
Tilskudssystemer til tandpleje i de nordiske lande

CHRISTIAN HOLT

Når det gælder det offentliges ansvar for tandsundheden hos børn og unge, er der fælles fodslag i Sverige, Danmark og Norge – deres tandpleje er nemlig finansieret 100% af det offentlige. Norge dog med den undtagelse, at tandregulering ikke er vederlagsfri, men forbundet med delvis egenbetaling.

Men når man forlader børne/ungdomstandplejen, vil en dansker, en svensker og en nordmand opleve tre forskellige tilskudssystemer.

Artiklen beskriver de tre landes generelle tilskud til tandpleje og ikke specielle tilskud/ordninger rettet mod afgrænsede grupper, eksempelvis psykisk syge, handicappede og ældre på plejehjem eller i beskyttede boliger.

Sammenfattende om forskellene: I Norge bliver der givet tilskud til personer med behov for mere omfattende tandpleje, der skyldes medfødte forhold. I Sverige bliver der primært givet tilskud til personer med omfattende behov for tandpleje – og jo mere omfattende, jo mere tilskud. I Danmark bliver givet et generelt tilskud til alle, der alene omfatter basal tandpleje, dvs. undersøgelse, fyldninger osv., men ikke behandlinger med eksempelvis aftagelig eller fast protetik.

Artiklen beskriver desuden kortfattet den historiske udvikling i tilskudssystemerne.

Norge

I Norge har der været tradition for, at voksenbefolkningen selv skal klare tandlægeregangen. Men traditionen er på retur, for i de senere år er der sket en betydelig stigning i det offentlige tilskud til voksentandplejen.

Lov om sykeforsikring fra 1909 gav alene tilskud til ekstraktioner, når årsagen var smerte eller betændelse og eksempelvis ikke skulle tjene som grundlag for en protese. Et senere vedtaget forslag om tilskud til tandfyldninger blev sat i bero grundet udbruddet af første verdenskrig, og tilskuddet blev efterfølgende fjernet til fordel for en udbygning af tandplejen for skolebørn.

Med undtagelse af tilskud til tandregulering, der blev indført i 1939, var den offentlige finansiering af tandplejen helt frem til begyndelsen af 1980'erne stort set forbeholdt børn og særlige grupper af voksenbefolkningen – de såkaldt prioriterede grupper, psykisk syge m.fl.

Tilskud til voksenbefolkningens tandpleje sker efter bestemmelserne i Lov om folketrygd.

Der gælder fortsat en høj grad af egenbetaling, men også på dette område er der sket en gradvis større offentlig medfinansiering i kraft af en udvidelse af Folketrygdelovens § 5-6, som omhandler *støtte* til tandbehandling, og en udvidelse af Folketrygdelovens § 5-22, der omhandler *bidrag* til tandbehandling. § 5-6 indeholdt lovpligtige tilskud, mens § 5-22 indeholdt behandlinger, hvortil der kunne søges om tilskud.

Folketrygdelovens § 5-6 blev i 1998 udvidet med tilskud til patienter med sjældne medicinske tilstande, i 2002 med forhøjet tilskud til behandling af parodontitis og i efteråret 2003 med tilskud til rehabilitering af tandsættet som følge af parodontitis.

Folketrygdelovens § 5-22 blev i 1998 udvidet til at omfatte udskiftning af tandfyldninger pga. allergiske reaktioner og tandbehandling som følge af cancer i mundhulen. I 2001 med tilskud til implantater, fast eller aftagelig protetik som følge af tandekstraktioner som led i en infektionsforebyggende behandling.

Sideløbende blev der i 2003 indført en egenandelstak-2-ordning, som indeholdt tilskud til visse former for tandbehandling. Ordningen sigter på at give tilskud til patienter med særligt høje udgifter til tandpleje i forbindelse med sygdom.

