

RED: Göran Arvidsson / Bengt Jönsson

# Tandvård i andra länder



- Vad kan Sverige lära?

SNS FÖRLAG



TANDVÅRD  
I ANDRA LÄNDER



RED:

Göran Arvidsson   Bengt Jönsson

# TANDVÅRD I ANDRA LÄNDER

*– Vad kan Sverige lära?*

*Översättning:*

Sven-Erik Hamp och Göran Karlsson

SNS FÖRLAG

SNS Förlag  
Box 5629  
114 86 Stockholm  
Telefon 08-23 25 20

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en ideell sammanslutning av enskilda personer med intresse av att främja kunskaper och insiktsfull debatt om viktiga samhällsfrågor. Verksamheten bedrivs genom tillämpad samhällsforskning i nära samverkan med universitet och högskolor, genom eget förlag och genom programverksamhet i egen regi på 45 orter i Sverige och utlandet. SNS finansieras genom medlemsavgifter (ca 4 000 individuella medlemmar), abonnemangsentäkter (ca 160 företagsabonnenter), forskningsanslag, bokförsäljning samt konferensavgifter.

*Tandvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?*

Red: Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

1:a upplagan

1:a tryckningen

Boken ingår i en serie från SNS: Den svenska sjukvården.

Tidigare har utkommit:

- Hur skall sjukvården betalas? Lars Söderström
- Valfrihet och konkurrens i sjukvården.

Red: Arvidsson/Jönsson

- Sjukvård i andra länder. Red: Arvidsson/Jönsson
- Svensk sjukvård – bäst i världen? A J Culyer m fl
- Patientmakt över vården. Richard B Saltman

© 1993 Författarna och SNS Förlag

Översättning: Sven-Erik Hamp (kapitlet om Norge) och Göran Karlsson (kapiteln om Finland och Storbritannien)

Omslag och typografi: Rickard Frölich

Sättning: Melanders Fotosätteri, Stockholm

Tryck: Beyronds Grafiska AB, Malmö 1993

ISBN 91-7150-490-7

# Innehåll

Författarpresentation 6

Förord 7

Inledning 9

*Göran Arvidsson och Bengt Jönsson*

Svensk tandvård i ett internationellt perspektiv 11

*Göran Karlsson*

Tandvården i Finland 31

*Harri Sintonen och Sirkkasisko Arinen*

Tandvården i Norge 52

*Dorthe Holst och Jostein Grytten*

Tandvården i Storbritannien 72

*David Parkin*

## Författarpresentation

*Sirkkasisko Arinen* är fil. dr och lektor vid institutionen för Kariologi, Odontologiska fakulteten, Universitetet i Helsingfors, Finland.

*Göran Arvidsson* är docent i företagsekonomi, forskningsledare vid SNS och projektledare för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

*Jostein Grytten* är fil. dr och forskare vid Institutt for Samfunnsodontologi, Odontologiska fakulteten, Universitetet i Oslo, Norge.

*Dorthe Holst* är professor vid Institutt for Samfunnsodontologi, Odontologiska fakulteten, Universitetet i Oslo, Norge.

*Bengt Jönsson* är professor i hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm och vetenskapligt huvudansvarig för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

*Göran Karlsson* är fil. dr och högskoleadjunkt vid Ekonomiska institutionen och Centrum för Utveckling av Medicinsk Teknologi (CMT), Universitetet i Linköping.

*David Parkin* är fil. dr och lektor i hälsoekonomi vid Department of Epidemiology and Public Health, University of Newcastle upon Tyne, England.

*Harri Sintonen* är professor vid institutionen för Hälsovårdsadministration och Hälsoekonomi, Universitetet i Kuopio, Finland.

## Förord

Tandhälsan i Sverige är god. Stora satsningar på förebyggande arbete och kraftiga resurstillskott sedan tandvårdsreformen 1974 har gett resultat. Samtidigt kan konstateras att den förbättrade tandhälsan inte fått de väntade dämpande effekterna på tandvårdskostnader och behandlingsvolym. I ett europeiskt perspektiv förefaller svensk tandvård dessutom vara förhållandevis kostsam och resurskrävande, trots prisreglering m m. Det finns samtidigt en utbredd kritik mot dagens system, bl a från verk samma inom tandvården.

Detta är några av skälen till att tandvården valdes ut som ett av de områden som skulle specialstuderas inom ramen för SNS fleråriga projekt "Nya spelregler för hälso- och sjukvården". Avsikten är både att kritiskt undersöka om nuvarande systemutformning främjar effektiv tandvård och tandvårdslagets mål om "en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen" och att med fakta, analyser och egna förslag bidra till omprövningen av tandvården.

I en inledande fas av arbetet bjöd vi in framstående experter från Finland, Norge och Storbritannien för att beskriva och diskutera "sina" tandvårdssystem. Det skedde vid ett seminarium hösten 1992. I seminariet deltog också en rad svenska experter samt utredare och sekreterare i den då nytillsatta tandvårdsförsäkringsutredningen. Den gemensamma bedömningen var att materialet väckte en rad viktiga frågor om vårt eget tandvårdssystem. Beskrivningarna har därefter bearbetats av författarna, översatts till svenska och sammanställts till denna bok. I boken finns också en inledande, jämförande översikt över tandvården i Europa. Den har skrivits av fil dr Göran

Karlsson, Linköpings universitet, som engagerats av SNS för detta projekt.

Syftet med boken är att visa hur tandvård bedrivs i närliggande länder och att ge underlag för bedömningar om vad Sverige kan lära. Slutrapporten från SNS tandvårdsprojekt publiceras hösten 1993.

Denna studie har, liksom de övriga i SNS hälso- och sjukvårdsprojekt, finansierats av Salénstiftelsen och följande företag: Apoteksbolaget, Astra, Folksam, LIC Care, LIF, Länsförsäkringsbolagen, PT-Vård, Praktikertjänst, Procordia, Rufi, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa SPP och Wasa Försäkring. Arbetet har följts översiktligt av en referensgrupp sammansatt av företrädare för finansiärerna. Värdefullt stöd har lämnats av en särskild expertgrupp bestående av direktör Ragnar Gunneberg, vice VD, Praktikertjänst, docent Sven-Erik Hamp, Specialisttandvården, Östergötland, tandvårdsdirektör Bertil Koch, Folktandvården, Stockholm, avdelningsdirektör Catharina Lindberg, Riksförsäkringsverket, och direktör Stefan Saläng, VD, PT-Vård. Som alltid när det gäller SNS-publikationer svarar författarna själva för analyser och slutsatser.

Stockholm i april 1993

*Göran Arvidsson*

*Bengt Jönsson*

# Inledning

---

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

Svensk tandvård står inför viktiga vägval. Skall vi behålla ett system där tandläkarna ersätts för utfört arbete eller gå över till en "hustandläkarmodell" där tandläkaren får en fast årsersättning per ansluten patient – eller en kombination? Hur stor skall skattesubventionen vara och hur skall den konstrueras? Behövs över huvud taget någon skattesubvention av vuxentandvård? Vad händer om subventionerna avvecklas? Vilka spelregler skall gälla för privattandvården och vilka för folktandvården? Vad gäller idag? Om konkurrensneutralitet eftersträvas – hur skall den nås och bibehållas?

Förändringar vad gäller tandhälsa, kostnader, teknologi m m har gjort att dagens lösningar inte framstår som de mest effektiva. Finansierings-, subventions- och ersättningsformer liksom konkurrensvillkor och regelsystem behöver ses över från grunden. Erfarenheter från andra länder kan därvid ge en del vägledning.

Liksom i andra västeuropeiska länder har tandhälsan i Sverige blivit allt bättre. Andelen kariesfria barn har ökat och allt fler äldre har kvar sina egna tänder. De flesta sköter tänderna väl och besöker regelbundet tandvården. Det finns ingen brist på tandvård i Sverige, snarare överkapacitet. Parallellt med den positiva utvecklingen av tandhälsan under de senaste decennierna har tandvårdens resurser ökat kraftigt, framför allt fram till mitten av 1980-talet. Tandvården kostar nu ungefär 1 000 kronor per person och år eller totalt cirka nio miljarder kronor varav fyra er-

sätts via tandvårdsförsäkringen. Det ges i dag både mer och dyrare tandvård än vad man tidigare väntat sig med hänsyn till den förbättrade tandhälsan.

Som framgår av de följande kapitlen ligger Sverige, jämfört med andra länder i Västeuropa, bland de högsta i fråga om både kostnader och antal tandläkare per invånare. En rad länder, t ex Danmark, Nederländerna, Norge och Storbritannien, ligger klart lägre. Några avgörande skillnader i tandhälsa är svåra att påvisa. Däremot har man valt olika systemutformningar, bland annat när det gäller finansieringsformer, subventioner och konkurrensvillkor för privat och offentlig tandvård.

I de flesta europeiska länder utförs tandvården i huvudsak i privat regi, men med en stor del av kostnaderna finansierade via skatt eller offentliga försäkringar. Finland, Danmark och Sverige avviker. Här produceras ungefär hälften av tandvården i offentlig regi. Prissättningsmetoder och subventioneringsgrad skiljer sig också åt. I Norge är exempelvis vuxentandvården i princip osubventionerad. Patienterna betalar själva hela räkningen – och går lika regelbundet till tandläkaren som vi.

Beskrivningarna visar att tandvård kan organiseras och finansieras på flera sätt, med skilda konsekvenser. Identiska eller likartade tandvårdspolitiska mål kan nås på olika sätt, varav vissa förefaller mer effektiva än andra. Genom denna internationella utblick hoppas vi kunna vidga gränserna för debatten om svensk tandvård inför 2000-talet.

# *Svensk tandvård i ett internationellt perspektiv*

---

Göran Karlsson

## Inledning

Tandvårdsreformen 1974 har präglat utformningen av svensk tandvård. Reformen bestod av två delar: dels en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna, dels ett program för utbyggnad av folktandvården samtidigt som landstingskommunerna fick ett lagstadgat ansvar för barn och ungdom och för all specialisttandvård.

Målen med tandvårdsreformen var att folktandvården skulle ges en omfattning som möjliggjorde avgiftsfri tandvård för barn och ungdom till och med 19 års ålder och att öka tandvårdskonsumtionen för vuxna. Tandvårdsförsäkringen, som omfattar alla vuxna från och med 20 års ålder, skulle skapa lika möjligheter att erhålla god tandvård till överkomlig avgift.

Tjugo år efter tandvårdsreformens införande kan vi konstatera att målen i stort sett har uppfyllts. En kraftig ökning av tandvårdskonsumtionen har skett, framför allt under de första 10 åren efter reformens genomförande, och folktandvården har byggts ut. Tandhälsan är idag bättre än någonsin tidigare. I alla åldersgrupper har tandhälsan förbättrats; andelen kariesfria barn har ökat och bland äldre har allt fler kunnat behålla sina egna tänder. Majoriteten av befolkningen besöker numera regelbundet den professionella tandvården.

Trots denna ljusa bild står svensk tandvård inför flera utmaningar. Tandvårdsförsäkringens utformning disku-

teras och ifrågasätts och inom folktandvården prövas nya modeller för såväl barn- och ungdomstandvård som för vuxentandvård. Delvis är detta en reaktion på att befolkningens tandhälsa förbättras, vilket kräver en annan inriktning av vården. Nya och dyrare teknologier har också tillkommit; exempelvis är dentala implantat en behandlingsmetod som är både bättre och dyrare än konventionella avtagbara proteser. Det ekonomiska klimatet är annorlunda än för 20 år sedan. Tiden för tandvårdsreformens införande karaktäriserades av god ekonomisk tillväxt och prioriteringarna bestod av hur de extra resurserna skulle användas. Dagens ekonomiska villkor är annorlunda. En allt vanligare fråga är var besparingar inom den offentliga sektorn är möjliga. Tandvården kommer inte att undantas från sådana överväganden.

Även privattandvården, som producerar omkring hälften av all tandvård, står inför förändringar. Den privata tandvården påverkas i hög grad av den förda tandvårdspolitiken, vilket sker genom olika mekanismer. En viktig faktor är finansieringssystemet. En annan är tandvårdens olika regleringar, en tredje är konkurrensen mellan privat- och folktandvård. Även utbildningspolitiken, inte bara för tandläkare utan också för andra yrkeskategorier, har på sikt stor betydelse för tandvårdens funktionssätt.

## Tandhälsa och tandvårdskostnader

Inför sådana förändringar finns det all anledning att fråga vilka lärdomar vi kan dra från internationella erfarenheter. Att tandhälsan förbättrats över tiden är inte unikt för Sverige. Även för övriga europeiska länder noterades en förbättrad tandhälsa från mitten av 70-talet till mitten av 80-talet (WHO 1990). Exempelvis har DMFT-index<sup>1</sup>, dvs

---

<sup>1</sup> DMFT står för Decayed, Missing or Filled Teeth.

antalet skadade, saknade eller fyllda tänder, bland 12-åringar minskat i Danmark, Finland, dåvarande Västtyskland, Norge och Storbritannien. Minskningen har varit speciellt stor i Norge och Västtyskland, två länder med ett högt DMFT-index i utgångsläget. Nivån på tandhälsan varierar fortfarande mellan länderna, men skillnaden har påtagligt minskat över tiden. Även bland vuxna har tandhälsan förbättrats.

I tabell 1 redovisas indikatorer på tandhälsa i Sverige, Norge, Finland och Storbritannien. Siffrorna är inte helt jämförbara och måste därför tolkas försiktigt. Enligt dessa grova mått tycks tandhälsan bland barn vara bäst i Finland och sämst i Storbritannien. Bland vuxna är tandhälsan bäst i Norge och Sverige men avsevärt sämre i Finland och Storbritannien.

Tabell 1 Indikatorer på tandhälsa i Sverige, Norge, Finland och Storbritannien

	<i>Sverige</i>	<i>Norge</i>	<i>Finland</i>	<i>Storbri- tannien</i>
<i>DMFT-index 12-åringar</i>				
1991	2,0 <sup>e</sup>	2,3	1,5	2,9 <sup>a</sup>
<i>Andel tandlösa i åldersgruppen</i>				
>16 år	11 <sup>d</sup>			
>20 år		7		
>25 år				21 <sup>b</sup>
35–44			6 <sup>c</sup>	4 <sup>b</sup>
45–54			18 <sup>c</sup>	17 <sup>b</sup>
55–64	8 <sup>d</sup>		36 <sup>c</sup>	37 <sup>b</sup>
65–74	29 <sup>d</sup>			57 <sup>b</sup>
75–	52 <sup>d</sup>		59 <sup>c</sup>	80 <sup>b</sup>

Anm: a) År 1983; Källa: OECD (1993); b) År 1988; c) År 1987; d) År 1988/89 Källa: SCB (1992); e) År 1990; Källa: OECD (1993).

Ett genomgående mönster bland västeuropeiska länder, däribland Sverige, är att resursinsatsen inom tandvård ökade under 70-talet (WHO 1990). Från början av 80-talet har denna tillväxt bromsats och för vissa länder, t ex Danmark och Norge, noteras rent av en viss minskning (WHO 1990).

Sverige är ett av de länder som använder mest resurser till tandvård. Av de länder som redovisas i tabell 2 är Sverige det land som är tandläkartätast. Bland EG-länderna fanns det år 1988 i genomsnitt 2 080 invånare per tandläkare (Health Policy 1992). Sverige har 900. Även mätt som tandvårdskostnadernas andel av BNP ligger Sverige högt; endast Västtyskland har större andel medan Luxemburgs andel ligger på ungefär samma nivå som Sveriges. I EG-länderna användes år 1988 i genomsnitt 0,52 procent av BNP inom tandvård (Health Policy 1992), i Sverige 0,71. Som framgår av tabell 2 använder Sverige, oavsett mått, jämförelsevis mycket resurser för tandvård.

Sambandet mellan befolkningens tandhälsa och tandvårdsresurser är oklart. Exempelvis är reduktionen i DMFT-index från mitten av 70-talet till mitten av 80-talet i Norge och Finland jämförbar med Nederländernas trots mycket lägre tillväxt av tandvårdsresurser (WHO 1990). Vid en internationell jämförelse mellan 14 västeuropeiska länder fanns det inget samband mellan tandhälsa, mätt som DMFT-index hos 12-åringar, och tandläkartäthet; de enskilda faktorer som starkast påverkar tandhälsan är graden av fluor i dricksvatten och BNP per capita (WHO 1990). Resultaten är emellertid svårtolkade. Tandhälsan avser endast en åldersklass, observationerna är få och förklaringsgraden på regressionsmodellen låg. Något starkt samband mellan tandhälsa och den totala mängden tandvårdsresurser är dock att svårt att påvisa genom internationella jämförelser.

