

Tandsundhed i Danmark

Social ulighed, offentlige udgifter og regulering

Oktober 2025



KRAKA
ECONOMICS

En del af MAJ INVEST

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Sammenfatning	5
2. Udfordringer for tandsundhedssystemet	8
3. Der er social ulighed i tandsundheden i Danmark	10
3.1 Jo højere indkomst, jo hyppigere tandlægebesøg	10
3.2 Der er social ulighed i tilskud og udgifter til tandbehandlinger	12
3.3 Tandsundheden er blevet bedre, men der er stadig social ulighed	13
3.4 Socialt udsatte går mindre til tandlæge og har dårlig tandsundhed	17
3.5 Tandlægenes bud på at forbedre tandsundheden for socialt udsatte	19
3.6 Opsummering af hovedpointer fra kapitlets analyser	20
4. Den demografiske udvikling kan påvirke offentlige udgifter til tandsundhed	23
4.1 Ny tendens: Det er de ældre i samfundet, der går mest til tandlæge	23
4.2 Befolkningsudvikling og adfærdsmønstre påvirker de offentlige udgifter	25
4.3 Opsummering af hovedpointer fra kapitlets analyser	29
5. Administrative byrder og regulering påvirker tandlægebranchen	32
5.1 Tandlægerne bruger mere tid på administration	32
5.2 Administrative byrder og regulering hæver prisen på de frie ydelser	33
5.3 Der er stor forskel på prisudviklingen i faste priser og frie priser	34
5.4 Opsummering af hovedpointer fra kapitlets analyser	36
6. Litteraturliste	37
7. Bilag 1: Tabeller og figurer	39
8. Bilag 2: Konsekvenser for tandlægerne ved at indføre forsikringspligt – en økonomisk gennemgang	45
8.1 Baggrund	45
8.2 Konklusion og opsummering af bilagets resultater	45
8.3 Begrebsafklaring	46
8.4 Regulering af økonomisk ramme og takster i voksentandplejen som følge af forsikringspligt	48
8.5 Den økonomiske betydning af forsikringspligten og regulering af økonomisk ramme og takster	48
8.6 Konsekvenser for tandlægenes overskud, de offentlige udgifter og udbud og efterspørgsel på forskellige tandbehandlinger efter indførsel af forsikringspligt	52

Forord

Denne analyse er udarbejdet af Kraka Economics for Tandlægeforeningen. Kraka Economics er ansvarlig for indholdet i denne rapport. Vi vil gerne takke Per Bremer Rasmussen for værdifuld sparring undervejs i projektet.

Rigtig god læselyst.

Om Kraka Economics

Kraka Economics er en samfundsøkonomisk konsulentvirksomhed, der er ejet af Maj Invest. Vores formål er at oplyse samfundsdebatten og kvalificere beslutninger med økonomfaglige analyser. Kraka Economics består af økonomer på højeste faglige niveau, herunder anerkendte forskere.

Derudover benytter vi vores politiske indsigt til at forstå kundens strategiske behov for derefter at kunne levere et forståeligt materiale, som er direkte anvendeligt i beslutningsprocessen. Kraka Economics er udsprunget af tænketanken Kraka og udgør et stærkt økonomfagligt fællesskab under samme tag.

Adresse: Kraka Economics, Rigersgade 11, 3. sal, 1316 København K
E-mail: admin@kraka-economics.com
Hjemmeside: www.kraka-economics.dk

**Lavtlønnede er den
befolkningsgruppe i
Danmark, der har den
største tilbagegang i
tandlægebesøg fra 2009
til 2023.**

1. Sammenfatning

Rapportens emner: ulighed, offentlige udgifter, regulering

Tandsundheden i Danmark er generelt blevet bedre i de seneste år. Men der er stadig markante forskelle mellem befolkningsgrupper, og nye udfordringer er opstået – både for patienter og tandlæger. Denne rapport undersøger tre centrale forhold: social ulighed i tandsundhed, udviklingen i de offentlige udgifter samt konsekvenserne af ny regulering og øget administration.

Der er social ulighed i tandsundhed

Selvom politiske tiltag har forsøgt at mindske uligheden i tandsundhed, viser vores analyser, at forskellene mellem høj- og lavindkomstgrupper fortsat er store. Personer med høj indkomst går oftere til tandlæge og får flere forebyggende behandlinger, mens personer med lav indkomst får lavet flere alvorlige tandbehandlinger. Tandlægerne vurderer, at økonomi, manglende daglig tandpleje og høj udeblivelse blandt lavtlønnede og socialt udsatte er de primære årsager til dårligere tandsundhed for denne gruppe. Ifølge tandlægerne kan tiltag som et årligt tandtjek, lavere egenbetaling og en styrket kommunal indsats bidrage til bedre tandsundhed.

Offentlige udgifter kan stige med 100- 400 mio. kr. i 2035

Vi ser også en ændring i, hvem der går til tandlægen. Hvor det tidligere var de midaldrende, der havde de hyppigste tandlægebesøg, er det nu de ældre, der oftest sætter sig i stolen. Ændringen kan skyldes flere forhold, fx højere velstand blandt ældre og flere egne tænder end tidligere generationer. For at belyse, hvordan denne udvikling kan påvirke de offentlige udgifter, opstiller vi tre scenarier: ét hvor adfærden er som i dag, ét hvor hele befolkningen prioriterer tandsundhed som de rigeste, og ét hvor de midaldrende igen er de mest aktive brugere. Vores analyse viser, at der vil være et behov for øgede offentlige udgifter til voksentandplejen på 100-400 mio. kr. frem mod 2035. Tilskuddet til voksentandplejen udgjorde 1,6 mia. kr. i 2024.

Udgiftsbehovet kan blive større

Udgiftsbehovet kan blive større, hvis vi tager højde for udviklingen i patientgruppen med kroniske sygdomme, da flere af disse sygdomme hænger sammen med dårlig tandsundhed. Fx har personer med type 2-diabetes næsten 50 pct. højere risiko for dårlig tandsundhed sammenlignet med personer uden diabetes. Når et stigende antal danskere rammes af kroniske sygdomme, kan det føre til et øget behov for tandlægebehandling. Hvis dette behov blandt patienter med kroniske sygdomme skal imødekommes, kan det offentlige udgiftsbehov til voksentandplejen stige yderligere.

Ny regulering og administrative byrder sætter sig i priserne

Et andet vigtigt tema i rapporten er konsekvenserne af den såkaldte særlov fra 2018. Loven blev indført efter opsigelsen af den tidligere overenskomst mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningen og har ændret vilkårene for voksentandplejen. Vores undersøgelse viser, at tandklinikker i dag bruger omkring 40 pct. af deres tid på administrative opgaver, og at denne andel er steget efter den nye lovgivning. Samtidig oplever mange klinikker et økonomisk pres ved ny regulering og øget administration, hvilket får flere klinikejere til at hæve priserne på flere ydelser.

Der er stor forskel i prisudviklingen på faste og frie ydelser

Vi undersøger prisudviklingen i tandlægeydelser. Prisudviklingen i tandlægeydelser er sammensat af to forskellige ydelsesgrupper; de frie ydelser, hvor tandlægerne selv kan prisfastsætte, og de faste ydelser, hvor prisen er bestemt af særloven og fastsat igennem

honorartabeller. Siden 2018 er de faste priser steget med 11 pct., og de frie priser er steget med 21,5 pct. Prisstigningen i de frie ydelser skal ses i lyset af, at tandlægenes omkostninger er steget kraftigt de seneste år, uden at prisen på de faste ydelser er fulgt med. Fx ser vi, at forbrugerprisindekset er steget med 16,5 pct. siden 2018. Forbrugerprisindekset kan give en indikation af, hvordan tandlægenes omkostninger har udviklet sig.

Tre kapitler med analyser

Rapporten har tre kapitler med analyser. Vi undersøger social ulighed i tandsundhed i det første kapitel med analyser. I det andet kapitel undersøger vi demografiske forskydninger og offentlige udgifter. I det tredje kapitel analyserer vi regulering og prisudvikling.

Problemer i forhold til socialt udsattes tandsundhed

Første kapitel indikerer, at der er behov for at forbedre tandsundheden for socialt udsatte. Der er flere problemer i forhold til socialt udsattes tandsundhed:

- Mange socialt udsatte fravælger tandlægebesøg pga. egenbetalingen. Der er behov for at finde en løsning, så egenbetalingen ikke er en barriere for, at folk går til tandlægen.
- Tilskudssystemet til socialt udsattes tandbehandling er så indviklet, at det ikke er effektivt til at sikre den nødvendige tandbehandling til socialt udsatte. Der er behov for at forsimple tilskudssystemet, så socialt udsatte borgere får tilskud til relevant behandling. I dag kan borgerens tandsundhed forværres i perioden mellem ansøgning og bevilling, hvilket kan betyde, at der er behov for en anden eller mere omfattende behandling end den, kommunen har bevilget støtte til.
- Socialt udsatte har mange andre problemer, der afholder dem fra at gå til tandlæge. Der er behov for udviklingsarbejde og politiktiltag for at finde løsninger, der motiverer og støtter dem til at gå til tandlægen.

Valg af finansiering af ekstraregning har konsekvenser

Andet kapitel viser, at der vil komme en ekstraregning til tandbehandling i fremtiden. Hvordan man finansierer regningen kan have konsekvenser for tandsundheden og den sociale ulighed.

Det er vigtigt at analysere effekterne og konsekvenserne ved ny regulering

Tredje kapitel viser, at tandlægerne hæver prisen på de frie ydelser, når der kommer ny regulering. Det kan have den konsekvens, at lavtlønnede og socialt udsatte fravælger nødvendige behandlinger eller bedøvelse. Det er vigtigt, at myndighederne er fuldt bevidste om de konsekvenser, reguleringen medfører, fx ved i højere grad at udarbejde konsekvensvurderinger og effektvurderinger, hvor adfærdseffekterne for tandlæger og patienter analyseres.

Citat om uigennemskuelige
tilskudsordninger:

***”Jeg er slet ikke i tvivl
om, at de offentlige til-
skudsordninger kræver
et mentalt overskud,
som målgruppen ikke
har.”***

2. Udfordringer for tandsundhedssystemet

Tandpleje spiller en central rolle i sundhedsvæsenet

Tandpleje spiller en central rolle i det danske sundhedsvæsen. Tandlægehjælp adskiller sig på flere væsentlige punkter fra den behandling, der ydes af almen praktiserende læger, ikke mindst fordi der er egenbetaling forbundet med tandplejeydelser. Det er derfor væsentligt at undersøge, om tandplejesystemet er hensigtsmæssigt indrettet, eller om visse befolkningsgrupper risikerer at blive overset. Samtidig er det relevant at undersøge, hvordan befolkningens adfærd og sammensætning påvirker de offentlige udgifter til tandsundhed. Er systemet fx rustet til, at der bliver flere ældre borgere? Og hvordan er udviklingen i de offentlige udgifter, hvis velstanden stiger, og flere prioriterer god tandsundhed?

Rapporten belyser samfundsmæssige problemstillinger

Formålet med rapporten er at belyse samfundsmæssige problemstillinger i tandplejesystemet. Vi undersøger både sociale og økonomiske aspekter og har fokus på ulighed i tandsundhed, befolkningens brug af tandlæger og konsekvenserne af ny regulering i sektoren.

Tre emner er i fokus

Vi fokuserer på tre centrale emner:

- 1. Social ulighed i tandsundhed:** Hvorfor har socialt udsatte dårligere tandsundhed? Hvordan fordeler tilskuddene sig i praksis, og hvilke mønstre ser vi i befolkningens tandlægebesøg og behandlinger? Vi spørger også tandlægerne selv, hvad de mener, der skal til for at forbedre tandsundheden.
- 2. Demografiske forskydninger og offentlige udgifter:** Hvordan påvirker den demografiske udvikling behovet for offentlige midler til tandpleje? Vi fremskriver de offentlige udgifter med udgangspunkt i dagens forbrug og undersøger, hvor mange ressourcer der fremover kræves for at fastholde samme tilskud pr. borger. Vi ser blandt andet på, hvordan udgifterne ændrer sig under forskellige scenarier for befolkningens adfærd – fx hvis alle borgere begynder at bruge tandlægen som de rigeste, eller hvis midaldrende igen går mest til tandlæge.
- 3. Regulering og prisudvikling:** Hvordan har ny lovgivning – herunder den såkaldte særlov – påvirket tandlægenes arbejdsopgaver og klinikøkonomi? Vi undersøger også, hvordan priserne på forskellige tandlægeydelser har udviklet sig over tid.

Analyserne bygger på registerdata og et spørgeskema

Analyserne i rapporten bygger på to datakilder. For det første anvender vi registerdata fra Danmarks Statistik til at afdække forskelle i tandsundhed og brug af tandpleje. For det andet har vi gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt tandlæger for at få indblik i deres erfaringer med regulering, prisudvikling og løsninger på social ulighed i tandsundhed.

Strukturen i rapporten

Rapporten er inddelt i tre kapitler. I kapitel 3 undersøger vi den sociale ulighed i tandpleje og inddrager tandlægenes vurderinger af, hvordan tandsundheden blandt socialt udsatte kan forbedres. I kapitel 4 fokuserer vi på befolkningens brug af tandlæger og opstiller tre scenarier for udviklingen i de offentlige udgifter til tandpleje frem mod 2050. I kapitel 5 analyserer vi, hvordan regulering og ny lovgivning har påvirket tandlægenes arbejde og økonomi, herunder prisudviklingen på faste og frie tandlægebehandlinger.

Citat om socialt udsatte fra
en tandlæge:

**”Oftentimes har de mange
andre problemer, der
ikke sætter tænderne i
første række.”**

3. Der er social ulighed i tandsundheden i Danmark

Indhold i kapitlet

I dette kapitel er der fem afsnit. I de fem afsnit beskriver vi den sociale ulighed i tandsundheden. I det første afsnit beskriver vi sammenhængen mellem indkomst og hyppigheden i tandlægebesøg. I det andet afsnit beskriver vi uligheden i tilskud og udgifter til tandlægebesøg. I det tredje afsnit gennemgår vi de ændringer i finansierungsstrukturen, der er blevet indført på tandlægefeltet siden 2007 og undersøger, om ændringerne har forbedret tandsundheden og mindsket den sociale ulighed. I fjerde og femte afsnit gennemgår vi mulige forklaringer til den sociale ulighed i tandsundheden.

Konklusion på analyser i kapitlet

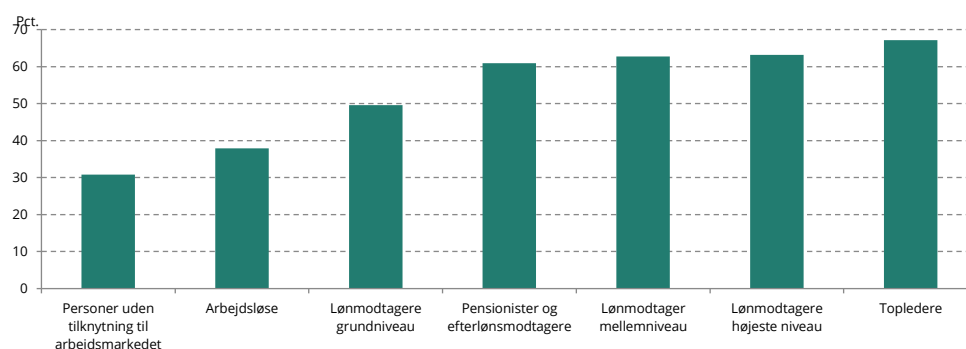
Vi finder, at selvom den generelle tandsundhed i Danmark er forbedret efter ændringer i finansierungsstrukturen fra 2013 til 2018, så er den sociale ulighed i tandsundhed steget. Økonomiske barrierer og et besværligt tilskudssystem er primære årsager til, at lavtlønnede og socialt udsatte går sjældnere til tandlæge og oftere fravælger nødvendige behandlinger. Desuden finder vi, at lavtlønnede er den befolkningsgruppe i Danmark, der har oplevet den største tilbagegang i tandlægebesøg fra 2009 til 2023. Denne udvikling afspejler, at lavtlønnede påvirkes hårdt af den nuværende indretning af tandsundhedsområdet.

3.1 Jo højere indkomst, jo hyppigere tandlægebesøg

Personer med lav indkomst går mindst til tandlæge

Lavindkomstp personer og personer uden for arbejdsmarkedet går mindre til tandlægen end resten af befolkningen. Vi kan se, at ca. 70 pct. af topledere i Danmark var til tandlæge i 2023, jf. figur 3.1. Til sammenligning var kun 30 til 40 pct. af personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet og arbejdsløse til tandlæge samme år. Sammenhængen tyder på, at der er en social ulighed i antallet af tandlægebesøg på tværs af befolkningen i Danmark.

Figur 3.1 Danskere med høj socioøkonomisk status går mest til tandlæge
Andele af befolkningen, der var til tandlæge i 2023 opdelt på socioøkonomisk status



Anm.: Personer med kontakt til tandlæge/tandplejer.
Kilde: Danmarks Statistik: SYGSOC.

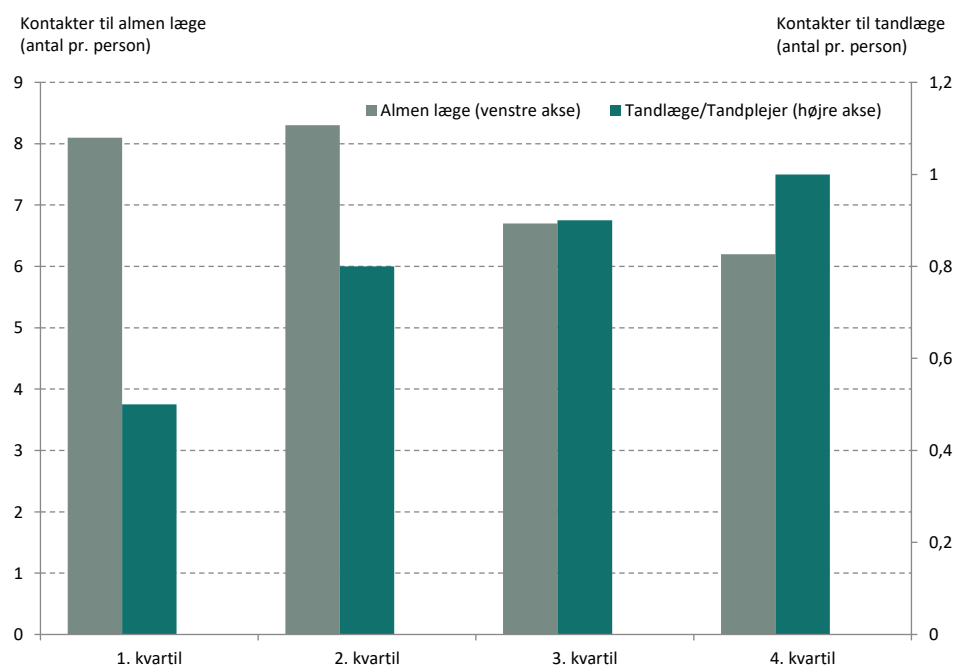
Årsag til uopfyldt tandlægebehov: folk har ikke råd

Den væsentligste årsag til uopfyldt tandlægebehov er, at folk ikke har råd til behandlingen. Det er tilfældet for ca. 7 pct. af befolkningen over 16 år, som havde et uopfyldt tandlægebehov i 2024. Det viser statistik fra levevilkårsundersøgelsen fra Danmarks Statistik.¹ Til sammenligning er det kun ca. 0,5 pct. af befolkningen over 16 år, der ikke havde råd til et nødvendigt lægebesøg. Undersøgelsen viser altså, at prisen oftere er årsag til, at folk har en uopfyldt behandling hos tandlægen end hos lægen.