Reglerne om tilskud er siden blevet forenklet og er i dag samlet i § 5-6, der giver ret til tilskud til tandbehandling i forbindelse med/som følge af 1) sjælden medicinsk sygdom, 2) læbe-kæbeganespalte, 3) svulster i mundhulen og tilgrænsende væv, 4) infektionsforebyggende behandlinger ved særlige medicinske tilstande, 5) sygdomme og anomalier i mund og kæbe, 6) parodontitis, 7) tandudviklingsforstyrrelser, 8) bidanomalier, 9) patologisk tab af tandsubstans ved attrisjon/erosion, 10) hyposalivation, 11) allergiske reaktioner mod tanderstatningsmaterialer, 12) tandskade ved godkendt erhvervsskade, 13) tandskader i forbindelse med ulykke og 14) tandskader som følge af manglende egenomsorg i forbindelse med kronisk sygdom eller nedsat funktionsevne.

Som hovedregel bliver der ikke givet tilskud til forebyggende behandlinger, tandrensning og behandling af caries og følgebehandlinger som følge af caries (kroner, broer m.m.). Der er dog tilskud til behandling af caries, hvis caries er et resultat af en bagvedliggende sygdom eller behandling heraf.

Af pladshensyn gives en summarisk gennemgang af udvalgte tilskudsområder:

Sjælden medicinsk sygdom omfatter enkelt diagnoser, der forekommer i et antal op til 1:10.000 indbyggere. Diagnoserne optræder på en A- henholdsvis B-liste, hvor A-listen (178 diagnoser) udløser ret til tilskud, mens B-listen indeholder diagnoser, der kun giver tilskud, hvis tandlægen vurderer, at sygdommen eller behandlingen heraf har medført øget behov for tandbehandling.

Infektionsforebyggende behandling dækker støtte til behandlinger, hvor spredning af infektion fra mundhulen indebærer en alvorlig og livstruende risiko i forbindelse med behandling eller

sygdom. Det gælder eksempelvis i forbindelse med hjerteroperation, dialysebehandling, knoglemarvstransplantation og HIV/AIDS m.fl. Hvis det er nødvendigt at ekstrahere tænder, bliver der også ydet tilskud til nødvendig rehabilitering.

Behandling af marginal parodontitis og periimplantitis. Der gives tilskud til systematisk behandling med henblik på at opnå kontrol med infektion. Behandlingen skal være målrettet og fagligt struktureret og udføres fortløbende. Der er desuden tilskud til rehabiliterende behandling som følge af mistede tænder til og med præmolarer.

Størrelsen af tilskud bestemmes ud fra takster fastsat af Helse- og omsorgsdepartementet. Taksterne er vejledende, og i de tilfælde, hvor tandlægens honorar er højere, må patienten foruden egenandelen betale differencen mellem taksten og tandlægens honorar.

Patienter, der lider af sygdomme og anomalier i mund og kæbe samt behandles og rehabiliteres for marginal periodontit, er beskyttet mod høje udgifter i kraft af, at godkendte egenandele indgår i egenandelstak-2-ordningen. Det samme gælder udgifter ved forundersøgelser i forbindelse med tandregulering. Grænsen for egenandelsbetaling er 2.560 kr. (januar 2009), herefter er der frikort til betaling for yderligere egenandel. Også her gælder det, at patienterne selv skal dække merudgifter, hvis tandlægens honorar er større end den fastsatte takst.

Tilskud til tandpleje efter § 5-6 beløb sig i 2006 til i alt 743,2 mio. nkr. Heraf udgør tilskud til tandregulering hovedparten, nemlig 355,2 mio. nkr. (48%). Tilskud til kirurgisk behandling udgør 96,3 mio. nkr., rehabilitering i tilknytning til parodontose 86,3 mio. nkr. og behandling af parodontose 61,9 mio. nkr. Disse tilskud udgør altså tilsammen 599,7 mio. nkr. eller 80% af det samlede tilskud.

Efter § 5-22 blev der samme år givet 103,4 mio. nkr. i tilskud. Samlet blev der således i 2006 givet et tilskud på 846,6 mio. nkr. i tilskud til tandpleje.

Som det fremgår, udgør tilskud til tandregulering en væsentlig andel af det samlede tilskud og går i sagens natur primært til børns tandregulering. Omkring 5-6% af voksenbefolkningen modtog i 2006 tilskud til tandpleje, og de fik i gennemsnit ca. 5.000 kr. i tilskud.

