunes klinik, aftale med regionstandplejen , aftale med privat leverandør eller en kombination heraf	Kommunerne afholder udgiften, men kan opkræve en maksimeret egenbetaling på 1935 kr. (2018) pr. år	Sundhedsstyrelsen arbejder med et specialiseringsniveau indenfor special-tandplejens område, hvor kommunerne er det laveste niveau, regions-tandplejen det mellemste niveau og landsdels- og videnscentre

					det højeste niveau. Da der ikke på området findes specialer er denne graduering næppe hjemlet i lovgivningen.
Regions-tandpleje	Tandpleje til børn og unge (0-17 år) med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, et vederlagsfrit specialiseret tandplejetilbud. Herudover skal regionsrådet tilbyde vederlagsfrit højt specialiseret behandling til de børn og unge, der har behov for det.	Regionen jf. sundhedsloven § 162 i samarbejde med kommunerne	Regions-tandplejens klinikker	Regionen afholder udgiften til det vederlagsfrie tilbud	Jf. bemærkning under special-tandplejen
Landsdels- og videnscentre	Højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicaps, hos hvem den til grund liggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund eller kæber, samt højt specialiseret rådgivning eller behandling af børn	Regionen jf. sundhedslovens § 163	Landsdels- og videnscentrene i København og Aarhus	Regionen afholder udgiften til det vederlagsfrie tilbud	Jf. bemærkning under special-tandplejen
"Hospitals-tandpleje"	"Hospitals-tandpleje" dækker over det tand-, mund- og kæbekirurgiske speciale knyttet til de kæbekirurgiske afdelinger. Det er behandlinger af	Regionen som en del af sygehusstilbuddet og tilknyttet det kæbekirurgiske område jf. sundhedslovens § 74 og sundhedslovens bestemmelser om	På sygehuse i henhold til speciale-planlægningen	Vederlagsfrie i det regionen afholder udgiften som ved andre sygehusydelse	

	traumer, kræft i mund og kæber og lignende udført af specialtandlæger i tand- mund- og kæbekirurgi	specialeplanlægning			
Voksen-tandpleje	Borgere på 18 år og derover, der ikke er visiteret til andet tandplejetilbud	Regionerne jf. sundhedslovens § 57	Privat tandlægepraksis med ydernummer	Egenbetaling med tilskud fra regionerne i henhold til voksentandpleje-overenskomsten som afløst af sundhedsloven	
Tandlægeskolernes tandplejetilbud	Alle typer borgere og alle typer tandpleje der vurderes som undervisnings-relevant	Ingen specifik lovgivningsmæssig hjemmel	Staten ved KU's og AAU's tandlægeskoler	Egenbetaling efter tandlægeskolernes prisliste	
Fængsels-tandpleje	Indsatte i danske fængsler og arresthuse, der får inddraget sundhedskort under afsoning	Staten ved kriminalforsorgen jf. sundhedslovens § 11 og § 45 i lov om fuldbyrdelse af straf m.v.	De enkelte fængsler træffer aftale med privat praksis eller offentlig tandplejeordning om levering af ydelsen, der typisk foregår på klinik i fængslet.	Vederlagsfrit for den indsatte	
Tandpleje til værnepligtige	Værnepligtige i forsvar og beredskab	Staten ved forsvar og beredskabsstyrelsen jf. sundhedslovens § 11	Forsvarets egne klinikker (5 stk. fordelt over landet) for forsvarets værnepligtige Klinikker på beredskabsstyrelsens kasserne eller aftaler mellem kaserne og privat tandlægepraksis for beredskabets værnepligtige	Vederlagsfri for værnepligtige	
Tandpleje til asylansøgere	Asylansøgere	Staten ved udlændingestyrelsen jf. udlændingeloven og diverse konventioner	Indgår i asylcentrenes kontrakt med Udlændingestyrelsen. Asylcentre indgår aftale med underleverandør, der kan være privat tandlægepraksis eller kommunal tandpleje evt. i kombination.	Vederlagsfri. Hvis opholdstilladelse opnås indgår de i det almindelige tandplejesystem med de regler og tilskudsordninger, der er gældende her.	

Tilskudsordning efter lov om aktiv socialpolitik	Tilskudsberettigede efter lov om aktiv social politik §§ 82 og 82 a	Kommunerne efter ansøgning. Der ydes som hovedregel tilskud til nødvendig og helbredsmæssigt velbegrundede behandlinger.	Privat praksis på baggrund af kommunalt godkendt behandlingsoverslag.	Kommunen afgør på baggrund af borgerens økonomiske forhold størrelsen af det tilskud, der kan opnås. Der er principielt ingen grænse for tilskuddets størrelse. Staten refunderer 50 % af kommunernes omkostninger.	
Tilskudsordning efter lov om social pension	Tilskudsberettigede efter lov om social pensions § 14	Kommunerne efter ansøgning (helbredstillæg)	Privat praksis på baggrund af kommunalt godkendt behandlingsoverslag.	Kommunen afgør på baggrund af borgerens økonomiske forhold størrelsen af det tilskud, der kan opnås, dog er tilskuddet maksimeret til en procentdel af betalingen (helbredstillæggets størrelse) Staten refunderer 50 % af kommunernes omkostninger.	
Tilskudsordning til ofre for kriminalitet	Tilskudsberettigede der har været ofre for kriminalitet og fået personskaade på tænder som følge heraf	Staten ved Justitsministeriet jf. lov om erstatning fra staten til ofre for forbrydelser efter ansøgning til erstatningsnævnet	Privat praksis efter godkendelse ved nævnet	Staten afholder omkostningerne	
Tilskudsordning til proteser efter ulykke m.v. efter sundhedsloven	Tilskudsberettigede borger efter ulykkestilfælde og epileptiske	Kommunen efter ansøgning anfald jf. sundhedslovens § 135	Privat praksis på baggrund af kommunalt godkendt behandlingsoverslag.	Kommunen fastlægger tilskuddets størrelse	
Tilskudsordning til borgere med særlige behandlingsbehov	Borgere med særligt behov efter f.eks. strålebehandling og borgere med en række specifikke lidelser, der medfører særlige tandproblemer.	Regionerne efter ansøgning jf. sundhedslovens § 166	Privat tandlægepraksis på baggrund af regionens godkendelse	Regionerne afholder udgifterne og kan opkræve en maksimal egenbetaling hos borgerne på 1935 kr.	

Sundhedsydelse eller spotvare?

Konsekvenser ved en øget kommercialisering af tandlægebranchen.

Mere priskonkurrence og pengestærke investorer. Sådan lyder opskriften fra politikere, forbrugerorganisationer og myndigheder på en ny voksentandpleje.

En voksentandpleje, hvor de lover borgerne billigere og bedre behandlinger. Samtidig tegner de et entydigt negativt billede af en ineffektiv tandlægebranche med skyhøje priser.

Men præmisserne er helt forkerte:

- **Danske tandlæger er billige. På basale tandplejeydelser** må fx svenske og norske patienter punge mere ud end danske patienter.
- **Danskerne får meget tandsundhed for pengene.** Vi bruger færre penge på tandsundhed end nabolandene, og har høj brugerbetaling. Alligevel formår vi at holde et højt sundhedsniveau, og mange går til tandlæge.
- **Danske tandlægers priser er ikke på himmelflugt.** De følger nøje de generelle prisstigninger på tjenesteydelser i landet.
- **Danske tandlæger konkurrerer med hinanden om prisen.** Dagspressen skriver jævnligt om, at man kan spare tusindvis af kroner ved at skifte tandlæge.