Tabell 2 Tandvårdsresurser i olika länder

<i>Land</i>	<i>Antal in- vånare per tandläkare</i>	<i>Tandvårds- kostnad per capita. 1990 års priser</i>	<i>Tandvårds- kostnadernas andel av BNP (%)</i>
Belgien <sup>a</sup>	1 430	350	0,25
Danmark <sup>a</sup>	1 050	560	0,38
Finland	1 270	750	0,50
Frankrike <sup>a</sup>	1 540	830	0,56
Irland <sup>a</sup>	2 940	330	0,40
Luxemburg <sup>a</sup>	2 080	1 160	0,76
Nederländerna <sup>a</sup>	1 960	590	0,43
Norge <sup>b</sup>	1 300	860	0,54
Storbritannien <sup>b</sup>	3 090	500	0,25
Sverige <sup>b</sup>	900	1 115	0,71
Tyskland <sup>a</sup>	1 560	1 780	1,10
Ovägt genomsnitt	1 740	800	0,53

a) År 1988; Källa: Health Policy 1992.

b) År 1990–1991.

Anm: Tandvårdskostnad per capita är omräknat efter köpkraftspariteter för BNP; 1988 års kostnader är inflaterade till 1990 års prisnivå med KPI; Källa: Health Care Review, 13 (1992), nr 4.

## Tandvårdens organisation och finansiering

Nu är det inte bara mängden resurser som är av intresse utan också på vad sätt de används. Tandvårdens organisation och finansiering skiljer sig mellan länder. Vid en analys av tandvårdens organisation är följande frågor intressanta: Produceras tandvård i privat eller offentlig regi? Hur betalas tandvård? Efter vilka principer tilldelas

resurser till vårdgivarna? Förekommer konkurrens mellan vårdgivare?

Produktionen av tandvård sker i samtliga västeuropeiska länder i stor utsträckning som privat tandvård. I länder som Frankrike, Tyskland, Belgien, Island, och Schweiz är andelen offentligtanställda tandläkare mindre än 10 procent av totala antalet tandläkare (WHO 1986). Även i Storbritannien utgör offentligt anställda tandläkare en liten del, knappt 20 procent, av tandläkarkåren. I Finland, Danmark och Sverige produceras ungefär hälften av all tandvård inom den offentliga sektorn medan den i Norge uppgår till ca 30 procent.

Att tandvård i huvudsak produceras i privat regi betyder inte att den behöver finansieras privat. Tandvårdens finansiering kan ske genom direkta betalningar av patienten, skatter och offentliga eller privata försäkringar. Skillnaden mellan skatter och offentlig försäkring ligger endast i att vid offentlig försäkring är pengarna öronmärkta för tandvård, vilket inte är fallet vid skatt. I tabell 3 redovisas andel av tandvårdskostnaden som är finansierad av den offentliga sektorn i olika länder genom skatter eller offentliga försäkringar.

Kombinationer av olika finansieringskällor är vanliga. Även om den offentliga sektorn betalar en del av tandvårdskostnaden via skatter eller försäkring utgår, åtminstone för den vuxne patienten, vanligtvis också en patientavgift. Den kan antingen vara utformad så att patienten betalar en given andel av kostnaden eller ett givet belopp för en specifik åtgärd. Patientens avgifter påverkas dessutom av förekomsten av självrisker och maximibelopp under en behandlingsepisod.

Oavsett finansieringsmetod kan olika principer för hur vårdgivaren tilldelas resurser tillämpas. För privatpraktiserande tandläkare i Västeuropa dominerar ersättning efter prestation. Vid offentligt producerad tandvård ersätts oftast tandläkaren via lön, ibland kombinerad med tantiem som är ett slags ackord, och kliniken via budget. För-

Tabell 3 Andelen av tandvårdskostnaderna som är finansierad av den offentliga sektorn i olika länder

<i>Land</i>	<i>Andel av tandvårdskostnad finansierad av offentlig sektor (%)</i>
Tyskland	80
Österrike	80
Storbritannien	77
Belgien	över 75
Sverige	73
Danmark	62
Island	59
Nederländerna	43
Frankrike	42
Finland	37
Norge	35

Källa: WHO (1986)

utom dessa ersättningsprinciper förekommer också kapi- tationsersättning, dvs en fast årlig ersättning per ansluten patient.

En annan intressant fråga är hur priset på tandvårdstjänster bestäms. Det kan antingen vara frågan om prisreglering eller fri prisbildning. Inom de delar av tandvården där prisbildningen är fri förekommer ofta att tandläkarorganisationen i landet rekommenderar vissa priser. Så är fallet i Storbritannien och Finland.

En fråga som är nära förknippad med prisbildningen är förekomsten av konkurrens. Förekommer både privat och offentlig tandvård är det dels fråga om konkurrens mellan dessa vårdformer men konkurrens kan också förekomma inom privat- respektive offentligt tandvård. Generellt kan konstateras att vare sig priskonkurrens eller kvalitetskonkurrens är framträdande inom tandvården. Mycket tyder dock på att konkurrensen om patienterna

kommer att öka i framtiden. I Finland decentraliseras beslutsprocessen, vilket ökar konkurrensen mellan kliniker, och i Nederländerna möter tandläkarna ökad konkurrens från tandhygienister och denturister, dvs tandtekniker som är vidareutbildade för att självständigt utprova och tillverka tandproteser.

Ett land kan välja olika kombinationer, bland annat avseende andelen privat repektive offentlig tandvård, graden av offentlig finansiering, hur stor del av befolkningen som täcks av den offentliga finansieringen, avgiftssystemets utformning och principer för prisbildning och konkurrens. Skillnader i dessa avseenden finns mellan de västeuropeiska länderna. Även inom ett land finns det ofta parallella system, t ex så att speciella prioriteringsgrupper, främst barn och ungdom, som regel omfattas av mer offentliga subventioner och offentligt producerad tandvård än den övriga befolkningen.

Ett lands tandvårdssystem präglas av sjukvårdssystemet i övrigt. Tandvården ingår som regel som en del i hälso- och sjukvårdspolitiken. Det finns emellertid viktiga avvikelser inom tandvården. I länder med i huvudsak offentligt finansierad och producerad sjukvård förekommer stora inslag privatpraktiserande tandläkare, patientavgifter och resurstilldelning efter prestation.

Försök att klassificera rådande tandvårdssystem i Väst-europa har utförts av WHO (1986) och Whitehouse (1993). Denna klassificering utgår framför allt från hur omfattande den offentliga finansieringen är för olika grupper.

De system som innebär att såväl speciella prioriteringsgrupper, främst barn och ungdom, som övriga grupper omfattas av offentligt finansierad tandvård benämner WHO (1986) och Whitehouse (1993) "socialt trygghets-system". Till detta system hänför de Belgien, Danmark, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien, Sverige, Tyskland och Österrike. Olikheter mellan dessa länder är emellertid stora. Såväl subventioneringsgraden som för-

säkringens utformning varierar. Ofta subventioneras olika typer av behandlingar olika för oprioriterade grupper.

Finland, Island, Norge och Schweiz benämner WHO (1986) och Whitehouse (1993) privat nordeuropeiskt system, som enligt denna klassifikation i huvudsak karaktäriseras av privat finansiering av vuxentandvård.

De särskiljer också ett privat sydeuropeiskt system, bestående av Grekland, Irland, Portugal och Spanien, som kännetecknas av liten offentlig finansiering och frånvaro av prioriteringsgrupper.

## Tandvårdssystem i olika länder

### Danmark

I Danmark produceras 71 procent av tandvården av privata tandläkare, medan resterande del utförs inom den offentliga tandvården (Health Policy 1992). Ca 60 procent av tandvårdens kostnader finansieras via den offentliga sektorn (WHO 1986). Offentlig tandvård för barn och ungdom upp till 18 år finansieras med skatter. För övriga finansieras tandvården dels genom patientavgifter, dels av det offentliga försäkringssystemet. För rutinkontroller betalar den vuxne patienten endast en liten andel av kostnaden, men för konserverande behandlingar och kirurgi 40–50 procent (Health Policy 1992). För protetiskt arbete utgår ingen offentlig finansiering alls.

Danmark är ett av de få länder där det förekommer privata frivilliga försäkringar, som ersätter den del av kostnaden som inte omfattas av det offentliga försäkringssystemet. Den privata tandvården ersätts efter prestation. Patienten betalar sin del av kostnaden direkt till tandläkaren, som i sin tur skickar räkning till den offentliga försäkringen. Inom den offentliga tandvården ersätts tandläkaren genom lön.

## Tyskland

I Tyskland produceras 78 procent av tandvården av privatpraktiserande tandläkare (Health Policy 1992). Tandvårdens försäkringsskydd präglas av sjukvårdens organisation i övrigt. Omkring 75 procent av befolkningen omfattas av den obligatoriska försäkringen. Försäkringen är organiserad i många lokala sjukkassor, som är samlade under *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV). Inkluderas även de frivilligt anslutna täcks ca 90 procent av befolkningen av det offentliga försäkringsskyddet.

Ungefär 80 procent av tandvårdskostnaderna finansierades i mitten av 80-talet via försäkringssystemet (WHO 1986). Denna andel har förmodligen minskat sedan dess på grund av försämringar i försäkringsskyddet. Försäkringsskyddet för oprioriterade grupper, dvs för personer över 19 år, omfattar avgiftsfri profylax, fyllningar och extraktioner (Health Policy 1992). För ortodonti (tandreglering) betalar patienten 20 procent och för protetik 40–60 procent av kostnaden; den lägre procentsatsen för protetik gäller om patienten tidigare genomgått regelbundna kontroller. Numera betalar försäkringen endast för sådan protetisk behandling som är att betrakta som standardbehandling och inte för mer avancerade behandlingar. Personer som ej täcks av den obligatoriska försäkringen betalar sin tandvård själva eller tecknar privata försäkringar.

## Nederländerna

I Nederländerna är majoriteten av tandläkarna, ca 80 procent, privatpraktiserande (WHO 1986). Den offentliga sektorn finansierar drygt 40 procent av tandvården och omkring 70 procent av den holländska befolkningen är försäkrade i ett obligatoriskt försäkringssystem. Avgiftsstrukturen inom tandvården är i stor utsträckning utfor-

mad för att stimulera till profylax. För ungdomar under 19 år är tandvård avgiftsfri endast om de besöker sin familjetandläkare två gånger om året och om de har ett "oralhygien-certifikat" (Health Policy 1992). Vuxna erhåller lägre patientavgifter för vissa behandlingsåtgärder om de regelbundet genomgår profylaxprogram; för exempelvis tandbevarande kirurgi utgår ingen patientavgift alls. Försäkringsskyddet för protetisk behandling är litet eller obefintligt; endast om patienten tidigare regelbundet besökt tandläkare täcker försäkringen en mindre del av kostnaden.

Det kan vara intressant att notera att den offentliga försäkringen försöker förmå tandläkarna att ta ansvar för ett större antal patienter. En tandläkare som har färre än 3 250 patienter på sin lista har inte rätt att direkt sända räkningar till försäkringen (Health Policy 1992). Jämför vi denna begränsning med den existerande tandläkartätheten innebär det att en fjärdedel av tandläkarkåren utsätts för denna restriktion.

Ersättningen till tandläkaren sker efter prestation. Konkurrens från andra yrkesgrupper har ökat genom att denturister, dvs vidareutbildade tandtekniker som självständigt utprovar proteser, och tandhygienister har beretts tillträde till finansieringssystemet och kan arbeta utan överinseende av tandläkare.

## Storbritannien

Även i Storbritannien produceras tandvården i huvudsak av privatpraktiserande tandläkare; endast 16 procent av tandläkarna avlönas av offentliga arbetsgivare. Finansieringen präglas dock av den övriga sjukvården; mindre än 30 procent av tandvårdens kostnader finansieras via patientavgifter. För tandvård som ges inom ramen för NHS (National Health Service) är kliniska undersökningar och protesreparationer avgiftsfria för patienten (Health Poli-

cy 1992). För övriga behandlingar betalar oprioriterade patienter 75 procent av kostnaden, dock maximalt 200 pund, vilket motsvarar ca 2 200 svenska kronor. För tandvård som inte ges inom ramen för NHS, vilken uppgår till ca 7 procent av tandvårdskostnaderna, betalar patienten i stort sett hela kostnaden själv.

Tandläkarna ersätts i huvudsak efter prestation även om försök med kapitationsersättning förekommer. För arbeten som ges inom ramen för NHS gäller prisreglering. Priserna för den osubventionerade privata tandvården, som ersätts efter prestation, är däremot oreglerade. Till nyligen har tandläkarnas organisation publicerat rekommenderade avgifter, men detta är inte längre tillåtet enligt den brittiska anti-trustlagstiftningen.

## Norge

Sextiofem procent av de norska tandläkarna arbetar i privata praktiker. Den offentliga sektorn finansierar knappt 30 procent av de totala tandvårdskostnaderna. Orsaken till den låga andelen offentligfinansiering beror på att den vuxne patienten får betala så gott som all tandvård själv i Norge. Den offentligt producerade tandvården är framför allt inriktad mot barn och ungdom och vissa övriga prioriteringsgrupper, men den fungerar också som komplement till privattandvården i regioner med låg tandläkar-täthet. Prioriteringsgrupperna har avgiftsfri tandvård, med undantag för ortodontisk behandling. För vuxentandvården ersätts tandläkarna efter prestation, där priserna är centralt reglerade.

## Finland

I Finland produceras ungefär hälften av tandvården privat. Den offentligt producerade tandvården sker främst

inom kommunala hälso-centra. Knappt hälften av tandvårdskostnaderna, 47 procent, finansieras av den offentliga sektorn. Fram till 1992 fanns dessutom en indirekt subventionering genom att patienternas avgifter var avdragsgilla från den taxerade inkomsten. Barn och ungdomar under 19 år erhåller subventionerad eller fri tandvård; deras tandvård utförs främst vid hälso-centra.

Förutom via offentligt producerad tandvård subventioneras tandvård också genom en nationell offentlig försäkring. Från 1986 utvidgades den offentliga försäkringen att gälla personer födda 1961 och tidigare, men äldre än 19 år; från 1990 kom försäkringen att omfatta också personer födda 1956 och senare. För tandvård inom ramen för försäkringen ersätts 60 procent av godkänd kostnad för de flesta behandlingsmoment. Undersökningar och prevention ersätts dock med 90 procent. För ortodonti och protetik får patienten betala hela kostnaden själv.

Den privata tandvården ersätts efter prestation. Anställda inom den offentliga tandvården ersätts genom lön, som nyligen kombinerats med tantiem. Patientavgifterna för vård i hälso-centren fastställs av regeringen. För privat tandvård är prisbildningen i princip fri, men tandläkarorganisationen har tidigare utfärdat rekommenderade priser. För dem som omfattas av den nationella försäkringen gäller att de får ersättning i efterhand baserad på centralt fastställda taxor. Övriga får stå för hela kostnaden själva.

Det finska tandvårdssystemet genomgår stora förändringar. De styrande centrala 5-årsplanerna överges och besluten decentraliseras till kommunerna, större potentiell konkurrens inleds mellan hälso-centren och priskarteller förbjuds vilket innebär att tandläkarförbundet inte längre kan utfärda rekommenderade priser. Det innebär en rörelse bort från planer och offentlig producerad vård och mot privatisering och konkurrens.

## Svensk tandvård i internationell belysning

I Sverige är ungefär hälften av tandvården offentligt producerad. Vid en internationell jämförelse är detta en hög andel; endast Danmark och Finland kommer upp till denna nivå. Internationellt är den offentligt producerade tandvården oftast inriktad mot speciella prioriteringsgrupper, främst barn och ungdom, men den utgör ibland, exempelvis i Norge, ett viktig komplement till den privata tandvården i regioner med låg tandläkartäthet. Norge har också en förhållandevis jämn regional fördelning av vårdgivare i förhållande till befolkningen, även om Oslo-regionen uppvisar hög tandläkartäthet i jämförelse med den norra delen av landet. Ett likartat mönster kan vi också se i Finland där regioner med låg tandläkartäthet har ett stort inslag av offentligt tandvård. I England, där tandvården huvudsakligen produceras av privattandläkare med fri etableringsrätt, är den regionala fördelningen skévare. Även i Sverige är den offentligt producerade tandvården inriktad mot barn och ungdom och alla typer av specialisttandvård, men den utgör också en förhållandevis stor andel av allmäntandvård för vuxna.