Patienternes egenbetaling er opgjort til ca. 6 mia. nkr. i 2005, og de modtog i tilskud efter § 5-6 647 mio. nkr. Med tillæg af tilskud efter §5-22 på skønsmæssigt 100 mio. nkr. var det samlede tilskud således omkring 11% af de samlede udgifter til tandlægehjælp i privat praksis.

Tilskud til tandpleje steg kun moderat i perioden 1995 til 2000 (fra omkring 200 mio. nkr. til 300 mio. nkr.). Siden er tilskuddet steget mere markant. Mens tilskud til tandpleje kun udgjorde 1,6% af det samlede tilskud til helsetjenester i 2000, er andelen steget til 5,4% i 2008.

Hvis omsætningen i privat praksis er øget svarende til den almindelige prisudvikling, er tilskuddet til tandpleje steget fra ca. 11% af udgifterne til tandpleje i 2005 til 14-15% i 2008.

Tabel 1. Tilskud til helsetjenester. 2000, 2004 og 2008. Mio. nkr.

	2000	%	2004	%	2008*	%
Tilskud i alt	15.509,7	100,0	19.239,3	100,0	19.480,0	100,0
Heraf					0,0	
Almen lægehjælp	1.690,8	10,9	2.205,7	11,5	2.660,0	13,7
Speciallæge	882,4	5,7	1.032,3	5,4	1.050,0	5,4
Medicin	5.678,8	36,6	7.984,1	41,5	7.150,0	36,7
Tandlæge**	252,1	1,6	573,9	3,0	1.060,0	5,4
Tandlæge, frikort	–		0,4	0,0	2,4	0,0

* Skøn på basis af 1.-3. kvartal, ** 2000- og 2004-tilskud efter § 5-22 ikke medregnet.

Kilde: Arbejds- og velferdsdirektoratet.

Egenbetalingen for tandlægehjælp udgør i Norge stabilt omkring 1% af husholdningernes samlede forbrug. I forbrugerundersøgelsen 1996-1998 brugte en norsk husholdning i gennemsnit 2.244 nkr. på tandpleje ud af et samlet forbrug på 237.721 nkr., hvilket svarer til 0,9%. I den seneste forbrugsundersøgelse 2005-2007 er udgiften til tandlægehjælp steget til 3.685 kr. eller 1% af det samlede forbrug.

Sverige

Det nuværende tilskudssystem har sine rødder i Tandvårdsreformen fra 1974.

Reformen bestod af to dele, nemlig en offentligt finansieret tandlægeforsikring for voksne og en udbygning af folktandvården. Udbygningen af folktandvården skulle sikre vederlagsfri tandpleje til børn og unge til og med 19 år og samtidig forbedre voksenbefolkningens mulighed for at efterspørge tandpleje ved at skabe en bedre geografisk adgang til tandpleje og til en overkommelig udgift ved at indføre en tandvårdsforsikring.

Tandvårdsforsikringen tog udgangspunkt i en tandvårdstaxan, der fastsatte den samlede pris for tandlægeydelser og fordelingen på egenbetaling og tilskud fra tandvårdsforsikringen. Det var et af principperne for fastsættelsen af priserne for de forskellige behandlinger, at alle behandlinger set med tandlægens øjne skulle være lige lønsomme.

Ved reformens indførelse betalte patienterne 50% af honoraret og tandvårdsforsikringen de resterende 50%. Der var samtidig knyttet et högkostnadskyd til forsikringen, således at egenbetalingen ved udgifter over 1.000 skr. blev reduceret til 25% og tilskuddet modsvarende forhøjet til 75%.

Tilskudssystemet blev i de efterfølgende år og frem til 1999 revideret ti gange med en stadig nedsættelse af högkostnadskyddet og modsvarende stigende patientbetaling, eksempelvis 1. juli 1992, hvor tilskuddet var 30% for udgifter under 3.000

skr., 50% tilskud for udgifter fra 3.000 til 7.000 skr. og 75% for udgifter over 7.000 skr.