Høj indkomst: flere tandlægebesøg, men færre lægebesøg

Indkomst har forskellig betydning for antallet af lægebesøg og tandlægebesøg, jf. figur 3.2. I 2023 gik personer i første indkomstkvartil i gennemsnit til tandlægen 0,5 gange, mens personer i fjerde indkomstkvartil gik en gang. De 25 pct. med højest indkomst gik altså dobbelt så meget til tandlægen som de 25 pct. med lavest indkomst. For antallet af lægebesøg i 2023 er tendensen omvendt: personer i første indkomstkvartil gik i gennemsnit til lægen otte gange, hvorimod personer i fjerde indkomstkvartil gik til lægen seks gange.

Figur 3.2 Danskere med højere indkomst har flere tandlægebesøg, men færre lægebesøg
Kontakter til almen læge og tandlæge fordelt på indkomstkvarterer



Anm.: Kvartilerne er opdelt efter indkomst. 1. kvartil angiver de 25 pct. af danskerne med lavest indkomst, og 4. kvartil angiver de 25 pct. af danskerne med højest indkomst. Antallet af kontakter til almen læge og tandlæge er vist med hhv. grå og grønne søjler. Kontakter til almen læge er vist på venstre y-akse, og kontakter til tandlæge er vist på højre y-akse. En kontakt til lægen er fx et besøg hos lægen eller en telefonkonsultation. I forbindelse med én kontakt kan gives forskellige ydelser.

Kilde: Danmarks Statistik: SYGIND.

Pris og indkomst påvirker antallet af tandlægebesøg

Der er to ting, der peger i retningen af, at økonomiske barrierer er årsagen til, at personer med en lavere indkomst har færre tandlægebesøg end personer med en højere indkomst. For det første fandt levevilkårsundersøgelsen fra Danmarks Statistik, at prisen på tandbehandling er den væsentligste årsag til, at folk har et uopfyldt tandlægebesøg.² For det andet viser data fra Danmarks Statistik, at der er en sammenhæng mellem højere indkomst og flere tandlægebesøg, jf. figur 3.2.

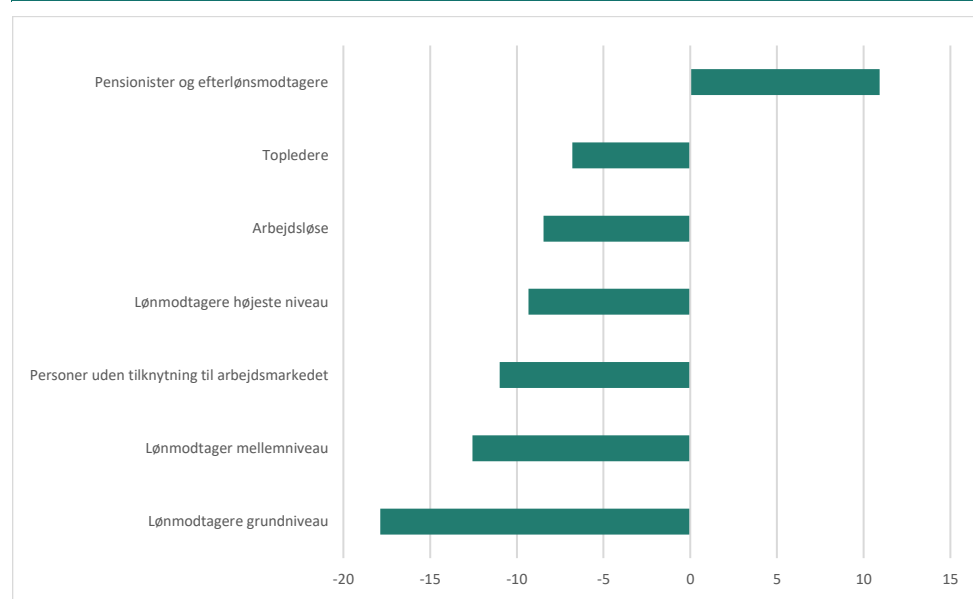
¹ Danmarks Statistik: SILC100

² Danmarks Statistik: SILC100

Størst tilbagegang i tandlægebesøg for lavtlønnede

Lavtlønnede er den befolkningsgruppe i Danmark, der har oplevet den største tilbagegang i tandlægebesøg. Ifølge opgørelser fra Danmarks Statistik er andelen af lønmodtagere på grundniveau, der havde et tandlægebesøg, faldet med 18 pct. fra 2009 til 2023.³ For andre socioøkonomiske grupper, herunder fx lønmodtagere på mellemniveau, arbejdsløse og topledere, ses ligeledes et fald i tandlægebesøg, jf. figur 3.3. Tilbagegangen er dog mindst blandt topledere. Pensionister og efterlønsmodtagere udgør den eneste gruppe, hvor andelen med tandlægebesøg er steget i perioden. Her er der sket en fremgang på 11 pct. fra 2009 til 2023, jf. figur 3.3 nedenfor. Lavtlønnede er ikke omfattet af særlige ordninger og betaler således for tandlægebesøg på samme vilkår som fx topledere og højt-lønnede lønmodtagere. Som det fremgår af figuren, rammer den nuværende indretning af tandsundhedsområdet især de lavtlønnede.

Figur 3.3 Lavtlønnede har den største tilbagegang i tandlægebesøg
Procentvis ændring i andelen af personer i gruppen m. tandlægekontakt, 2009-2023



Kilde: Danmarks Statistik: SYGSOC.

3.2 Der er social ulighed i tilskud og udgifter til tandbehandlinger

Der er social ulighed i tilskud til tandbehandlinger

Der er en tydelig social ulighed i hvor meget, man modtager i tilskud og afholder af udgifter til tandbehandlinger. Vores analyse viser, at personer i de øverste indkomstgrupper får flest tilskudskroner og afholder flest udgifter til tandbehandlinger.

Personer med høj indkomst får mest i tandlægetilskud

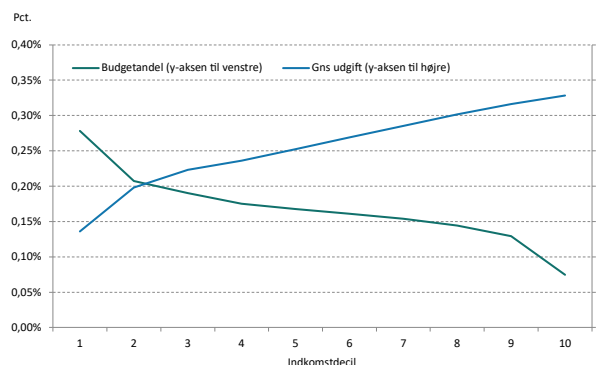
Budgetandelen til tandlægebesøg falder med stigende indkomst, mens både de gennemsnitlige udgifter og tilskud til tandbehandling stiger med indkomsten, jf. figur 3.4. I figur 3.4 er udgifter, tilskud og budgetandel fordelt på indkomstdeciler. Indkomstdecilerne består af ti lige store grupper fordelt efter indkomstniveau. Første decil er de 10 pct. af befolkningen med den laveste indkomst, og tiende decil er de 10 pct. af befolkningen med den højeste indkomst. Personer i første decil modtager i gennemsnitligt tilskud på ca. 170 kr. i 2023, hvor tiende decil modtager ca. 370 kr. Vi ser samtidigt, at udgifter til tandbehandling fylder ca. 0,20 pct. af indkomsten for første indkomstdecil og kun ca. 0,05 pct. for tiende

³ Danmarks Statistik: SYGSOC

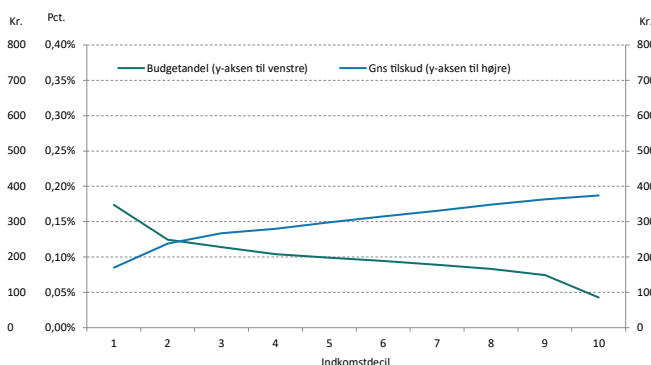
indkomstdecil. Det betyder, at de 10 pct. af befolkningen med den højeste indkomst både får størst offentlige tilskud og oplever den laveste økonomiske belastning ved tandbehandling. Vi ser dermed en tydelig social ulighed i både modtaget tilskud og afholdte udgifter til tandbehandling.

Figur 3.4 Danskere med højere indkomst har flere udgifter til tandbehandlinger, men modtager også mest i tilskud
Udgifter, tilskud og budgetandel til tandbehandling fordelt på indkomstdecil

Figur 3.4.a Udgifter til tandbehandling fordelt på indkomstdecil



Figur 3.4.b Tilskud til tandbehandling fordelt på indkomstdecil



Anm.: Udgifter og tilskud til tandbehandling er et gennemsnit for personer i alderen 30-60 år. Udgifter og tilskud til tandbehandlinger er baseret på tandbehandlinger i honorartabellen. Figur 3.4.a viser udgifter til tandbehandling i 2023 fordelt på indkomstdeciler, og Figur 3.4.b viser tilskud til tandbehandling i 2023 fordelt på indkomstdeciler. Indkomstdecilerne består af ti lige store grupper fordelt efter indkomstniveau. Første decil er de 10 pct. af befolkningen med den laveste indkomst, og tiende decil er de 10 pct. af befolkningen med den højeste indkomst. Den grønne graf angiver, hvor stor en andel tandbehandling udgør af indkomsten (budgetandel), og den blå graf viser de gennemsnitlige udgifter og tilskud i 2023. Budgetandelen er vist på venstre akse og udgifter og tilskud er vist på højre akse. Budgetandelen er udregnet med udgangspunkt i personers disponible indkomst og udgifter til tandbehandlinger.

Kilde: Egne beregninger pba. registre fra Danmarks Statistik: SSSY, IND, BEF.

3.3 Tandsundheden er blevet bedre, men der er stadig social ulighed

Vi gennemgår ændringer i finansieringsstrukturen

I det følgende afsnit vil vi gennemgå hovedændringer i finansieringsstrukturen i tandsundhed siden 2013. Ændringerne har haft til formål at forbedre tandsundheden, og de har været målrettet at hjælpe dem, der har mest brug for det i samfundet. Der er sket tre hovedændringer i tilskudssystemet fra 2013-2018. Disse ændringer er opsummeret i figur 3.5.

Ekstra tilskud til udsatte grupper i 2013

Den første ændring var i 2013, hvor tilskud til tandrensninger blev skåret med 180 mio. kr. årligt. Midlerne skulle gå til at give ekstra tilskud til socialt udsatte grupper, hvilket er personer, der modtager ydelser efter aktivlovens §82.a. Desuden fik 18-24-årige fra 2013 dækket 100 pct. af den tandbehandling, der oversteg en egenbetaling på 600 kr. For alle over 25 år blev 65 pct. af tandbehandlingen, der oversteg en egenbetaling på 800 kr., dækket.

En trafiklysmetode bliver indført i 2015

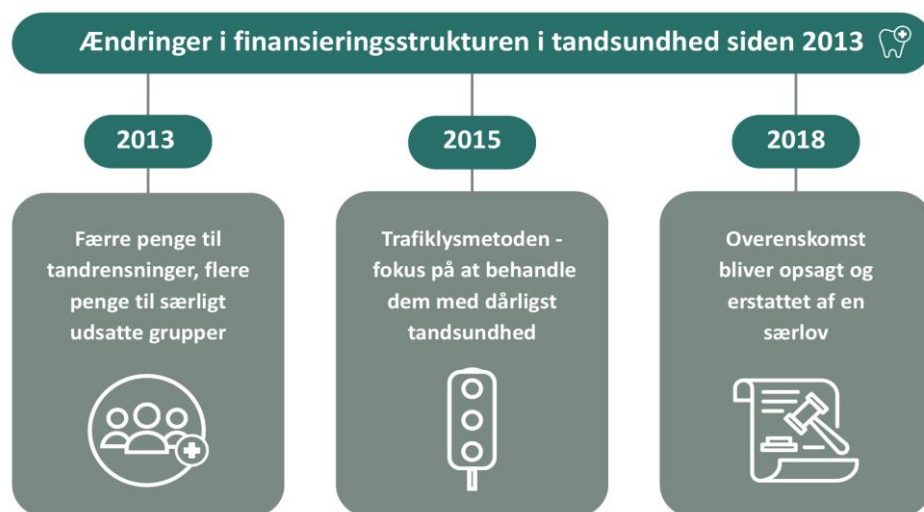
Den anden ændring var i 2015, hvor trafiklysmetoden blev indført. Den går ud på, at man opdeler alle patienter i farvegrupper, alt efter deres behov for tandpleje. De offentlige tilskud skulle fra 2015 gives baseret på tandlægens farvevurdering af patienten. Alle patienter skulle opdeles i enten en grøn, gul eller rød gruppe. Farvegruppen bestemmer, hvor ofte patienter skal indkaldes til tandlægen. Trafiklysmetoden er opsummeret i figur 3.6.

Overenskomsten bliver erstattet af en særlov i 2018 ...

Den tredje ændring var i 2018, hvor den gamle tandlægeoverenskomst mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningen blev erstattet af en særlov. Særloven blev indført efter opsigelsen af den tidligere overenskomst og har ændret vilkårene for voksentandpleje.

Tandlæger kan vælge at praktisere inden for eller uden for særloven. Tandlæger, der arbejder inden for særloven, er godkendt af regionerne, har et ydernummer og følger faste priser på en række tandlægeydelser, der er fastsat i såkaldte honorartabeller.

Figur 3.5 Der har været store ændringer i finansierungsstrukturen i tandsundhed siden 2013
 Oversigt over ændringer i finansierungsstrukturen i tandsundhed siden 2013



Kilde: Egen tilvirkning.

... og det blev obligatorisk at følge trafiklysmetoden

I 2018 blev det desuden obligatorisk for tandlæger at vurdere patienterne ud fra trafiklysmetoden. Derudover blev der fastsat en fast årlig økonomisk ramme, der sikrer, at tilskudsudgifterne ikke overstiger de aftalte rammer. Honorartabellerne reguleres to gange årligt, og hvis den økonomiske ramme bliver overskredet, bliver honorarerne nedjusteret.

Mål med ændringer: tilskud til dem, der har mest brug for det

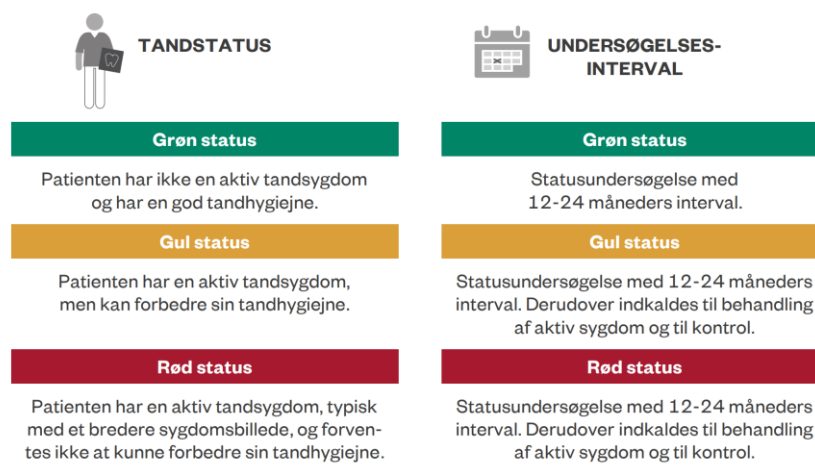
De tre hovedændringer i tilskudssystemet har alle været målrettet til at hjælpe dem, der har mest brug for det. For at undersøge, om ændringerne har haft den rette indvirkning, har vi undersøgt antallet af alvorlige tandlægebesøg og regelmæssige tandlægebesøg fordelt på indkomstgrupper i to forskellige perioder. Den ene periode er før de ovennævnte ændringer og omfatter årene fra 2009 til 2013. Den anden periode er efter ændringerne og omfatter årene fra 2019 til 2023.

Forbedret tandsundhed, men stigning i social ulighed

Efter ændringer i finansierungsstrukturen mellem 2013-2018 er den generelle tandsundhed i Danmark forbedret, men samtidig er den sociale ulighed i tandsundhed steget. Det viser resultaterne af vores analyse, som er opsummeret i figur 3.7. I vores analyse undersøger vi to typer tandbehandlinger: regelmæssige tandbehandlinger og alvorlige tandbehandlinger. Regelmæssige tandbehandlinger omfatter diagnostisk grundundersøgelse, statusundersøgelse og tandrensning, mens alvorlige tandbehandlinger omfatter tandudtrækninger og rodbehandling. De specifikke behandlinger og ydelseskoder fremgår af tabel 7.1 i bilag.⁴

⁴ Det er vigtigt at bemærke, at måden tandlægerne indberetter specifikke behandlinger har ændret sig mellem perioderne 2009-2013 og 2019-2023. Et eksempel er, at der tidligere var to separate ydelser: "Diagnostisk og forebyggende grundydelse" og "Udvidet diagnostisk grundydelse", som nu er samlet under "Udvidet diagnostisk grundundersøgelse". Vi bruger derfor forskellige ydelseskoder i de to perioder. Disse ydelseskoder fremgår af tabel 7.1 i bilag.

Figur 3.6 Tandlæger inddeler patienter efter tandsundhed med afsæt i trafiklysmetoden
Oversigt over sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje om undersøgelsesintervaller



Kilde: Rigsrevisionen (2025).

Antallet af alvorlige tandbehandlinger falder for alle

Efter ændringerne mellem 2013 og 2018 ser vi tre konsekvenser i forhold til tandlægebesøg. For det første er antallet af alvorlige tandbehandlinger faldet for alle indkomstgrupper. Det ser vi ved, at alle indkomstgrupper bevæger sig ned ad y-aksen i perioden 2019-2023 sammenlignet med perioden 2009-2013 i figur 3.7. Y-aksen viser antallet af gennemsnitlige alvorlige tandbehandlinger om året. Dette fald indikerer en forbedring af den generelle tandsundhed.

Antallet af regelmæssige tandbehandlinger falder for alle

For det andet er antallet af regelmæssige tandbehandlinger faldet. Det ser vi ved, at alle indkomstgrupper rykker til venstre langs x-aksen fra 2009-2013 til 2019-2023 i figur 3.7. X-aksen viser antallet af regelmæssige tandbehandlinger om året. Denne effekt kan dels skyldes, at den danske befolkning har en forbedret tandsundhed og dels, at den førnævnte trafiklysmetode giver anledning til færre indkaldelser til regelmæssige tandlægebesøg.