Den offentliga sektorn finansierar ca 70 procent av tandvården i Sverige. Jämfört med andra länder är denna andel förhållandevis hög, men ändå inte extrem; Belgien, Storbritannien, Tyskland och Österrike har lika stora eller större andelar. Det finns dock en tendens att villkoren för patienten i de i huvudsak offentligt finansierade systemen försämras, vilket tenderar att minska den offentliga sektorns andel av finansieringen. Som ett led i kostnadskontroll av hälso- och sjukvård har exempelvis patientandelen höjts i Tyskland. Detta har varit fallet också i Sverige.

Ser vi till avgiftsstrukturen bestäms subventioneringsgraden i Sverige av kostnaden för behandlingen. För arvodet upp till 3 000 kronor betalar patienten 70 procent av kostnaden, för belopp mellan 3 000 kronor och 7 000

kronor 50 procent och för belopp överstigande 7 000 kronor 25 procent. Speciella regler gäller dock för kostnader för ädelmetaller.

Vi kan notera att i länder som Danmark, Tyskland och Nederländerna subventioneras vissa behandlingar mer än andra. I Tyskland, och framför allt i Nederländerna, är subventionerna utformade för att stimulera till regelbundna kontroller och profylax. Motivet till att protetik ges låg eller ingen subvention är förmodligen att begränsa kostnaden för försäkringen, eftersom just protetik är en kostsam behandling. Samtidigt innebär det i praktiken att försäkringens funktion som högkostnadsskydd försvagas. I Storbritannien och Sverige har försäkringens utformning mer karaktär av högkostnadsskydd, där subventioneringsgraden ökar med kostnaden för behandlingen.

Ett motiv för subventionering av vuxentandvård kan vara att det skall stimulera till regelbundna besök och profylax. Vi såg att exempelvis Tyskland och Nederländerna har utformat avgiftsstrukturen för att ytterligare stimulera till sådana åtgärder. Det är i detta sammanhang intressant att notera att Norge, trots avsaknad av subventioner till vuxentandvård, ändå har en hög besöksfrekvens. År 1991 hade 76 procent av befolkningen över 16 år besökt tandläkare under det senaste året och 92 procent under de senaste 5 åren. I Sverige var motsvarande siffror, men för åldrarna 16–74 år, 74 respektive 94 procent (SCB 1992). Besöksfrekvensen i Sverige och Norge är alltså ungefär lika. Erfarenheterna från Finland visar också att patientavgifternas storlek endast marginellt påverkar besöksfrekvensen.

Det är också intressant att notera att andelen av den vuxna befolkningen med egna tänder i Norge inte är lägre än i Storbritannien och Sverige, som subventionerar vuxentandvård. Nu är tandlöshet ett grovt mått på tandhälsa, eftersom tandhälsan kan skilja sig såväl inom gruppen tandlösa som bland dem med egna tänder. Exempelvis

har en tandprotes konstruktion och utformning stor betydelse för funktionsförmåga och livskvalitet för patienten. Tandlösa patienter med dentala implantat har i dessa avseende bättre tandhälsa än patienter med avtagbara proteser (Karlsson 1991). I Sverige hade i slutet av 80-talet fem procent av de partiellt eller helt tandlösa någon form dentala implantat (SCB 1992). Hur denna andel ser ut i andra länder är okänt, men förmodligen är förekomsten av implantat där mindre. Det är nämligen i Sverige som denna teknologi har utvecklats.

I Sverige ersätts den privata tandvården efter prestation. Priserna är reglerade enligt en detaljerad prislista. Ersättningen till den offentliga tandvården – folktandvården – består av en kombination av prestationsersättning och budget. Även i andra länder förekommer som regel prisreglering då tandvården subventioneras. Vid osubventionerad privat tandvård förekommer olika lösningar. I Norge fastställs priserna centralt medan fri prisbildning förekommer i Storbritannien och Finland.

Liksom i Sverige betalar patienten även i andra länder vanligtvis sin andel av kostnaden direkt till tandläkaren, som därefter erhåller resterande del av försäkringen. Så är exempelvis fallet i Danmark och Tyskland. Det förekommer dock, exempelvis i Frankrike och Finland, att patienten betalar hela räkningen själv och därefter i sin tur erhåller ersättning från försäkringen.

Tandläkarna möter som regel begränsad konkurrens från övriga yrkesgrupper. Dock förekommer, t ex i Finland och Nederländerna, en yrkeskategori – denturister – som är utbildade att självständigt utprova och tillverka tandproteser. I Nederländerna har numera denturister och tandhygienister beretts tillträde till finansieringssystemet och kan arbeta utan överinseende av tandläkare. I Sverige är tandhygienister legitimerade men de kan inte ansluta sig till finansieringssystemet om de inte arbetar under en tandläkare. Detta innebär att tandhygienister i praktiken inte konkurrerar med tandläkarna i Sverige.

Det finns tecken internationellt på att konkurrensen kommer att öka inom tandvården. Finland överger exempelvis centrala planer och decentraliserar besluten till kommunerna. Detta leder förmodligen till en ökad konkurrens mellan den offentligt producerade tandvården och privattandvården (se uppsatsen om Finland i denna skrift). I länder med ett stort inslag av offentliga subventioner också för vuxentandvård tenderar subventioneringsgraden att minska. Sverige har, från en hög subventioneringsnivå, genom åren försämrat villkoren för patienten, men detta gäller även Tyskland. Finland har nyligen tagit bort avdragsrätten för patientens tandvårdskostnad vid beskattning. Även i övriga västeuropeiska länder finns en tendens till mer marknadskonform tandvård (Whitehouse 1993). Däremot tycks länder, exempelvis Irland, med låga offentliga subventioner till tandvård öka dessa (Whitehouse 1993).

Vi har tidigare påvisat att Sverige, jämfört med andra länder, använder mycket resurser inom tandvården. Det är naturligtvis svårt att avgöra vad som är optimalt i detta avseende. Vi kan ändå notera att om Sverige skulle ha en tandläkartäthet motsvarande genomsnittet för de länder som presenteras i tabell 2 innebär det en minskning av den svenska tandläkarkåren med ca 40 procent. Det är intressant att notera att i både Storbritannien och Finland, som alltså har lägre tandläkartäthet än Sverige, anses tandläkarkåren vara för stor.

## Slutsatser

Sammanfattar vi egenskaperna hos tandvårdssystemen i västeuropeiska länder kan vi konstatera att i de flesta länder produceras tandvård i huvudsak av privatpraktiserande tandläkare. Andelen offentligproducerad tandvård varierar kraftigt mellan länder från någon procent till ca

hälften. Den offentligt producerade tandvården är oftast inriktad mot speciella prioriteringsgrupper, men den fungerar också som komplement till privattandvård i regioner med låg tandläkartäthet.

Den offentliga sektorn har större betydelse som finansierare än som producent av tandvård. Offentliga subventioner riktas främst mot barn och ungdom och vissa utvalda prioriteringsgrupper. Den stora skillnaden mellan länder beträffande subventioneringsnivå gäller vuxentandvård.

Ibland riktas subventionerna för vuxentandvård mot kontroller, prevention och rutinbehandlingar samtidigt som dyrare behandling, exempelvis protetik, undantas. I länder som Storbritannien och Sverige ökar subventioneringsgraden med kostnaden och fungerar därmed som ett högkostnadsskydd. I valet mellan dessa lösningar förefaller ett högkostnadsskydd mest motiverat. Den teknologiska utvecklingen har nämligen lett till att vissa behandlingar är dyra. Dentala implantat är ett bra exempel på detta; kostnaden för käkbensförankrad bro i den helt tandlösa käken uppgår till ca 60 000 kronor. Det är tveksamt om starkt subventionerade rutinåtgärder men frånvaro av högkostnadsskydd verkligen motsvarar befolkningens behov av ett försäkringsskydd.

Norge är ett intressant exempel genom att befolkningens tandhälsa är god och att en stor andel regelbundet besöker tandläkare trots avsaknad av subventioner. Detta kan indikera att tandvårdsmål kan nås till förhållandevis låg kostnad. Det finns emellertid studier som tyder på att patientavgiften har betydelse för besöksfrekvensen (se uppsatsen om Storbritanniens tandvård i denna skrift).

En stimulans av regelbundna kontroller och profylax åstadkoms ibland genom att patienten erhåller ett bättre högkostnadsskydd om hon kan påvisa att hon regelbundet genomgått ett profylaxprogram. Subventioner är således inte en nödvändig förutsättning för att ge ekonomiska incitament till regelbundna kontroller och profylax.

Förekomsten av subventioner återföljs av regleringar

av priser. Detta är naturligt, eftersom betalning av tredje-part tenderar att driva upp priserna. Vid osubventionerad tandvård förekommer dock fri prisbildning; som konkurrensmedel används dock priset i liten utsträckning. Den klart dominerande ersättningsformen sker efter prestation, även om kapitationsersättning förekommer.

Vi kan notera att tandvård kan organiseras på flera sätt och att tandhälsan generellt har förbättrats i Västeuropa oavsett organisationsform. Det finns många vägar till uppställda mål rörande tandvård och tandhälsa. Ser vi till Sverige kan vi konstatera att vi står oss gott i en internationell jämförelse beträffande befolkningens tandhälsa. Detta har emellertid åstadkommit till jämförelsevis hög kostnad.

Delvis kan detta förklaras av att Sverige har många tandläkare i förhållande till befolkningen. Vuxentandvårdens subventionering är förmodligen en annan förklaring till de höga kostnaderna. I Sverige subventioneras såväl kontroller, prevention och rutinåtgärder som mer omfattande behandlingar.

Norges tandvårdspolitik framstår som intressant. Där har det varit möjligt att åstadkomma god tandhälsa hos befolkningen och god tillgänglighet av tandvård till låga kostnader. Offentligtandvården spelar en viktig roll för speciellt utvalda prioriteringsgrupper och som komplement till privattandvård i glesbygden. Kanske räcker det att gå till Norge för att skaffa lärdomar inför utformningen av det framtida svenska tandvårdssystemet.

## Referenser

- Health Care Review* (1992), "International Comparisons of Health Systems", volym 13, nr 4.
- Health Policy* (1992), specialnummer: "Health Care in the EC Member States", volym 20, nr 1+2.

- Karlsson, G. (1991), *Hälsoekonomisk utvärdering av dentala implantat*, Linköping Studies in Arts and Science, Universitetet i Linköping.
- SCB (1992), *Levnadsförhållanden. Ohälsa och sjukvård 1980–1989*, rapport 76.
- WHO (1986), *Financing of dental care in Europe. Part I, Regional Office for Europe*, Köpenhamn.
- WHO (1990), *Financing of dental care in Europe. Part II, Regional Office for Europe*, Köpenhamn.
- Whitehouse, N.H. (1993), "Trends in European Dental Care Systems", i *Dental Care Systems in Europe – An overview and the cases of Finland, Norway and UK*, SNS Occasional Paper Nr 44.

# Tandvården i Finland

---

Harri Sintonen och Sirkkasisko Arinen

## Nationella mål för tandvården

Om vi följer den traditionella klassifikationen att målen för hälso- och sjukvård kan formuleras utifrån dess *struktur, process* och *resultat*, finns det en klar tendens under de senaste decennierna att målen för finsk tandvård har förflyttats från struktur mot resultat.

Det första steget vid *struktureringen* av finsk tandvård var införandet av tandläkarutbildning för 100 år sedan. Utbildning av tandtekniker startade 1928, av tandsköterskor 1947 (mer systematiskt 1966) och av tandhygienister 1976. Sedan 1965 har tandtekniker vidareutbildats till denturister, som är legitimerade att utprova avtagbara proteser utan överinseende av tandläkare.

Nästa strukturella förändring ägde rum 1957, då offentligt producerad tandvård etablerades. De lokala myndigheterna (kommunerna) fick ansvaret för skattefinansierad, avgiftsfri tandvård för förskolbarn. En viktig milstolpe i den strukturella utvecklingen var antagandet av primärvårdslagen 1972. De främsta målen med lagen berörde både strukturen och processen inom offentlig hälso- och sjukvård. De allmänna *strukturella målen* var

- att bringa offentlig vård som bedrevs separat (tandvård, skolhälsovård, lokala sjukhus, etc) under lokalt integrerad ledning och planering genom ett nätverk av hälso-centra

- att skapa ett enhetligt planeringssystem för att täcka all offentlig hälsovård
- att skapa ett enhetligt statligt subventioneringssystem i syfte att öka resurserna till primärvård.

De allmänna målen som relaterades till *processen* var

- att ändra tyngdpunkten mot utvecklingen av primärvård och prevention, och mot regional och social rättvisa vid utbud och konsumtion av hälsovård.

De specifika struktur- och processmålen för olika områden inom hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, definierades i årliga rullande 5-årsplaner. De *strukturella målen* definierades som årliga ökningarna av arbetskraft (t ex tandläkare) och utrustning. Beträffande tandvårdens *processmål* fick nu de lokala myndigheterna ansvaret för att tillhandahålla offentlig tandvård i hälso-centra till hela kommunens befolkning och följa en tidsplan som fastställdes i 5-årsplanerna. Tillhandahållandet av tandvård skulle vara systematisk, dvs regelbunden och innehålla preventiva kontroller, prevention och nödvändig bas-tandvård.

Vid detta stadium fanns det ännu inga explicita och specifika *resultatmål*, men systematiska uppföljningsdata innehöll indikatorer för tandhälsa.

Mot slutet av 70-talet hade primärvårdslagen lett till att befolkningen under 19 år erhöll subventionerad eller avgiftsfri tandvård vid hälso-centra över hela landet. Glesbygdskommunerna med ingen eller liten privattandvård kunde erbjuda offentlig tandvård till subventionerade priser för hela befolkningen. Detta resulterade i en ekonomisk orättvisa mellan regioner bland den vuxna befolkningen. Den regionala olikheten i utbudet av tandvård (tandläkartäthet) hade minskat, men inte försvunnit (Alvesalo 1984).

Vid detta stadium fanns en uppfattning bland besluts-

fattare att en bättre integration mellan offentlig och privat tandvård var nödvändig för att undanröja dessa orättvisor. För att uppnå detta tillsattes tandvårdsutredningen. Utredningen hade två konkreta rekommendationer. Rekommendationen beträffande tandvårdens *struktur* var att utvidga den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) till privat tandvård så att patientavgiftens andel skulle bli lika i båda sektorerna. Rekommendationen beträffande *processen* var att anta idén om systematisk, preventionsinriktad vuxentandvård i båda sektorerna.

Vid sidan av denna utveckling intensifierades i början av 80-talet diskussionen om WHO:s strategi rörande Hälsa för Alla år 2000 (HFA 2000). I Finland antogs denna strategi som grund för framtida hälsopolitik år 1986. I det finska dokumentet rörande HFA 2000 avgränsades vuxentandvård som ett av de prioriterade områdena vid utveckling av hälso- och sjukvård. I detta sammanhang antogs för första gången kvantitativa, resultatnriktade mål för tandvård (se Bilaga) (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1987, Federation Dentaire Internationale 1982). Detta var möjligt, eftersom indikatorer för tandhälsa hade använts vid uppföljning av tandvården sedan 1976 och att de visade en klar förbättring i tandhälsostatus över åren. Den finska HFA 2000 bekräftade processmålet som förslogs av tandvårdsutredningen.

Beroende på det ekonomiska läget kom rekommendationerna från tandvårdsutredningen och HFA 2000 endast delvis i kraft år 1986, då den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) utvidgades att omfatta privat tandvård för personer födda 1961 och tidigare. År 1990 utvidgades täckningen till de som var födda 1956 och tidigare. År 1992 skulle omfattningen ha utvidgats till hela befolkningen, men denna reform har blivit uppskjuten.

## Marknadsstruktur och administration

Tandvård produceras huvudsakligen i två sektorer, offentlig och privat. Offentlig tandvård utförs främst av hälso-centra (220 stycken) som drivs av kommuner, ensamma eller i samverkan, och i mindre utsträckning av studenttandvård, armé- och universitetskliniker.