Tandlægekæder kan være en fin måde at drive klinikker på, men det vigtigste er, at det faglige grundlag er i orden. Derfor er det afgørende, at tandlægen fortsat ejer og har den bestemmende indflydelse på tandklinikken.

Fortalerne for liberalisering overser en række negative konsekvenser af at lade pengefolk eje klinikker og have den bestemmende indflydelse på klinikken:

- **Fokus skifter fra sundhed til profitjagt.** Det kan ramme kvalitet og patientsikkerhed og føre til salg af ydelser, som ikke handler om patientens sundhedsbehov, men om ejerens behov for et højt afkast.
- **Store investorejede kæder med dominerende status kan få uheldig effekt på markedet.** Fx kan de diktere priserne, de vil have mindre interesse i at nedsætte sig i udkantsområder, og kommer de i økonomiske vanskeligheder, kan det give massive problemer for tandplejen.

I denne rapport afliver vi en række myter om danske tandlæger og deres priser. Samtidig peger vi på konsekvenser af øget kommercialisering af branchen.

7 myter om tandlæger og deres priser

1. "Danske tandlæger er urimeligt dyre" - Falsk

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby (V) siger, at det er dyrere at gå til tandlæge i Danmark end i vores nabolande, og at patienterne skal have mere rimelige priser. Men det er faktisk billigere at modtage basale tandplejedydelser for danskere, end for nordmænd og svenskere.

Eksempler på danske priser vs. norske og svenske (basal tandpleje)		
	Tandudtrækning med bedøvelse	Almen undersøgelse og bite-wings
Danmark	488 dkk	565 dkk
Sverige	815 dkk	669 dkk
Norge	753 dkk	648 dkk

Tyskland bliver ofte trukket frem som eksempel på et land, hvor det er billigt at gå til tandlæge. Men priser og lønninger ser helt anderledes ud i Tyskland end i Danmark. Ellers ville tusindvis af danskere ikke køre over grænsen for at handle. En liter mælk, en avis eller en regning hos mekanikeren er også billigere i Tyskland. Sammenligningen er altså misvisende.

En undersøgelse foretaget af Voxmeter for Tandlægeforeningen i 2017 viser desuden, at "urimeligt dyre tandlæger" snarere handler om patienttilskuddet end tandlægenes priser. En stor andel - 45 % af danskerne - mener nemlig, at en vis grad af brugerbetaling er rimelig, men at den i dag er for høj. Hele 38 % mener tandlægebesøg burde være gratis, på linje med det øvrige sundhedsvæsen.

2. "Tandlæger tjener kassen" - Falsk

Tandlæger tjener mindre end andre sundhedspersoner med lange uddannelser, fx farmaceuter, læger og speciallæger.

STANDARDBEREGNET MÅNEDSFORTJENESTE 2016	Kr.
Speciallæge	87.131
Almindeligt lægearbejde	68.603
Farmaceut	65.258
Advokat	60.893
Tandlæge	58.838
Dyrlæge	48.789

Kilde: Danmarks Statistik

Ifølge en McKinsey-rapport udarbejdet for Vækstforum i 2010 er danske tandlægers indkomst desuden relativt lav sammenlignet med Tyskland, Holland og Storbritannien. Tandlæger har en lang uddannelse og er for manges vedkommende selvstændige erhvervsdrivende, som bærer den økonomiske risiko for virksomheden. I forhold til praktiserende læger har tandlæger desuden en væsentlig investering i klinikudstyr, som gør det væsentligt dyrere at drive tandlægeklinik end en almindelig lægepraksis.

3. "Der er ingen priskonkurrence i dag" - Falsk

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen hævder, at der ikke er konkurrence på tandlægepriserne. Dagspressen kommer jævnligt frem til den stik modsatte konklusion:

Fra Ekstra Bladet den 6. august 2016:

HER SPARER DU TUSINDVIS AF KRONER PÅ TANDLÆGEREGNINGEN

"EKSTRA har lavet en undersøgelse, baseret på tandlægenes priser på Sundhed.dk. Den viser, at man som forbruger kan spare tusindvis af kroner på tandlægeregningen, hvis man kigger priserne igennem i sin kommune..."

Fra Ritzau den 7. oktober 2016:

SÅDAN FINDER DU DEN BILLIGSTE TANDLÆGE

"Tandlæger tager samme pris for de mest almindelige behandlinger. Men skal du have lavet et hul eller en bro, kan priserne svinge voldsomt..."

Fra Politiken den 26. februar 2017

TJEK PRISEN: TANDFYLDNINGER SVINGER MELLEML 350 OG 3.000 KRONER

"Der kan være flere tusind kroner at spare, hvis du vælger den ene tandlæge frem for den anden for nøjagtig den samme behandling. På én klinik kan den samme type tandfyldning ifølge portalen Sundhed.dk koste ned til 350 kroner, mens den på en anden kan koste 3.000 kroner..."

4. "De offentlige udgifter til tandlæger er løbet løbsk" - Falsk

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby (V) hævder, at der ikke er styr på de offentlige budgetter, når det gælder voksentandplejen. Men tandlægehjælp er et af de sundhedsområder, hvor de offentlige udgifter er steget mindst i de seneste ti år. Tal fra Danmarks Statistik viser en stigning på 24 % på tandlægeområdet fra 2007 til 2017. Til sammenligning steg udgifterne til ørelægehjælp med 57 % og til øjenlægehjælp med 63 % i samme periode.

Flere ældre i befolkningen betyder også nye udfordringer for voksentandplejen. Ifølge Sundhed.dk lider op mod 40 % af den voksne befolkning af parodontitis, og risikoen stiger med alderen. Samtidig bevarer flere ældre deres egne tænder i længere tid. Det fører samlet set til en naturlig stigning i antallet af parodontitisbehandlinger og mere forebyggelse.

Det hører samtidig med til billedet, at politikerne løbende har beskåret patienternes tilskud. I 1980 var det gennemsnitlige offentlige tilskud for patienter på 44 %. I dag er det 16,8 %.

5. "Tandlæger overbehandler" - Falsk

Flere politikere har rejst mistanke om, at tandlæger overbehandler. Men ifølge Sundhedsstyrelsen er der ikke hold i den påstand. I en undersøgelse fra 2017 skriver styrelsen, at antallet af patienter, som har modtaget behandling for gingivitis (tandkødsbetændelse), parodontitis og caries er som forventet. Der er altså ingen tegn på, at tandlæger behandler patienter, som ikke har brug for behandling. Samme undersøgelse viser, at tandlæger på tværs af landet tolker kriterierne for tandsygdom på samme måde, hvilket understreger, at tandlægerne følger styrelsens retningslinjer.

6. "Danske tandlægepriser er steget voldsomt" - Falsk

Forbrugerrådet Tænk har i august 2018 udsendt en analyse, hvor man konkluderer, at tandlægepriserne er "tordnet i vejret" fra 2002 til 2016, nemlig 52 %. Men den stigning svarer nøjagtigt til prisstigningen på tjenesteydelser i Danmark generelt.