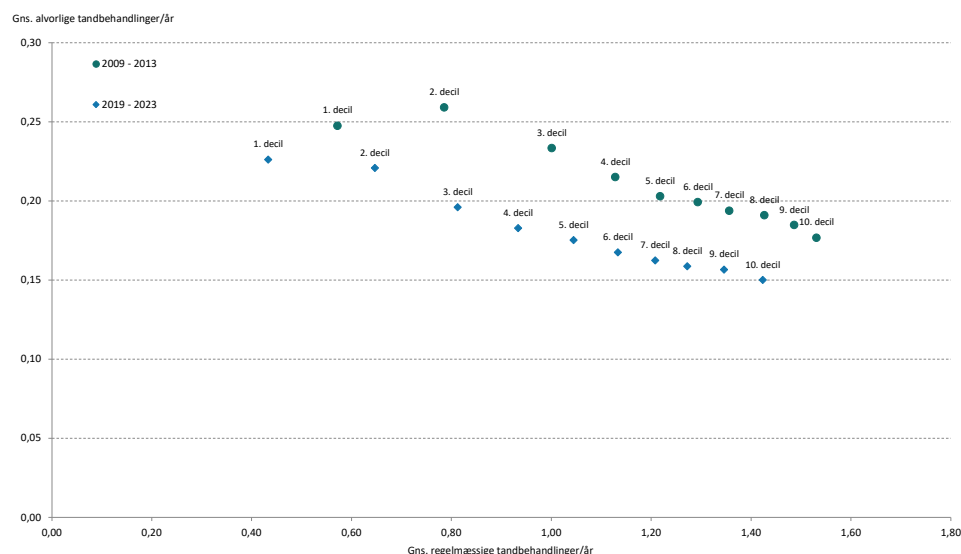
Den sociale ulighed er steget ift. regelmæssige behandlinger

For det tredje er den sociale ulighed steget efter ændringerne mellem 2013 og 2018, når det gælder antallet af regelmæssige tandbehandlinger. Personer med lav indkomst har oplevet et større fald i antallet af regelmæssige tandbehandlinger end personer med høj indkomst, jf. figur 3.7. De laveste indkomstgrupper rykker mere mod venstre på x-aksen fra 2009-2013 til 2019-2023 end de øvrige grupper. Desuden er der sket en større spredning i antallet af regelmæssige tandbehandlinger på tværs af indkomstgrupperne, hvilket også understøtter, at der er sket en stigning i social ulighed, når det gælder regelmæssige tandbehandlinger.

Den sociale ulighed ift. alvorlige behandlinger er uændrede

Der er ikke nogen ændring i social ulighed, når det gælder de alvorlige tandbehandlinger. Forskellen mellem antallet af alvorlige tandbehandlinger mellem indkomstgrupperne har ikke ændret sig fra 2009-2013 til 2019-2023. Det ser vi ved, at hældningen på kurverne i figur 3.7 for de to perioder ikke har ændret sig.

Figur 3.7 Den generelle tandsundhed i Danmark er forbedret, men social ulighed er øget
Alvorlige og regelmæssige behandlinger, indkomstfordelt i 2009-2013 & 2019-2023



Anm.: Regelmæssige tandbehandlinger omfatter diagnostisk grundundersøgelse, statusundersøgelse og tandrensning, mens alvorlige tandbehandlinger omfatter tandudtrækninger og rodbehandling. Decilgrupperne er opdelt efter indkomst. 1. decil er de 10 pct. af befolkningen med lavest indkomst, og 10. decil er de 10 pct. af befolkningen med højest indkomst. Indkomsten tager udgangspunkt i ækvivaleret disponibel indkomst fra Danmarks Statistisk register: IND. Gruppen i begge perioder er personer i alderen 30 til 60 år. Vi undersøger kun de personer, der bor i Danmark i hele perioden.

Kilde: Egne beregninger pba. af registre fra Danmarks Statistik: SSSY, IND, BEF.

Opsummering af analysens resultater

Samlet set viser vores analyse, at den generelle tandsundhed er forbedret efter ændringerne mellem 2013 og 2018, mens den sociale ulighed i tandsundhed er steget. Opsummerende viser vores analyse:

- Befolkningen i Danmark har færre alvorlige tandbehandlinger. Dette indikerer, at den generelle tandsundhed i Danmark er forbedret.
- Personer med lav indkomst går ikke så ofte til regelmæssigt tandeftersyn som personer med høj indkomst. Dette indikerer, at der er social ulighed i tandsundhed.
- Personer med lav indkomst får oftere lavet større indgreb som tandudtrækning eller rodbehandling end personer med høj indkomst. Dette indikerer, at der er social ulighed i tandsundhed.
- Der er kommet en større forskel i antallet af regelmæssige tandbehandlinger mellem de forskellige indkomstgrupper. Personer med lav indkomst har oplevet et større fald i antallet af regelmæssige tandbehandlinger end personer med høj indkomst. Dette indikerer, at den sociale ulighed i tandsundhed er steget.

Eksempel: forskel mellem rig og fattig i en 30-årig periode

I boks 3.1 har vi omregnet det årlige antal af regelmæssige og alvorlige tandbehandlinger til en periode på 30 år. Vi opstiller dette eksempel for at fremhæve de forskelle, der er i antallet af regelmæssige og alvorlige tandbehandlinger blandt personer med høj indkomst (personer i det øverste indkomstdecil) og personer med lav indkomst (personer i det nederste indkomstdecil).

Boks 3.1 Eksempel: Forskel i regelmæssige og alvorlige tandbehandlinger for en person med lav indkomst og en person med høj indkomst

I en periode på 30 år har personer med høj indkomst i gennemsnit 30 regelmæssige tandbehandlinger mere end personer med lav indkomst. Samtidig har personer med høj indkomst 2 færre alvorlige tandbehandlinger end personer med lav indkomst. Tallene tager afsæt i gennemsnitlige alvorlige og regelmæssige behandlinger om året for personer i hhv. første og tiende indkomstdecil i perioden 2019-2023.

Behandlingstype	Personer med lav indkomst	Personer med høj indkomst	Forskel (fra personer med høj indkomst til personer med lav indkomst)
Antal regelmæssige tandbehandlinger i en 30-årig periode	13	43	+30
Antal alvorlige tandbehandlinger i en 30-årig periode	7	5	-2

3.4 Socialt udsatte går mindre til tandlæge og har dårlig tandsundhed

Introduktion til spørgeskema

For at belyse om den nuværende organisering af tandplejen er hensigtsmæssig, har vi udarbejdet et spørgeskema. Med spørgeskemaet ønsker vi at få indsigt i tandsundheden blandt socialt udsatte, finansieringen af tandplejen og regulering af tandlægebranchen. Vi har besvarelser fra 107 respondenter, som alle arbejder i tandlægebranchen. Størstedelen af respondenterne er klinikejere, der også arbejder som tandlæge. Derudover omfatter respondenterne tandlæger og administrative medarbejdere.

Vi viser resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Vi anvender resultaterne fra spørgeskemaet løbende i rapporten for at understøtte vores analyser og konklusioner. I de følgende kapitler viser vi resultater fra spørgeskemaet sammenholdt med eksisterende data og forskning på området. I boks 3.2 beskriver vi, hvordan vi har indsamlet svar fra vores spørgeskema.

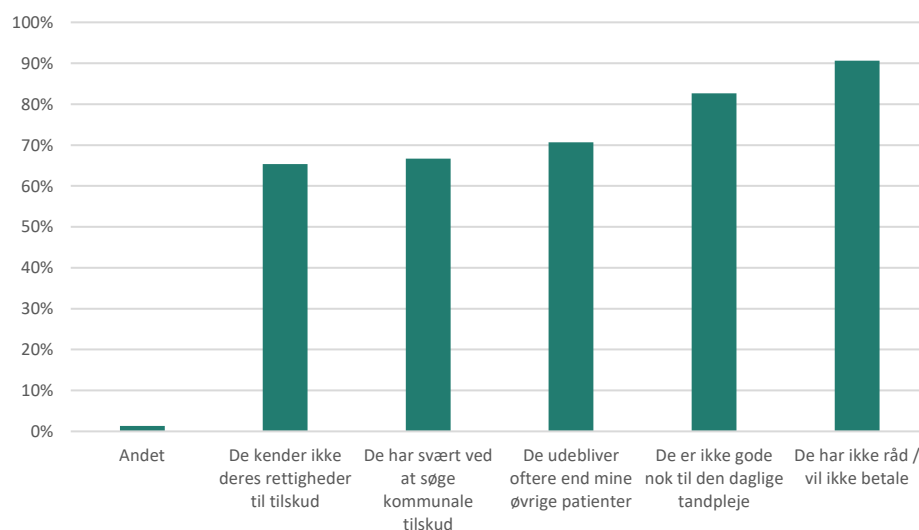
Socialt udsatte har dårlig tandsundhed

Forskningen viser, at socialt udsatte har dårligere tandsundhed end andre patienter.⁵ Vi har i spørgeskemaet spurgt, hvorfor tandlægerne tror, at dette er gældende. Tandlægenes bud er vist i figur 3.8, og hovedårsagerne til dårligere tandsundhed blandt socialt udsatte er:

- Socialt udsatte har ikke råd til tandbehandling eller vil ikke betale.
- Socialt udsatte er ikke gode nok til den daglige tandpleje.
- Socialt udsatte udebliver oftere fra tandlægeaftaler end øvrige patienter.

⁵ Se fx Petersen (2021).

Figur 3.8 Socialt udsatte har ikke råd til tandlæge og plejer ikke tænder dagligt
Tandlægenes forklaring på, at socialt udsatte har dårligere tandsundhed



Anm.: I alt deltog 75 respondenter: 11 via interview og 64 via elektronisk spørgeskema.

Kilde: Svar fra spørgeskema.

Socialt udsatte udebliver oftere fra tandlægeaftaler

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at socialt udsatte udebliver ca. 35 pct. af tiden fra tandlægeaftaler, hvorimod øvrige patienter kun udebliver lige under 10 pct. af tiden. Der er altså en markant forskel i udeblivelse mellem socialt udsatte og øvrige patienter.

Boks 3.2 Spørgeskemaundersøgelse om socialt udsattes tandsundhed

Der er gennemført to runder af dataindsamling til spørgeskemaundersøgelsen.

Den første runde fandt sted den 28. marts i forbindelse med Tandlægeforeningens årskursus, hvor vi foretog personlige interview med 17 deltagere. Blandt de interviewede var både tandlæger, klinikejere og administrative medarbejdere fra tandlægeklinikker.

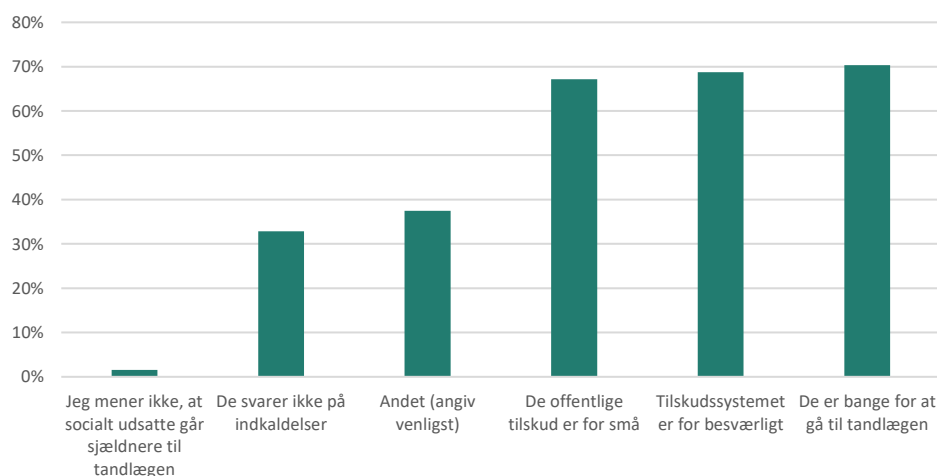
Den anden runde bestod af en elektronisk udsendelse af vores spørgeskema til 1.047 klinikejere via e-mail. Her modtog vi 90 besvarelser, svarende til en svarprocent på 8,7. Mailadresserne stammer fra Tandlægeforeningen og er offentligt tilgængelig.

Tandlægenes bud på hvorfor socialt udsatte udebliver

Vi har spurgt tandlægerne, hvad de tror, der kan være årsagen til, at socialt udsatte udebliver langt oftere end øvrige patienter. Tandlægenes svar er vist i figur 3.9. Tandlægerne mener, at de grundlæggende årsager til den høje udeblivelse fra socialt udsatte er:

- Socialt udsatte er bange for at gå til tandlægen.
- Tilskudssystemet er for besværligt.
- De offentlige tilskud er for små.

Figur 3.9 Socialt udsatte er bange for at gå til tandlæge, og tilskudssystemet er besværligt
Tandlægenes forklaring på, hvorfor socialt udsatte går mindre til tandlægen



Anm.: 64 respondenter via elektronisk spørgeskema.

Kilde: Svar fra spørgeskema.

Socialt udsatte takker nej til behandlinger

Tandlægerne oplever, at socialt udsatte patienter ikke kun udebliver fra aftaler, men også ofte takker nej til fagligt korrekte behandlinger. Det svarer omkring 80 pct. af de tandlæger, der har deltaget i undersøgelsen. Især behandlinger uden sygesikringstilskud bliver fravalgt. Også her angiver 80 pct. af tandlægerne, at socialt udsatte ofte takker nej. Til sammenligning oplever ca. 50 pct. af tandlægerne, at socialt udsatte takker nej til behandlinger, der er tilskudsberettiget. Der er altså en tydelig forskel afhængigt af, om behandlingen er tilskudsberettiget eller ej. De behandlinger, som socialt udsatte takker nej til, er især broer og kroner. En tandlæge uddyber dette med følgende bemærkning: *"Det er ofte økonomien, der tvinger dem til fravalg af selv de "billige" ydelser"*.

3.5 Tandlægenes bud på at forbedre tandsundheden for socialt udsatte

Øge tandsundhed for socialt udsatte: lavere egenbetaling og et årligt tandtjek

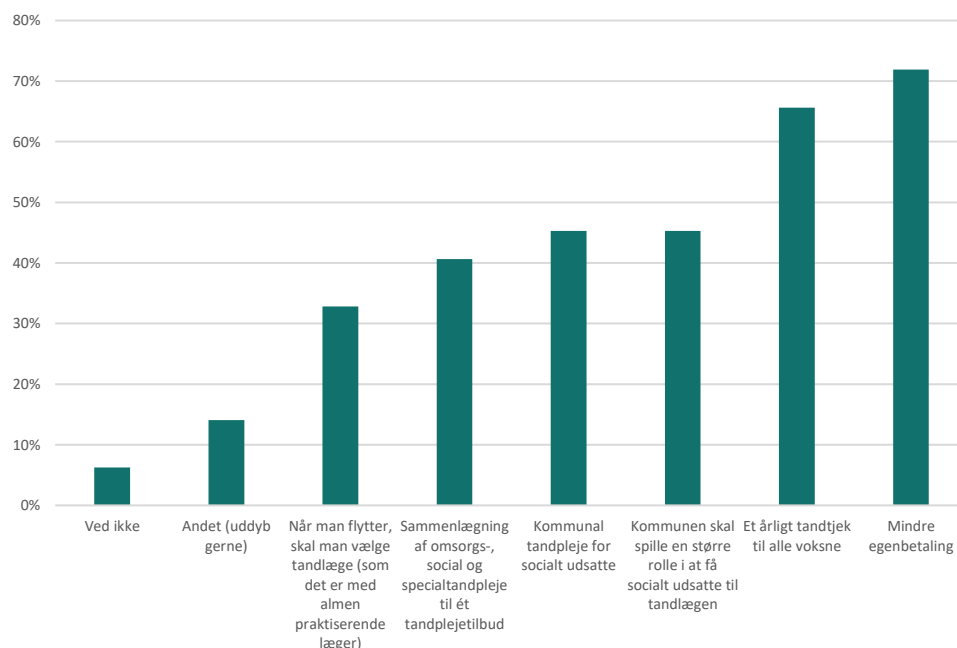
Tandlægerne har flere bud på, hvordan vi kan forbedre tandsundheden for socialt udsatte. Vi har spurgt tandlægerne, hvad der skal til for at forbedre tandsundheden for socialt udsatte. Tandlægenes svar er vist i figur 3.10. Der er to forslag, som har fået mest opbakning blandt tandlægerne:

- Ca. 70 pct. af tandlægerne mener, at en mindre egenbetaling vil forbedre tandsundheden for socialt udsatte.
- Ca. 65 pct. af tandlægerne mener, at et årligt tandtjek til alle voksne vil forbedre tandsundheden for socialt udsatte.

Kommunen skal spille en større rolle

Derudover mener ca. 45 pct. af tandlægerne, at kommunen skal spille en større rolle i at få socialt udsatte til tandlægen, og ca. 45 pct. af tandlægerne mener, at man bør oprette en kommunal tandpleje for socialt udsatte.

Figur 3.10 Mindre egenbetaling vil forbedre socialt udsattes tandsundhed
Tandlægenes bud på, hvad der kan forbedre socialt udsattes tandsundhed



Anm.: 64 respondenter via elektronisk spørgeskema.

Kilde: Svar fra spørgeskema.

Andre bud på løsninger

Respondenterne har også foreslået andre måder at forbedre tandsundheden for socialt udsatte på. Tandlægerne beskriver fx, at:

- Der skal være et større fokus på angstbehandling.
- Der skal være et større råderum til voksentandplejen, så der er luft til at rumme de dårlige betalere.

3.6 Opsummering af hovedpointer fra kapitlets analyser

Opsummering af hovedpointer i kapitlet

Med afsæt i ovenstående analyser finder vi, at den sociale ulighed i tandsundheden i Danmark er steget, selvom den generelle tandsundhed er forbedret efter ændringer i finansieringsstrukturen mellem 2013-2018. Personer med lav indkomst og socialt udsatte går mindre til tandlæge end personer med høj indkomst, hovedsageligt på grund af økonomiske barrierer og et besværligt tilskudssystem. Personer med høj indkomst modtager mere i tilskud og har lavere økonomisk belastning ved tandbehandlinger.

Det nuværende system rammer personer med lav indkomst

Vores analyse indikerer, at lavindkomstp personer og personer uden for arbejdsmarkedet bliver hårdt ramt af den måde, systemet er indrettet på. Sammenligninger af tandlægebesøg viser, at kun 30 til 40 pct. af personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet og arbejdsløse var til tandlæge i 2023. Til sammenligningen var 70 pct. af topledere i Danmark til tandlæge i 2023. Den væsentligste årsag til, at personer i Danmark har et uopfyldt tandlægebesøg er, at de ikke har råd til behandlingen.

Flere problemer i forhold til socialt udsattes tandsundhed

Vores analyse indikerer, at der er behov for at forbedre tandsundheden for socialt udsatte. Der er flere problemer i forhold til socialt udsattes tandsundhed:

- Mange socialt udsatte fravælger tandlægebesøg pga. egenbetalingen. Der er behov for at finde en løsning, så egenbetalingen ikke er en barriere for, at folk går til tandlægen.
- Det nuværende tilskudssystem til tandbehandling for socialt udsatte er ikke tilstrækkeligt effektivt til at sikre rettidig og nødvendig behandling. Fx kan tandsundheden for socialt udsatte forværres i perioden mellem ansøgningstidspunktet og kommunens godkendelse af tilskud, hvilket kan medføre, at der opstår behov for en anden behandling end den oprindeligt ansøgte.
- Socialt udsatte har mange andre problemer, der afholder dem fra at gå til tandlæge. Der er behov for udviklingsarbejde og politiktiltag for at finde løsninger, der motiverer og støtter dem til at gå til tandlægen.