Privat tandvård utförs av privata tandläkare, denturister och dentala laboratorier. År 1992 arbetade omkring 52 procent av de privata tandläkarna som oberoende företagare i enmans-praktiker, 21 procent i grupp-praktiker och resterande 27 procent som anställda i privata tandvårdsföretag (Pöyry 1992).

Den högsta administrativa myndigheten inom tandvård är Social- och Hälsovårdsministeriet. Administrationen av tandvård i hälso-centra är knuten till det lokala demokratiska systemet för beslutsfattande. Tandvård vid hälso-centra styrs dessutom av systemet med de årliga 5-årsplanerna. De regionala myndigheterna godkänner de lokala planerna och fördelar de statliga subventionerna till hälso-centren.

## Tandvårdsutgifter och resurser

De totala utgifterna år 1990 för hälso- och sjukvård var 40 979 miljoner finska mark (FIM). Detta representerar 7,8 procent av BNP. Tandvårdsutgifterna var 2 590 miljoner FIM, dvs 515 FIM (ca 700 SEK) per capita. Tandvårdsutgifterna uppgår till 6,3 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård och 0,5 procent av BNP. Tandvårdens andel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård har legat kring 6 procent sedan 1960 (Kansaneläkelaitos 1992).

Omkring 45 procent av tandvårdsutgifterna härrör från den offentliga sektorn och 46 procent från den privata.

Kostnadsandelen för proteser uppgår till ca 7 procent och resterande del faller på studenttandvård (Kansaneläkela-itos 1992). Tandvårdens viktigaste resurs är arbetskraft. Tabell 1 visar arbetskraften inom finsk tandvård i slutet av 1991 efter personalkategori.

Tabell 1 Tandvårdspersonal i Finland år 1991

	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal aktiva</i>	<i>Invånare per tandläkare osv</i>
Tandläkare	4 811	36	3 969	1 267
Specialisttandläkare	640	5	593	8 481
Tandhygienister	804	6	795	6 326
Tandsköterskor	6 210	47	5 973	842
Denturister	428	3	358	14 047
Tandtekniker	440	3	394	12 764
Totalt	13 333	100	12 082	416

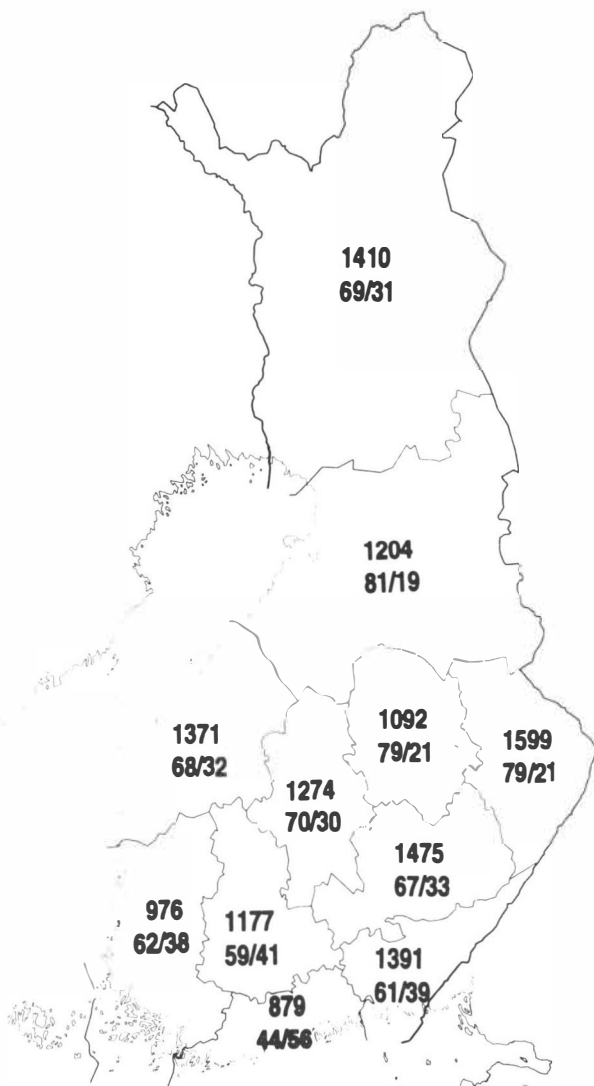
Specialisttandläkarna fördelar sig på följande specialiteter: oralkirurg 12 procent, ortodontister 20 procent, specialister i offentlig tandvård 28 procent och specialister i klinisk tandvård 40 procent. Det finns 0,17 aktiva tandhygienister per aktiv tandläkare och 1,3 tandsköterskor per tandläkare.

Figur 1 visar den regionala fördelningen av tandläkare och tandvård per sektor (privat och offentlig) år 1992.

## Finansiering

Privat tandvård (privata tandläkare och denturister) ersätts efter prestation. Till 1986 betalade samtliga patienter avgiften ur egen ficka. Till 1992 var avgiften, med vissa begränsningar, avdragsgill från den taxerade inkomsten.

Figur 1 Invånare per tandläkare och proportionen offentlig/privat-tandläkare i olika regioner i Finland



Denna form av indirekt subvention var därför högst för dem med den högsta marginals-katten, dvs de mest välbeställda. För en mindre del av anställda har hela eller delar av utgiften för tandvård betalats av arbetsgivaren eller också har de erhållit ersättning från företagets sjukförsäkring (ca 200 företag har en sjukförsäkring som ersätter också tandvårdsutgifter).

År 1986 utvidgades den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) att omfatta tandvård för alla födda 1961 och tidigare. År 1990 utvidgades omfattningen till de som var födda 1956 och senare. Ersättningsgraden var 60 procent av det NSF-arvode som godkänts av Socialförsäkringsbyrån (som driver den Nationella Sjukförsäkringen) och noll procent av arvodet för ortodontiskt och protetiskt arbete. År 1988 höjdes ersättningsandelen till 90 procent för undersökningar och preventiva åtgärder. Ersättnings-systemet är indirekt. Först betalar patienten den fulla arvodet till tandläkaren enligt det Finländska Tandläkarförbundets taxa. Därefter betalar den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) kompensation till patienten på basis av sin avgiftstaxa.

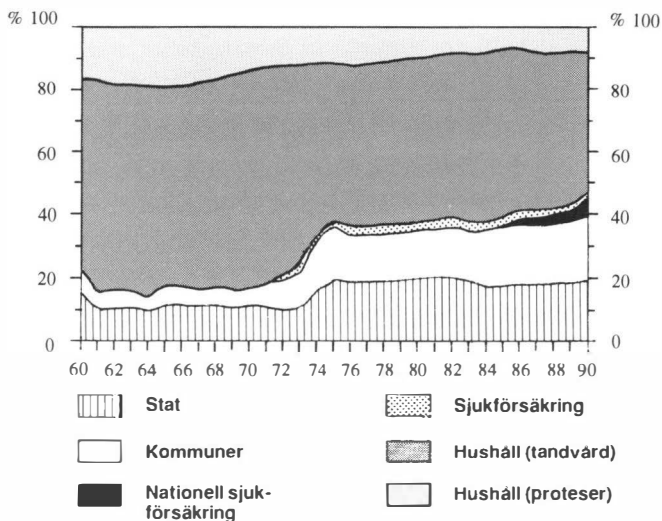
Sedan 1972 sker offentlig tandvård främst av avlönade tandläkare vid hälso-centra. Nyligen har en extra prestationsersättning lagts till lönen (i genomsnitt 20–30 procent på toppen av lönen) i syfte att öka produktiviteten. Kostnaden för tandvård i hälso-centra finansieras gemensamt av kommunerna och staten genom skatter och med en blygsam patientavgift. Statens subventioner täcker 29–66 procent av hälso-centrens faktiska tandvårdskostnader efter det att patientavgifterna frångämts. Resten faller på kommunerna, som bedriver vården. Kommunerna finansierar omkring 12 procent av de totala kostnaderna. Subventionerna betalas direkt till hälso-centren och storleken beror i huvudsak på den finansiella styrkan hos kommunen. Ju rikare kommun desto lägre subvention. Den statliga subventionen är procentuellt lika för drifts- och kapitalkostnader.

Patientavgiften och avgifter för offentlig tandvård var avdragsgilla för taxering till år 1992. Privata tandvårdsförsäkringar är så gott som obefintliga i Finland.

Figur 2 visar hur tandvårdens finansiering har utvecklats från 1960 till 1990. År 1990 fördelades finansieringen på följande sätt:

Staten	19,6%
Kommuner	21,4%
Nationell Sjukförsäkring	4,1%
Sjukförsäkring	1,4%
Hushåll	53,5%
<i>Totalt</i>	<i>100%</i>

Figur 2 Utveckling av tandvårdens finansiering 1960–1990



## Vårdutnyttjande

De senaste data om utnyttjandet av tandvård för hela den vuxna befolkningen (exklusive personer som bor permanent på institutioner) baseras på en undersökning som genomfördes 1987 (Nyman 1990). Tabell 2 visar några resultat från denna undersökning.

Tabell 2 Andel av befolkningen 15 år och äldre som sökt tandvård 1986 (%) och antalet besök per person och besökare år 1987 i olika åldersgrupper

	Åldersgrupp							Totalt
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	
Sökt vård (%)	77,0	61,8	55,7	50,0	37,5	28,5	14,3	52,4
Besök per person	2,1	1,8	1,6	1,6	1,3	0,7	0,5	1,5
Besök per besökare	2,7	2,9	2,9	3,2	3,5	2,5	3,5	2,9

Från dessa data kan skattas att 15-åringar och äldre genomförde ca 6,7 miljoner tandläkarbesök 1987. Omkring 2,1 miljoner av dessa besök (30 procent) genomfördes vid hälso-centra.

## Indikatorer på tandhälsa

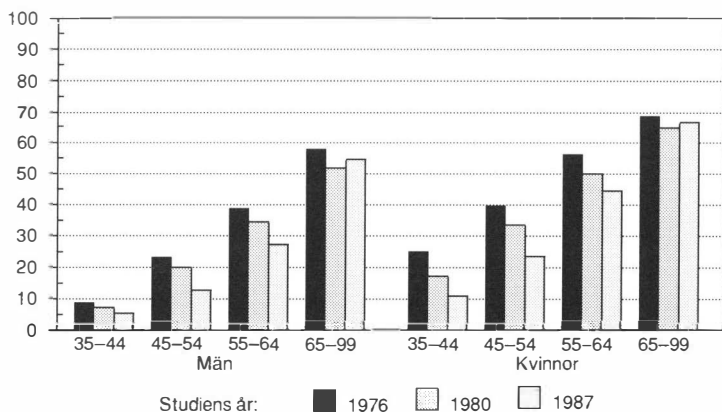
Vid hälso-centra har sedan 1976 DMFT-index<sup>1</sup> används för att registrera kariesförekomsten hos varje patient. Registrering av parodontal status med CPI-index har varit lagfast sedan 1986, men tillgängliga data är osäkra, speci-

<sup>1</sup> DMFT står för skadade (Decayed), saknade (Missing) eller fyllda (Filled) tänder (Teeth).

ellt i yngre åldersgrupper. Sedan 1986 måste också privata tandläkare registrera tandstatus med hjälp av dessa index för patienter som omfattas av den Nationella Sjukförsäkringens (NSFs) förmåner.

Förekomsten av tandlöshet i den vuxna befolkningen har kartlagts genom intervjuundersökningar åren 1976 och 1987 och i en klinisk undersökning år 1980 (Nyman 1990, Vehkalahti et al 1991). Dessa studier baseras på ett representativt urval av den vuxna befolkningen, men intervjuundersökningarna exkluderade personer som bodde permanent på institutioner. Figur 3 sammanfattar resultatet.

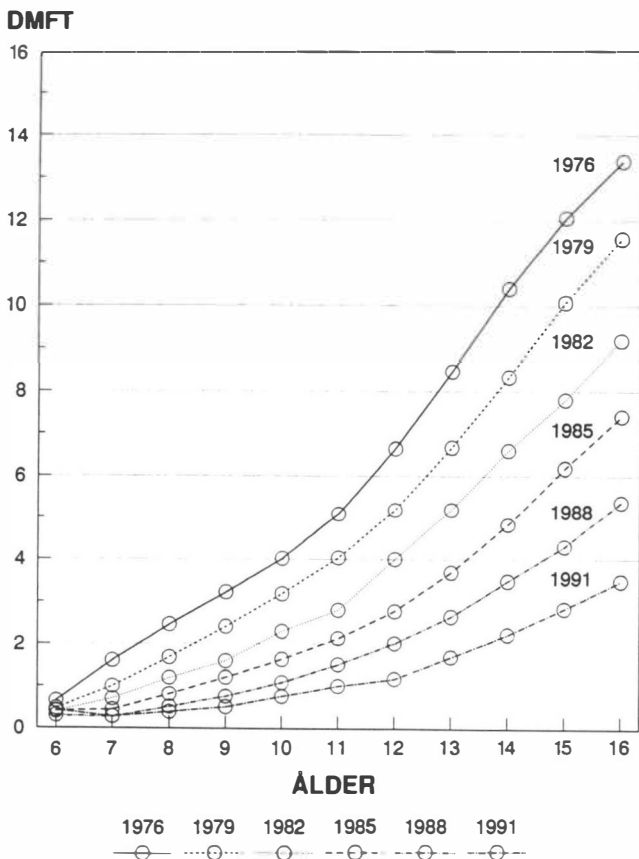
Figur 3 Tandlöshet i Finland. Procentuell tandlöshet efter åldersgrupp och år för studien



Förekomsten av tandlöshet har minskat snabbt bland medelålders. I åldersgruppen 35-44 år var 17 procent tandlösa år 1976 och 7,4 år 1987. I åldersgruppen 65 och äldre var procentsatsen 63,7 år 1976 och 61,3 år 1987. I genomsnitt var 23,9 procent av 15-åringar och äldre tandlösa år 1987 enligt en intervjuundersökning (Nyman 1990).

Utvecklingen av DMFT i åldersgruppen 6-16 år visas i figur 4. Det finns en klar minskning i detta index mellan 1976 och 1991. Bland 5-6 åringar var målet enligt HFA

2000 att 70 procent skulle vara kariesfria. För närvarande uppgår den till 56 procent. För 12-åringar var DMFT 4,0 1982. HFA 2000-målet var 1,5 DMFT. Redan nu visar detta index 1,2, men denna reduktion kan delvis förklaras av en förändring i behandlings- och registreringspraxis snarare än en reell förändring i tandstatus.



## Regleringar inom tandvården

*Allmänna regleringar:* Tandläkare är legitimerade och övrig personal registreras av Rättsskyddscentralen för Hälsovård vid Social- och Hälsovårdsministeriet. Efter universitetsstudier men före legitimering har tandläkare sex månaders praktisk utbildning. Tandläkarna är skyldiga att föra medicinska patientjournaler, informera Rättsskyddscentralen för Hälsovård om sin bostads- och arbetsplatsort och besvara andra frågor av Styrelsen. Privata tandläkare måste informera hälso-centra om etablering av nya praktiker. De privata grupp-praktikerna arbetar under överinseende av den regionala myndigheten.

*Prisreglering:* Patientavgifterna för vård i hälso-centra fastställs i en författning utfärdad av regeringen. I författningen klassificeras tandvårdsåtgärder i relativt få grupper och en avgift bestäms för varje grupp av åtgärder. En avgift på 150 FIM debiteras för uteblivet besök.

Finländska tandläkarförbundet rekommenderar maxiavgifter för de privata tandläkarna. Avgiftstaxan är mycket detaljerad och innehåller ca 200 åtgärder.

Ersättningen till privata tandläkare från den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) baseras på en särskild tandvårdstaxa som fastställs av Socialförsäkringsbyrån. Avgifterna enligt denna taxa är i viss utsträckning lägre än enligt taxan för de privata tandläkarna (se exempel i tabell 4). Dessutom förändras NSF-taxan mindre frekvent än taxan för de privata tandläkarna. Detta har varit ett sätt att reglera priserna i den privata sektorn.

*Utbudsregleringar:* Tandvård som ges av hälso-centren regleras efter åldersgrupper. Den första prioriteringsgruppen är barn och ungdom upp till 19 års ålder. Den andra prioriteringsgruppen är personer födda 1956 och senare, men äldre än 19 år, blivande mödrar, studenter, krigsveteraner och vissa små specialgrupper.