Faktisk er det mere bemærkelsesværdigt, at tandlægerne har formået at holde priserne på dette niveau. Klinikkerne har nemlig i samme periode investeret betydeligt i ny teknologi til gavn for patienterne. Sideløbende er myndighedernes krav til dokumentation og implementering af kontrol øget væsentligt, hvilket koster tid og ressourcer på klinikkerne.

Desuden er det værd at bemærke, at danske tandlæger er steget mindre i pris, end tandlæger i de fleste andre lande i Europa. Fx er norske tandlægers priser steget med 100 %, finske med 93 % og svenske med 66 % fra 2001 til 2016, viser tal fra Eurostat.

7. "Vi får ikke nok tandsundhed for pengene" - Falsk

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby (V) har flere gange efterlyst "mere tandsundhed for pengene". Men en ny rapport fra VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd - viser, at Danmark klarer sig rigtig godt sammenlignet med seks andre europæiske lande (Tyskland, Spanien, Finland, England, Sverige og Norge).

Målt i forhold til de andre lande:

- præsterer Danmark godt i forhold til befolkningens tandsundhed
- præsterer Danmark godt i forhold til at begrænse social ulighed i brug af tandplejen
- bruger Danmark en relativ lav andel af de samlede sundhedsudgifter på tandplejen. Fx bruger Tyskland 7,3 %, mens Danmark bruger 4,4 %
- har Danmark den næsthøjeste brugerbetalingsandel - kun overgået af Spanien.

Det man kan konkludere heraf er, at danskerne får meget tandsundhed for pengene. Men danske patienter har en markant højere brugerbetaling end vores tyske naboer. Når en tysk patient går til tandlægen, skal hun kun betale 25,8 % af regningen selv. Når en dansk patient går til tandlægen, skal hun betale 73,2 % af regningen af egen lomme.

Læs vores dokumentation her:

[Analyse: "Sammenligning af priser på grundlæggende tandplejeydelser i Skandinavien 2017", Tandlægeforeningen, 2018](#)

[Analyse: "Udviklingen af offentlige udgifter sundhedsvæsenet 2007-2017", Tandlægeforeningen, 2018](#)

[Analyse: "Prisudviklingen i Europa - Tandpleje 2001-2016, Tandlægeforeningen, 2018](#)

[Rapport: "Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018](#)

[Rapport: "Evaluering af national klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen", Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

Skal faglighed eller profitjagt styre tandklinikkerne?

Patientsikkerhed og kvalitet kan blive ofret, hvis vi ændrer på reglerne om, hvem der kan eje og drive tandklinik.

Hvem skal eje de danske tandklinikker? Store udenlandske kapitalfonde og private investorer, hvis hovedmål er at tjene penge? Eller tandlæger? Svaret er ikke ligegyldigt. Det handler ikke bare om, i hvis lomme overskuddet havner. Det handler også om, om man vil tillade store kæder at få dominerende magt i branchen, fx til at diktere priserne, og det handler om patientsikkerhed.

Hidtil har det været et krav i overenskomsten mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningen, at tandlæger skal eje over 50 % af en klinik og have den bestemmende indflydelse på klinikken. Tandlægerne må heller ikke eje mere end to klinikker. Disse regler er ført videre i den "hastelov", som afløste overenskomsten den 1. juni 2018.

Tanken er, at tandlægen som fagperson har sundhedsfaglighed som rettesnor, hvor en investors interesse er profit.

Flere parter - herunder Danske Regioner, Tænk tanken Cepos samt Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen - peger imidlertid på, at der skal slækkes på ejerskabskravene. Det skal være muligt at eje flere klinikker, og det skal være muligt for ikke-tandlæger at eje tandklinikker.

Det vil give bedre og billigere tandpleje, lyder håbet. Men det er et håb, som bygger på et spinkelt grundlag.

Kæder er ikke garant for lavere priser

Kapitalejede kæder er ingen garant for priskonkurrence. Det viser en endnu ikke publiceret undersøgelse fra Finland, hvor man siden 2000 har haft investorejede kæder i den private del af tandplejen. Man sammenlignede priserne mellem henholdsvis store tandlægekæder, mellemstore klinikker og enkeltmandsklinikker i Helsinki-området. Undersøgelsen viser, at kæderne har de højeste priser, mens solotandlægerne har de laveste. Studiet viser, at kædernes priser for fyldning af to tandflader i gennemsnit ligger omkring 20 % over priserne hos øvrige tandlægeklinikker.

En stikprøve på det danske marked viser, at klinikkerne i en af de store kæder herhjemme i langt de fleste tilfælde ligger prismæssigt højere end gennemsnittet i 11 af landets kommuner. Når man kigger på prisen for fyldninger på to flader i en lille kindtand, ligger minimum- og maksimumpriserne 6-8 % højere end gennemsnittet for øvrige tandlæger i kommunerne, skriver erhvervsmagasinet Inside Business nr. 12 2017.

Eksperter: For store forhåbninger til konkurrence

Sundhedsøkonom og professor Jakob Kjellberg fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, VIVE, siger til Inside Business:

"Kæder kan gøre arbejdet mere effektivt. Men især i et relativt lille marked som Danmark er der en helt oplagt mulighed for monopoldannelse og brug af andre markedsstrategier end lavere priser på lidt læn- gere sigt. Man kan udnytte, at vi er ret loyale kunder. I et marked, der er præget af relativt lille gennemskuelighed, hvor tillid og tilknytning vægter højt, er priskonkurrence ikke nødvendigvis den vindende strategi."

I en artikel i Tandlægebladet advarer Jakob Kjellberg sammen med professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet mod at tro, at konkurrence er et magisk fix, der kan løse prisproblemer i tandlægebranchen:

"Jeg er i udgangspunktet ikke imod konkurrence. Men der er alt for store forventninger til, hvad det kan. Konkurrence giver ikke altid lavere priser. Det virker, som om man vil overføre en tankegang fra det frie marked, hvor man kan få prisen ned på yoghurt, når der er konkurrence. Men det er andre forhold, der gælder i tandlægebranchen", siger Kjeld Møller Pedersen.

Store kæder kan dominere markedet

En reel risiko ved at tillade investorer at eje et ubegrænset antal klinikker, er, at tandlægesektoren bliver domineret af få, magtfulde kæder, som er i stand til at diktere og påvirke markedet.

Tendensen ses i bl.a. apotekerbranchen i Norge, som blev liberaliseret i 2001. Efter liberaliseringen er størstedelen af apotekerne samlet på fire kæder. En undersøgelse af apotekersektoren i europæiske lande foretaget af seniorforsker og chef for WHO's center for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, Sabine Vogler, viser samtidig, at liberaliseringstiltag ikke har givet prisfald på medicin.

Gigantkæde i gigantiske problemer

Store, dominerende kæder vil også kunne skabe problemer på et relativt lille marked som det danske. I England ser man blandt andet bekymrende tendenser, hvor Europas største tandlægekæde - Mydentist - er i alvorlige økonomiske vanskeligheder.

Kæden har over 600 klinikker, og inden for de sidste 7 år har kæden opkøbt 237 klinikker. Men på trods af væksten i antallet af klinikker, er indtægterne ikke fulgt med. De er tværtimod stagneret de seneste år. Samtidig er kædens årlige tab før skat eksploderet fra ca. 26 mio. til 144 mio. pund fra 2016 til 2018.