Tandtænk tank og Tandlægeforeningen har konkrete forslag

Tandlægeforeningen har udpeget tre politiske pejlemærker. Et af dem – ”Tandsundhed uanset livsvilkår” – indeholder konkrete forslag til at forbedre tandsundheden på tværs af alder og livsvilkår. Derudover har Tænk tank for Voksntandpleje - Tandtænk tanken (2024) fremlagt en række forslag, der skal styrke tandsundheden, fagligheden og mindske uligheden.

Vi fremhæver forslag til løsninger fra Tandtænk tank og Tandlægeforeningen

I det følgende fremhæver vi udvalgte forslag fra både Tandlægeforeningen og Tandtænk tanken (2024).

- Afskaffelse af egenbetaling for personer, der er omfattet af aktivlovens §82.a, fx modtagere af kontanthjælp og uddannelseshjælp.
- Et årligt vederlagsfrit tandtjek til alle voksne.
- En forenkling af tilskudssystemet, hvor patienter, der er visiteret til et særligt tilskud, kan få tandbehandling op til 10.000 kr. årligt – uden yderligere godkendelse eller ansøgning.
- Støtte til tandlægebesøg via transport og ledsagelse til og fra omsorgstandlægen.
- Kommunal implementering af en individuel mundplejeplan for alle patienter i omsorgstandplejen.

**Der vil være et behov for
øgede offentlige udgifter
til voksentandplejen på
100-400 mio. kr.**

4. Den demografiske udvikling kan påvirke offentlige udgifter til tandsundhed

Indhold i kapitlet

Dette kapitel har to afsnit. I de to afsnit beskriver vi, hvordan den demografiske udvikling kan påvirke de offentlige udgifter til voksentandpleje⁶. Det første afsnit fokuserer på mønstre i tandlægebesøg for forskellige aldersgrupper i Danmark. Det andet afsnit gennemgår, hvordan befolkningsfremskrivningen og nye mønstre i tandlægebesøg kan påvirke de offentlige udgifter.

Konklusion på analyser i kapitlet

Vi finder, at ældre går oftere til tandlægen i 2023 end i 2007, mens personer under pensionsalderen går sjældnere til tandlægen. Fremtidige offentlige udgifter til tandsundhed vil afhænge af både befolkningsudvikling og ændringer i adfærdsmønstre. Vi præsenterer tre scenarier, der hver giver et bud på, hvordan de offentlige udgifter kan udvikle sig. Hvis hele befolkningen prioriterer tandlægebesøg som de rigeste 20 pct. i deres aldersgruppe, vil de offentlige udgifter stige fra 1,6 mia. kr. i 2024 til ca. 2 mia. kr. i 2050. I vores tre scenarier antager vi, at tilskudsrammen kan vokse over tid i takt med den demografiske udvikling.

4.1 Ny tendens: Det er de ældre i samfundet, der går mest til tandlæge

Ældre går mere til tandlægen, og de yngre går mindre til tandlægen ...

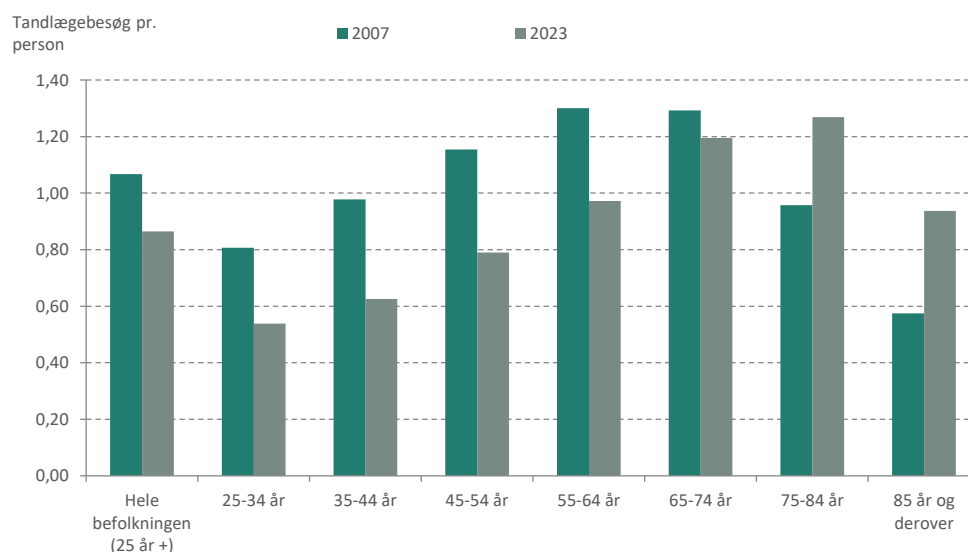
Der er sket et fald i antallet af tandlægebesøg for personer under pensionsalderen. Til gengæld er antallet af tandlægebesøg steget for personer over pensionsalderen, jf. figur 4.1. Vi ser, at antallet af tandlægebesøg er faldet markant for aldersgrupperne 25-65 år fra perioden 2007 til 2023. Udviklingen svarer fx til, at personer i aldersgruppen 35-44 i 2023 havde fire færre tandlægebesøg over en tiårig periode, end samme aldersgruppe havde i 2007. Samtidig ser vi en stigning i antallet af tandlægebesøg for personer med en alder over 75 år. Stigningen svarer til, at personer i aldersgruppen 75-84 år i 2023 gik to gange mere til tandlægen over en tiårig periode, end de gjorde i 2007.

... og det ligner en generationseffekt

Når vi sammenligner udviklingen i antallet af tandlægebesøg i forskellige aldersgrupper fra 2007 til 2023, tyder resultaterne på, at ændringerne kan være drevet af en generationseffekt. Fx har aldersgruppen 55-64 år i 2007 omtrent samme niveau af tandlægebesøg som aldersgruppen 75-84 år i 2023. Det kan skyldes, at mange af de personer, der var 59-64 år i 2007, er blevet 75-80 år i 2023 – altså er det i høj grad de samme personer, der optræder i statistikken for begge aldersgrupper i de to perioder. Det indikerer, at forskellene i tandlægebesøg ikke nødvendigvis skyldes alder alene, men også karakteristika ved de enkelte generationer.

⁶ Voksentandpleje gælder for alle personer i Danmark over 21 år. Vi analyserer derfor udgifter til tandbehandlinger for personer fra 22 år og opefter.

Figur 4.1 De ældre i samfundet går nu mest til tandlægen
Tandlægebesøg i 2007 og 2023 pr. person, aldersopdelt



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistik: SYGK1 og BEFOLK1.

Ældre går oftere til tandlægen

Ældre går oftere til tandlægen i dag end tidligere. Vi har i vores spørgeskema spurgt, om det er noget, tandlægerne lægger mærke til. Det svarer 80 pct. af respondenterne ja til.

Ældre prioriterer tandsundhed og flere har deres tænder

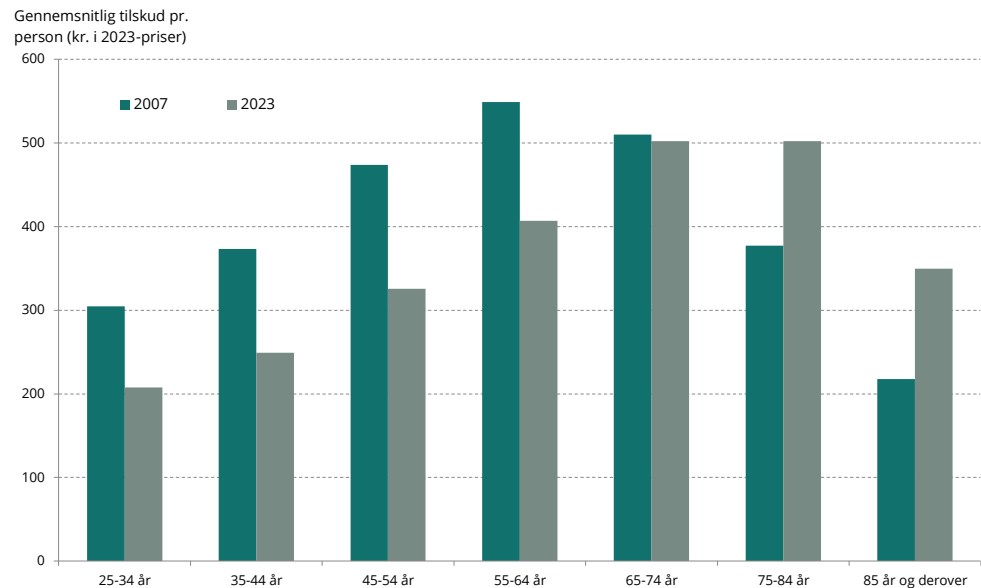
Der kan være flere forskellige årsager til, at ældre går mere til tandlæge i dag end tidligere. Respondenterne i spørgeskemaet giver fx følgende svar på, hvorfor de tror, at det er tilfældet:

- 97 pct. af tandlægerne mener, at det skyldes, at flere ældre stadig har deres tænder sammenlignet med tidligere generationer.
- 81 pct. af tandlægerne mener, at det skyldes, at generationen af ældre har prioriteret tandsundhed højere end andre generationer.
- 72 pct. af tandlægerne mener, at det skyldes, at de ældre har fået en bedre økonomi.

Tilskud pr. person er højest for de ældre i samfundet

De gennemsnitlige tilskud pr. person er også rykket hen til de ældre aldersgrupper i 2023 sammenlignet med 2007. Vi har undersøgt de gennemsnitlige tilskud pr. person til tandlægebehandling fordelt mellem aldersgrupper i 2007 og 2023. Resultaterne er vist i figur 4.2 nedenfor. I en sammenligning med figur 4.1 ovenfor kan vi se, at udviklingen er den samme, når det drejer sig om tilskudsfordelingen. I 2023 er det de ældre, der går mest til tandlægen, og tilskuddet pr. person er ligeledes højest for disse personer. Vi ser også, at der er færre under pensionsalderen, der går til tandlæge, jf. figur 4.1, samtidig med, at det gennemsnitlige tilskud pr. person for denne gruppe er faldet fra 2007 til 2023, jf. figur 4.2.

Figur 4.2 De ældre i samfundet får nu mest tilskud til tandbehandlinger
Tilskud pr. person i 2007 og 2023, aldersopdelt



Kilde: Egne beregninger pba. registre fra Danmarks Statistik: BEF og SSSY.

Ældre med høj indkomst går mere til tandlægen

Tal fra Danmarks Statistik viser tilmed, at personer over 60 år har flere tandlægebesøg, jo højere indkomst de har.⁷ Der er derfor flere elementer, der kan forklare, hvorfor de ældre i dag går mest til tandlægen. Dels kan der være tale om en generationseffekt, og dels kan der være tale om, at de ældre er blevet rigere og prioriterer tandsundhed højere end tidligere generationer.

Øget behandlingsbehov i fremtiden

De ovenstående resultater peger på, at behandlingsbehovet kan stige i fremtiden. Det skyldes især to forhold. For det første vokser antallet af ældre i befolkningen. For det andet går ældre mere til tandlægen nu end tidligere. Flere ældre går i dag til tandlægen, fordi de i høj grad har flere egne tænder, har en bedre økonomi og prioriterer tandlægebesøg mere end tidligere generationer. I det næste afsnit undersøger vi, hvordan den demografiske udvikling vil påvirke de offentlige udgifter til tandsundhed.

4.2 Befolkningsudvikling og adfærdsmønstre påvirker de offentlige udgifter

Tre scenarier for udviklingen i offentlige udgifter

Vi har lavet tre forskellige scenarier for udviklingen i de offentlige udgifter til tandsundhed. De offentlige udgifter til tilskud til voksantandpleje udgør i dag ca. 1,6 mia. kr., jf. Rigsrevisionen (2025). I vores scenarier tager vi udgangspunkt i befolkningsfremskrivningen fra Danmarks Statistik⁸ og tilskudsfordelingen i aldersgrupper fra 2007 og 2023.

Den nuværende regulering med årlig økonomisk ramme

Tilskud til tandlægehjælp er i dag begrænset til en årlig økonomisk ramme, som fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren. Den faste økonomiske ramme, der ikke følger med inflationen eller befolkningsudviklingen, kan betyde, at tilskuddet pr. patient fremover vil falde. I vores tre scenarier for udviklingen i de offentlige udgifter til voksantandpleje

⁷ Danmarks Statistik: SYGKIND

⁸ Danmarks Statistik: FRDK124

analyserer vi, hvad der sker med udgifterne over tid, hvis rammen kan følge befolkningsudviklingen og forskellige scenarier for tilskudsfordeling.

Adfærdsændringer kan påvirke offentlige udgifter

Der er flere elementer der kan påvirke, hvordan de offentlige udgifter til tandsundhed kommer til at udvikle sig i fremtiden. Et væsentligt element er adfærdsændringer. Det er svært at forudsige, hvilken adfærd over for tandlægebesøg, befolkningen i Danmark vil have i fremtiden. Hvis befolkningen kommer til at gå mere til tandlægen end i dag, kan det få de offentlige udgifter til at stige, og omvendt kan udgifterne falde, hvis befolkningen begynder at have færre tandlægebesøg. Vi har udarbejdet tre forskellige scenarier, der illustrerer, hvordan udgifterne til tandsundheden kan udvikle sig.

Vi fastholder et tilskudsniveau pr. borger i hver aldersgruppe

I alle de beregnede scenarier fastholder vi et konstant tilskudsniveau pr. borger i hver aldersgruppe. Vi fastsætter tilskudsniveauet individuelt for hvert scenarie: I scenarie 1 svarer tilskudsniveauet til det nuværende niveau i aldersgruppen, i scenarie 2 svarer tilskudsniveauet til tilskuddet til de 20 pct. rigeste i aldersgruppen, og i scenarie 3 svarer tilskudsniveauet til niveauet i aldersgruppen i 2007.⁹ For at opretholde disse tilskudsniveauer over tid skal den samlede økonomiske ramme til tilskud reguleres i takt med udviklingen i de offentlige udgifter, som vi viser i figur 4.3.

Scenarie 1: status quo

Det første scenarie er et status quo-scenarie. I dette scenarie antager vi, at aldersgrupperne fremadrettet går til tandlægen, som aldersgrupperne gør i dag.

Scenarie 2: flere prioriterer tandsundhed

Det andet scenarie er et velstandsscenario. Vi har tidligere vist, at dem med høj indkomst har flere tandlægebesøg og højere årlige offentlige tilskud til tandbehandling. I dette scenarie antager vi, at alle i befolkningen begynder at prioritere tandsundhed lige så højt som de rigeste 20 pct. i deres aldersgruppe. Rationalet bag dette scenarie er, at de rigeste 20 pct. i aldersgruppen antages at give et mere retvisende billede af det faktiske behov for tandlægebesøg i hele aldersgruppen. Som vist i afsnit 3 falder antallet af lægebesøg med stigende indkomst, mens antallet af tandlægebesøg stiger med indkomst. Hvis udviklingen i lægebesøg kan ses som en indikator for det underliggende behov, tyder det på, at lavtlønnede underprioriterer tandlægebesøg, selvom deres behov måske minder mere om behovet hos de rigeste. Dette scenarie kalder vi velstandsscenariet, fordi det bygger på en antagelse om, at alle i aldersgruppen kan prioritere tandlægebesøg på et niveau, der i højere grad afspejler deres reelle behov - og at de får samme tilskud som de 20 pct. rigeste i aldersgruppen.

Scenarie 3: midaldrende har flest tandlægebesøg

Det sidste scenarie er baseret på idéen om, at det faktum, at de ældre går så meget til tandlægen i dag, er en generationseffekt. I tidligere år har det været de midaldrende, der gik mest til tandlægen. I dette scenarie antager vi derfor, at vi vender tilbage til en situation, hvor de midaldrende går mest til tandlæge i fremtiden.

Opsummering af scenarier

De tre scenarier er kort opsummeret nedenfor:

- **Scenarie 1:** Status quo: Tilskudsniveauet fra 2023 er fastholdt.
- **Scenarie 2:** Øget velstand: Alle prioriterer tandlægebesøg som de rigeste i aldersgruppen.
- **Scenarie 3:** Tilbage til en tidligere tendens: De midaldrende går mest til tandlæge.

⁹ Tilskudsniveauet i 2007 er omregnet til 2023-priser, så de forskellige tilskudsniveauer kan sammenlignes på tværs af scenarier.

Scenarie 1: udgifter stiger med 100 mio. kr.

I det første scenarie stiger de offentlige udgifter med ca. 100 mio. kr. i 2050. Her antager vi, at de fremtidige aldersgrupper vil have samme tilskudsniveau, som de havde i 2023. Tilskudsniveauet fra 2023 er derfor fastholdt. Tilskuddet pr. person for personer i aldersgruppen 25-34 år er fx fastholdt til ca. 200 kr. om året for alle fremtidige personer, der er i denne aldersgruppe. Udviklingen i dette scenarie er derfor kun drevet af, hvordan befolkningsgrupperne udvikler sig. Befolkningsfremskrivningen forventer fx, at der kommer flere og flere ældre. Dette er med til at øge de offentlige udgifter til tandbehandling, da de ældre, som vi tidligere har vist, i gennemsnit får de højeste tilskud pr. person.

Scenarie 2: udgifter stiger med 400 mio. kr.

I det andet scenarie stiger de offentlige udgifter med ca. 400 mio. kr. i 2050. Her antager vi, at alle i Danmark vil prioritere tandsundheden lige så højt som de rigeste 20 pct. i deres aldersgruppe i dag. Vi har beregnet det gennemsnitlige tilskud til tandlægebesøg i alle aldersgrupper fordelt på indkomstkventiler i 2023. Vi har udregnet, hvordan de offentlige udgifter vil udvikle sig, hvis de forskellige aldersgrupper i 2035 og frem til 2050 går til tandlægen som de rigeste. Stigningen på 400 mio. kr. skyldes, at de rigeste 20 pct. generelt modtager mere i tilskud end de øvrige i aldersgruppen.

Scenarie 3: udgifter stiger med 400 mio. kr.

I det tredje scenarie stiger de offentlige udgifter også med ca. 400 mio. kr. i 2050. Her antager vi, at det især er de midaldrende, der benytter tandplejen mest – i tråd med den tendens, der fx er fra år 2006 til år 2009,¹⁰ jf. tal fra Danmarks Statistik.¹¹ Scenariet bygger på en udvikling, hvor alle aldersgrupper får samme tilskudsniveau som i 2007, hvor de midaldrende var de hyppigste brugere af tandlægeydelser. Den centrale antagelse er, at det nuværende mønster – hvor de ældre går mest til tandlæge – skyldes en generationseffekt.

Der er ikke stor forskel mellem scenarierne

Det er scenarie to, der vil føre til de højeste udgifter. Det skyldes antagelsen om, at hele befolkningen vil prioritere tandsundheden højere og derfor gå mere til tandlæge. På trods af vores beregninger er det vanskeligt at forudsige de faktiske ændringer i de offentlige udgifter til tandsundheden, da det i høj grad afhænger af befolkningens adfærdsmønstre. Vi kan ikke med sikkerhed fastlægge, hvilket scenarie der er mest realistisk.