*Legal säkerhet:* Den legala säkerheten för patienter, inklusive tandvårdspatienter, förbättrades påtagligt då patient-skadelagen trädde i kraft 1987. Den berättigar patienten att få ersättning från patientförsäkringen för skador orsakade av behandlingen (felbehandling), infektioner eller olyckor utan att behöva stämma vårdgivaren. Klagomål om tandvården överlämnas till Rättsskyddscentralen för Hälsovård.

## Konkurrensen

Graden av konkurrens mellan privatpraktiserande och offentliganställda tandläkare varierar kraftigt mellan kommuner, regioner och åldersgrupper av behandlade patienter. Denna variation beror på skillnader i utbud och utbudsregleringar inom den offentliga sektorn samt skillnader i patientavgifter mellan olika åldersgrupper. Generellt har förhållandena inte, åtminstone inte hittills, stimulerat till konkurrens mellan privat och offentlig tandvård.

I de flesta glesbygdskommuner i den norra och östra delen av Finland finns ingen privat tandvård alls. Det privata utbudet koncentreras till städer och utbudet är generellt större i de störrestäderna. Skillnader på regional nivå rörande privat och offentlig tandvård visas i figur 1.

Det förekommer knappast någon konkurrens mellan privat och offentlig sektor om barn och ungdom upp till 19 år, eftersom de erhåller avgiftsfri tandvård i hälso-centren och har första prioritet att få vård. Därför använder mycket få privat tandvård i denna åldersgrupp. Detta illustreras (privat sektor för 1991 och hälso-centra år 1988) i tabell 3.

Mellan 1986 och 30 juni 1992 har konkurrensen mellan sektorerna inte skett på lika villkor för personer födda 1956 och senare, men äldre än 17 år. Denna åldersgrupp har andra prioritet att erhålla tandvård vid hälso-centren.

Tabell 3 Andel av befolkningen som söker tandvård vid hälso-centra och privat sektor (%) och antalet besök per besökare vid dessa sektorer i två unga åldersgrupper

Sektor	< 17 år		17–24 år	
	söker vård (%)	besök/besökare (%)	söker vård (%)	besök/besökare (%)
Hälso-centra	87	..	27	..
Privat	3	0,5	13,7	3,2

Patientavgiften för denna grupp uppgick till ca 60 procent av den avgift hälso-centren tillämpar för äldre åldersgrupper. För privat tandvård betalade denna åldersgrupp de privata avgifterna, men hade rätt att erhålla ersättning från den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) på basis av NSF-avgifterna. Patientavgiften var dock klart högre än den vid hälso-centren. Därför använde också denna åldersgrupp främst offentlig tandvård. Exempelvis nyttjade år 1987 omkring 67 procent hälso-centren och 19 procent annan offentlig tandvård (Arinen et al 1991, Arinen & Sintonen 1992). Från juli 1991 togs denna speciella förmån bort för denna åldersgrupp.

Tabell 4 visar några exempel på patientavgifter för tandvård utförd privat, inom ramen för den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) och hälso-center samt relationen mellan dessa patientavgifter i augusti 1992. Genom åren har de relativa patientavgifterna i hälso-center och privat sektor varierat kraftigt beroende på att avgifterna i hälso-centren har höjts mindre frekvent än avgifterna inom den privata sektorn. NSF-avgifterna har höjts endast en gång sedan 1986.

Konkurrensen mellan privat och offentlig sektor sker inte på lika villkor bland de äldre åldersgrupperna heller. I kommuner, där personer födda tidigare än 1956 erhåller tandvård vid hälso-centra, tillämpas hälso-centrens patientavgifter. Övriga använder (måste använda) privat

tandvård utan ersättning från den Nationella Sjukförsäkringen (NSF). Tabell 4 illustrerar relativpriserna för vissa åtgärder. Den relativa fördelen för hälso-centra i termer av låga patientavgifter förstärktes ytterligare från 1992, då rätten att göra avdrag för tandvårdsutgifter från taxerad inkomst togs bort.

Tabell 4 Några exempel på patientavgifter vid hälso-centra, privat sektor och NSF-avgifter i augusti 1992

	Privat	NSF		Hälso-centra	
	FIM	FIM	% av privat	FIM	% av privat
<i>Undersökning</i>	192	112–157	74–76	20	10
<i>Fyllning</i>					
1 yta	152–207	112–157	74–76	60	40–29
2 ytor	403–504	300–398	74–76	100	25–20
<i>Rotkanalsbehandling</i>					
1 kanal	383	284	74	110	29
3 kanaler	724	549	76	110	15
<i>Extraktion</i>					
enkel	152	112	74	55	36
komplicerad	240	201	84	55	23
<i>Avgift per besök</i>	–	–	–	20	–

Från början av september 1992 trädde en ny konkurrenslag i kraft. I denna lag förbjuds priskarteller. Det betyder exempelvis att Finländska Tandläkarföreningen i strid mot tidigare tradition inte längre tillåts att utfärda taxor för privata tandläkare. Det återstår att se om detta, som avsett, kommer att leda till priskonkurrens mellan privata tandläkare – eller ej.

Hittills har det inte förekommit någon konkurrens mellan hälso-centra, eftersom varje hälso-center har sitt eget upptagningsområde. I framtiden kan situationen komma att förändras av skäl som diskuteras i det sista avsnittet.

Konkurrensen mellan privata tandläkare har intensifie-

rats och uppenbart också användandet av olika former av utbudspåverkan. Ett tecken är mer liberal reklam såväl till innehåll som till omfattning. Ett annat tecken är att privata tandläkare i högre utsträckning återkallar sina patienter i syfte att upprätthålla patientkontakt. Enligt en färsk studie (våren 1992) påbörjas en ny behandlingsepisod för nästan hälften av patienterna beroende på en kallelse. Trots detta rapporterar 37 procent av de privata tandläkarna att de har för få patienter. De hade varit villiga att arbeta i genomsnitt ytterligare 9,4 timmar per vecka om efterfrågan varit tillräcklig (Pöyry 1992). Denna höga "undersysselsättning" bland privata tandläkare kan delvis förklaras av att befolkningen förväntade en utvidgning av den Nationella Sjukförsäkringen till privat tandvård för hela befolkningen från 1 juli 1992.

## Större policy-frågor

Ett antal nyligen genomförda reformer har påverkat och kommer i hög grad att påverka finsk tandvård. En större reform, åtminstone i princip, var introduktionen av den Nationella Sjukförsäkringen (NSF) i tandvården 1986 för personer födda 1961 och senare. En utvärdering av dess effekter två år efter implementeringen visade att effekterna på vårdutnyttjandet var ganska litet. Sannolikheten att söka vård ökade obetydligt (från 47 procent under de senaste 10 månaderna år 1985 till 53 procent år 1987) och offentlig sektor valdes obetydligt mer än tidigare (från 82 procent 1985 till 85 procent 1987). Totalt föll det genomsnittliga antalet besök per patient en aning (från 3,4 år 1985 till 2,8 år 1987). Denna totala minskning härrörde från den offentliga sektorn, eftersom det genomsnittliga antalet besök per patient ökade i den privata sektorn (Ariinen et al 1992, Arinen & Sintonen 1992). Utvärdering av de långsiktiga effekterna (från 1985 till 1991) pågår.

År 1990 utvidgades omfattningen till alla personer födda 1956 och tidigare. Avsikten var att utvidga omfattningen till hela befolkningen från 1 juli 1992, men detta har nu blivit uppskjutet.

Från början av 1992 togs rätten att dra av utgifter för hälso- och sjukvård från den taxerade inkomsten bort. Från 1993 blir strukturen på hälso-centrens avgiftstaxa lika med den Nationella Sjukförsäkringens (NSF) taxa. Jämfört med nuvarande taxa innebär det att fler tandvårdsåtgärder debiteras och därmed en avsevärt högre kostnad för patienten för samma behandling. Dessa finansiella förändringar tillsammans med uppskjutandet av utvidgningen av den Nationella Sjukförsäkringens omfattning resulterar i en högre patientavgift och förmodligen en minskning i efterfrågan. Å andra sidan gör den högre avgiften vid hälso-centren konkurrensen mellan sektorerna mer rättvis åtminstone beträffande konsumentpriserna.

En central policy-fråga är också fördelningen av arbetskraft mellan olika personalgrupper, vilken är långt ifrån optimal. Specialisttandläkare utför uppgifter som kan handhas av allmäntandläkare, som i sin tur använder en stor del av sin tid (20–40 procent vid hälso-centren) för åtgärder som kan överföras till tandhygienister. En del av nuvarande arbete för tandhygienister kan överföras till tandsköterskor.

Denna otillfredsställande arbetsfördelning orsakas av att det finns för många tandläkare i jämförelse med andra personalgrupper med tanke på efterfrågan på tandvård. Därför finns det ingen vilja att anställa tandhygienister och tandsköterskor och i den privata sektorn har de till och med friställts. Detta har initierat en intensiv debatt om utbildningen av tandvårdspersonal, särskilt tandläkare. Nedläggning av åtminstone en av landets fyra tandläkarhögskolor har planerats. Finländska Tandläkarförbundet rekommenderar att två tandläkarhögskolor läggs ned. Utbildningen av tandhygienister och tandsköterskor

kommer att reduceras under 1993. En långsiktig plan är att förändra sammansättningen av tandvårdspersonal och att minska personal/befolknings-kvoten.

Den största förändringen i hela finska sjukvårdssystemet sedan införandet av primärvårdslagen 1972 träder i kraft i början av 1993. Då förändras utformningen av statens subventioner till kommunerna för att de driver hälso-centren från en viss andel av utgifterna till en klumpsumma per capita. Klumpsumman bestäms till stor del (75 procent) av befolkningsstrukturen, men också den köns- och åldersstandardiserade mortaliteten har viss effekt (24 procent). Samtidigt överges det bindande plan- och styrsystemet (5-års planer) och ersätts av icke-bindande riktlinjer. Detta innebär förmodligen att kommunerna i mycket större utsträckning än tidigare beaktar hur mycket pengar och resurser de tilldelar exempelvis tandvård vid hälso-centren.

Denna reform tillåter kommunerna att arrangera hälsovård mer fritt än tidigare. De kan exempelvis köpa nödvändig tandvård från den privata sektorn eller från andra hälso-centra om de anser att ett sådant alternativ är bättre i termer av kostnader och/eller kvalitet än att producera tandvården i egna hälso-centra. Det betyder att hälso-centren nu börjar konkurrera, åtminstone potentiellt, med varandra och med privata vårdgivare.

Vid val av vårdgivare kan den relativa produktiviteten såväl mellan privat och offentlig tandvård som mellan olika hälso-centra bli ett avgörande kriterium. En studie från början av 80-talet visade att produktiviteten hos offentligt anställda tandläkare var omkring 14 procent lägre än för privatpraktiserande. Skillnaden i totalproduktivitet var ännu större (Sintonen 1986). En färsk studie visade att det också finns stora skillnader i produktivitet mellan hälso-centra vid produktion av tandvård (Utriainen et al 1993). Den potentiella konkurrensen skapar tryck på att förbättra totalproduktiviteten hos alla vårdgivare, men speciellt vid hälso-centren med den lägsta produktivite-

ten. I vilken utsträckning de lyckas återstår att se. Hur som helst kan vi förvänta att nuvarande blandning mellan offentligt och privat kan komma att förändras.

Hela tandvårdssystemet i Finland är stätt i snabba och genomgripande förändringar. Många av de reformer som har initierat dem är ganska nya och fler beslut följer i en nära framtid. Den drivande kraften bakom är en kraftig ekonomisk recession. Därför är det för närvarande omöjligt att förutse hur systemet kommer att se ut om, säg, 5 eller 10 år. Mycket beror på hur ekonomin återhämtas. Det är emellertid klart att tendensen går från offentligt och planering och mot privat och konkurrens.

## Referenser

- Alvesalo, I., "The density of dentists and population trends in Finland in 1970–1980" (English abstract), *Proc Finn Dent Soc*, 1984;80:136–144.
- Arinen, S., Sintonen, H. och Rosenqvist, G., "Dental visits by young adults before and after subsidisation reform", Paper presented at the Nordic Health Economists' Study Group Meeting, 19–21 augusti, 1991, Köpenhamn.
- Arinen, S. och Sintonen, H., "Choice of dental sector before and after subsidisation reform", Paper presented at the Nordic Health Economists' Study Group Meeting, 20–21 augusti, 1992, Kuopio.
- Federation Dentaire Internationale (1982), "Global Goals for Oral Health by the Year 2000", *Int Dent J*, 1982;32:74–77.
- Kansaneläkelaitos. Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960–90 (Costs and financing of health care in Finland 1960–1990), Kansaneläkelaitoksen julkaisu T9:45, Helsingfors 1992 (på finska).
- Nyman, K., Adult dental care in Finland 1968–1981 (English summary), Kansaneläkelaitoksen julkaisu A:19, Helsingfors 1983.
- Nyman, K., Dental status and dental care in Finland (English

- summary), Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:76, Helsingfors 1990.
- OECD Health Data, Credes, Paris 1993.
- Pöyry, M., "Työllisyyskyselyt huhtikuussa 1992" (Employment survey among dentists in April 1992), *Suomen Hammaslääkärilehti*, 1992:39:1192–1195 (på finska).
- Sintonen, H., "Comparing the productivity of public and private dentistry", i Culyer, A.J. och Jönsson, B. (red), *Public and private health care. Complementaries and conflicts*, Basil Blackwell, Oxford 1986, 219–234.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma (Health for All by 2000. The long-term targets and action program of Finnish health policy), Valtion painatuskeskus, Helsingfors 1987 (på finska).
- Utriainen, P., Sintonen, H. och Widström, E., Total productivity in dental care of Finnish health centres (English abstract), *Hallinnon Tutkimus* 1993 (under publicering).
- Vehkalahti, M., Paunio, I., Nyysönen V. och Aromaa, A. (red), Oral health in the adult Finnish population and associated factors (English summary), Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:34, Helsingfors och Åbo 1991.

## Bilaga

### Nationella mål för oral hälsa i Finland år 2000 i relation till WHO/FDIs globala mål

<i>Målgrupper (ålder)</i>	<i>Globalt mål år 2000 (basår 1982)</i>	<i>Nationellt mål år 2000</i>	<i>Nuvarande status</i>	<i>Trend</i>
<i>I</i> 5–6	kariesfri: 50%	kariesfri: 70%	49% (1988)	ökande
<i>II</i> 12	DMFT: 3	DMFT: 1,5	2 (1988)	minskande
<i>III</i> 18	85% har kvar alla tänder	100% har kvar alla tänder	100% (1987)	stabil
<i>IV</i> 35–44	tandlöshet: 50% reduktion 75% med minst 20 funktionella tänder	tandlöshet: 50% reduktion 75% med minst 20 funktionella tänder	7% tandlösa 75% med > 20 tänder (1987)	minskande ökande
<i>V</i> > 65	tandlöshet: 25% reduktion 50% med minst 20 funktionella tänder	tandlöshet: 25% reduktion 30% med minst 20 funktionella tänder	61% tandlösa 16% med > 20 tänder (1987)	stabil ökande

# Tandvården i Norge

---

Dorthe Holst och Jostein Grytten

## Inledning

I Norge, liksom i Sverige, Danmark och Finland, har ansenlig politisk uppmärksamhet riktats mot tandvården under 1900-talet. Konsekvenser i termer av finansiella och organisatoriska lösningar men även som positiv hälsoutveckling har tjänat både målpopulationerna och de professionella intressena. Det får anses vara en öppen fråga i vilken omfattning denna politiska omsorg kan hållas uppe under nästa århundrade.

I inledningen till detta avsnitt avser vi kortfattat återge viktiga politiska beslut, vilka lagt grunden till dagens tandvårdsutveckling. Som det kommer att framgå, har det politiska intresset fokuserats på barnens tillgång till tandvård samt på den ojämna tillgången på tandvårdspersonal. Som en konsekvens av detta har marknaden för privat tandvård kompletterats med en offentlig tandvård som givits allt större omfattning och innehåll.

Det historiska politiska perspektivet utgör en nödvändig utgångspunkt för förståelse av dagens tandvårdssituation. Det valda perspektivet torde också kunna hjälpa oss förstå en del av skillnaderna i tandvårdssystem mellan de nordiska länderna.

Epidemiologiska undersökningar i Norge liksom i de övriga nordiska länderna drog vid sekelskiftet både professionell och politisk uppmärksamhet till skolbarnens tandhälsa. Ett ökande antal barn befanns ackumulera

tandsjukdomar i en sådan omfattning att deras skolgång och allmänna välbefinnande påverkades.