Den kapitalfondsejede Mydentist er den største udbyder af ydelser for det offentlige britiske sundhedssystem National Health Service (NHS). Ifølge en artikel i The Times har kæden svært ved at rekruttere medarbejdere og har desuden problemer med at levere de lovede ydelser til NHS.

EU-domstol: Kommercielle ejere kan udfordre patientsikkerheden

Tandlæger, som ejer klinikker, vægter faglighed og patientsikkerhed højt. Det samme kan man ikke forvente af kapitalfonde og andre udefrakommende investorer, der i højere grad vil have profit som mål.

EU-domstolen har i en række sager om apotekerbranchen argumenteret for, at fagligt ejerskab - altså når uddannede farmaceuter ejer og driver apotekerne - kan nedbringe risici for skade på patienternes sundhed og også på samfundsøkonomien.

Apotekerbranchen er i lighed med tandlægebranchen præget af regler for ejerskab. Ifølge EU-domstolen er det et legitimt argument, at regler for ejerskab sikrer farmaceuternes faglige uafhængighed. Uddannede farmaceuter driver ikke kun apotek for at opnå økonomisk fortjeneste, men også med et fagligt sigte og ud fra saglige og fagets hensyn. Uden ejerskabskrav kan der være risiko for, at profithensyn vil blive vægтет højere end patienthensyn.

Og det er ikke tilstrækkeligt blot at stille krav til, at der skal være uddannede farmaceuter ansat i et apotek. For ansatte farmaceuter vil være underlagt ejeren og derfor ikke fagligt uafhængige. EU-domstolen vurderer, at kommercielle ejere kan udøve et pres på ansatte farmaceuter.

Også på tandlægeområdet kan denne udfordring mærkes. I 2011 så de svenske politikere sig nødsaget til at stramme reglerne om patientsikkerhed, så ejeren fik et større ansvar.

Liberalisering af apotekssektor førte til ringere patientsikkerhed

Det svenske Statskontoret advarede i 2013 om, at patientsikkerheden var i risiko for at blive forringet som konsekvens af liberaliseringen af apotekssektoren. Statskontoret undersøgte bl.a. apotekerpersonalets erfaringer efter liberaliseringen:

- Mere end halvdelen oplever, at forudsætningerne for at udføre korrekte recept-ekspeditioner er forværret.
- Seks ud af ti oplever, at mulighederne for kompetenceudvikling inden for bl.a. farmaci er forværret.
- Statskontoret bedømmer, at det niveau for kompetencer og sikkerhed, som fandtes før omreguleringen, ikke er bibeholdt i fuld udstrækning.

Desuden viste en undersøgelse fra svenske farmaceuters fagforbund i 2013, at mulighederne for kompetenceudvikling var forringet. Fx fortalte 53 % af de adspurgte apoteksmedarbejdere, at de ikke modtager

tilstrækkelig kompetenceudvikling til at håndtere arbejdet på en måde, som er sikker for medicinforbrugerne.

Borgere i udkantsområder bliver ramt

Lempelser af ejerskabsreglerne kan også få konsekvenser for adgangen til tandlægehjælp.

I Storbritannien har Europas største tandlægekæde Mydentist massive udfordringer med at rekruttere personale til klinikker i udkantsområderne. For at holde udgifter nede, hyrer man især tandlæger fra lande, hvor lønniveauet er lavere, fx Grækenland, Rumænien og Bulgarien. Men det er svært at få tandlæger til de ledige stillinger. Klinikker i Wales og Cornwall må fx klare sig med omfattende underbemanding.

I USA, hvor tandlægebranchen er liberaliseret, mangler 43 procent af landbefolkningen adgang til tandpleje ifølge National Rural Health Association. Kæderne har kun incitament til at etablere sig i områder, hvor muligheden for en rentabel forretning er tilstede.

Lukningstruede udkantsapoteker

Liberaliseringen af apotekssektoren i Norge og Sverige har medført en stigning i antallet af apoteker. Men de nye apoteker etableres stort set udelukkende i store og mellemstore byer, hvor befolkningen i forvejen har nem adgang til apoteker.

I Sverige har liberaliseringen medført lukninger af apoteker i udkantsområder, mens Norge har været nødt til at stille krav til apotekerkæderne om, at de ikke må lukke apoteker i udkantsområder, selv hvis de giver underskud.

En undersøgelse af liberalisering af apotekssektoren i Europa foretaget af seniorforsker og chef for WHO's center for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, Sabine Vogler, konkluderer blandt andet:

"Liberalisering har tendens til at favorisere bybefolkningen som allerede har god adgang til apoteker, fordi nye apoteker typisk etableres i byer og ikke i landdistrikter."

Læs vores dokumentation her:

[Artikel: "Tandklinikker i ny børskandidatkæde er langt fra prisførende", Inside Business, marts 2017](#)

[Artikel: "Håbefuld minister: Øget konkurrence skal banke priserne ned", Tandlægebladet, juni 2018](#)

[Artikel: "Tuffare krav på patientsikkerhet", Tandläkartidningen, august 2011](#)

[Artikel: "Why the dental business became more and more like pulling teeth", The Times, juli 2018](#)

[Artikel: "Dentists fear tax status inquiry will lead to catastrophe", The Times, juli 2018](#)

[Rapport: "En omreglerad apoteksmarknad; delrapport 2", Statskontoret, 2012](#)

[Rapport: "Liberalization in the pharmacy sector", Directorate For Financial And Enterprise Affairs, 2014](#)

[Rapport: "Rural America's oral health care needs", National Rural Health Association, 2013](#)

[Undersøgelse: "How does competition work in private dental care services? – A study on pricing policy, market concentration and penetration", The Social Insurance Institution, 2014](#)

Tandsundhed til udsalgspris

Øget priskonkurrence skal gøre tandplejen billigere og øge kvaliteten, men det kan få den stik modsatte effekt.

Er vi patienter eller kunder, når vi sidder i tandlægestolen? Spørger man Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen eller Forbrugerrådet Tænk, er det den sidste titel, der bedst beskriver forholdet mellem tandlæge og borger.

Man håber på, at priskonkurrence, slagtilbud eller gratis behandlinger og undersøgelser kan få flere til at gå til tandlæge og give både billigere og bedre tandpleje.

Men hvis priserne skal ned på nogle ydelser, kan klinikken være tvunget til at sætte prisen op på andre ydelser eller satse på mersalg. Altså at tilbyde ydelser, produkter eller service, som ikke er baseret på patientens behov, men på virksomhedens omsætningsmål.

En anden tilgang kan være at gå på kompromis med kvaliteten. Fx ved at spare på udgifter til materialer, udstyr eller personale. I Sverige kender man til det sidste. Især de nyere kæder - med ikke-tandlæger som ejere - har problemer med at rekruttere svenske tandlæger til de ledige stillinger. Det fortæller Mats Olsson, ombudsmand i den svenske organisation for ansatte tandlæger (Tjanstetandlakarna):

"Firmaer, som er ejet af andre end tandlæger, har haft flere problemer med svenske tandlægers krav, især i forhold til løn. Desuden har de haft svært ved at rekruttere svenske tandlæger, som foretrækker arbejdsgivere, der har forståelse for tandlægepraksis og de daglige udfordringer på klinikken. Mange af de firmaer har derfor ansat tandlæger fra de nye EU-lande. Det har voldt andre problemer, da disse tandlæger, såvel som deres ejere, ikke har nogen erfaring i svenske forhold. Når tandlæger som er ansat i firmaer uden tandlæger som ejere, bliver medlem af Tjanstetandlakarna, hører organisationen fra disse tandlæger, at de ikke får den løn, de er berettiget til."