Der var dog fra politisk side en stigende utilfredshed med, at det offentlige tilskud mere og mere blev koncentreret til omfattende behandlinger for en stadig mindre gruppe af voksne. Man efterlyste derfor et tilskudssystem, der i højere grad fremmede forebyggelse af tandsygdomme, frem for et system, der alene gav tilskud til allerede opstået store behov for behandling.

I 1996 varslede den daværende regering, at tilskud til voksenbefolkningens tandpleje skulle afskaffes, så der alene skulle ydes tilskud til særlige grupper af patienter, der pga. sygdom eller funktionshindringer havde et øget behov for tandpleje, altså et tilskud efter den norske model. Forslaget mødte dog kraftig modstand og blev ikke gennemført.

I stedet blev der fra januar 1999 indført et nyt tilskudssystem, som på især to punkter var et opgør med det tidligere system.

For det første fik nu alle et tilskud til basal tandpleje – undersøgelser, forebyggelse og sædvanlige behandlinger (fyldninger, rodbehandlinger osv.).

Högekostnadsskyddet fortsatte i form af et karensbeløb på 3.500 skr., førend der blev ydet tilskud til mere omfattende behandlinger (kroner, broer osv.).

Ordningen med offentlig fastsættelse af priser på tandlægeydelser blev afskaffet – der blev dermed indført et system med fri prisfastsættelse.

Personer med særligt stort behov for tandpleje pga. langvarig sygdom eller handicap fik et forhøjet tilskud til basaltandpleje og skulle ikke betale karensbeløbet for omfattende behandlinger. Ordningen blev fra 1. juli 2002 udbygget med et øget högekostnadsskydd for 65-årige og derover.

Afskaffelsen af den offentlige regulering af honorarerne på tandpleje resulterede dog i større prisstigninger på tandpleje end forventet. Da tilskuddene til tandpleje var fastsat som faste beløb, blev værdien af det offentlige tilskud derfor gradvis udhulet

– patienterne måtte med andre ord betale en større andel af regningen selv.

Det vakte derfor politisk bekymring, at frekvensen for tandlægebesøg for aldersgruppen 20-44-årige i perioden 1999-2005 faldt med 10%, og at den tillige var faldende for de 45-74-årige. Det vakte desuden bekymring, at kun lidt over halvdelen af de 20-34-årige kom til tandlæge i løbet af et kalenderår.

Fra politisk side var der ønske om et nyt tilskudssystem, der 1) motiverede til regelmæssig brug af tandpleje og forebyggelse og 2) indeholdt en balanceret egenbetaling i form af et karensbeløb, der på den ene side motiverede til ansvar for egen tandsundhed og på den anden side ikke var så høj, at den modvirkede brug af tandpleje. De politiske ønsker om at forhøje tilskuddet til tandpleje resulterede i et nyt tilskudssystem, der trådte i kraft 1. juli 2008.

Hovedelementerne består af 1) en tandvårdscheck, 2) 100% egenbetaling af de første 3.000 kr., 3) et högkostnadsskydd og endelig 4) et referenceprissystem som udgangspunkt for fastsættelsen af tilskud.

Tandvårdschecken skal animere til brug af regelmæssig tandpleje. Checken lyder på 150 kr. til personer i aldersgruppen 30-74 år og 300 kr. til aldersgrupperne 20-29 år samt 75 år og derover.

Tandvårdschecken er tænkt som et generelt tilskud til primært undersøgelser og forebyggende tandpleje, men kan efter modtagerens ønske anvendes til alle former for tandpleje med undtagelse af rent kosmetisk tandpleje – tandblegning eksempelvis.

Checken tildeles patienten årligt, og der er mulighed for at foretage „opsparing“ af maksimalt to stk. Har man undladt at gå til tandlæge i en periode på 12 måneder, er der således to stk. til rådighed til brug det efterfølgende år.

Högkostnadsskyddet træder i funktion, når tandlægeregningen passerer 3.000 skr. og indeholder et tilskud på 50% af udgiften til tandpleje fra 3.000 skr. til 15.000 skr. og 85% af udgiften over 15.000 skr.

Tilskuddet er baseret på et system med referencepriser. Referenceprisen på den enkelte behandling afspejler størrelsen af de omkostninger, som er forbundet med behandlingen baseret på tid, der medgår, materialeudgifter, normale overheadsomkostninger m.m. Vælger en patient en tandlæge, der tager højere priser end referenceprisen, må patienten selv betale differencen, altså tilsvarende den norske model.