## Ökad tillgänglighet

De flesta välfärdstjänster initieras lokalt. Det gäller också barntandvården som växte fram som *välgörenhet* av privata tandläkare på kommunnivå. 1917 inkluderades emellertid *fri tandvård* för skolbarn i *Skollagen* som en skyldighet för de kommuner som hade råd till detta. Staten erbjöd ett 25-procentigt stöd till lönekostnader.

## Lika tillgänglighet

Som en följd av de *lokala myndigheternas* skyldigheter förverkligades så sakta tandvård i skolorna utom i stadsområdena. Efter 30 år hade emellertid alltså en fjärdedel av barnen inte tillgång till tandvård och vårdkvaliteten varierade. Man hade också noterat en underförsörjning av privat tandvård för den vuxna befolkningen, särskilt på landsbygden. En regeringskommitté föreslog därför en *ökning av det offentliga ansvaret* för tandvård genom att skapa förutsättningar för folktandvård (offentlig tandvård) som tillägg till skoltandvården. Med början i de norra länen expanderade efterhand denna plan för att slutligen täcka hela landet.

De viktigaste avsnitten i det som 1949 blev Folktandvårdslagen var följande:

- 1 Ansvaret flyttades från *skol-* till *hälsomyndigheterna*.
- 2 *Staten* gjordes ansvarig för att anställa, fördela och avlöna (60 procent) tandvårdspersonalen. Länskommunen gjordes till driftsansvarig förvaltningsnivå.
- 3 Alla 6- till 18-åringar var berättigade till *fri* tandvård (tandreglering undantagen). Vuxna kunde behandlas i

lämplig omfattning vid folktandvårdskliniker till subventionerade fasta priser sedan barnen fått sina behov tillgodosedda.

De fundamentala principer som gjordes gällande i denna lag var *allmängiltighet (universalism), nationellt ansvar, fri vård och total täckning* med avseende på de grupper som omnämnts i lagen.

### Lika villkor

Folktandvården (Folketannrökta) förväntades nå sin fulla utbyggnad inom 15 år, dvs till 1964. På grund av bristande tillgång till tandvårdspersonal och motvilja bland de mer centrala länen att bygga ut folktandvården, erbjöd emellertid endast 13 av 21 län en fullt utbyggd folktandvård 1973. Fyra län erbjöd endast skoltandvård.

Bristen på politisk och styrande kontroll och de ojämlika möjligheterna till tandvård för barn resulterade i en rapport till Stortinget 1973 och därpå en ny lag som trädde i kraft 1984. 1984 års lag (Lov om tannhelsetjenesten 1984) samlade skoltandvården (kommunale skoltannpleien) och folktandvården (folketannrökta) till *en* offentlig tandvård (Den offentlige tannhelsetjenesten). Ansvaret flyttades från den statliga nivån till länskommunen, vilken i enlighet med lagen är ansvarig för tillgängligheten till offentlig och privat tandvård för hela befolkningen i länet.

Enligt 1984 års lag skall a) alla barn mellan 0 och 18 år, b) alla mentalt handikappade, c) grupper av institutionaliserade och äldre och d) 19–21 år gamla ges systematisk fri tandvård genom den offentliga tandvården (Tannhelsetjenesten). Länskommunerna är fria att identifiera ytterligare grupper av individer i behov av organiserad vård. Enligt lagen kan länskommunerna framförhandla överenskommelser med privatpraktiker att behandla priorite-

rade grupper där lokala förhållanden gör detta fördelaktigt.

De huvudsakliga intentionerna med 1984 års lag var 1) att ta *politiskt ansvar* för tandhälsan hos *hela befolkningen*, 2) att utöka den offentliga tandvården till *alla barn och behövande vuxna*, och 3) att *koordinerat och flexibelt* använda de offentliga och privata tandvårdsresurserna.

Den politiska uppmärksamheten visavi tandvård har under 1900-talet förflyttats från *välgörenhetsvård* för skolbarn via en förstärkning av principen om allmän tillgänglighet för alla barn till ett totalt ansvar för hela befolkningen (1984 års lag). Utvecklingen av den offentliga tandvården under detta århundrade följer således motsvarande utveckling för välfärdsstaten och kan sammanfattas på följande sätt (Holst 1991):

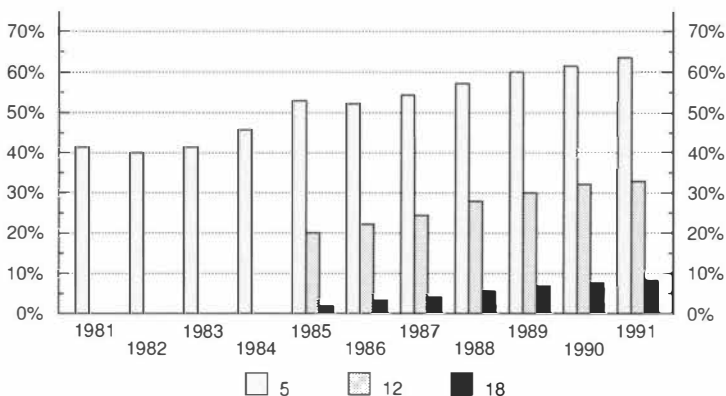
År	Välfärdsstaten	Lagenlig bas för tandvård	Sociopolitiskt syfte
1917	Experimenterande	Skoltandvård	Ökad tillgänglighet
1949	Konsolidering	Offentlig tandvård (Lag om folktandvården)	Lika rättigheter
1984	Expansion	Offentlig tandvård i ett befolkningsperspektiv (Lag om tandhälsotjänsten)	Lika villkor
1993	?	?	?
2000	Revision?	"Planerade marknader" – försäkring?	Lika tillgänglighet Individuellt ansvar?

## Befolkningens tandhälsa

Alla tillgängliga data visar på en markant förbättring av populationens tandhälsa genom olika åldersgrupper. Figur 1 och 2 visar förbättringen hos 5, 12 och 18 år gamla genom tandhälsoindikatorerna 1) procent fria från karies

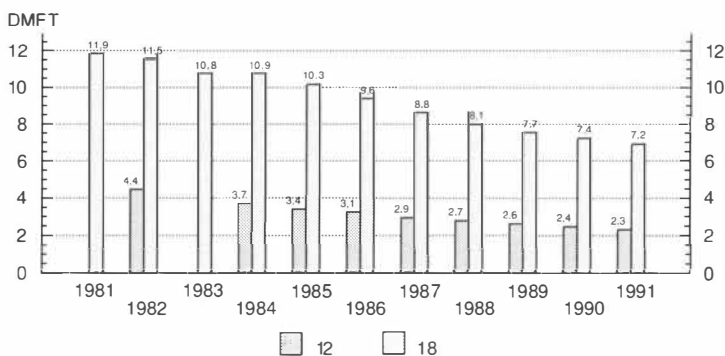
och behandling (DMFT = 0), och 2) medeltal DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth).

Figur 1 Tandhälsa (DMFT = 0) hos 5-, 12- och 18-åringar



Källa: Helsedirektoratet (1992)

Figur 2 DMFT hos 12- och 18-åringar 1981–1991

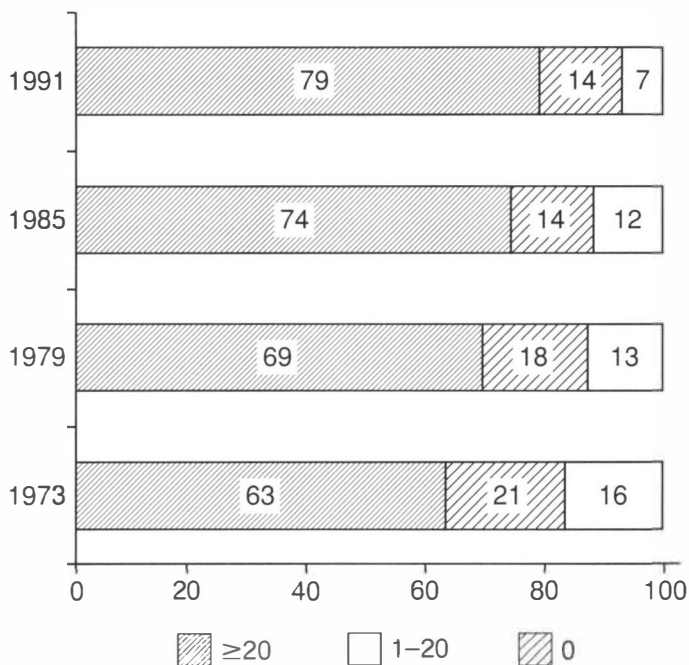


Källa: Helsedirektoratet (1992)

Nationella intervjuundersökningar har visat att ett ökande antal vuxna behåller sina egna tänder, figur 3. Ett antal regionala epidemiologiska studier har visat att inciden- sen tandsjukdomar är låg även i den vuxna befolkningen.

En övervägande del av den tandvård som utförs i dag kan karakteriseras som underhåll av tidigare utförd vård.

Figur 3 Antal tänder hos den vuxna befolkningen över 20 år



Källa: Holst (1992)

## Nuvarande organisation

Norges befolkning är 4 249 830 personer. 23,2 procent av populationen är 18 år och yngre. Landet är indelat i 19 län (fylke) och 439 kommuner.

Tandvård ges både offentligt och privat. Alla individer i prioriteringsgrupperna a–d enligt 1984 års lag (se ovan) erhåller vård från den offentliga tandvården (Tannhelse-tjenesten). Vuxna kan också få vård på de offentliga klini-

ker där det finns tillräcklig kapacitet. Andelen vuxna som erhöll vård inom den offentliga tandvården varierade från 0 procent i länen Östfold, Akershus, Oslo och Vestfold till 16 procent i det nordligast belägna Finnmark (tabell 1) (Helsedirektoratet 1991). I norr finns en underförsörjning med privata tandläkare. Där fyller den offentliga tandvården en betydelsefull roll som komplement till de privata vårdgivarna.

*Tabell 1* Procentuell andel av den vuxna befolkningen behandlade i den offentliga tandvården fördelat på län

<i>Län</i>	<i>Totalt antal vuxna</i>	<i>Procent behandlade i offentlig tandvård</i>
Østfold	170 956	0
Akershus	296 709	0
Oslo	359 790	0
Hedemark	134 584	8
Oppland	130 931	6
Buskerud	161 631	5
Vestfold	141 730	0
Telemark	115 543	8
Aust-Agder	66 571	8
Vest Agder	99 590	4
Rogaland	229 594	8
Hordaland	280 584	8
Sogn og Fjordane	72 872	12
Møre og Romsdal	163 153	8
Sør Trøndelag	177 440	11
Nord Trøndelag	87 167	13
Nordland	87 167	12
Troms	102 170	9
Finnmark	51 250	16
<b>Totalt</b>	<b>3 008 049</b>	<b>6</b>

De privata tandläkarna utför således tandvård på de flesta vuxna. Omkring 80 procent av alla privattandläkare arbetar i solo-praktiker (det exakta antalet är okänt). Det finns omkring 140 tandhygienister som arbetar i privat praktik (Institutt for Samfunnsodontologi 1992). De kan endast arbeta under överinseende av tandläkare. Det finns ingen legitimering av denturister.

## Tandvårdsutgifter

### Vuxenpopulationen

Information om tandvårdsutgifter i vuxenpopulationen har hämtats från nationella översiktsstudier (Heløe et al 1988; Grytten et al 1990). Data har samlats in genom personliga intervjuer. Urvalen är representativa för den icke-institutionaliserade norska vuxna befolkningen. Huvudresultaten från dessa studier återges i tabellerna 2 och 3.

Tabell 2 Vårdutnyttjande 1973, 1979, 1989 och 1991 i den vuxna befolkningen 16 år och äldre

Tid sedan senaste besök	1973	1979	1989	1991
Under senaste året	58	67	72	76
1–4 år sedan	22	18	16	16
Mer än 5 år sedan	20	15	12	8

Andelen vuxna som besökt tandläkare under det senaste året ökade från 58 procent 1973 till 76 procent 1991 (tabell 2). Ökningen av vårdutnyttjandet var störst 1973 till 1979.

1991 var tandvårdsutgifterna per person 1 216 NKr för dem som hade besökt tandläkare under senaste året (tabell 3) (Institutt for Samfunnsodontologi 1991). 1983 var kostnaden 976 NKr (i 1991 års priser). Det är svårt att säga

om detta återspeglar en ökning av tandvårdskostnader över tiden eller är en följd av urvalsvariation. (Det 95-procentiga konfidensintervallet är eller är nästan överlappande.)

Tabell 3 Tandvårdsutgifter för dem som nyttjat vård under senaste året i vuxenpopulationen 20 år och äldre

År		Vårdkostnader per person
1983	Medeltal (i 1991 NKr) 95% konfidensintervall	976 [873–1 077]
1987	Medeltal (i 1991 NKr) 95% konfidensintervall	970 [862–1 078]
1989	Medeltal (i 1991 NKr) 95% konfidensintervall	1 121 [996–1 242]
1991	Medeltal (i 1991 NKr) 95% konfidensintervall	1 216 [1 040–1 399]

För de flesta människor är tandvårdsutgifterna låga. Exempelvis hade 73 procent av dem som 1989 besökt tandläkare under senaste året utgifter på 750 NKr eller mindre (tabell 3). 8,7 procent hade utgifter på 2 000 NKr eller mer.

1991 kan bruttoutgifterna för tandvård i den vuxna populationen beräknas till omkring 2 743 000 000 NKr (Helsedirektoratet 1993), vilket motsvarar 4,7 procent av totala sjukvårdskostnaderna, som i sin tur utgör 9,2 procent av BNP (Årsbok Nordisk Statistik, Nord 1991:1).

### Prioriterad grupp a–c

1991 var totalkostnaderna per individ (prioriterad grupp a–c) 981 NKr (Helsedirektoratet 1991). Dessa kostnader varierar mellan länen (tabell 4). Skillnaderna i kostnader mellan länen kan bero på skillnader i effektivitet. Någon

forskning inom detta område har emellertid inte utförts i Norge.

Information finns tillgänglig vad avser bruttokostnader per individ i prioriterad grupp a för 1985 och 1991 (Helsedirektoratet 1991). 1985 var totalkostnaderna uttryckt i 1991 års penningvärde 1 120 Nkr (justerat med konsumentprisindex). Motsvarande siffror för 1991 var 1 100 Nkr. Värdena indikerar att totalkostnaderna varit tämligen stabila över perioden 1985–1991.

*Tabell 4* Totalkostnader per individ i prioriterad grupp a–c fördelat på län. Inom parentes anges totalkostnaderna per individ i procent av nationella medeltalet

<i>Län</i>	<i>Totalkostnader (i Nkr)</i>	<i>Procent av nationella medeltalet</i>
Østfold	729	74
Akershus	826	84
Oslo	577	59
Hedemark	1 090	111
Oppland	976	100
Buskerud	903	92
Vestfold	588	60
Telemark	1 084	111
Aust-Agder	906	92
Vest Agder	756	77
Rogaland	823	84
Hordaland	1 007	103
Sogn og Fjordane	1 310	134
Møre og Romsdal	928	95
Sør Trøndelag	1 097	112
Nord Trøndelag	993	101
Nordland	1 627	166
Troms	1 827	186
Finnmark	2 093	213
<b>Totalt</b>	<b>981</b>	<b>(100)</b>

Totalkostnaderna (personal + kapital) för den offentliga tandvården 1991 var 1 090 273 000 NKr.

## Tandvårdsresurser

Den viktigaste resursen i tandvårdsproduktionen är personalen. Det totala antalet tandläkare 1991 var 3 280 (tabell 5) (Helsedirektoratet 1991). 64,6 procent av alla tandläkare arbetade i privat praktik.

Tabell 5 Tandvårdspersonal 1991

	<i>Offentlig</i>	<i>Privat</i>
Tandläkare	1 160	2 120
Specialister	38	146
Tandhygienister	241	140
Tandsköterskor	1 395	2 227
Tandtekniker	0	700
Administrativ personal	91	0
Övriga	45	0
Total	2 970	5 323

1991 var förhållandet population:tandläkare 942 för prioriterade grupper a–c (tabell 6) (Helsedirektoratet 1991). Motsvarande förhållande för den vuxna befolkningen var 1 276 (tabell 7). Det föreligger emellertid stora skillnader i tillgången på tandläkare beroende på län. Med avseende på tandläkare i den offentliga tandvården finns det överskott i de norra länen. Detta till skillnad mot de privata tandläkarna som är undertaliga i de norra länen.