Ekspert: Øget konkurrence kan ramme kvaliteten

Bente Nyvad, professor i tandsygdomme på Tandlægeskolen i Aarhus, udtrykker sin skepsis over for øget konkurrence i tandlægebranchen i Altinget den 15. august 2018:

"Tandlæger leverer sundhedsydelser, hvis omfang er reguleret af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer, der tager udgangspunkt i den enkelte patients sygdomsstatus og risikofaktorer. [...] Det er derfor svært at forestille sig, at man kan opnå billigere tandpleje gennem øget konkurrence, uden at det går ud over kvaliteten af behandlingerne. Hvis man som tandlæge følger de anbefalede krav til for eksempel fremstilling af en fyldning, kan man ikke springe stadier i processen over, uden at det forringer kvaliteten af fyldningen."

Også sundhedsøkonom Marie Kruse fra Syddansk Universitet peger i en artikel på dr.dk på, at det kan være problematisk at se tandlægearbejdet som en serviceydelse på markedsvilkår i stedet for en sundhedsydelse:

"Bekymringen for billigere tandlægepriser er, at der kan være tandlæger, der udbyder nogle meget billige behandlinger, hvor hygiejnen ikke er i orden, kvaliteten ikke er i orden og patienterne bliver fejlbehandlet. Hvis vi forventer den samme ydelse til en lavere pris, er det ikke så realistisk, mener Marie Kruse."

Priser steg efter liberalisering

At der er gevinster at hente ved øget liberalisering af priserne, synes også at være et argument, der i højere grad findes i teoribøgerne end i virkeligheden.

I Sverige gik man fra regulerede til frie priser i 1999. Det resulterede helt uventet i en gennemsnitlig prisstigning på 18 % på et år. Det ramte især patienter med et stort behandlingsbehov, og efterfølgende måtte den svenske regering stramme op med regler, der beskyttede patienterne mod de høje priser.

I Holland lavede man i 2011 et forsøg med frie priser på tandlægeydelser. Forsøget medførte gennemsnitlige prisstigninger på 9 %, og meget få patienter viste tegn på at skifte tandlæge. Den hollandske regering indstillede eksperimentet, og vendte tilbage til faste priser fra 2013.

Maksimalpriser gør markedet sværere at gennemskue for patienterne

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Danske Regioner og andre aktører har foreslået, at man i stedet for de nuværende faste priser på basale tandplejeydelser, indfører maksimalpriser. Det vil sige priser, som lægger et øvre loft på, hvor meget en behandling eller undersøgelse må koste, men samtidig giver tandlæger mulighed for at lave tilbud om gratis undersøgelser eller rabatter for at trække nye patienter til.

Samtidig har man længe slået på, at større gennemsigtighed i priserne vil være en fordel for patienterne.

Men de to argumenter strider mod hinanden. Et prissystem, hvor man hos den ene tandlæge får en gratis undersøgelse, men skal betale 700 kr. hos en anden og 150 kr. hos en tredje, hvis man vel at mærke tilkøber en ydelse, vil ikke give patienterne et bedre overblik. Snarere tværtimod.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har også selv tidligere peget på, at maksimalpriser i tandlægebranchen kan få den modsatte effekt af det, man ønsker:

"På den ene side kan maksimalpriser gøre markedet endnu sværere at gennemskue for forbrugerne, fordi de mest almindelige ydelser ikke længere vil koste det samme hos alle tandlæger. Forbrugerne vil kunne støde på ganske forskellige priser, hvilket kræver øget viden hos forbrugerne."

Man kan heller ikke forvente, at maksimalpriser overhovedet vil blive brugt af tandlægerne, hvilket eksempler fra apotekssektoren i Norge belyser. Forbrugerrådet gennemgik i en rapport fra 2011 erfaringer med liberalisering af apotekssektoren i Norden, og Forbrugerrådet skriver om Norge:

"Der fastsættes en maksimumspris for, hvad apotekerne må tage for deres lægemidler. Reelt sælger hovedparten af alle apotekerne lægemidler til maksimumsprisen".

Spansk skandale-kæde mistænkt for fusk med priserne

En skandalesag fra Spanien viser, at løfter om slagtilbud og gratis besøg også kan bruges til at vildlede patienter. Den nu lukkede tandlægekæde iDental udgav sig for at være rettet mod økonomisk dårligt stillede patienter. Kæden annoncerede aggressivt i både medier og sociale netværk med "social tandpleje". Patienterne fik første besøg på klinikken gratis, sammen med en udredning af deres økonomiske foråen. Herefter fik de tilbudt en pris, som skulle forestille at tage hensyn til deres økonomi. Det vil sige markante rabatter og nedslag. Men kædens priser var kunstigt oppustede, så de "tilbud" patienterne fik, reelt var på markedsniveau. De spanske myndigheder har nu iværksat en undersøgelse af kædens aktiviteter, blandt andet baseret på en massiv mængde patientklager.

Hvem skal bestemme maksimalpriser på et mere liberaliseret marked?

Der er en indbygget selvmodsigelse i på den ene side at ville deregulere et marked for at få øget konkurrence og på den anden side fastholde udbyderne i et system med maksimale priser.

De nuværende tilskudsberettigede priser er i forvejen holdt på et kunstigt lavt niveau. Et niveau der er så lavt, at tandlægerne ikke har tilstrækkelig fortjeneste på dem. Til sammenligning ligger de danske priser på basal tandpleje lavere end i Sverige og Norge.

Ideen med maksimalpriser rejser samtidig en række ubesvarede spørgsmål:

Hvilke ydelser skal være omfattet af maksimalpriser?

Hvem skal bestemme maksimalprisernes niveau?

Hvilket niveau skal maksimalpriserne have?

Hvilke konkurrence-juridiske problemer findes i, at det offentlige dikterer maksimalpriser?

Tillid er ikke et problem - det er en styrke

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen og Forbrugerrådet Tænk opfatter det som et problem, at patienterne har tillid til deres tandlæge. Tilliden står i vejen for, at patienterne shopper mellem forskellige tandlæger og får gode tilbud.

Men at betale for forebyggelse og behandling af sygdomme er ikke det samme som at shoppe jeans eller køleskabe. Tillid mellem behandler og patient er en afgørende faktor for succes. Af samme grund hører man eksempelvis sjældent opfordringer til patienter om at skifte praktiserende læge jævnligt. Tværtimod mener langt de fleste, at det er bedst så vidt muligt at have et kontinuerligt forhold til sin læge.

Og i en undersøgelse offentliggjort i British Medical Journal Open fra 2018 slår forfatterne fast, at langvarige læge-patient forhold er en afgørende del af behandlingen. Det kan potentielt medvirke til lavere dødelighed hos patienterne.

Hvis tandlæger skal give den bedst mulige forebyggelse og tandbehandling, er det på samme måde en fordel både for patient og tandlæge, at de kender hinanden gennem længere tid.