Vi viser udviklingen i udgifter i de tre scenarier

Udviklingen i de offentlige udgifter frem til år 2050 er illustreret i de tre forskellige scenarier i figur 4.3. De offentlige udgifter over tid er vist i nominale priser i et 2023-prisniveau. Vi renser ikke for fremtidig inflation og forventet prisudvikling. Vi har udregnet et glidende gennemsnit frem mod 2035, så de tre scenarier først slår fuldt igennem i 2035.

Der kan komme højere egenbetaling i fremtiden

Hvis den økonomiske ramme for tilskud ikke bliver reguleret i takt med befolkningsudviklingen og den udgiftsudvikling, der er vist i figur 4.3, kan det føre til højere egenbetaling for borgerne i fremtiden. Det kan påvirke den generelle tandsundhed og have fordelingsmæssige konsekvenser. I vores tre scenarier fastholder vi et tilskudsniveau pr. borger i hver aldersgruppe. For at det kan lade sig gøre, skal den samlede tilskudsramme følge udviklingen i befolkningen og udviklingen i offentlige udgifter vist i figur 4.3.

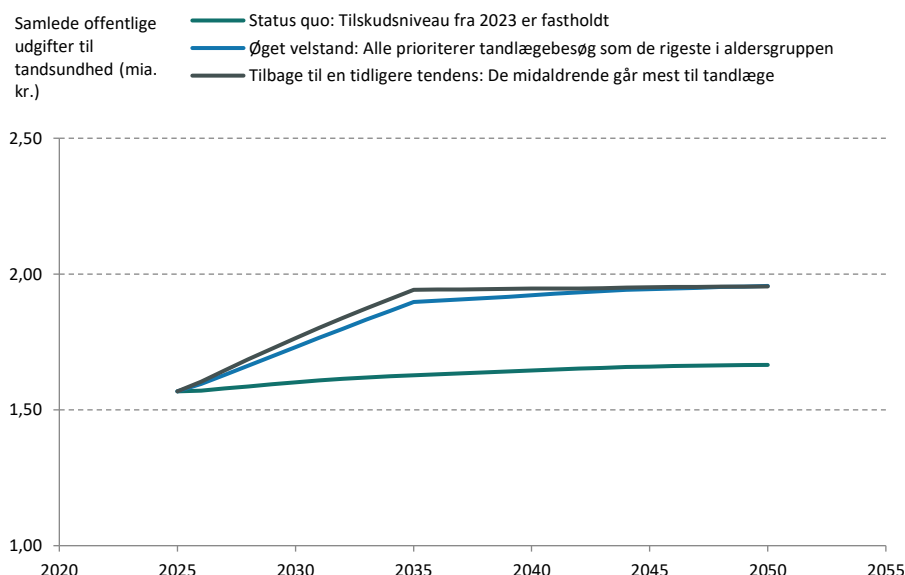
Resultater fra analysen

Vores analyse viser, at de offentlige udgifter i det første scenarie stiger med ca. 100 mio. kr. i 2050 sammenlignet med 1,6 mia. kr. i offentlige udgifter til voksentandpleje i 2024. I det andet og tredje scenarie stiger de offentlige udgifter med ca. 400 mio. kr. i 2050. Udgiftsudviklingen i de tre scenarier er vist i figur 4.3 herunder.

¹⁰ Opgørelsen fra Danmarks Statistik, SYGSOC, starter i 2006.

¹¹ Danmarks Statistik: SYGSOC

Figur 4.3 Befolkningsudviklingen og danskernes adfærd påvirker de offentlige udgifter
Tre scenarier for udviklingen i offentlige udgifter til tandsundhed



Anm.: Vi analyserer offentlige udgifter til voksentandpleje, og analysen dækker derfor kun personer fra 22 år og opefter. I scenariet "Øget velstand" får alle i aldersgruppen samme tilskud som de rigeste 20 pct. i aldersgruppen i dag. I scenariet "Tilbage til en tidligere tendens" er tilskudsniveauet som i 2007, hvor de midaldrende får mest i tilskud. Tilskudsniveauerne for 2007 er fremskrevet til 2023-priser.
 Kilde: Egne beregninger pba. takstmapper fra OKPORTAL i 2023 for tandlægehjælp og tandpleje og registre fra Danmarks Statistik: BEF og SSSY og befolkningsfremskrivning fra Danmarks Statistik: FRDK124.

Flere forhold kan påvirke offentlige udgifter til tandsundhed

Flere forhold kan påvirke de offentlige udgifter til voksentandplejen. I scenarierne ovenfor har vi udelukkende fokuseret på befolkningsudviklingen og forskellige niveauer for tilskud i forskellige befolkningsgrupper. Herunder præsenterer vi tre eksempler på øvrige faktorer, der også kan få betydning for de offentlige udgifter: Det første eksempel handler om prisen på tandlægeydelser, det andet om flere tilfælde af type 2-diabetes.

Højere priser kan øge de offentlige udgifter til tilskud

Det første eksempel vedrører prisen på tandlægeydelser. Hvis priserne på tilskudsberettigede behandlinger stiger hurtigere end hidtil, og tilskudsandelen forbliver uændret, vil de offentlige udgifter stige. I afsnit 5.3 viser vi, at de faste tandlægepriser, som fastsættes via honorartabeller, er steget mindre end både de frie tandlægepriser, priser på øvrige sundhedsydelser og den generelle prisudvikling i samfundet. Hvis udviklingen i de faste priser på tandlægeydelser fremover følger de øvrige prisudviklinger, vil de offentlige udgifter, alt andet lige, stige mere, end vores scenarier viser. I perioden 2018-2024 steg de faste tandlægepriser med 11 pct. I samme periode var den generelle prisudvikling i samfundet på 16,5 pct., jf. Rigsrevisionen (2025).

Andre adfærdsmændringer kan også påvirke udviklingen i udgifter

Det andet eksempel handler om, hvordan sygdomsmønstre – især type 2-diabetes – kan påvirke udgifterne. Vores tre scenarier fokuserer på ændringer i tandlægebesøg, men læn-gerevarende adfærdsmændringer og sygdom kan også få betydning. Ny forskning fra Steno Diabetes Center Aarhus peger på en sammenhæng mellem type 2-diabetes og dårlig tand-sundhed: Personer med type 2-diabetes har næsten 50 pct. højere risiko for dårlig tand-sundhed sammenlignet med personer uden diabetes (Aarhus Universitetshospital, 2024).

Type 2-diabetes kan påvirke udgifter til tandsundhed

Sygdomstilfælde som fx type 2-diabetes kan påvirke de offentlige udgifter over tid. Antallet af diagnosticerede med type 2-diabetes er stigende; i Danmark lever mindst 325.000

mennesker med type 2-diabetes, og dette tal forventes at stige til 420.000 i 2030 (Diabetesforeningen, 2024). Når flere får sygdommen, og de samtidig har et større tandlægebehov, må vi forvente, at de offentlige udgifter til tandsundhed også vil stige. Desuden er man i større risiko for at udvikle sygdom i munden, når man har en kronisk sygdom, som man tager medicin for, grundet bivirkninger fra medicinen såsom mundtørhed. Tandtænketaenken (2024) beskriver fx, at der kan være sammenhæng mellem parodontitis og hjertekar-sygdomme, ligesom parodontitis kan have sammenhæng med psoriasis, leddegigt, osteoporose, Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom og en række andre kroniske sygdomme. Sådanne sygdomsmønstre har vi ikke medregnet i de tre ovenstående scenarier, men de er værd at have for øje, da de potentielt kan have en væsentlig påvirkning på de offentlige udgifter over tid.

Behandlingsefterslæb som følge af besparelser

Det tredje eksempel vedrører et muligt behandlingsefterslæb som følge af rammenedsættelser og besparelser på kontrolundersøgelser og tandrensninger i perioden efter 2012. Siden 2012 er rammen for tilskud til nævnte behandlinger reduceret med i alt 300 mio. kr. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025; Sundheds- og Ældreudvalget, 2017). Det hænger fx sammen med, at Sundhedsstyrelsen i 2015 indførte trafiklysmodellen, der forsøger at målrette nævnte behandlinger mod dem, der har mest behov. Styrelsen forventede, at 45-50 pct. af den voksne befolkning ville befinde sig i kategorien med mindst behov og reducere på den baggrund rammen for tilskud. Når der kan være et behandlingsefterslæb, skyldes det, at det især er de lavtlønnede, der går mindre til tandlægen efter målretningen. Der er ikke nogen grund til at tro, at personer med lav løn har mindre behov for tandbehandling end andre. Desuden har det vist sig, at andelen af befolkningen i kategorien med mindst behov har vist sig at være mindre end forudsat af Sundhedsstyrelsen, jf. Rigsrevisionen (2025). Der er derfor grund til at tro, at der er et uopfyldt behov for tandbehandling, som kan resultere i en stigning i de nødvendige behandlinger fremover. Opfyldelsen af de uopfyldte behov i de kommende år kan føre til stigende offentlige udgifter til tandbehandling.

4.3 Opsummering af hovedpointer fra kapitlets analyser

Ny tendens: ældre går nu mest til tandlægen

Vi finder, at ældre går oftere til tandlægen i 2023 end i 2007, mens personer under pensionsalderen går sjældnere til tandlægen. Der kan være flere årsager til, at det er de ældre i samfundet, der nu går mest til tandlægen. Vores analyse peger på følgende fire årsager:

- I 2007 gik de midaldrende mest til tandlægen. Flere personer i gruppen af midaldrende i 2007 er i gruppen af ældre i 2023, og det tyder på, at denne gruppe af personer prioriterer tandlægebesøg i samme høje grad, som de gjorde i 2007. Tendensen kan derfor være drevet af en generationseffekt.
- Flere ældre har stadig deres tænder sammenlignet med tidligere generationer.
- Generationen af ældre har prioriteret tandsundhed højere end andre generationer.
- De ældre har fået en bedre økonomi.

Offentlige udgifter kan stige med 400 mio. kr. i 2050

Fremtidige offentlige udgifter til tandsundhed vil afhænge af både befolkningsudvikling og ændringer i adfærdsmønstre. Vi præsenterer tre scenarier, der hver giver et bud på, hvordan de offentlige udgifter kan udvikle sig. Vi tager udgangspunkt i befolkningsudviklingen

og forskellige scenarier for adfærdsmønstre. Vores analyse viser, at de offentlige udgifter stiger fra 1,6 mia. kr. i 2024 til ca. 2 mia. kr. i 2050, hvis hele befolkningen prioriterer tandlægebesøg som de rigeste 20 pct. i deres aldersgruppe. Vi ser samme stigningsniveau i de offentlige udgifter i 2050, hvis vi frem mod 2050 vender tilbage til en tidligere tendens, hvor de midaldrende går mest til tandlæge. De offentlige udgifter til tandsundhed vil derimod stige med 100 mio. kr. i 2050, hvis adfærdsmønstre og tilskudsfordeling forbliver som i dag.

**Finansieringsmodel
for ekstraregning
kan påvirke social
ulighed**

Vores analyse viser, at der vil komme en ekstraregning til tandbehandling i fremtiden. Hvordan man finansierer regningen kan have konsekvenser for tandsundheden og den sociale ulighed. Tandtænk tanken (2024) foreslår, at den samlede økonomiske ramme til behandling hos privatpraktiserende tandlæge reguleres med den demografiske udvikling.

Prisen på de faste tandlægeydelser halter bagefter den generelle prisudvikling i samfundet. Klinikejerne må overkomme stigende omkostninger ved at hæve prisen på de frie ydelser.

5. Administrative byrder og regulering påvirker tandlægebranchen

Indhold i kapitlet

I dette kapitel er der tre afsnit. I de tre afsnit beskriver vi, hvordan de administrative byrder og regulering påvirker tandlægebranchen, og vi undersøger prisudviklingen i forskellige tandbehandlinger. Der findes tre forskellige pristyper af tandbehandling: 1) faste priser, 2) frie priser med tilskud, 3) frie priser uden tilskud. Prisen for tandbehandling 1 og 2 er fastsat årligt ved honorartabellerne, jf. afsnit 3.3. Prisen på tandbehandling 3 er ikke fast prissat gennem honorartabellerne. Tandlægerne kan selv sætte priserne på disse ydelser. De frie ydelser omfatter fx kroner og bedøvelse.

Indhold i de tre afsnit

I det første afsnit beskriver vi, hvordan særloven har påvirket tandlægerne med fokus på, hvordan deres arbejdstid fordeles på forskellige arbejdsopgaver. I det andet afsnit undersøger vi, hvordan nye reguleringer påvirker priserne på frie tandlægeydelser. I det tredje afsnit gennemgår vi forskelle i prisudviklingen i frie og faste tandlægeydelser.

Konklusion på analyser i kapitlet

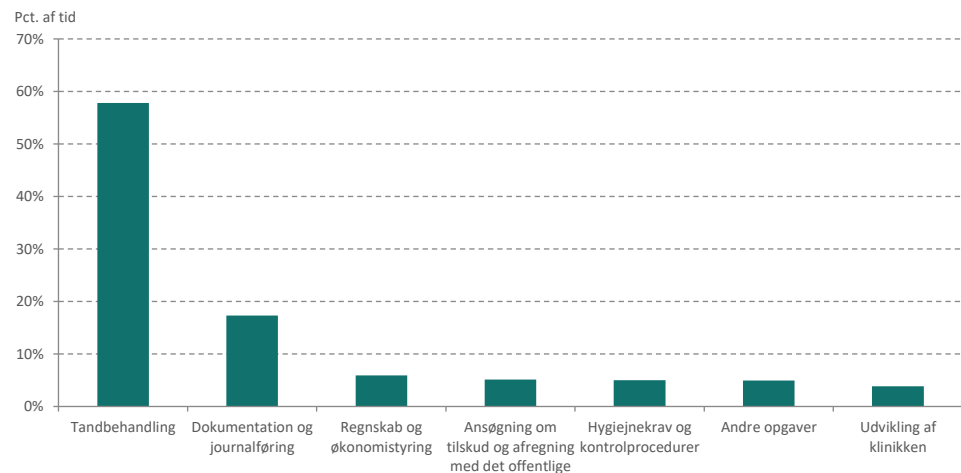
Vi finder, at tandlægerne mener, at særloven har påvirket deres økonomi i tandlægeklinikken negativt og ført til mere administration. Tandlægerne bruger 40 pct. af deres arbejdstid på administrative opgaver. For at kompensere for stigningen i administrative byrder og ny regulering vælger tandlægerne at hæve prisen på de frie tandlægeydelser.

5.1 Tandlægerne bruger mere tid på administration

Særloven påvirker økonomien negativt og giver mere administration

Særloven har påvirket økonomien i tandlægeklinikkerne negativt og ført til flere administrative opgaver. Ca. 70 pct. af tandlægerne mener, at særloven har påvirket økonomien i tandlægeklinikken negativt. Derudover mener ca. 80 pct. af tandlægerne, at de administrative opgaver fylder mere under særloven sammenlignet med overenskomsten. Tandlægerne bruger en stor andel af deres arbejdsdag på at følge reguleringer, jf. figur 5.1.

Figur 5.1 Tandlæger bruger en stor del af deres tid på andre opgaver end tandbehandling
Tandlægenes fordeling af deres arbejdstid på forskellige opgaver



Anm.: Der er 82 respondenter til spørgsmålet. Ca. 12 pct. svaret, at de arbejder som tandlæge, og 88 pct. arbejder både som tandlæge og kliniker. Undersøger vi besvarelsene fra dem, der kun er tandlæge, er tidsfordelingen næsten ens.
Kilde: Svar fra spørgeskema.

Tandlæger bruger 40 pct. af deres tid på administration

Vi ser, at tandlægerne bruger omkring 60 pct. af deres arbejdsdag på tandbehandlinger. De resterende 40 pct. er fordelt på administrative opgaver. Den største administrative post er dokumentation og journalføring, der udgør ca. 20 pct. af den samlede arbejdsdag. Samlet set er det altså en stor del af tandlægenes arbejdsdag, der går med andet end tandbehandling.

Tandlæger synes, at reguleringen er delvis meningsfuld

Tandlægerne mener generelt, at kravene under den nuværende hygiejne- og arbejdsmiljøregulering kun delvist er meningsfulde. Besvarelsene tyder på, at reguleringerne har en negativ påvirkning på tandklinikernes økonomi, og at de i øvrigt ikke opleves helt meningsfulde.

5.2 Administrative byrder og regulering hæver prisen på de frie ydelser

Øget administration får tandlæger til at hæve prisen

De nye reguleringer fører til øgede administrative opgaver, og det får priserne til at stige på de frie tandlægeydelser. Mere end 90 pct. af alle tandlæger har været nødt til at hæve priserne på de frie ydelser på grund af stigende administrative opgaver de seneste 10 år. Derudover hæver tandlægerne prisen på de frie tandbehandlinger for at dække omkostningerne ved ny regulering.

Ny forsikringspligt medfører meromkostning

Den nye og lovpligtige patientskadeforsikring for tandlæger medfører en meromkostning for klinikerne. I bilag 2 laver vi en økonomisk gennemgang af konsekvenserne for tandlægerne ved at indføre forsikringspligt.

Flere omkostninger i branchen vil føre til højere priser

Indenrigs- og sundhedsministeren vurderer i et folketingsvar, at en indførsel af en maksimal forsikringsdækning på 1 mio. kr. pr. skade i forbindelse med tandlægenes forsikringspligt vil "begrænse risikoen for, at tandlægerne føler sig nødsaget til at overføre udgifterne til patienterne" (Indenrigs- og Sundhedsministerier, 2024). På baggrund af interview med

tandlæger vurderer vi imidlertid, at øgede omkostninger til forsikring fører til højere tandlægepriser.

5.3 Der er stor forskel på prisudviklingen i faste priser og frie priser

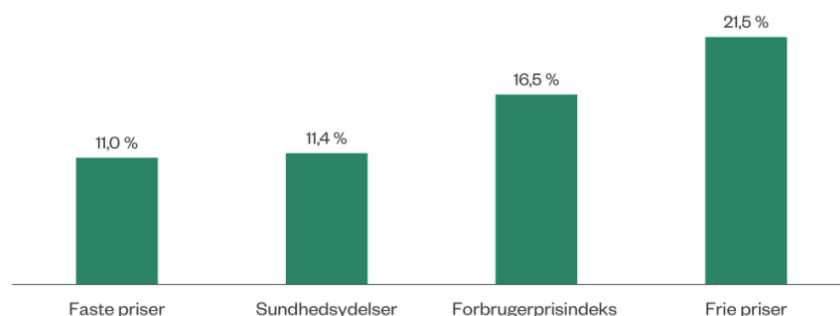
Prisen på faste ydelser følger ikke den generelle prisudvikling

Der er stor forskel i prisudvikling i faste og frie priser

Priserne på faste tandlægeydelser følger ikke med den generelle prisudvikling målt ved forbrugerprisindekset.¹² Rigsrevisionen (2025) har undersøgt, hvordan tandlægepriserne har udviklet sig fra 2018-2024. Vi viser resultaterne fra Rigsrevisionen (2025) i figur 5.2. Undersøgelsen viser tre væsentlige resultater.