Oslo län hade till exempel den lägsta tillgången på offentliga tandläkare i förhållande till populationens storlek (grupp a–c). Där var förhållandet population:tandläkare

184 procent av nationella medeltalet (tabell 6). Länet Finnmark hade högsta tillgången på offentliga tandläkare. Där var förhållandet populationen:tandläkare 56 procent av nationella medeltalet. I tabell 6 har justering också gjorts för antalet vuxna behandlade av offentliga tandläkare. De markanta skillnaderna i tillgången på offentliga

Tabell 6 Population:tandläkare, prioriterad grupp a–c, offentliga tandläkare (inom parentes anges population:tandläkare i procent av nationella medeltalet)

Län	Population:tandläkare		Population:tandläkare justerad kvot <sup>1</sup>	
Østfold	991	(105)	991	(91)
Akershus	937	(100)	937	(86)
Oslo	1 468	(184)	1 729	(158)
Hedemark	818	(87)	1 016	(93)
Oppland	953	(102)	1 119	(103)
Buskerud	977	(104)	1 119	(103)
Vestfold	1 125	(120)	1 124	(103)
Telemark	748	(79)	908	(83)
Aust-Agder	1 041	(110)	1 242	(113)
Vest Agder	1 180	(125)	1 290	(118)
Rogaland	1 068	(113)	1 260	(116)
Hordaland	943	(100)	1 119	(103)
Sogn og Fjordane	875	(93)	1 130	(104)
Møre og Romsdal	1 006	(107)	1 210	(111)
Sør Trøndelag	865	(92)	1 119	(103)
Nord Trøndelag	915	(97)	1 208	(111)
Nordland	710	(75)	919	(84)
Troms	642	(68)	796	(73)
Finnmark	529	(56)	743	(68)
<b>Totalt</b>	<b>942</b>	<b>(100)</b>	<b>1 091</b>	<b>(100)</b>

<sup>1</sup> Täljaren är lika med alla personer i grupp a–c plus antalet vuxna som behandlas av offentliganställda tandläkare.

tandläkare reduceras emellertid endast obetydligt efter denna justering.

Med avseende på privata tandläkare hade Oslo län den största tillgången. Där var förhållandet population:tandläkare 56 procent av nationella medeltalet (tabell 7). Länet Finnmark hade den lägsta tillgången på privata tandläka-

Tabell 7 Population:tandläkare, vuxen population, privata tandläkare (inom parentes anges population:tandläkare i procent av nationella medeltalet)

Län	Population:tandläkare		Population:tandläkare justerad kvot <sup>2</sup>	
Østfold	1 356	(106)	1 356	(112)
Akershus	1 434	(112)	1 434	(119)
Oslo	716	(56)	716	(60)
Hedemark	1 520	(119)	1 392	(115)
Oppland	1 408	(110)	1 322	(110)
Buskerud	1 247	(97)	1 184	(98)
Vestfold	1 034	(81)	1 034	(86)
Telemark	1 312	(103)	1 210	(100)
Aust-Agder	1 410	(111)	1 298	(108)
Vest Agder	1 209	(95)	1 163	(96)
Rogaland	1 275	(100)	1 178	(98)
Hordaland	1 066	(84)	984	(81)
Sogn og Fjordane	1 777	(139)	1 561	(129)
Møre og Romsdal	1 833	(143)	1 680	(139)
Sør Trøndelag	1 689	(132)	1 506	(125)
Nord Trøndelag	1 937	(152)	1 682	(114)
Nordland	2 485	(194)	2 195	(182)
Troms	2 554	(200)	2 317	(192)
Finnmark	6 029	(472)	5 046	(420)
Totalt	1 276	(100)	1 201	(100)

<sup>2</sup> Täljaren är lika med alla vuxna minus antalet vuxna som behandlas av offentligtanställda tandläkare.

re. Där var förhållandet population:tandläkare 472 procent av nationella medeltalet.

## Finansiering

Alla individer i de prioriterade grupperna a–c har fri tandvård med undantag för ortodontivård (tandreglering). Kostnaderna för offentlig tandvård finansieras främst genom två källor: i första hand från offentlig budget, i andra hand från patientavgifter. 1991 var kostnaderna för offentlig tandvård 1 090 273 000 Nkr. 22 procent av dessa kostnader täcktes av patientavgifter från vuxentandvård. Vuxna i åldrarna 20 år och äldre står själva för nästan alla kostnader för tandvård.

Det finns en begränsad offentlig tandvårdsförsäkring. Den nationella sjukförsäkringen svarar för stöd i begränsad omfattning för ortodontibehandling av barn och käk-kirurgisk behandling av vuxna. Majoriteten av pengarna 1990 användes till ortodontisk behandling.

Patienterna betalar kostnaderna för tandvård som ersättning efter prestation (fee per item). Arvodenas storlek bestäms vid årliga förhandlingar mellan Socialdepartementet och Regeringskansliet som ena part och Det Norska Tandläkarförbundet som andra part. I stora drag bestäms arvoden av den tid genomsnittstandläkarna använder till olika profylaktiska och behandlande åtgärder. Arvoden är desamma för tandläkare i offentlig och privat verksamhet.

Arvodessystemet infördes 1975. Under perioden 1979 till 1989 föll arvodesnivån med 21,3 procent när justering för konsumentprisindex gjorts (tabell 8) (Steele et al 1989). 1990 steg arvodesnivån jämfört med dess värde 1979. Det verkliga värdet var därmed tillbaka till 1984 års nivå.

Tabell 8 Förändringar i tandvårdsarvodena över tiden

År	Nominellt värde per timme	Justerat för KPI (per timme)	Procentuell förändring (1979 = basår)
1979	225	225	0
1980	247,75	225	0
1981	269,63	214	-4,8
1982	296,25	212	-5,8
1983	319,67	210	-6,7
1984	334,83	207	-8,0
1985	355,50	208	-7,6
1986	381,75	208	-7,6
1987	400,67	201	-10,6
1988	418,54	197	-14,2
1989	444,50	200	-11,1
1990	478,87	207	-8,0

## Regleringar

Den offentliga tandvården är reglerad så att grupperna a–c prioriteras.

Den viktigaste regleringen av tandvårdsmarknaden för vuxna är att avgifterna för tandvård är fasta. Tandvårds-  
taxan omfattar 57 åtgärder.

Det finns ingen reglering av fördelningen av tandläkare i landet. Det är tillåtet att etablera sig på ort man själv valt. Däremot är antalet studenter som antas vid de odontologiska fakulteterna begränsat till 100 per år.

## Konkurrens

Ingen konkurrens finns mellan privat och offentlig tandvård via den traditionella prismekanismen. Den offentli-

ga tandvården fullgör en betydelsefull roll som komplement till den privata tandvården i områden där det föreligger underskott av privata tandläkare.

## Viktiga policyfrågor och forskningsområden

Den aktuella debatten bland dem som beslutar om tandvårdspolitiken och bland medlemmar av den dentala professionen har sin bakgrund delvis i det sätt på vilket tandvård för vuxna är organiserad. Debatten har specifikt fokuserats på huruvida det fasta taxeyesystemet borde överges, huruvida oreglerad fördelning av tandläkare leder till ojämlig tillgång på tandvård och huruvida det faktum att patienterna själva måste betala alla kostnader för tandvård leder till ojämnt tandvårdsutnyttjande.

Det finns forskning i Norge som har fokuserats på frågor med relevans för ovanstående politiska frågor. Mer specifikt har det undersökts i vilken omfattning konkurrenskrafter opererar inom tandvården och huruvida det föreligger obalans i tandvårdsutnyttjandet (t ex tillgänglighet och inkomst) (Grytten 1992).

Ett viktigt resultat av dessa studier är att konkurrenskrafter inte tycks operera inom tandvården. Studier har visat att tandläkare är kapabla att skapa efterfrågan på sina tjänster. Det har visats i översiktsstudier att tandvårdsutnyttjandet ökar när förhållandet population:tandläkare minskar; dvs när tillgängligheten till tandläkare ökar<sup>3</sup>. Elasticiteten i tandvårdsutnyttjandet med hänsyn till förhållandet population:tandläkare har beräknats vara  $-0,33$  (Grytten 1991).

Förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan har betydelse för tandvårdspolitiken. I en icke-reglerad marknad är det

---

<sup>3</sup> Översiktsdata är representativa för den icke-institutionaliserade vuxna populationen.

t ex möjligt att tandvårdstaxorna inte faller som en följd av en ökning av tandläkarantalet. Snarare torde tandläkarna höja taxorna för att öka inkomsten när antalet patienter minskar. Å andra sidan utesluter inte ett fast taxsystem möjligheten för tandläkarna att skapa efterfrågan på sina vårderbjudanden. Tandläkarna kan svara på en reduktion av sina arvoden genom att utföra ytterligare åtgärder i avsikt att bibehålla sin inkomstnivå (Grytten et al 1992). Det sätt de kan göra detta på är att arbeta längre<sup>4</sup>. I detta avseende är överenskomna arvoden inte ett effektivt sätt att hålla nere tandvårdskostnaderna. Det kan emellertid anföras att den observerade ökningen i tandvårdsnyttjande till följd av reducerade tandläkararvoden har en kortsiktig effekt. Långtidseffekten kan vara annorlunda.

På sikt finns två möjligheter: Antingen reducerar tandläkarna kostnaderna och kan då bibehålla sina inkomstnivåer utan att arbeta mer. Eller så kan tandläkarna acceptera en viss inkomstreduktion i utbyte mot en minskning av arbetstiden och därigenom mer fritid. I båda dessa situationer torde arvodeskontroll fungera på lång sikt. Det finns dock inga data som belyser långtidseffekten av taxekontroll.

I länder med en allmän tandvårdsförsäkring, såsom i Sverige, spelar också existensen av utbudsstyrd efterfrågan en betydande roll när kostnadsbesparande åtgärder införs. Mer specifikt innebär förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan att effekten av avskräckande avgifter kan ifrågasättas som ett medel att reducera tandvårdsutnyttjande och dämpa kostnadsökningar i de allmänna sjukförsäkringssystemen. De två vanligast använda typerna av efterfrågedämpande avgifter är att patienten betalar en

---

<sup>4</sup> I Norge är idén bakom det fasta tandvårdsarvodet att ersättning efter prestation har satts så att tandläkarnas nettoförtjänst per timme är densamma oavsett vilken typ av tjänster (åtgärder) som tillhandahålls.

given andel av kostnaden eller att hon betalar ett fast belopp.

Enligt marknadsmodellen har efterfrågedämpande avgifter två effekter. För det första bör de reducera det totala tandvårdsutnyttjandet. I detta avseende fungerar de som kostnadshämmande strategi. För det andra, om vi antar att konsumenterna är välinformerade, kan de minst effektiva insatserna förväntas vara de som först försvinner. På så sätt borde efterfrågedämpande avgifter vara ett effektivt medel att minska onödig vård eller vård med endast marginell effekt på tandhälsan.

Detta behöver emellertid inte bli resultatet i en marknad där utbudsstyrd efterfrågan existerar. Tandläkaren kan ha möjlighet att öka tandvårdsutbudet för att kompensera sig för den initiala minskningen i tandvård orsakad av efterfrågedämpande avgifter. På så sätt kommer sådana avgifter att ha ingen eller mycket liten effekt på de totala tandvårdskostnaderna.

Dessutom är det troligt att bruket av efterfrågedämpande avgifter leder till en fördelning av tandvård som inte är i överensstämmelse med sociala mål. Vårdefterfrågan reduceras troligtvis bland människor som mest behöver vård. Individer med låga inkomster har mer sjukdomar än de med höga inkomster; de med låg inkomst kanske inte har råd med vårdtjänster vid förekomst av patientavgifter. Dessutom leder förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan troligen till ytterligare diagnostiska insatser och konsultationer för dem som redan får god service, dvs de med höga inkomster. På så sätt har efterfrågedämpande avgifter knappast någon eller mycket liten effekt när det gäller att minska vård med liten inverkan på tandhälsan.

Olikheter i vårdutnyttjande beroende på skillnader i inkomster är små i Norge. Detta är en viktig iakttagelse eftersom det inte finns något försäkringssystem för vuxentandvård i Norge. Omkring 75 procent av den vuxna befolkningen besöker tandläkare åtminstone en gång per år.

För dessa har olika studier visat att det inte är några skillnader i tandvårdsutnyttjande mellan olika inkomstgrupper (Grytten 1992). Å andra sidan besöker låginkomstgrupper något mindre ofta tandläkaren än höginkomstgrupper. Så till exempel visar data från 1989 att sannolikheten att ha efterfrågat tandvård under senaste året var 0,70 för en person med en familjeinkomst på 100 000 NKr. Motsvarande siffror för en person med en familjeinkomst på 400 000 NKr var 0,82 (Grytten 1992).

Dessa resultat kan tolkas på två sätt. För det första kan personer med låga inkomster ha avstått från att söka vård beroende på stort tandvårdsbehov och därmed förväntat höga kostnader för behandling. Om detta är fallet har lika tillgänglighet till vård inte uppnåtts. För det andra kan den observerade skillnaden mellan inkomstgrupper vad avser efterfrågan på tandvård återspegla att personer i olika inkomstgrupper har olika preferenser för tandvård. Attityder till tandvård kan variera mellan inkomstgrupper. Den skandinstudien visade att trots att alla deltagare erhöll fri tandvård besökte inte en tredjedel i låginkomstgruppen tandläkare årligen (Manning et al 1985). I detta fall var vårdtjänsterna lika tillgängliga för var och en, men efterfrågan på tandvård var olika.

## Referenser

- Grytten, J., *The Norwegian Dental Care Market. Empirical studies on accessibility and supplier inducement in the adult population. Thesis*, Institutt for Samfunnsodontologi: Oslo 1992.
- Grytten, J., Holst, D. och Grytten, L., "Supply decisions among dentists working within a fixed fee system of dental care provision", *J Public Health Dent*, 1992; 52: 144–9.
- Grytten, J., "The effect of supplier inducement on Norwegian dental services; some empirical findings based on a theoretical model", *Community Dent Health*, 1991; 8: 221–31.
- Grytten, J., Holst, D., Rossow, I., Vassend, O. och Wang, N.,

- "100 000 flere voksne går til tannlegen", *Norw Dent J*, 1990; 100: 414–22.
- Heløe, L.A., Holst, D. och Rise, J., "Development of dental status and treatment behaviour among Norwegian adults 1973–85", *Community Dent Oral Epidemiol*, 1988; 16: 52–7.
- Helsedirektoratet, *Årsmeldingen 1991*, Oslo.
- Holst, D., "Helsetjenesten – Plan og marked. Utviklingen av plan- og markedsbaserte helsetjenester. Studier av fordelingsvirkninger og kostnader", i Piene, H. (red), *Helsevesenet i kniipe*, Ad Notam, Oslo 1991.
- Institutt for Samfunnsodontologi, *A survey report*, Oslo 1991.
- Institutt for Samfunnsodontologi, *A report from the practice study*, Oslo 1992.
- Manning, W.G., Bailit, H.L., Benjamin, B. och Newhouse, J.P., "The demand for dental care: evidence from a randomized trial in health insurance", *J Am Dent Assoc*, 1985; 110: 895–902.
- Steele, L. och Grytten, J., "Endringer i honorarene for tannbehandling på 1980-tallet", *Norw Dent J*, 1989; 99: 458–61.

# Tandvården i Storbritannien

---

David Parkin

## Inledning

En viktig faktor vid ekonomisk analys av tandvård i alla länder är hur den uppfattas i förhållande till hälso- och sjukvård i allmänhet. Den ses som både lik och olik annan hälso- och sjukvård. Tandhälsa inkluderas i allmänhet i hälsovårdspolitiken och tandvård täcks vanligtvis av offentliga hälsoprogram. Det finns emellertid starka inslag av privat vård till och med i länder där offentlig vård är norm. Privat vård, patientavgifter och ersättning efter prestation förekommer till och med i länder där offentligt ägande, avgiftsfri vård samt fast lön eller kapitation är normen. På så sätt betraktas den som annorlunda än annan sjukvård och mer lik en "vanlig" vara eller tjänst.