At vælge den rigtige behandlingsplan vil for tandlægen ofte være betinget af den viden, som er opbygget gennem længere tids kontrol og erfaringer med patienten. Hyppige tandlægeskift kan ikke anbefales ud fra en tandsundhedsmæssig betragtning. Ofte vil det også være en økonomisk fordel i længden for patienten at gå hos den samme tandlæge over en længere periode.

Danskerne vægter tillid højere end pris

En undersøgelse foretaget af Voxmeter for Tandlægeforeningen i 2017 viser, at tillid er det mest afgørende for patienterne i forhold til deres tandlæge. 54 % af de adspurgte svarer således, at tillid er det vigtigste. Også kvaliteten af tandlægens arbejde vægtes højt – det angiver 30 % af de adspurgte. Kun 10 % mener, at prisen er det vigtigste.

Shopping: Dyrere for patienten og det offentlige

I en situation hvor en tandlæge får en ny patient, påtager tandlægen sig det fulde faglige ansvar for patienten (jf. autorisationslovens krav om omhu og samvittighedsfuldhed). Men uden et længerevarende kendskab til patienten vil de samlede omkostninger og behandlinger pr. patient stige.

Fagligt har tandlægen et ansvar for at bevare så meget af patientens tandsubstans som muligt, så længe som muligt. Men vurderingerne af behovet for behandling er også baseret på patientens adfærd. Når tandlægen ikke har kendt patienten gennem en længere periode, kan det påvirke behandlingen i retning af mere behandling eller flere undersøgelser, røntgenoptagelser osv., end hvis tandlægen har en erfaringsbaseret tillid til, at patienten gør en egenindsats med mundhygiejnen og dermed kan undgå behandling. Ligeledes kan et kortvarigt kendskab til patienten påvirke indkaldeintervallerne. Kender man ikke patienten, må man ofte holde intervallerne kortere – igen flere undersøgelser – hvilket samlet set bliver dyrere for patienterne og også for det offentlige, hvis der opkræves tilskud.

I udgivelsen "Læge-Patient-Forholdet Refleksioner og visioner" fra Etisk Råd skriver Lars Foged:

"Lægen, til hvem patienten har tillid, har langt større mulighed for at bruge sin fulde kliniske sans og standse op i et udredningsforløb og sige: "Vi har en konklusion – vi holder her!" Unødvendige undersøgelser begrundet i lægens og patientens angst for at "overse noget" – den såkaldte defensive medicin – mindskes således ved et udbygget tillidsforhold."

Hvis shopping bliver en fremherskende model for tandplejen, vil det ændre kulturen. I stedet for langvarige forhold og regelmæssig varetagelse af patientens sundhed, vil tandlægen i højere grad være tilskyn-det til at behandle patienten for det, der kunne være en sygdomstilstand, inden patienten skifter til den næste tandlæge.

Læs vores dokumentation her:

[Artikel: "Professor: Tandreform skal bygge på faglighed og forebyggelse", Altinget, august 2018](#)

[Artikel: "Ekspert: Derfor er høje tandlægepriser svære at ændre på", DR, oktober 2017](#)

[Rapport: "Rapport om potentialet for øget konkurrence på tandplejeområdet", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, 2013](#)

[Rapport: "Apotekerliberalisering – nordiske erfaringer", Forbrugerrådet, 2011](#)

[Rapport: "Forbrugerredøgørelse 2005", Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2005](#)

[Rapport: "Tilfredshed med tandlæger", Tandlægeforeningen, 2013](#)

[Rapport: "Læge-patient-forholdet – Refleksioner og visioner – Antologi", Det Ethiske Råd, 2003](#)

[Undersøgelse: "Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality", Gray et al., 2018](#)

PTO's forslag til ny model for voksentandplejen 2019++

Af historisk betingede årsager adskiller voksentandplejen sig fra det øvrige sundhedsvæsen.

Der er ikke de nødvendige økonomiske midler til rådighed for at stille behandling af mund og tænder på lige fod med sundhedsmæssig og vederlagsfri behandling af den øvrige del af kroppen.

Forslag om at indføre selv en yderst begrænset brugerbetaling på 100 kr. ved lægebesøg er der ikke politisk stemning for. Men stigende brugerbetaling inden for tandplejen er der ingen berøringsangst over for.

Siden 1980 er det offentlige tilskud til tandpleje faldet fra ca. 44 % til i dag ca. 17%.

Senest i 2013, hvor der blev fjernet 300 mio. kr. fra tilskudsrammen, der således faldt fra ca. 1.7 mia. kr. til ca. 1.4 mia. kr. Det medførte, at der kom til at mangle 300 mio. kr. i årene efter, da borgernes behov for tandpleje nu engang er uafhængigt af de midler, der allokeres til behandling. Derfor blev tilskudsrammen overskredet, men alligevel valgte Regionernes Lønnings- og Takstnævn at opsigte tandlægeoverenskomsten.

Underdækningen på rammen er betænkelig, når det samtidig tages i betragtning, at der er blevet ca. 200.00 flere ældre, der med flere egne tænder har et vedligeholdelses- og behandlingsbehov.

Hvor skal pengene komme fra til nye rammer for voksentandplejen? Herunder tiltrængte forbedringer for de unge, socialt udsatte, ældre m.fl.?

En nedprioritering af voksentandplejen er risikabel.

Der er risiko for, at børn og unges tandsundhed efter 18 års vederlagsfri tandbehandling falder – en tandsundhed, der i øvrigt ikke er så høj, som bl.a. Sundhedsministeriet synes at tro, jf. nedenfor under pkt. 1. Derudover skal indsatsen for at holde på de unge forstærkes. Man har længe set en bekymrende udvikling, når man sammenligner antallet af unge, der fortsætter regelmæssig tandpleje i privat praksis efter det fyldte 18. år.

Op mod 40 % udebliver, det såkaldte drop-out. En næsten uovervindelig udfordring, når man som ung skal gå fra at få betalt det hele til fra 18-års-alderen at skulle betale ca. 85 %.

En udfordring, staten på sin vis selv har bedt om ved at gøre det gratis, indtil man fylder 18 år for så at skære dramatisk ned på tilskuddet til tandbehandling, og fra det 18. år at præsentere de unge for en betydelig egenbetaling.

Hvis der foretages yderligere beskæringer i tilskud til voksentandplejen, er det nærliggende at antage, at antallet af drop-out-tilfælde stiger. Det er også nærliggende at antage, at andre patienter indenfor voksentandplejen vil fravælge tandbehandling, fordi brugerbetalingen skræmmer borgere væk.

Herved mister man på længere sigt frugterne af den gratis tandpleje, som borgeren har haft indtil 18-års-alderen, og den indsats, tandlæger har gjort for at skabe en rimelig tandsundhed for børn og unge, inden det vederlagsfri tilbud om behandling slutter.

Tilskud til tandpleje kan blive så lavt, at borgerne ikke anser det som noget incitament til at gå til regelmæssigt eftersyn og evt. behandling. Herved risikerer man at skabe øget ulighed blandt de økonomisk svagt funderede brugere af voksentandplejen, hvor det fra politisk hold har været et tema at forhindre øget ulighed.

Samfundsmæssigt vil det også være en betænkelig udvikling.

Undersøgelser viser, jf. senere, at regelmæssigt besøg hos tandlægen har betydning for mange såkaldte livsstilssygdomme. Regelmæssigt besøg hos tandlægen er med til at forhindre diabetes, hjerte-kar-sygdomme, reumatologiske sygdomme m.m., eller at de opdages i tide.