For det første er de faste priser steget mindre end den generelle prisudvikling målt ved forbrugerprisindekset. For det andet er de faste priser steget mindre end de andre sundhedsydelser. For det tredje er de frie priser steget næsten dobbelt så meget som de faste priser.

Figur 5.2 Der er stor forskel i prisudviklingen på faste og frie tandbehandlinger
Udvikling i faste og frie tandlægepriser, sundhedspriser, forbrugerpriser, 2018-2024



Anm.: Resultaterne for prisudviklingen i de frie priser fra Rigsrevisionen (2025) skal tages med en række forbehold: 1) Priserne er vægtet ligeligt, og tager ikke højde for, at nogle ydelser bliver lavet oftere end andre. 2) De 14 ydelser er valgt ud fra, at tandlæger skal offentliggøre priserne. De 14 ydelser kan derfor ikke ses som en repræsentativ varekurv. 3) Uændrede priser fra klinikhjemmesider fra 2018-2024 er medtaget. Dette kan trække prisudviklingen ned.

Kilde: Rigsrevisionen (2025).

Private udgifter til tandsundhed kan stige i fremtiden

De private udgifter til tandsundhed vil forventeligt stige i fremtiden, hvis udgiftsstyringen af de offentlige tilskud fortsætter som i dag, hvor tilskudsrammen ikke følger den demografiske udvikling. Priserne og tilskuddene på de faste behandlinger bliver ikke reguleret i takt med befolkningsudviklingen eller den generelle prisudvikling i Danmark. Samtidig får tandlægerne flere administrative opgaver og hæver derfor priserne på de frie tandlægeydelser, hvilket påvirker de private udgifter til tandsundhed. Figuren ovenfor viser denne udvikling: Priserne på frie tandbehandlinger er steget med 21,5 pct. fra 2018 til 2024, mens priserne på faste behandlinger kun er steget med 11 pct. Til sammenligning er den generelle prisudvikling i samme periode 16,5 pct.

Faste priser følger ikke den generelle prisudvikling

Resultaterne fra Rigsrevisionen (2025) peger på en skævhed i udviklingen af priser på tandbehandlinger. De faste priser er ikke blevet reguleret til at følge den generelle prisudvikling i samfundet, hvilket kan være en forklaring på, hvorfor de frie priser er steget markant. Tandlægerne kan have valgt at hæve priserne på de frie priser for at kompensere for, at de

¹² Forbrugerprisindekset viser, hvordan gennemsnitspriser på varer og tjenester ændrer sig over tid. Når forbrugerprisindekset stiger, betyder det, at priserne i samfundet er steget.

faste priser ikke følger med den generelle prisudvikling i samfundet, som også afspejler prisen på de redskaber og materialer, tandlægerne bruger til behandlinger og undersøgelser.

**Resultater fra
Rigsrevisionen skal
tages med forbehold**

Resultaterne for prisudviklingen i de frie priser fra Rigsrevisionen (2025) skal tages med en række forbehold:

- Rigsrevisionen har vægtet alle priser ligeligt for de ydelser, de undersøger, og tager ikke højde for, at nogle ydelser bliver lavet oftere end andre.
- Rigsrevisionen har valgt 14 ydelser med udgangspunkt i, at tandlægerne har pligt til at offentliggøre prisoplysninger på netop disse ydelser. De 14 ydelser kan derfor ikke ses som en repræsentativ varekurv af tandlægeydelser.
- Uændrede priser på ydelser fra en tandlægekliniks hjemmeside fra 2018 til 2024 er medtaget i beregningen. Dette kan presse prisudviklingen ned.

**Rigsrevisionen
undersøger prisen
på 14 frie ydelser**

Rigsrevisionen har udregnet prisen på de frie priser ved at undersøge prisen på 14 ydelser i 2018 og 2024. De 14 ydelser og Rigsrevisionen fremgangsmåde er beskrevet i boks 5.1 herunder.

Boks 5.1 Sådan beregner Rigsrevisionen prisudviklingen i de frie priser

I analysen af prisudviklingen har Rigsrevisionen (2025) sammenlignet priserne i 2018 med priserne i 2024 for 14 ydelser. Tandlægerne har pligt til at offentliggøre prisoplysninger på alle 14 ydelser. Analysen tager udgangspunkt i en stikprøve, som består af 221 tilfældigt valgte klinikker.

De historiske priser er fundet ved hjælp af hjemmesiden Internet Archive, som indeholder historiske versioner af hjemmesider. Hvis Rigsrevisionen (2025) ikke har haft mulighed for at finde en historisk version af en tandlægekliniks hjemmeside, eller hjemmesiden ikke indeholder priser, har de med samme metode fremsøgt priserne fra Sundhed.dk via Tandlægeindex.dk.

Rigsrevisionen (2025) har vægtet alle priser ligeligt i deres analyse, da de ikke har kendskab til, hvor hyppigt alle ydelser anvendes.

De 14 ydelser, som Rigsrevisionen (2025) medtager i deres analyse er:

- fyldning, 2 flader i lille kindtand i underkæbe (præmolar)
- fyldning, 2 flader i stor kindtand i underkæbe (molar)
- fyldning, 3 flader i lille kindtand (præmolar)
- fyldning, 4 flader i lille kindtand (præmolar)
- fyldning, 4 flader i stor kindtand i underkæbe (molar)
- fyldning, 5 flader i lille kindtand (præmolar)
- fyldning, 5 flader i stor kindtand (molar)
- porcelænskrone til fortand i overkæbe
- krone fremstillet i alternativt metal med påbrændt porcelæn på stor kindtand i underkæbe (molar)
- rodbehandling i 4 kanaler i stor kindtand i underkæbe
- en hård bideskinne
- treleddet bro
- operativ fjernelse af tand
- operativ fjernelse af visdomstand.

5.4 Opsummering af hovedpointer fra kapitlets analyser

Opsummering af pointer fra kapitlet

Med afsæt i ovenstående analyser finder vi, at den nuværende regulering af tandlægebranchen pålægger tandlægerne omfattende administrative opgaver, hvilket øger både arbejdsbyrden og omkostningerne. For at kompensere for de øgede administrative opgaver vælger flere tandlæger at hæve prisen på de frie tandlægeydelser. Det kan have den konsekvens, at socialt udsatte fravælger nødvendige behandlinger eller bedøvelse, hvilket kan medføre en øget social ulighed i tandsundhed. Prisen på tandlægeydelser er nemlig den hyppigste årsag til, at personer i Danmark har et uopfyldt tandlægebesøg, jf. Danmarks Statistik.¹³ Det er vigtigt, at myndighederne er fuldt bevidste om de konsekvenser, reguleringen medfører, fx ved i højere grad at udarbejde konsekvensvurderinger og effektvurderinger, hvor adfærdseffekterne for tandlæger og patienter analyseres.

¹³ Danmarks Statistik: SILC100

6. Litteraturliste

Aarhus Universitetshospital. (2024). Personer med type 2-diabetes har dårlig tandsundhed. Aarhus Universitet. Faculty of Health. <https://health.au.dk/display/artikel/personer-med-type-2-diabetes-har-daarlig-tandsundhed>

Diabetesforeningen. (2024). Diabetes i tal, 2024. https://diabetes.dk/media/qknbgz2x/diabetes_2024_low.pdf

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). Folketingets Sundhedsudvalg. Besvarelse af spørgsmål. Patientsikkerhed og Lovkvalitet. <https://www.ft.dk/samling/20241/lovforslag/l59/spm/4/svar/2096603/2950886.pdf>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025). Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge. BEK nr 596 af 28/05/2025. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2025/596>

Petersen, P. E., Davidsen, M., Jensen, H. R., Ekholm, O., & Christensen, A. I. (2021). Trends in dentate status and preventive dental visits of the adult population in Denmark over 30 years (1987–2017). European Journal of Oral Sciences, 129(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34218468/>

Rigsrevisionen. (2025). Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Forvaltningen af tilskud til tandlægebehandling. <https://www.rigsrevisionen.dk/Media/638796162677994425/SR1524.pdf>

Sundheds- og Ældreudvalget (2017). Notat om baggrunden for og forståelsen af økonomiaftalen i Tandlægeoverenskomstens bilag 1. <https://www.ft.dk/samling/20171/alm-del/SUU/bilag/297/1883470/index.htm>

Tænketanken for Voksentandpleje – Tandtænketanken (2024). Høj tandsundhed, stærk faglighed og mindre ulighed. Fem pejlemærker og 35 anbefalinger til fremtidens voksentandpleje fra Tænketank for Voksentandpleje – Tandtænketanken. https://www.tandlaegeforeningen.dk/media/19351/taenketanken-for-voksentandplejen-2024_v2.pdf

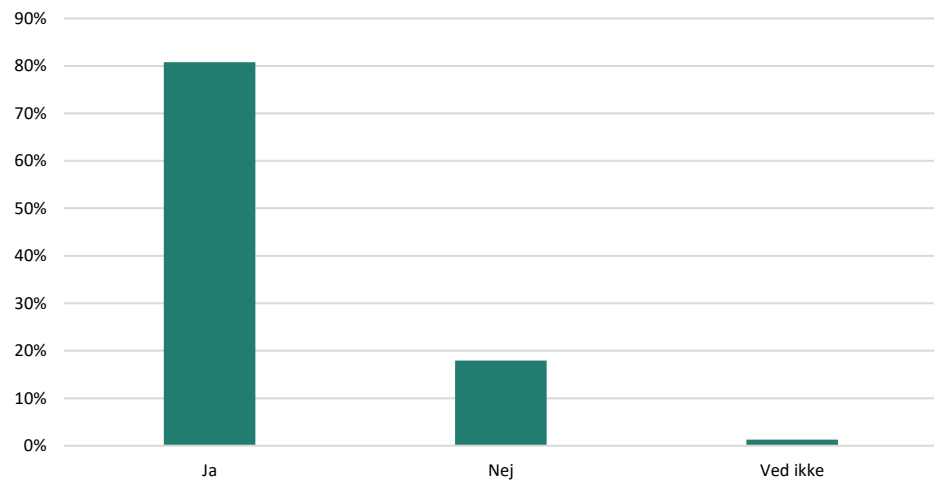
7. Bilag 1: Tabeller og figurer

Tabel 7.1 Skema over regelmæssige og alvorlige tandbehandlinger i 2009-2013 og 2019-2023

Regelmæssige behandlinger			
2009-2013		2019-2023	
Navn	Ydelseskode	Navn	Ydelseskode
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse (fra 26 år)	501140 & 491140	Diagnostisk grundundersøgelse (DGBU) fra 26 år	501112 & 491112
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse (18-25 år)	501141 & 491141	Diagnostisk grundundersøgelse (DGBU) 18-25 år	501113 & 491113
		Status undersøgelse fra 26	501114 & 491114
		Status undersøgelse 18-25	501115 & 491115
Diagnostisk og forebyggende grundydelse (2009-2010)			
Udvidet diagnostisk grundydelse (2011-2013)	502910	Udvidet diagnostisk grundundersøgelse	501111
Tandrensning a	501301 & 491301	Tandrensning a	501301 & 491301
Tandrensning b	501302 & 491302	Tandrensning b	501302 & 491302
Alvorlige behandlinger			
2009-2013		2019-2023	
Navn	Ydelseskode	Navn	Ydelseskode
Udtrækning pr. tand	501701	Tandudtrækning pr. tand	501701
Operativ fjernelse af tand m.v.	501801	Operativ fjernelse af tand mv.	501801
Pulpaoverkapning	501600	Rodbehandling (pulpaoverkapning)	501600
Koronal amputation	501601	Rodbehandling (koronal amputation)	501601
Akut oplukning til og nødvendig udrensning af rodkanaler	501605	Rodbehandling (Akut oplukning til og nødvendig udrensning af rodkanaler)	501605
Apikal amputation og rodfyldning pr. kanal	501606	Rodbehandling (apikal amputation og rodfyld pr. kanal)	501606

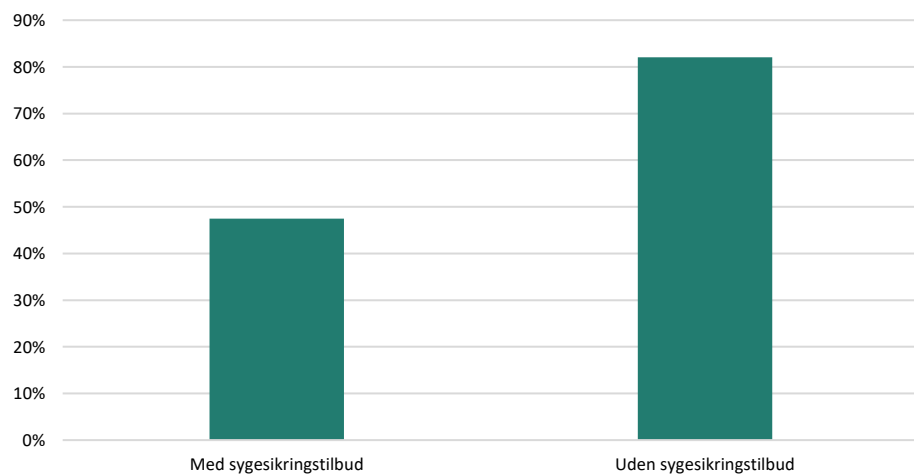
Kilde: Egen tilvirkning pba. ydelseskoder fra Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 7.1 Socialt udsatte takker ofte nej til fagligt korrekte behandlinger
Tandlægenes svar på, om socialt udsatte takker nej til fagligt korrekte behandlinger?



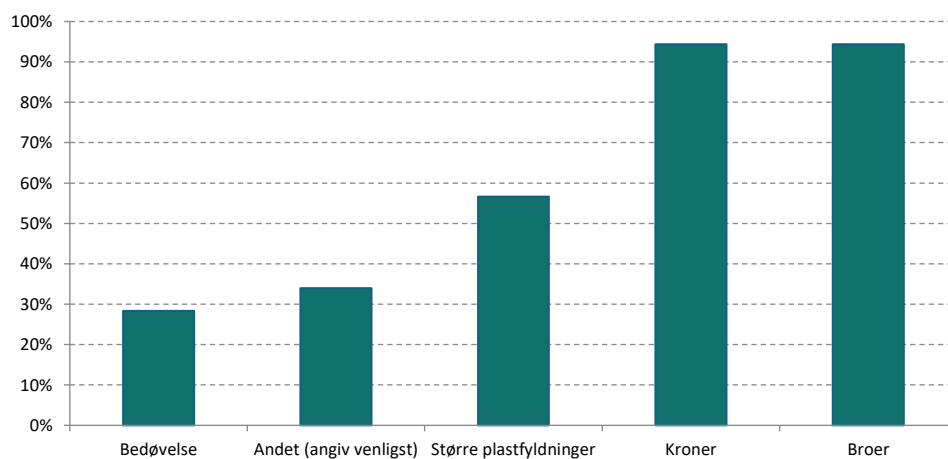
Anm.: 78 respondenter: 14 via interview og 64 via elektronisk spørgeskema.
Kilde: Svar fra spørgeskema.

Figur 7.2 Socialt udsatte takker oftere nej til behandlinger uden sygesikringstilskud
Tandlægenes svar på, om du oplever, at socialt udsatte takker nej til behandling?



Anm.: 78 respondenter: 14 via interview og 64 via elektronisk spørgeskema.
Kilde: Svar fra spørgeskema.

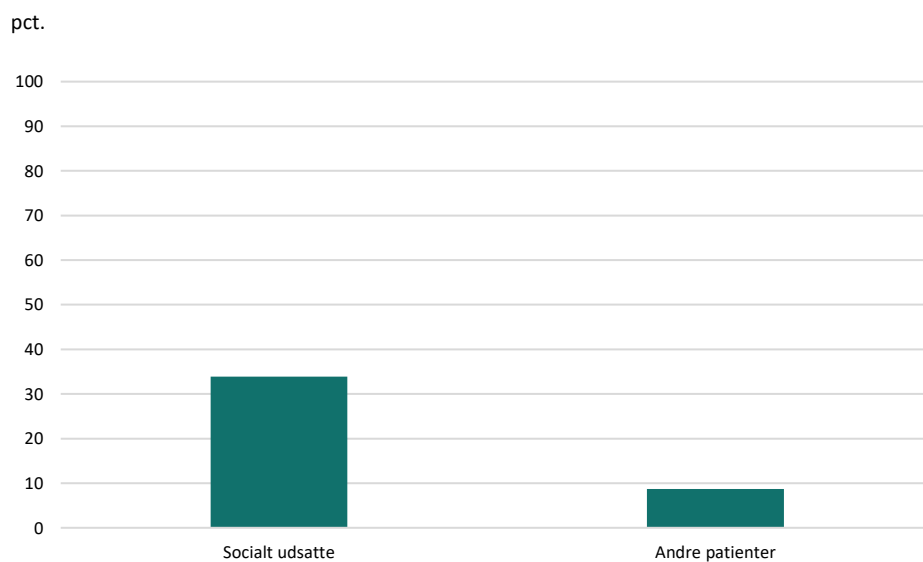
Figur 7.3 Socialt udsatte takker særligt nej til kroner og broer
Tandlægenes svar på, hvilke behandlinger socialt udsatte takker nej til?



Anm.: 53 respondenter via elektronisk spørgeskema.

Kilde: Svar fra spørgeskema.

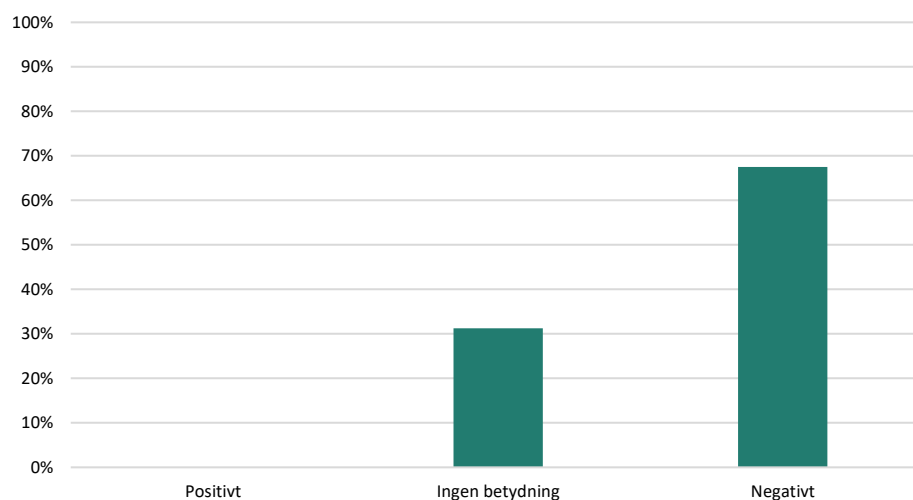
Figur 7.4 Socialt udsatte udebliver mere end tre gange så hyppigt som andre patienter
Tandlægenes svar på, hvor ofte patienter udebliver (pct. af gangene)



Anm.: Udeblivelse (socialt udsatte): 72 respondenter: 9 via interview og 63 via elektronisk spørgeskema. Udeblivelse (andre patienter): 70 respondenter: 8 via interview og 62 via elektronisk spørgeskema.

Kilde: Svar fra spørgeskema.