Modtager en patient behandlinger til en samlet referencepris (udgift) på 20.000 skr., vil det udløse et tilskud på 10.250 kr. og en egenbetaling på 9.750 skr. (beregning uden brug af tandvårdscheck som delvis betaling).

Tilskuddet til tandpleje dækker i princippet al tandpleje med undtagelse af rent kosmetiske behandlinger.

For at modvirke, at både tandlæge og patient kan have en fælles interesse i at „peppe“ regningen i vejret, er der dog en række begrænsninger. Eksempelvis bliver der ikke ydet tilskud til en mk-krone, hvis en fyldning er en fagligt tilstrækkelig løsning, eller til tre implantater, hvis en treledet bro er en faglig god løsning.

Tabel 2. Egenbetaling og tilskud til tandpleje 1999-2006. Mio. skr.

	1999	2002	2004	2006
Egenbetaling	8.130	10.250	11.320	12.538
Statsligt tandvårdsstød	1.426	1.604	3.129	3.099
Tilskud %	14,9	13,5	21,7	19,8

Kilde: Budgetpropositionen 2006/07 og 2008/09.

Fra 1999 til 2006 steg patienternes egenbetaling fra 8,1 mia. skr. til 12,5 mia. skr. og det statslige tilskud fra 1,4 mia. skr. til 3,1 mia. skr. Regnet som procent af den samlede omsætning steg tilskuddet fra 15% til næsten 20%. Af det samlede tilskud på 3,1 mia. skr. i 2006 vedrører halvdelen dog högkostnadsskyddet til de 65+-årige, der i 2007 i gennemsnit modtog et tilskud i stør-

relsen 40.000 skr. Til øvrig tandpleje har tilskuddet således været i størrelsen 1,5 mia. skr. og procentuelt mindre end i 1999. Ikke 65+-årige har således i denne periode skullet betale en stigende andel af tandlægeregningen selv.

Med ændringen i tilskudssystemet juli 2008 forventes det, at tilskuddet vil stige til omkring 6 mia. skr., og dermed at det samlede tilskud stiger fra at udgøre 20% af omsætningen i 2006 til fremover at udgøre 40%.

Den svenske undersøgelse af de private husholdningers økonomiske forhold medtager kun husholdningernes samlede udgifter til sundhedsydelse og har ikke som den norske og den danske undersøgelse en specifik opgørelse af udgifter til tandlægehjælp.

Ud fra oplysningerne om størrelsen af egenbetaling 1999, 2004 og 2006 viser beregninger, at udgiften til tandlægehjælp er steget fra at udgøre ca. 0,8% af husholdningernes samlede udgift til forbrug i 1999 til ca. 1% i begge årene 2004 og 2006.

Danmark

Det gældende system med tilskud til tandpleje har sin rod i den landsoverenskomst, som Dansk Tandlægeforening og sygekasserne blev enige om i 1921.

Overenskomsten trådte i kraft 1. januar 1922 og tog højde for de forskelle, der hidtil havde gjort sig gældende mellem de enkelte sygekasser, hvoraf der dengang var 1.548. Den enkelte sygekasse kunne nemlig selv beslutte, om dens medlemmer skulle have adgang til egentlig tandpleje i form af tandfyldning, rodbehandling og tandrensning eller alene tandudtrækning.

På nær løbende regulering af takster fortsatte overenskomsten med hensyn til indhold uændret frem til 1961 – altså i næsten 40 år. Efter fire år uden overenskomst blev Dansk Tandlægeforening og sygekasserne enige om en ny overenskomst, der trådte i kraft 15. december 1965.

I 1965-overenskomsten lagdes for alvor fundamentet til den i dag gældende overenskomst om tandpleje for personer over 18 år.