Derved spares det offentlige for senere udgifter til hospitalsbehandling, medicin, sygedagpenge m.m., ligesom patienterne opnår bedre livskvalitet og bedre muligheder for at tage del i et aktivt socialt liv på lige fod med andre borgere.

Derfor er det vigtigt:

- *at der fortsat er fokus på tandplejen som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen*
- *at privat praksis placeres som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen*
- *at der fortsat er fokus på den forebyggende og behandlende indsats.*

PTO ser især seks udfordringer inden for voksentandplejen, som bør indgå i overvejelserne vedr. nye rammer for voksentandplejen.

Det drejer sig om:

- 1. de 18-24-årige**
- 2. de socialt udsatte**
- 3. patienter med medfødte sygdomme, der kompromitterer deres tandsundhed**
- 4. ældretandpleje 65+ og**
- 5. den øvrige voksenbefolkning på 18 år og derover**
- 6. ejerskab**

Ad. 1. De 18-24-årige

En voksentandpleje varetages bedst og med størst sikkerhed for patienterne af privatpraktiserende tandlæger.

Privat tandlægepraksis har erfaringen, det fornødne knowhow og de rette kompetencer, kapacitet og den geografiske spredning med ca. 2.000 klinikker decentralt spredt over landet fra hovedstad og større byer til mindre lokalområder – også i landets yderområder.

Alle undersøgelser viser, at patienter med rette registrerer en høj service og en let tilgængelighed i privat praksis.

En mere hensigtsmæssig og effektiv overgang fra børne- og ungdomstandplejen har længe været efterspurgt. Det er vigtigt i bestræbelserne på at fastholde udbyttet af den effekt, en vederlagsfri behandling indtil 18-års-alderen har medført, sådan at de tildelte ressourcer og patienterne bag ikke tabes på gulvet.

Flere, bl.a. også Sundhedsministeriet, har desværre bibragt offentligheden indtrykket af, at halvdelen af en ungdomsårgang har sunde tænder, fordi de ikke har fyldte huller. Sundhedsstyrelsens egne SCOR-tal for 2017 viser imidlertid, at fravær af tandfyldninger ikke er ensbetydende med fravær af tidlige tegn på tandsygdom.

Der er en fortsat vækst af nye fyldninger i takt med alderen. Forklaringen er, at børnene, foruden fyldte huller, udvikler et betydeligt antal begyndende og behandlingskrævende huller. I tal faktisk dobbelt så mange som antal fyldte huller for de 18-årige (Sundhedsstyrelsen, SCOR 2017 og professor, dr.odont., Bente Nyvad, Altinget, august 2018).

Fænomenet er en del af forklaringen på, at privat praksis hos de 18-årige finder tænder, der kræver behandling, selvom de fra den kommunale klinik er udskrevet uden huller.

Efter PTO's opfattelse skal der sættes yderligere fokus på udslusningsproceduren fra kommunal klinik til privat praksis for de 16-18-årige. Det skal ske i god tid, inden de unge flytter hjemmefra. Det er der gode erfaringer med i landets praksiskommuner (*kommuner uden kommunal klinik eller hvor behandlingen af børn og unge er overdraget til privat praksis*).

Udfordringen er, at aldersgruppen har begrænsede indtægter (typisk SU) og mange andre ting at bruge den begrænsede indtægt til, som de skønner og prioriterer højere end udgiften til tandbehandling. De luller måske i søvn af effekten af den gratis behandling indtil det fyldte 18. år og glemmer, at en forudsætning for en fortsat god tandsundhed og ingen tandsygdomme er, at den forebyggende behandling og regelmæssige undersøgelser bibeholdes i voksenlivet.

En gulerod er således nødvendig.

PTO's forslag er lancering af basale gratisydelse i privat praksis i et nærmere defineret omfang eller en forebyggelses(behandlings-)pakke, hvor de unge 18-25-årige op til et givent maksimum kan få

foretaget nødvendig undersøgelse og evt. behandling. Samtidig skal der sættes yderligere fokus på udslningsproceduren, jf. ovenfor.

Forslaget kan evt. udvides til hele voksentandplejen. Gratis besøg hos tandlægen stiller borgerne ens, modvirker ulighed og bidrager til at fastholde kontakten til tandlægen.

Ad. 2. De socialt udsatte

Som det gælder for sundheden generelt, gælder det for tandsundheden, at **socialt udsatte** med begrænsede sociale og økonomiske kompetencer og ressourcer lider mere end befolkningen generelt. Men man skal passe på med at bruge betydelige midler uden at sikre sig, at udbyttet står mål med indsatsen. Fx at patienter, der modtager betydelig hjælp til tandbehandling, fastholder tilknytningen til tandplejen, således at arbejde og udgifter til behandling ikke går til spilde, fordi målgruppen falder tilbage i gamle vaner og samme miljø som før.

Ulighed i tandplejen kan bekæmpes med populationsstrategier, der minimerer tandsygdommenes risikofaktorer: sukker, læskedrikke, slik, rygning m.m. Befolkningen ved godt, hvad der er sundt, og hvad der er usundt. Politisk handling efterspørges. Herunder et kritisk blik på de afgiftsnedsættelser, der er sket på sukker og læskedrikke. Andre nordiske lande bruger punktskatter til regulering af forbruget og nedsættelse af sygdomsudviklingen. Danmark sætter afgiften ned? Fra 2013, hvor afgiftsnedsættelsen fandt sted, og tre år frem er der sket en stigning i forbruget af søde læskedrikke i Danmark på næsten 14%.

PTO foreslår en nedsættelse af brugerbetalingen for socialt udsatte, kontakthjælpsmodtagere m.m. og en forbedring af de muligheder, der i dag findes i lov om aktiv socialpolitik, således at der kommer til at gælde samme vilkår for tilskud/betaling, hvad enten man er under eller over 25 år.

God tandsundhed er i dag en væsentlig forudsætning for at blive integreret i både samfundet og på arbejdsmarkedet. Både der og i sociale sammenhænge sker der ofte en negativ forskelsbehandling, når man har en dårlig tandstatus. Hvis der ikke er hjælp at hente, vanskeliggøres den enkeltes muligheder for at kunne ændre sin sociale position.

Ad. 3. Patienter med medfødte sygdomme der kompromitterer deres tandsundhed

De muligheder, der findes for særlig støtte til borgere og patienter, der via deres sygdom er særligt disponeret for sygdomme i tænder og mundhule, skal fortsætte, fx Sjøgrens og cancer.

Det virker åbenbart urimeligt, at disse gruppers muligheder for støtte og behandling ikke har samme fokus som inden for det generelle sundhedsvæsen og ej heller har samme opmærksomhed.

Det samme gælder for medicinsk inducerede tandskader som fx caries som følge af mundtørhed.

Ad. 4. Ældretandpleje 65+

Det er heldigvis sådan, at mange års indsats har medført, at tandsundheden er forbedret i forhold til

tidligere. Men der er fortsat et stort behandlingsbehov i voksenbefolkningen. Der bliver flere ældre, der har flere egne tænder. Egne tænder, der kræver kontrol, forebyggelse og evt. behandling. Ældre, der samtidig lever længere og dermed stiller større krav til behandling end tidligere.