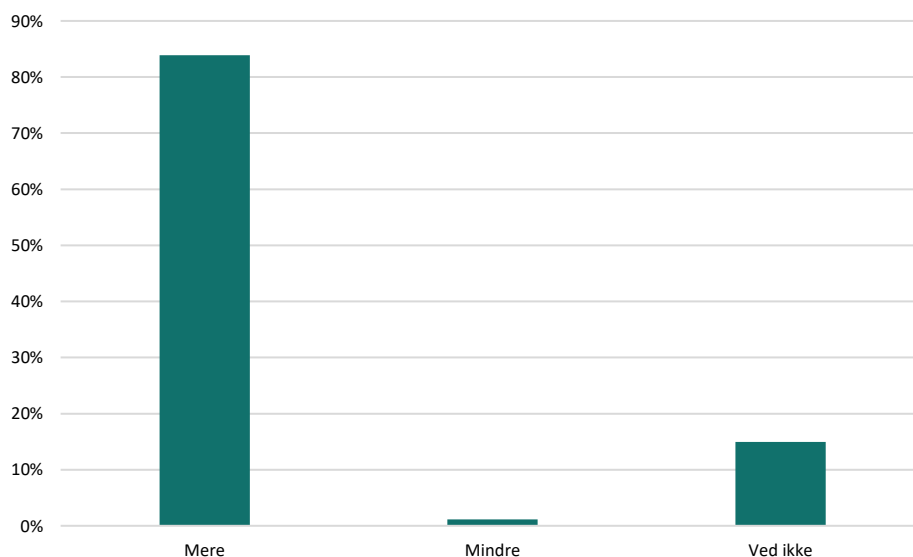
Figur 7.5 Ca. 70 pct. af tandlægerne mener, at særloven har påvirket økonomien negativt
Tandlægenes svar på, hvordan har særloven påvirket deres kliniks økonomi?



Anm.: 80 respondenter via elektronisk spørgeskema.

Kilde: Svar fra spørgeskema.

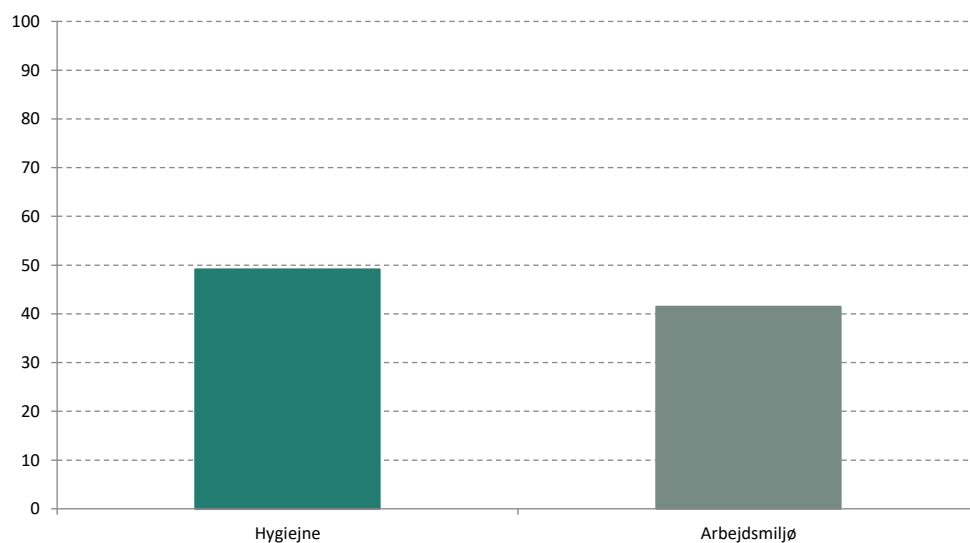
Figur 7.6 80 pct. af tandlægerne mener, at de adm. opgaver fylder mere under særloven
Tandlægenes svar på, om de administrative opgaver fylder mere under særloven



Anm.: 87 respondenter: 9 via interview og 78 via elektronisk spørgeskema. Spørgsmål: "Sammenlignet med den gamle overenskomst fylder de administrative opgaver nu _____ (Vælg det ord der passer)"

Kilde: Svar fra spørgeskema.

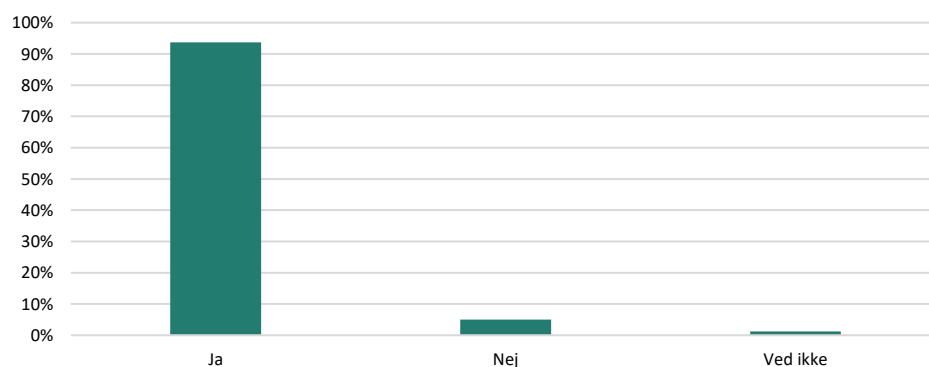
Figur 7.7 Tandlægerne synes kun, at reguleringerne er delvist meningsfulde
Tandlægenes svar på, om de synes at reguleringerne er meningsfulde



Anm.: Hygiejne: 70 respondenter via elektronisk spørgeskema. Arbejdsmiljø: 65 respondenter via elektronisk spørgeskema. Spørgsmål: "Synes du generelt, at kravene, under den nuværende hygiejne- og arbejdsmiljøregulering, er meningsfulde?". På en skala fra 0-100, hvor 0=nej, 50=delvist, 100=ja. Hhv. 70 og 65 respondenter.

Kilde: Svar fra spørgeskema.

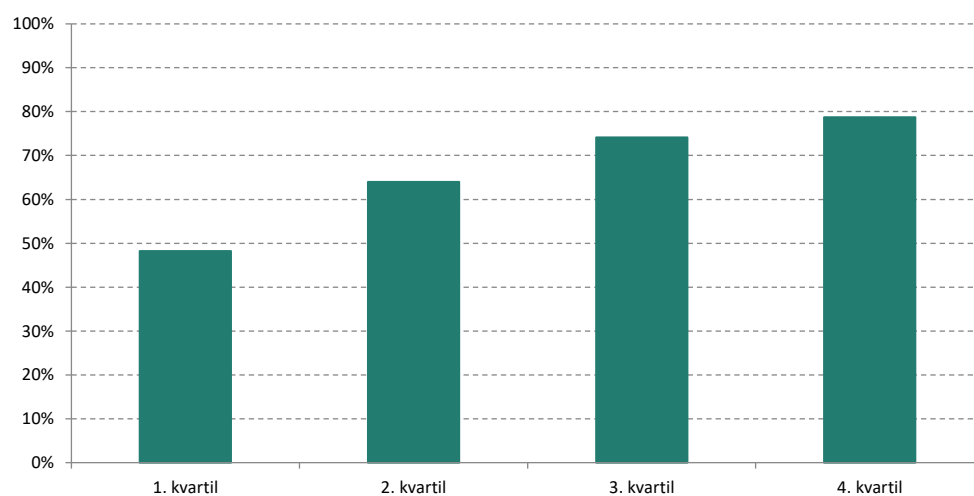
Figur 7.8 90 pct. af tandlægerne har hævet priserne grundet stigende adm. opgaver
Tandlægenes svar på, om de har hævet priserne de seneste 10 år?



Anm.: 80 respondenter: 8 via interview og 72 via elektronisk spørgeskema. Spørgsmål "Har du været nødt til at hæve priserne på de frie ydelser på grund af stigende administrative opgaver de seneste 10 år".

Kilde: Svar fra spørgeskema.

Figur 7.9 Personer over 60 år med højere indkomst går mere til tandlægen
Pct. af personer over 60 år med tandlægebesøg i 2023 fordelt på indkomstkvarterer



Kilde: Egne beregninger pba. Danmarks Statistik: SYGKIND

8. Bilag 2: Konsekvenser for tandlægerne ved at indføre forsikringspligt – en økonomisk gennemgang

8.1 Baggrund

Forsikringspligt for tandlæger bliver indført i 2025

1. januar 2025 blev der indført forsikringspligt for alle privatpraktiserende tandlæger. Forsikringspligten indebærer et lovpligtigt krav om, at tandlæger skal tegne forsikring for krav om erstatning og godtgørelse for skader sket under behandling i deres klinik. Tandlægerne skal dække skader på op til og med 1 mio. kr. Skader over 1 mio. kr. dækkes af regionerne.

Tidligere var det regionernes opgave

Det lægges til grund:

- Forinden d. 1. januar 2025 havde regionerne erstatningsansvaret for skader over 10.000 kr. Privatpraktiserende tandlæger, der praktiserede under ydernummer med offentligt tilskud, var pligtige til at bidrage til den obligatoriske ordning under Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning for at dække skader mellem 1.000 kr. og 10.000 kr.

Bilag beskriver forsikringspligtens konsekvenser

Dette bilag beskriver, hvordan tandlægerne bliver økonomisk påvirket af, at der bliver indført forsikringspligt.

8.2 Konklusion og opsummering af bilagets resultater

Hovedbudskaber i bilaget

Der er fire hovedbudskaber i dette bilagsnotat. Hovedbudskaberne er:

- Tandlægerne bliver påført meromkostninger på tre forskellige måder: 1) man indfører en forsikringspligt for tandlægerne for tandskadeerstatninger, 2) man sænker tandlægenes honorar for tandbehandlinger omfattet af fastprisbestemmelserne i særloven, og 3) man sænker den økonomiske ramme for tilskud til tandbehandling.
- Regionerne får en besparelse ved ikke at skulle håndtere tandskadeerstatninger fremover.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet sætter rammen og honoraret ned med henvisning til indførelse af forsikringspligten. Regionerne bliver imidlertid ikke påvirket af nedsættelsen af honoraret til tandlægerne, og sænkelsen af den økonomiske ramme medfører en regional besparelse. Det synes derfor ulogisk, at tilskudsrammen og honoraret sættes ned med henvisning til, at der pålægges en meromkostning for tandlægerne i form af forsikringspligt, når besparelsen tilfalder regionerne.
- Grundlaget for honorarnedsættelsen og rammenedsættelsen som følge af forsikringspligten til tandlægerne synes uklart.

8.3 Begrebsafklaring

Inden vi beskriver konsekvenserne ved forskellige elementer ved at indføre forsikringspligt, afklarer vi først en række begreber. Vi beskriver først i tabel 8.1 to forskellige omkostninger vedrørende forsikring: omkostninger til forsikringspræmie og omkostninger til administration af forsikringer. Dernæst beskriver vi i tabel 8.2 forskellen mellem prisfastsættelsen af tre grupper af tandlægeydelser. Endeligt beskriver vi, hvad den økonomiske ramme og honorarer dækker over.

Tabel 8.1 To forskellige omkostninger vedrørende forsikring

Komponenter	Forklaring
Forsikringspræmier	Forsikringspræmien er omkostningerne ved at være dækket af et forsikringsselskab. Præmien dækker både udbetaling af erstatninger og forsikringsselskabets omkostninger til at administrere forsikringen.
Omkostninger til administration af forsikringer	Omkostninger til Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen, der håndterer klager vedrørende skader.

Vi beskriver nedenfor de forskellige grupper af tandlægeydelser. Der findes tre forskellige tandlægeydelser: ydelser med fast pris og tilskud, ydelser med frie priser og tilskud og ydelser med frie priser uden tilskud. De tre ydelser er forklaret herunder i tabel 8.2.

Tabel 8.2 Tre forskellige tandlægeydelser

Ydelse	Økonomisk betydning
Ydelser med faste priser og tilskud	Nogle behandlinger har en fast pris for patienterne, dvs. at alle patienter i hele landet betaler den samme pris for behandlingerne. Det gælder fx statusundersøgelser, tandudtrækninger og tandrodsrensninger. Der er et tilskud til tandbehandling med faste priser. Tilskuddet er reguleret ved en særlov.
Ydelser med frie priser og tilskud	Nogle ydelser har frie priser, og tandlægerne kan selv fastsætte prisen. For nogle af disse ydelser er der også et tilskud til behandlingen. Det gælder fx operativ fjernelse af tand og plastfyldning.
Ydelser med frie priser	Endeligt er der ydelser, hvor tandlægerne frit kan fastsætte prisen, men hvor der ikke gives et tilskud til behandlingen. Det gælder fx kroner og bedøvelse.

Økonomisk ramme sætter et loft for det samlede tilskud

Regionsrådenes tilskud til tandlægehjælp er begrænset til en årlig økonomisk ramme. Den økonomiske ramme for tilskud er til patienterne. Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter den årlige økonomiske ramme. Det fremgår af *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge*, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal reducere tandlægernes honorarer og tilskuddet til tandlægehjælp i den efterfølgende periode, hvis den økonomiske ramme for voksentandplejen overskrides.¹⁴ Hvis rammen overskrides i en given periode, så påvirker det ikke patienterne i samme periode, fordi patienternes egenbetaling ikke sættes op, når rammen er opbrugt.

Honoraret er prisen på tandlægeydelse

Honoraret er den fulde betaling, som tandlægerne modtager for en ydelse, og tilskuddet er den del af honoraret, som patienterne modtager i støtte for en ydelse.

Reduktion i tilskud og honorar må kun ske for faste priser

I bekendtgørelsen er det præciseret, at reduktionen i tilskuddene og honorarerne kun må foretages for ydelser, hvor prisen er fast for patienten. Disse ydelser kalder vi i bilaget for *særlovsydelser*.

¹⁴ <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2025/596>

8.4 Regulering af økonomisk ramme og takster i voksentandplejen som følge af forsikringspligt

To reguleringer som følge af forsikringspligt

Indenrigs- og Sundhedsministeriet beskriver i et orienteringsbrev *Regulering af økonomisk ramme og takster i voksentandplejen pr. 1 juni 2025*, at der som følge af forsikringspligten vil ske to reguleringer. De to reguleringer er indsat herunder:

- 1) Som følge af L59 om forsikringspligt for tandlæger reguleres rammen med -27 mio. kr. årligt.
- 2) Honorarerne er reguleret med -3,98 pct. som følge af L59 om forsikringspligt for tandlæger.

Følgende afsnit beskriver konsekvenser

Vi beskriver i afsnittet herunder, hvordan tandlægerne bliver økonomisk påvirket af forsikringspligten og de to ovenstående reguleringer.

8.5 Den økonomiske betydning af forsikringspligten og regulering af økonomisk ramme og takster

Vi beskriver konsekvenserne ved tre elementer

Vi beskriver i følgende afsnit, hvordan tandlægerne bliver økonomisk påvirket ved følgende tre elementer:

- 1) Forsikringspligten indføres
- 2) Den økonomiske ramme nedsættes
- 3) Honorarer nedsættes

Forsikringspligt er en meromkostning

Forsikringspligten indføres

Ved indførsel af forsikringspligt bliver tandlægerne pålagt meromkostninger, da de selv skal betale for forsikringspræmier og dække skader på op til og med 1 mio. kr.

Tandlægerne får en meromkostning på ca. 35 mio. kr. årligt

Tandlægerne bliver som følge af forsikringspligten pålagt en meromkostning. Tandlægernes bidrag til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning var forinden indførsel af forsikringspligt på ca. 0,4 pct. af tandlægernes bruttoomsætning. Vi lægger til grund, at tandlægernes bidrag til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning både dækker erstatninger og administration. Forsikringspræmien efter indførsel af forsikringspligt er mindst 0,8 pct. af tandlægernes bruttoomsætning.¹⁵ Tandlægernes nettoomsætning er i størrelsesordenen 8,7 mia. kr.¹⁶ Den samlede forsikringsomkostning for tandlægerne efter indførsel af forsikringspligt er derfor ca. 70 mio. kr., hvilket giver tandlægerne en meromkostning på ca. 35 mio. kr.¹⁷ Dette er sandsynligvis et underkantsskøn, da nettoomsætningen må vurderes at være mindre end bruttoomsætningen.

¹⁵ <https://www.tandlaegeforeningen.dk/til-pressen/nyheder-og-pressemeldelser/nyheder/2025/medlemskroner-sikrer-markedets-billigste-forsikring-for-tandskader/>

¹⁶ Beregnet ud fra ca. 1400 klinikker gangt med en nettoomsætning per klinik på 6,2 mio. kr. Antal klinikker er oplyst af Tandlægeforeningen. Nettoomsætningen er fra PWC (2025): *Brancheanalyse for tandlæger*.

¹⁷ Meromkostningen er beregnet som forskellen i tandlægernes forsikringsomkostning under Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning på 0,4 pct. af bruttoomsætningen ved at dække skader mellem 1.000 kr. og 10.000 kr. og tandlægernes forsikringsomkostning på 0,8 pct. af bruttoomsætningen ved indførsel af forsikringspligt, hvor tandlægerne skal dække skader på op til og med 1 mio. kr.

**Beskrivelse:
Konsekvenser ved
rammenedsættelse**

Den økonomiske ramme nedsættes

Vi beskriver, hvordan det påvirker tandlægenes indtægter, når den økonomiske ramme for tilskud sættes ned. I nedenstående beskrivelse af en rammenedsættelse, forudsætter vi følgende:

- 1) Den økonomiske ramme er bindende både før og efter rammenedsættelsen
- 2) Tilskuddet bliver reduceret ved rammeoverskridelse¹⁸
- 3) Efterspørgslen reagerer ikke på en evt. rammeoverskridelse
- 4) Udbuddet tilpasser sig ikke ved en evt. rammeoverskridelse

**Vi illustrerer
konsekvenserne i en
figur**

I figur 8.1 herunder illustrerer vi tandlægenes indtjening (y-aksen) ved stigende antal særlovsbehandlinger (x-aksen), og vi beskriver hvilke mekanismer, der er i spil, når den økonomiske ramme sættes ned. Vi viser to forskellige scenarier. Et scenarie hvor den økonomiske ramme for tilskud ikke bliver overskredet, og et andet scenarie, hvor den økonomiske ramme bliver overskredet. Når rammen er bindende, vil indtjeningen efter en rammeoverskridelse falde. Dette er illustreret i det knæk, der er i indtjeningskurverne i figur 8.1.