Ændringerne bestod i, at alle født efter 1945 fik adgang til et forhøjet tilskud, hvis de regelmæssigt gik til tandlæge, dvs. bestilte tid til et tandeftersyn, når de modtog besked fra deres sygekasse om, at det var tid at komme til tandlæge. Som led i denne tilkaldeordning blev der også indført en ny ydelse – en undersøgelse af tandsættet og instruktion i hjemmetandpleje – hvordan man børster tænder. Overenskomsten brød desuden med det princip, at der tidligere havde været ens takster for fyldninger, rodbehandlinger og tandrensning.

Med 1965-overenskomsten blev der taget hul på at forebygge tandsygdomme ved at tilskynde – i første omgang de yngre årgange – til at gå regelmæssigt til tandlæge. Patienter, der var omfattet af ordningen med regelmæssig tandpleje, betalte en fjerdedel af honoraret og sygekassen resten. Patienter, der ikke var omfattet af denne ordning, havde en højere egenbetaling – nemlig en tredjedel af honoraret.

Mere omfattende behandlinger som kroner, broer, aftagelig protetik m.m. var fortsat ikke omfattet af overenskomsten, og dermed var der intet tilskud. Her måtte patienterne selv betale regningen 100% – en ordning, der også er gældende i dag.

Sygekassernes opgaver blev som led i kommunalreformen i 1973 overført til amterne – og 1965-overenskomsten fulgte ligeledes med og fortsatte i stort set uændret form frem til 1988. Stort set uændret med den undtagelse, at overenskomsten fra 1982 som en forsøgsordning også omfattede tilskud til behandling af parodontitis.

Med 1988-overenskomsten blev der indført yderligere tiltag med henblik på at forebygge tandsygdomme i form af to nye ydelser: individuel forebyggende behandling (IFB) og diagnostisk forebyggende grundydelse (DFG). Desuden blev forsøgsordningen med tilskud til behandling af parodontitis gjort permanent.

Udvidelsen af overenskomsten med øget vægt på forebyggelse blev bl.a. finansieret ved, at ordningen med forhøjet tilskud til patienter, der gik regelmæssigt til tandlæge, blev afskaffet.

I 1999 blev 1988-overenskomsten yderligere udbygget, og målet var at forbedre diagnostikken ved at give tilskud til bitewings i forbindelse med undersøgelser.

Tablet 3. Tandlægeydelser omfattet af tilskud. Honorarer og tilskud april 2009 og tilskud 1973.

Ydelse	Honorar dkr.		Tilskud % eller dkr.	
	Fast	Frit	April 2009	April 1973
Undersøgelse (RDU)	233,06		18-25 år 65%	66%/75%
Kontrol (kRDU)	191,13		26- år 40%	66%/75%
DFG	452,5		40%x	–
Bitewings ved RDU, kRDU og DFG	191,13		30%	–
Bitewings, røntgen i øvrigt	128,00		Fjernet 1.1.1994	–
Tandrensning				
> 14 tænder	291,66		40%	66%/75%
< 15 tænder	209,71		40%	66%/75%
IFB	231,34		40%	–
Kontrol IFB og DFG	191,13		40%	–
Fyldinger 1 flade				
Amalgam	234,55		26%*	66%/75%
Plast/Glasionomer	420,33		15%*	–
Fyldinger 2 flader				
Amalgam	326,11		28%*	66%/75%
Plast	–	ja	90,01	–
Fyldninger 3 flader				
Amalgam	520,69		17%	66%/75%

TILSKUDSSYSTEMER TIL TANDPLEJE I DE NORDISKE LANDE

Ydelse	Honorar dkr.	Tilskud % eller dkr.
Plast	ja 90,01	–
Rodbehandlinger		
Pulpaoverkapning	283,62	40% –
Koronal amputation	329,27	40% 66%/75%
Akut oplukning	329,27	40% –
Apikal amputation	ja 175,57 per k.	66%/75%
Parodontalbehandling		
Almen parodontalbehandling	703,81	40% –
Udvidet parodontalbehandling	1.216,46	40% –
Udvidet tandrensning	399,56	40% –
Tandrodsrensning	150,93	40% –
Kirurgisk parodontalbehandling	– ja 191,13	–
Kontrol		40% –
Ekstraktion	421,74	40% 66%/75%
Operation	ja 163,01	–

– i rubrikken for tilskud 1973. Ydelsen var ikke omfattet af overenskomsten.