Men behandlingen af ældre borgere er mere kompliceret end hos yngre og påvirkes af en række faktorer:

Stigende medicinforbrug, hyppigere forekomst af parodontale lidelser – enkeltstående eller som komorbiditet, slidskader, rodcaries, nedsat fysisk eller psykisk evne til egenomsorg og endelig, for en del ældres vedkommende, nedsat økonomisk råderum.

Af rapporten "Tandstatus – tandsundhed objektivt og subjektivt vurderet", Cortsen m.fl. 2012, fremgår det bl.a., at andelen af de 55-75-årige med 20 eller flere egne tænder er steget markant fra 1982 til 2005. Der er ingen grund til at formode andet, end at denne tendens er fortsat i takt med stadig flere ældre. For dem i gruppen, der ikke har midlerne til behovsorienteret tandpleje, bør der etableres en forbedret tilskudsordning. Fx ved en gratis undersøgelses-/behandlingsydelse som foreslået for de 18-25-årige, jf. ovenfor.

Ad. 5. Den øvrige voksenbefolkning på 18 (25 år) år og derover

Det er et godt og bæredygtigt princip, at de bredeste skuldre bærer det største læs. Derfor er der en grad af rimelighed i, at borgere og patienter, der ikke falder ind under en af ovennævnte kategorier nævnt under 1-4, bærer deres del af byrden.

Men det er samtidigt nødvendigt, at samme gruppe mærker, at de også får del i et offentligt baseret tilskudssystem. Allerede i dag mærkes en tendens til, at denne gruppe mister incitamentet til regelmæssig tandpleje, fordi det af gruppen opleves som en stadig stigende byrde, der samtidig illustreres af det forhold, at tilskud til tandplejen siden 1980 er faldet fra ca. 44% til ca. 17% i 2018.

Der vil ved at fastholde denne gruppes opfattelse af, at de også er en del af det offentligt baserede tilskudssystem skabes betydelige synergieffekter. Ikke alene for patientgruppen som sådan, men også for staten og dermed det offentlige.

Utallige undersøgelser, jf. en adækvat opremsning på bl.a. PubMed, viser en sammenhæng mellem god oral sundhed og generel god sundhedstilstand.

Ved flere lejligheder er det slået fast, at

- *diabetespatienter er mere disponeret for parodontose end andre **
- *tandsundheden har betydning for bl.a. pancreas-cancer (bugspytkirtel) ***
- *tandsundheden kan have betydning for for tidlige fødsler **
- *god tandsundhed og regelmæssig tandpleje har betydning for hjerte-kar-sygdomme **
- *patienter, der går jævnligt til tandlæge, har flere egne tænder end patienter, der ikke gør ****
- *patienters, og ikke mindst den ældre generations, tandsundhed har en direkte indflydelse på deres livskvalitet og sociale liv ****
- *god mundhygiejne formindsker risikoen for infektioner med 50% *****

**) Periodontal disease and systemic illness: will the evidence ever be enough? Mary P. Cullinan et al, Periodontology 2000, vol. 62, 2013, p. 271 ff.*

****) The Cancer Journal, Microbiota, oral, microbiome, and Pancreatic cancer. Michaud, Dominique S. et al, 2014, p. 203-6.*

*****) A cross-sectional study of oral health..... Lisa Bøge Christensen et al, Gerodontolgy, 2012, 29,. p. 392-400.*

******) Forskningsprojekt, Hjerte-Lungekirurgisk afdeling, Anita Tracey, Aalborg Universitetshospital, 2018*

Der er i vores optik en betydelig risiko for en kompromittering af gruppen på 25 år + og deres muligheder for undersøgelse og behandling, hvis offentlige tilskudsmidler til undersøgelse og behandling i privat praksis i fremtiden får en anden prioritering med måske mindre tilskud til følge, fordi andre områder ofres mere opmærksomhed.

Der er i vores optik også en alvorlig risiko for dels påvirkning af den generelle sundhed, dels en risiko for, at besparelser i tilskud for denne gruppe afføder flere og større udgifter til den generelle sundhedsbehandling. Hvad der måske spares ved behandling i den primære sundhedssektor (privat tandlægepraksis) medfører let flere og større udgifter i den sekundære, hvis der prioriteres anderledes.

Der er dermed risiko for, at nogle fra gruppen både får en dårligere tandsundhed, fordi de mister incitament til regelmæssig tandpleje, hvis tilskuddet sættes yderligere ned, og samtidig også får en risiko for, at det hermed sparede medfører andre og flere udgifter til yderligere behandling inden for de ovenfor nævnte områder.

Det kan blive en besparelse på kort sigt, men en fordyrelse på langt sigt.

Der er også en risiko for, at der – i modsætning til de politiske intentioner – skabes endnu mere ulighed, fordi i forvejen svagt funderede borgere ikke længere har råd til tandbehandling, hvis der tages endnu en bid af tilskudsrammen og tilskud til en eller flere ydelser.

Ad. 6 Ejerskab

Efter PTO's opfattelse skal det primære ejerskab på tandlægeklinikker (ejerskab på > 50%) ligge hos en autoriseret sundhedsperson – tandlægen. Herved tilgodeses alle interesser, og Staten har med det tandlægelige ejerskab sikkerhed for en faglig, forsvarlig behandling af patienterne med fokus på behovsorienteret tandpleje og ikke andet.

Ikke-tandlægers interesse for tandlægeklinikker skyldes alene ønsket om størst mulig profit og afkast og ingen bekymring eller omsorg for borgernes tandsundhed. Hermed gøres offentlige midler i form af tilskud til tandpleje til investeringsobjekt, og der skabes grobund for, at ikke-tandlæger med held kan kræve afkast og profit på bekostning af patienternes behov for behandling.

PTO's undersøgelser viser, at der ingen generel forskel er på prisniveauet, hvis man driver klinik som ikke-tandlæge ejet kæde i forhold til tandlægeejede klinikker. Forskelle beror alene på de lokale konkurrenceforhold. En helt ny (medio november 2018) mini-undersøgelse iværksat af PTO viser endda, at tandlægeejede klinikker som gennemsnit er billigere end ikke-tandlægeejede.

PTO's undersøgelser viser også, at alle ikketandlægeejede klinikker med én undtagelse (Godt Smil) i 2017 gav underskud og måtte have kapital tilført. Tandlægen.dk med mest, 50 mio. kr. Baggrunden for Godt Smils overskud er, at kæden ikke, som de øvrige, skal forrente en investering i goodwill.

Flere af de ikke-tandlægeejede kæder erkender åbent, at de allerede har en exitstrategi. Det er for dem ren investering og business. Bl.a. Tandægen.dk. Forventninger fra kæden til fortjenesten er et sekscifret millionbeløb, som i så fald skal forrentes af en mulig ny ejer. Forrentningen kan kun komme ét sted fra: tilskud til tandpleje og egenbetaling fra patienterne.

Kæden gav som nævnt i 2017 underskud og fik en kapitaltilførsel på ca. 50 mio. kr. Så et bæredygtigt forretningsgrundlag synes svær at få øje på, medmindre indtægterne øges, eller udgifterne sænkes.

Risikoen for flere behandlinger og en større omsætning fra en ny ejer synes svær at undervurdere.

København 20.11.18

Jens Krogsgaard, tandlæge, formand.