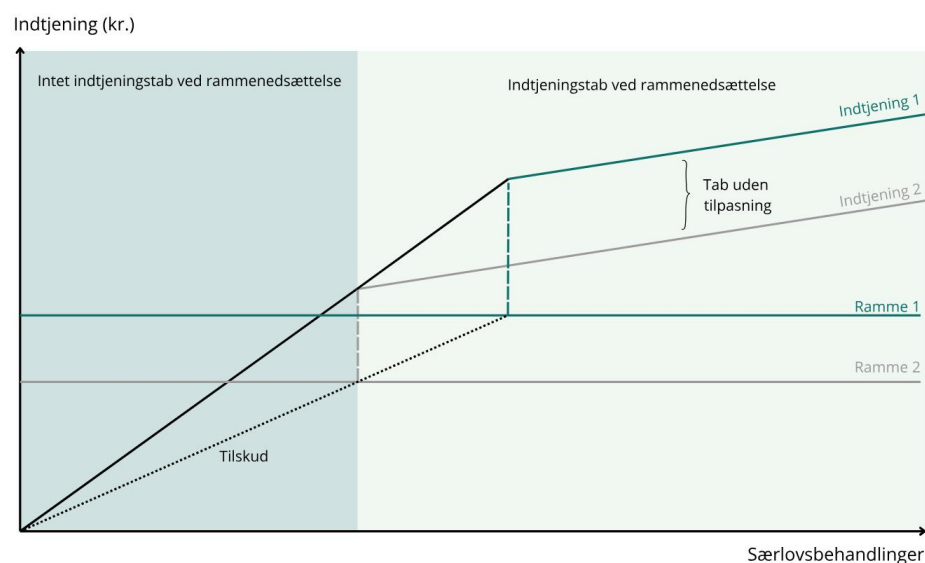
Rammen sættes ned

I figuren illustrerer vi, hvordan tandlægenes indtjening bliver påvirket, hvis rammen nedsættes fra *Ramme 1* til *Ramme 2*. Når vi antager, at udbuddet og efterspørgslen ikke tilpasser sig, vil en rammenedsættelse medvirke til, at der kan ske en evt. rammeoverskridelse tidligere, og faldet i indtjeningen – illustreret med knækket i indtjeningskurven – vil ligeledes ske tidligere.

**Der kan komme et
indtjeningstab**

Under ovenstående forudsætninger vil forskellen mellem *Indtjening 1* og *Indtjening 2* efter rammeoverskridelse af *Ramme 2* være tabet af indtjening ved rammenedsættelse. Vi befinder os i det område, der er farvet lysegrønt i figur 8.1. Hvis *Ramme 2* ikke bliver overskredet, vil der ikke være et tab i indtjening efter rammenedsættelse. Vi befinder os i det område, der er farvet mørkegrønt i figur 8.1. Hvorvidt der sker rammeoverskridelse, afhænger af antallet af særlovsbehandlinger.

¹⁸ Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan også reducere tandlægenes honorarer ved rammeoverskridelse. Se afsnit: "Honorarer nedsættes" for at se de økonomiske konsekvenser ved en honorarnedsættelse.

Figur 8.1 Rammenedsættelse kan påvirke tandlægenes indtjening


Anm.: Knækket i indtjeningskurven opstår, når det samlede tilskud rammer den økonomiske ramme. Det forudsættes, at tilskuddet bliver reduceret, når den økonomiske ramme opnås. Ved en rammenedsættelse fra Ramme 1 til Ramme 2 vil tandlægenes indtjening være uændret, hvis der ikke sker rammeoverskridelse (vi befinder os i området, der er mørkegrønt), og tandlægenes indtjening vil falde, hvis der sker rammeoverskridelse (vi befinder os i området, der er lysegrønt). Hvorvidt der sker rammeoverskridelse, afhænger af, hvor mange særlovshandlinger der bliver udført.

Kilde: Egen tilvirkning.

Tandlægerne kan tilpasse sig ...

Hvis vi løsner op for vores forudsætninger og tillader, at tandlægerne tilpasser udbuddet ved rammeoverskridelse, kan tabet ved rammeoverskridelse være mindre end i scenariet ovenfor. Tandlægerne kan tilpasse udbuddet på følgende to måder:

- 1) Tandlægerne kan reducere mængden af særlovsydelser
- 2) Tandlægerne kan ændre udvalget af ydelser og i mindre grad tilbyde særlovsydelser

... men gør det kun, hvis de forventer en værdi

Tandlægerne vil kun have et incitament til at tilpasse udbuddet ved en rammeoverskridelse, hvis den forventede indtjening ved tilpasning er større end den forventede indtjening uden tilpasning.

Tandlægerne har begrænset mulighed for tilpasning

Det er vigtigt at fremhæve, at tandlægerne er begrænset i deres muligheder for tilpasning. Behandlingsbehovet er fastsat i de kliniske retningslinjer, og prisen for særlovsydelserne er fast. Tandlægerne kan derfor ikke reagere ved at ændre prisen på særlovsydelserne, og de kan nødvendigvis heller ikke reagere ved at tilbyde færre særlovsydelser og flere ydelser uden for særloven. En rammenedsættelse øger, alt andet lige, risikoen for rammeoverskridelser, og med begrænsede muligheder for tilpasning vil en rammenedsættelse derfor være en omkostning for tandlægerne.

Honorarer nedsættes

Når honorarerne nedsættes, betaler patienter en lavere pris for en given ydelse, og tandlægerne får en lavere indtjening for en given ydelse. Hvordan det påvirker tandlægenes samlede indtjening, afhænger af to ting:

- 1) Hvordan påvirker honorarnedsættelsen efterspørgslen efter tandlægeydelser?
- 2) Hvordan påvirker honorarnedsættelsen udbuddet af tandlægeydelser?

Efterspørgsel og udbud kan blive påvirket ved honorarnedsættelse

**Scenarie 1:
Efterspørgslen er
styrende for antal
behandlinger**

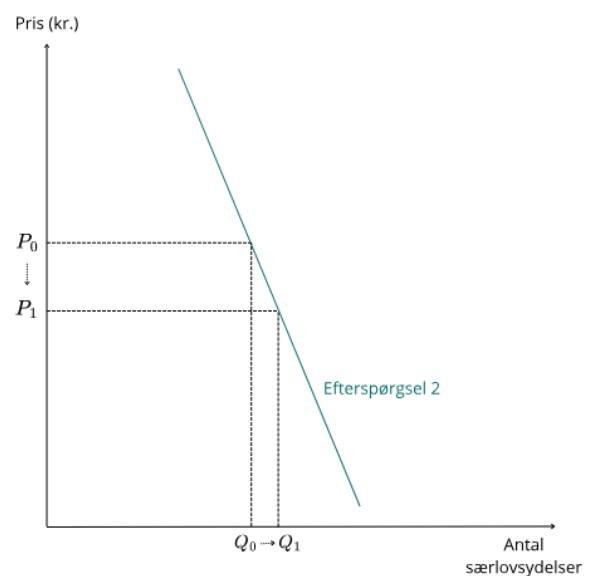
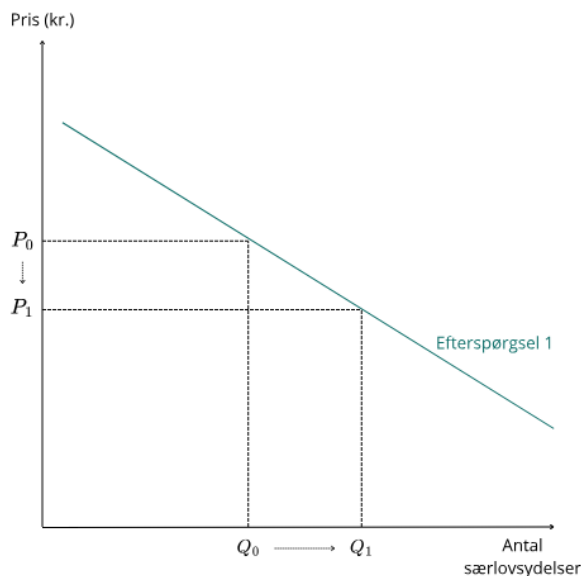
Ad 1)

Hvis vi forudsætter, at antallet af tandlægeydelserne alene er drevet af efterspørgslen, vil tandlægenes indtjening efter en honorarnedsættelse afhænge af, hvor prisfølsom efterspørgslen efter tandlægeydelser er:

- Hvis efterspørgslen er prisfølsom (figur 8.2.a): Patienterne reagerer på honorarnedsættelsen og efterspørger flere ydelser. Efterspørgslen stiger meget.
- Hvis efterspørgslen ikke er prisfølsom (figur 8.2.b): Patienterne reagerer *ikke* ret meget på honorarnedsættelsen og efterspørger stort set samme antal ydelser som før honorarnedsættelse.

Figur 8.2 En honorarnedsættelse kan enten have stor eller lille effekt på efterspørgslen efter tandlægeydelser

Figur 8.2.a Efterspørgslen efter tandlægeydelser er prisfølsom Figur 8.2.b Efterspørgslen efter tandlægeydelser er *ikke* prisfølsom



Anm.: Figurerne viser, hvordan efterspørgslen efter særlovsydelser bliver påvirket ved en prisnedsættelse. I figur 8.2.a er efterspørgslen prisfølsom, og prisændringen fører til en stor påvirkning på efterspørgslen. I figur 8.2.b er efterspørgslen ikke følsom over for prisændringer, og en prisnedsættelse har kun en lille påvirkning på den efterspurgte mængde.

Kilde: Egen tilvirkning.

**Tandlægenes
indtjening påvirkes
af prisfølsomheden
i efterspørgslen**

Hvorvidt tandlægerne får en højere eller lavere indtjening ved en honorarnedsættelse, afhænger af, hvordan patienterne reagerer på honorarnedsættelsen:

- Hvis patienterne er meget prisfølsomme (figur 8.2.a), vil efterspørgslen stige, og den samlede indtjening for tandlægerne kan enten stige eller falde. Om indtjeningen stiger eller falder, afhænger af om den øgede efterspørgsel er stor nok til at opveje faldet i indtjening ved en lavere pris.
- Hvis patienterne derimod ikke er prisfølsomme, vil efterspørgslen være stort set uændret (figur 8.2.b), og tandlægenes indtjening vil forventeligt falde.

**Prisen på særlovsydelser er ikke sat
på et frit marked**

Prisen på særlovsydelser er ikke fastsat på et frit marked, men bestemt ved særloven. En honorarnedsættelse kan derfor godt føre til, at efterspørgslen stiger så meget, at omsætningen stiger, selv om prisen er reduceret, og det er principielt også muligt, at tandlægenes overskud stiger.

Nedsættelse af honorarer kan påvirke risikoen for rammeoverskridelse

Endeligt er det vigtigt at notere, at honorarnedsættelsen kan påvirke risikoen for rammeoverskridelse. Hvis efterspørgslen er prisfølsom som i figur 8.2.a, kan honorarnedsættelsen potentielt øge efterspørgslen efter særlovsydelser i en sådan grad, at der kan være øget risiko for, at rammen for tilskud overskrides.

Scenarie 2: Udbuddet er styrende for antal behandlinger

Ad 2)

Hvis vi forudsætter, at efterspørgslen er uændret efter honorarnedsættelse, men at tandlægerne kan tilpasse sig, så kan de reagere på følgende to måder:

- 1) Tandlægerne reducerer mængden af særlovsydelser efter honorarnedsættelse.
- 2) Tandlægerne ændrer udvalget af ydelser og tilbyder i højere grad ydelser, der ikke er omfanget af honorarnedsættelsen.

Tandlægenes indtjening forventes at blive negativt påvirket

I begge situationer kan der komme mangel på særlovsydelser, og i begge situationer vil tandlægenes indtjening forventeligt blive påvirket negativt. Hvis det var økonomisk attraktivt at reducere mængden af særlovsydelser eller ændre udvalget af ydelser, så er der grund til at tro, at tandlægerne allerede havde gjort det.

Efterspørgsel og udbud styrer konsekvenserne af honorarnedsættelse

På baggrund af ovenstående kan en honorarnedsættelse altså påvirke både udbuddet og efterspørgslen på særlovsydelser. Der kan være scenarier, hvor det kun er udbuddet eller efterspørgslen der ændrer sig, men der kan også være et scenarie, hvor både udbuddet og efterspørgslen ændrer sig. Hvorvidt en nedsættelse af honorarerne øger eller mindsker tandlægenes indtjening, afhænger af, hvordan patienterne og tandlægerne reagerer ved prisændringer.

8.6 Konsekvenser for tandlægenes overskud, de offentlige udgifter og udbud og efterspørgsel på forskellige tandbehandlinger efter indførsel af forsikringspligt

Fem elementer påvirkes ved forsikringspligt og ny regulering

I følgende afsnit opsummerer vi, hvordan forsikringspligten og regulering af økonomisk ramme og takster som følge af forsikringspligten påvirker følgende elementer:

- 1) Tandlægenes overskud
- 2) De offentlige udgifter til tilskud
- 3) Udbud og efterspørgsel på særlovsydelser
- 4) Udbud og efterspørgsel på ydelser der ikke er særlovsdækket

Tandlægenes overskud: flere forhold peger på negativ påvirkning

Tandlægenes overskud

På baggrund af ovenstående vil tandlægerne blive pålagt en meromkostning i størrelsesordenen 35 mio. kr. årligt som følge af forsikringspligten. Som vist i afsnit 8.5 vil rammenedsættelsen forventeligt påvirke tandlægenes indtjening negativt, mens honorarnedsættelsen både kan få tandlægenes indtjening til at stige eller falde. Samlet set er der flest forhold, der peger i retningen af, at tandlægenes overskud vil falde som følge af forsikringspligten, nedsættelse af den økonomiske ramme og nedsættelse af honorarer.

De offentlige tilskud vil forventeligt falde

De offentlige udgifter til tilskud

De offentlige udgifter til tilskud vil forventeligt falde. Når den økonomiske ramme sættes ned, vil der være større risiko for rammeoverskridelser, og når der sker rammeoverskridelser, kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet reducere tilskuddet i den efterfølgende periode.

Der kan dog også være tilfælde, hvor de offentlige tilskud stiger. Det vil ske i det scenarie, hvor efterspørgslen efter særlovsydelser stiger meget, når honorarerne sættes ned – og tandlægerne ikke reducerer udbuddet.

**Honorarnedsættelse:
efterspørgslen stiger
eller er uændret**

Udbud og efterspørgsel på særlovsydelser

Med afsæt i ovenstående kan en nedsættelse af honorarer påvirke efterspørgslen efter særlovsydelser. Efterspørgslen efter særlovsydelser kan enten være uændret (hvis patienterne ikke reagerer på prisændringer), eller stige (hvis patienterne reagerer på prisændringer). De nye kliniske retningslinjer, der fastlægger intervallerne for diagnostiske undersøgelser efter den såkaldte trafiklys-model, kan dog bremse en evt. stigende efterspørgsel ved honorarnedsættelse. Tandlægerne skal overholde de kliniske retningslinjer og kan ikke nødvendigvis imødekomme al form for øget efterspørgsel. Det gælder især, hvis den øgede efterspørgsel kommer fra patienter i grøn-kategori, som ikke har aktiv eller begyndende sygdom i munden. Disse patienter skal indkaldes med længere intervaller. Hvis de kliniske retningslinjer bremser efterspørgslen ved honorarnedsættelse, vil honorarnedsættelsen forventeligt få en negativ påvirkning på tandlægenes indtjening. Samtidig kan der opstå en ubalance på markedet, hvor en stigende efterspørgsel ikke kan imødekommes af et tilsvarende udbud.

**Nedsættelse af
ramme og honorar:
udbuddet kan falde**

Som følge af rammenedsættelse og honorarnedsættelse kan udbuddet af særlovsydelser blive påvirket negativt. Det skyldes to forhold. For det første vil rammenedsættelsen øge risikoen for rammeoverskridelse i en situation, hvor efterspørgslen er prisfølsom, jf. afsnit 8.5. Rammeoverskridelser kan føre til, at tilskuddet for særlovsydelser bliver reduceret. For det andet vil honorarnedsættelsen sænke tandlægenes indtjening pr. særlovsydelse, hvilket kan øge tandlægenes incitament til at reducere mængden af særlovsydelser eller ændre udvalget af ydelser og i mindre grad tilbyde særlovsydelser.

**Risiko for at
tandlæger melder
sig ud**

Der kan også ske det, at den stigende regulering får tandlæger til at melde sig ud af det offentlige sundhedssamarbejde. Hvis flere tandlæger melder sig ud, vil udbuddet af særlovsydelser falde.

**Udbud af frie
ydelser kan stige**

Udbud og efterspørgsel på ydelser der ikke er særlovsdækket

Rammenedsættelse og honorarnedsættelse kan øge udbuddet af ydelser, der ikke er dækket af særloven, da de bliver relativt mere attraktive at udbyde for tandlægerne.

**Efterspørgslen efter
frie ydelser vil
forventeligt falde**

Efterspørgslen efter ydelser uden for særloven vil forventeligt falde, når honoraret for særlovsydelser sænkes, fordi ydelser uden for særloven bliver relativt dyrere. Samtidig er det ikke usandsynligt, at priserne på de frie ydelser vil stige som følge af forsikringspligten, hvilket yderligere vil reducere efterspørgslen efter ydelser uden for særloven. Dette kan få negative konsekvenser for tandsundheden, da der kan være patienter, der udebliver og ikke får opfyldt et behov, fordi behandlingen bliver for dyr.

Samlet vurdering

Samlet vurdering

Baseret på ovenstående økonomiske gennemgang er det vores vurdering, at forsikringspligten og nedsættelse af den økonomiske ramme og honorarer vil få følgende konsekvenser:

- 1) Tandlægenes overskud falder
- 2) Der bliver færre tandbehandlinger

**Tandlægenes
overskud falder**

Ad 1)

Det er vores forventning, at tandlægenes overskud falder. Det skyldes især tre elementer. For det første bliver tandlægerne pålagt en meromkostning ved indførsel af forsikringspligt i størrelsesordenen 35 mio. kr. årligt. For det andet forudsætter vi, at rammen er bindende,

hvilket får tandlægenes indtjening til at falde ved eventuelle rammenedsættelser. For det tredje kan tandlægerne ikke øge indtjeningen ved at sælge mere, når honoraret sættes ned, da de skal følge de kliniske retningslinjer, der fastlægger intervallerne for diagnostiske undersøgelser. Tandlægerne kan dog imødekomme den efterspørgsel, der forventeligt vil komme fra gruppen af personer, der har et uopfyldt tandlægebehov, fordi prisen på tandlægeydelser er en barriere for behandling. Ca. 7 pct. af befolkningen er i denne gruppe.¹⁹ Det er vores forventning, at honorarnedsættelsen vil øge efterspørgslen efter tandlægeydelser fra denne gruppe, og at tandlægerne kan imødekomme efterspørgslen inden for de kliniske retningslinjer. Ca. 88 pct. af befolkningen har derimod ikke et uopfyldt tandlægebehov,²⁰ hvorfor de nødvendigvis ikke vil reagere ret meget på honorarnedsættelsen. Det er derfor svært at tro, at man kan indhente tandlægenes tab ved honorarnedsættelsen ved at øge efterspørgslen for ca. 7 pct. af befolkningen.

Der kommer færre behandlinger

Ad 2)

Det er vores forventning, at der vil blive færre tandbehandlinger dækket af særloven. Det skyldes især, at tandlægerne tjener mindre pr. særlovsbehandling som følge af honorarnedsættelsen, hvilket øger incitamentet for at mindske udbuddet af særlovsydelser eller ændre i udvalget af tandbehandlinger. Der kan dog komme en stigning i antallet af behandlinger for de 7 pct. af befolkningen, der er i gruppen af personer med et uopfyldt tandlægebehov, fordi prisen på tandlægeydelser er en barriere for behandling. Samlet set er der flere forhold der peger i retningen af, at der vil komme færre tandbehandlinger. Det er svært at tro, at en stigning i efterspørgslen fra de 7 pct. af befolkningen kan opveje det forventede fald i udbuddet, som følge af nedsættelsen af rammen og honorarerne.

¹⁹ Danmarks Statistik: SILC100

²⁰ Danmarks Statistik: SILC100