Med udgangspunkt i 1973, hvor amterne som nævnt overtog sygekassernes opgaver, er der efterfølgende både sket nedsættelser af tilskud og samtidig tilføjet behandlinger med tilskud.

Generelt er de i 1973 eksisterende tilskud på henholdsvis 66% (ikke regelmæssig tandpleje) og 75% (regelmæssig tandpleje for personer født efter 1945) nedsat til 40%. For amalgamfyldninger er nedsættelsen endnu større. Regelmæssig-ordningen blev som nævnt helt afskaffet i 1988. Siden 1973 er der blevet indført tilskud til røntgenbilleder og operationer (april 1980) og til parodontalbehandlinger i form af en forsøgsordning i 1982, der senere blev gjort permanent i 1988.

I 1973 blev der alene givet tilskud til fyldninger med amalgam, fra 1980 også til enkeltfladede fyldninger med plast og fra 1985 også til nogle flerfladede fyldninger med plast. Fra efteråret 2008 blev der givet tilskud til samtlige fyldninger. Omlægningen blev gjort udgiftsneutral for det offentlige ved yderligere at nedsætte tilskuddet til amalgamfyldninger. På hele fyldningsområdet er dagens realitet, at egenbetalingen udgør i størrelsen 80-90%.

Udviklingen, efter at det offentlige i 1973 overtog sygekassernes opgaver, kan karakteriseres ved, at der er sket reduktioner i nogle tilskud for at få finansieret, at der er blevet givet tilskud til nye behandlinger. Men i nogle tilfælde er der sket direkte nedsættelser af tilskuddet som led i finanspolitiske stramninger i 1981 og 1982. I 1994 blev tilskuddet til røntgenbilleder fjernet for at skabe økonomi til omsorgstandplejen (tandpleje for psykisk og fysisk handicappede, der ikke kan gøre brug af det almindelige tandplejetilbud).

Tabel 4. Sygesikringsudgifter. Hovedposter 1974/75 og 2007. Mio. dkr.

	1974/75	%	2007	%	Stigning Gnsn. p.a.
Almen lægehjælp	966,2	40,1	6.863,8	35,8	6,1%
Speciallæge	318,6	13,2	2.551,1	13,3	6,5%
Tandpleje	509,9	21,2	1.294,4	6,7	2,9%
Medicin	529,7	22,0	7.645,1	39,8	8,4%
Fysiurgisk behandling	85,0	3,5	833,8	4,3	7,2%
Udgifter i alt	2.409,4	100,0	19.188,2	100,0	6,5%

Kilde: Danmarks Statistik, Udgifter til sociale ydelser.

Året efter at amterne havde overtaget tandplejen, udgjorde tilskud til tandpleje 21,2% af sygesikringens udgifter – en andel, der er faldet til 6,7% i 2007.

Anden statistik tegner et tilsvarende billede, nemlig at patienterne betaler en større andel af tandlægeregningen selv.

I 1980 udgjorde tilskuddet til tandpleje lidt over 60% af udgifterne til tandpleje, der var omfattet af overenskomsten, og 44% af den samlede omsætning af tandpleje til voksne. I 2005 er de tilsvarende tal faldet til henholdsvis lidt over 30% og under 20%.

Egenbetalingen for tandlægehjælp udgjorde i 1995 ca. 0,6% af husholdningernes samlede udgifter, i 2000 0,7% og i 2005 0,8%.

LITTERATUR

1. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Rundskriv I-2/2009 B. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
2. Tilgjengelighet, kompetanse og social utjevning – Framtidas tannhelsetjenester. St.meld. nr. 35 (2006-2007). Det Kongelige Hele og Omsorgsdepartement.
3. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Norges offentlige utredninger 2005:11.
4. Friskara tänder – till rimliga kostnader. Statens Offentliga Utredningar. SOU 2007:17.
5. Bättre Tandvårdsförsäkring för äldre. Statens Offentliga Utredningar. SOU 2001:36.
6. Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård. Statens Offentliga Utredningar. SOU 1998:2.
7. Hansen H C. Historien om sygekasserne. De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark. 1974.