Skillnaden syns tydligt i Storbritannien, som har en hälso- och sjukvård baserad på offentlig, för användaren avgiftsfri sjukvård. Som kommer att framgå utgör privata utgifter och patientavgifter omkring 30 procent av de totala utgifterna för tandvård, utgifter för offentligt producerad tandvård mindre än 25 procent och bara omkring 16 procent av tandläkarna avlönas av offentliga arbetsgivare.

Tandläkare har varit framgångsrika i att behålla tandvård som en del av hälso- och sjukvården för att säkerställa offentligt stöd och finansiering och samtidigt bibehållit fördelarna med de privata aspekterna. Under senare år har uppgiften att förena dessa synsätt rörande tandvård

blivit allt svårare. Höjningar av tandvårdsavgifter och pressen för effektivitet och högre kvalitet inom offentlig tandvård har lett till förändringar i hur balansen mellan offentlig och privat vård skall hanteras. Offentlig vård genomgår förändringar, granskningar, kontroller och nedskärning av utgifter; privat vård ses som något gott i sig själv. Från tandläkarnas synvinkel är frågan om tandvården skall kvarstå inom den stabila, subventionerade men i ökande grad stramare finansierade hälso- och sjukvården, eller pröva osäkerheten med den renodlade privata marknaden.

Dessa frågeställningar har under senare tid blivit ett sådant akut problem att, när detta skrivs, regeringen och tandläkarprofessionen tvistar om nivån på arvoden, och de flesta tandläkare har begränsat den tandvård som utförs för *National Health Service* (NHS). En offentlig utredning är också på gång rörande den framtida tandvården i Storbritannien. Denna uppsats beskriver därför systemet som det normalt fungerar under nuvarande regler och därmed avser också de data som refereras, som utgifter och fördelningen offentligt/privat, "normala" förhållanden.

Vidare, beroende på förändringar under senare år avseende insamlande och rapportering av officiell statistik, är det tyvärr inte möjligt att vara konsekvent beträffande de geografiska områden som anges i uppsatsen. Figurer som presenteras avser ibland Storbritannien (och Nordirland, dvs egentligen UK) och ibland endast England, den största delen av Storbritannien; för att ge perspektiv på detta hade England en befolkning på 50,9 miljoner år 1991, vilket är 88 procent av hela befolkningen på 57,6 miljoner.

## Nationella mål och politiska mål

Under senare år har det förekommit flera översikter och omformuleringar av målen för såväl Storbritanniens National Health Service (NHS) i allmänhet, som för tandvård. De mest grundläggande principerna för Storbritanniens hälso- och sjukvård har emellertid kvarstått oförändrade sedan NHS skapades 1948: en heltäckande statligt bedriven vård, öppen för alla oavsett inkomst och finansierad främst genom skatter. Icke desto mindre har omfattningen och takten i nyligen genomförda förändringar i organisation och i uttalanden rörande politiken varit betydande. Alla förutsättningar för Storbritanniens hälso- och sjukvårdssystem förändras, många till oigenkännlighet.

Tre betydande dokument bestämmer statens nuvarande hälsopolitik<sup>1</sup>: *Promoting Better Health* (Secretaries of State, 1987), en programförklaring rörande förbättringar av primärvård; *Working for Patients* (Department of Health, 1989), en programförklaring över förslag om förändringar av ledning och finansiering av NHS, särskilt sjukhusvård; och *The Health of the Nation* (Secretaries of State, 1992), en programförklaring över statlig strategi för hälsoförbättringar. Av dessa är den första den viktigaste för tandvård. *Promoting Better Health* slår fast:

”För att trygga fortsatt förbättring av tandhälsan, kommer staten att befrämja:

- åtgärder som förhindrar tandsjukdomar;
- bättre tillgänglighet till tandvård och bättre information till patienter för att hjälpa dem välja tandläkare;
- förbättringar av allmäntandvårdens kvalitet.”

Åtgärder lämpliga för att hantera dessa tre mål definieras mycket vitt – exempelvis inkluderas i preventiva åtgär-

---

<sup>1</sup> En fjärde, *Caring for People* (Department of Health, 1989), berör samhällets omsorg.

der fluoridering, hälsouppllysning och förändringar av tandläkares anställningskontrakt och ersättningsprinciper.

*Working for Patients* är det viktigaste statliga hälsovårdsdokumentet sedan NHS etablerades. Tandvård och tandhälsa utgör en liten del av den, men påverkas. Det främsta kännetecknet är en uppdelning av ansvaret inom de lokala (distrikt) hälsovårdsmyndigheterna mellan köp och produktion av hälsovård. Funktionen att producera hälsovård, som utförs av sjukhus och vårdcentraler, har separerats från uppgiften att fastställa den lokala befolkningens behov av hälso- och sjukvård, vilken utförs av hälsovårdsmyndigheterna. Dessa två kopplas samman med hjälp av en "intern marknad": kontrakt mellan dem definierar vad hälsovårdsmyndigheterna vill köpa för att möta hälsovårdsbehov, och köpare och producenter kan ingå kontrakt med vilken organisation som helst, lokal eller ej, offentlig eller privat.

Det är också möjligt för producenter att vara fullständigt självständiga gentemot hälsovårdsmyndigheterna, i form av *NHS Trusts*. Detta ses nu som modellen för alla producenter i framtiden och det finns ett växande antal sådana, inklusive sjukhus och vårdcentraler som erbjuder tandvård. Avsikten är att ge nya incitament för producenter av sjukhus- och allmänvård (inklusive tandvård) att definiera, mäta och bekosta vad de gör, att bli mer effektiva och mottagliga för konsumentönskemål, och att förbättra kvaliteten. Vidare är avsikten att möjliggöra för hälsovårdsmyndigheterna att vara mer uppmärksamma på hälsofrågor (inklusive tandhälsa) i motsats till driftsfrågor inom vården.

*The Health of the Nation* presenterades först som ett rådgivande dokument och senare som ett definitivt ställningstagande rörande regeringens planer. I det rådgivande dokumentet omnämndes tandvård, inte i slutrapporten. Dokumenten formulerar fem "nyckelområden" som väljs ut för särskild uppmärksamhet, övergripande mål

och delmål inom dessa områden. Nyckelområdena relateras också till behoven hos specifika befolkningsgrupper.

I det ursprungliga dokumentet utgjorde tandhälsa en del av ett övergripande mål för att förbättra hälsan hos barn; den föreslog ett mål utöver WHO:s i *Hälsa för Alla År 2000*, nämligen att "2003 skall 12-åringar i genomsnitt inte ha fler än 1,5 DMFT (skadade, saknade eller fyllda) permanenta tänder". Detta fanns inte med i det slutliga dokumentet med motiveringen att existerande insatser är "tillräckligt långt komna och därför inte kräver status av ett nyckelområde och där det viktiga är att redan gjorda framsteg upprätthålls och byggs på". Icke desto mindre är det troligt att detta mål kommer att fortsätta att vara en nyckelindikator på framgången för regeringens övergripande politik för en förbättrad tandhälsa.

## Tandvårdens organisation

Den största delen av det brittiska systemet består av allmänpraktiserande tandläkare, av vilka nästan samtliga arbetar i egna praktiker. De flesta har emellertid kontrakt med sin lokala myndighet (Family Health Services Authority) att utföra tandvård till patienter inom ramen för *National Health Service* (NHS). Till och med om de är registrerade för NHS-vård kan de utföra så mycket NHS-vård och hur mycket privatvård de önskar: enbart NHS-vård, en blandning av NHS- och privatvård eller till och med ingen NHS-vård alls.

För NHS-tandvård ersätts de i huvudsak genom ett nationellt fastställt arvode per behandlingsåtgärd, men med tillägg av en kapitationsersättning. För varje vuxen patient som registreras finns en avgift för fortsatt vård ("continuing care" fee), för närvarande £5,60 per år, utöver arvodet per åtgärd. Denna betalas varje månad för en pe-

riod upp till två år och om patienten återkommer för kontroll inom denna period förnyas kontraktet. För barn förekommer en "kapitationsersättning" som täcker de flesta behandlingsåtgärder; denna varierar med ålder från £5,40 per år för 0–2-åringar till £43,20 för 15–17-åringar. Även denna betalas månatligen, med möjlighet till förnyelse, men täcker endast ett år. Dessa prestations- och kapitationsersättningar fastställs av *Dental Rates Study Group* för att överensstämma med det övergripande "årliga nettointkomst målet" som fastställs av en statlig *Review Body on Doctors and Dentists' Remuneration*. Åtgärdsarvodena avser att ge lika ersättning för lika tidsåtgång.

Även privat tandvård ersätts efter prestation, men utan subventioner från NHS. Det finns mycket lite av tandvårdsförsäkringar som täcker detta. Under senare tid har system för "pre-payment" för tandvård ökat och organisationer för hälso- och sjukvårdsförsäkringar i Storbritannien har visat stort intresse för dessa marknader. För närvarande är emellertid denna marknad fortfarande liten. Arvodena inom denna sektor är inte fasta eller reglerade. Till nyligen publicerade tandläkarorganisationerna rekommenderade arvodena, men detta är inte längre tillåtet enligt de brittiska konkurrenslagarna. Tabell 1 visar några nyligen återgivna genomsnittliga avgifter i den privata sektorn, jämfört med NHS arvodena och avgifter för 1991.

Patienter som får NHS-tandvård erlägger patientavgifter, fast vissa grupper är helt undantagna från avgifter: barn, blivande och nyblivna mödrar och personer med låg inkomst. Avgiften utgör 75 procent av arvodet, men med en maximum-avgift, som för närvarande uppgår till £200. Avgifterna har stigit avsevärt under de senaste 15 åren; deras betydelse som källa för finansiering behandlas i avsnittet "Kostnader, finansiering och personal" nedan.

Sjukhusbaserad tandvård ges under samma förhållanden som andra typer av sjukhusvård, och domineras kraftigt av NHS. Käkkirurger är anställda och avlönas av

Tabell 1 NHS- och privata arvoden, 1992 (£)

Åtgärd	NHS- arvode	NHS- avgift*	Genomsnittlig privat avgift
Konsultation	5,00	3,75	30
Enkel fyllning	5,40	4,05	15
Extraktion	9,00	6,75	15
Krona	43,00	32,25	120
Helprotes	103,00	77,25	350

Källa: NHS-taxa; British Dental Association fee survey. Privata avgifter varierar kraftigt mellan tandläkare och mellan delar av landet.

\*) NHS-avgifter är 75 procent av arvodet som betalas till tandläkaren.

offentligt ägda och offentligt finansierade sjukhus. Folk-tandvård (Community Dental Care Services) ges till speciella grupper – barn, blivande mödrar och mentalt handikappade – av tandläkare som är anställda och avlönade av lokala hälsovårdsmyndigheter (District Health Authorities). Denna tandvård består främst av diagnostik och prevention; dess främsta uppgift är att utföra skoltandvård. För vare sig sjukhus- eller folktandvård förekommer patientavgifter, utom för proteser och bryggor till oprioriterade vuxna patienter.

Administrationen av NHS-vård och ansvaret för fullföljandet av allmän tandvårdspolitik utförs lokalt i England av *District Health Authorities* (DHAs) i samarbete med *Family Health Services Authorities* (FHSAs). DHAs har ansvaret för att övervaka dental hälsa, identifiera och möta speciella behov, genomföra tandhälsoutbildning och preventiva program, uppmuntra nyttjande av allmän-tandvård, tillhandahålla omfattande vård åt dem som inte kan nyttja allmäntandvård och undersöka skolbarns tänder i statliga skolor. FHSAs har ansvaret för att, via ett nationellt organ (Dental Estimates Board), betala tandlä-

kare inom allmäntandvård och i övrigt övervaka deras kontrakt och arbete.

## Kostnader, finansiering och personal

Alla komponenter i de totala utgifterna för tandvård i Storbritannien är inte med säkerhet kända. Den största delen är NHS allmäntandvård, vars kostnader är bättre kända beroende på systemen med prestationsersättning och patientavgifter. Kostnaden för NHS folktandvård är ganska väldokumenterad, men NHS sjukhustandvård är svår att uppskatta och privat tandvård saknar skattningar.

I tabell 2 finns en rimlig skattning, baserad på ett antal källor och antaganden, av utgifterna i England 1990–91.

Tabell 2 Årliga utgifter för tandvård i England 1990–91.  
Miljoner £

---

Allmäntandvård (utförd av privattandläkare)	
NHS-ersättning	707 ( 47%)
Patientavgifter	335 ( 22%)
Administration	15 ( 1%)
Totalt	1 057 ( 71%)
Sjukhus- och folktandvård	330 ( 22%)
Privat (utom ramen för NHS)	104 ( 7%)
<i>Totalt</i>	<i>1 491 (100%)</i>

---

Källor: OPCS (1992). Utgifter för sjukhus- och folktandvård uppskattas till 2 procent av alla sjukhus- och kommunutgifter, baserat på den relativa storleken av tandvårds- och icke-tandvårdsutgifter för både personal och vård; detta är förenligt med en skattning med en annan metod av Parkin & Yule (1985a) för Skottland. Privata utgifter har skattats till 10 procent av allmäntandvårdens totala avgifter; detta är konsistent med ett antal källor (Parkin och Yule 1985b; Laing 1987).

De totala utgifterna på £1 491 miljoner motsvarar £31,14 per person; inkluderas övriga delar av Storbritannien stiger de totala utgifterna till ca £1 850 miljoner eller £32,32 per person. Totalt uppgår NHS utgifter för tandvård till omkring 4,5 procent av NHS totala utgifter och de totala utgifterna för tandvård är också omkring 4,5 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård och omkring 0,25 procent av bruttonationalprodukten. Dessa andelar har stigit en aning från ca 4 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård vid mitten av 70-talet. Till dess hade de fallit med konstant hastighet från ca 7 procent på 50-talet. Detta mönster återspeglar den relativa tillväxten av kostnader, både nominellt och Realt, för tandvård och hälso- och sjukvård som helhet. Till mitten av 70-talet var den jämförbara tillväxten i reala utgifter ca 16 procent per årtionde för tandvård jämfört med 50 procent för all hälso- och sjukvård; därefter har tillväxten av tandvård varit snabbare med runt 40 procent jämfört med 27 procent.

Som framgått, utgör patientavgifter omkring 32 procent av de totala utgifterna för allmäntandvård under 1990–91. Denna andel har också ökat stadigt sedan mitten av 70-talet, från runt 20 procent, en andel som var tämligen konstant med små fluktuationer sedan tidigt 50-tal. Andelen har ökat ytterligare under de senaste två åren.

Antalet personer verksamma inom tandvård i England 1990 framgår av tabell 3.

Som framgår dominerar åter allmäntandvården. Totalt fanns det 3 088 invånare per tandläkare i Storbritannien 1991. Som kommer att diskuteras senare, finns det emellertid stora geografiska variationer, exempelvis från 2 294 till 3 887 mellan hälsoregioner. Antalet tandläkare har ökat stadigt över tiden; t ex år 1980 fanns det 3 725 invånare per tandläkare. Som i vissa övriga länder har det förekommit en neddragning av antalet utbildningsplatser vid tandläkarutbildningen beroende på en förväntad minskad efterfrågan på tandvård på 2000-talet som följd av förbättrad tandhälsa.

Tabell 3 Tandvårdspersonal i England 1990

---

Tandläkare	
Allmäntandvård	15 480
Sjukhustandvård	1 496
Folktandvård	1 575
Totalt	18 551
Övriga yrkesgrupper anställda av hälsomyndigheter	
Terapeuter	126
Tandhygienister	115
Operationsassistenter	2 389
Tandtekniker	440

---

Källa: OPCS (1992). Antalet renodlat privat verksamma tandläkare och övriga yrkesgrupper inom allmäntandvården är okänt.

## Tandhälsa och tandvårdsbeteende i Storbritannien

De mest tillförlitliga informationskällorna om tandhälsa i Storbritannien är upprepade undersökningar utförda av *Office of Population Censuses and Surveys* vid *Government Statistical Service*. Den senaste undersökningen av vuxnas tandhälsa utfördes 1988; från denna framkom data som visar på kraftiga förbättringar sedan den föregående undersökningen tio år tidigare (se tabell 4).

Det finns väsentliga geografiska skillnader i dessa indikatorer. Graden av tandlöshet varierar från 16 procent i södra England till 26 procent i Skottland: det genomsnittliga antalet av friska obehandlade tänder sträcker sig från 16,0 i Midlands i England till 12,6 på Nordirland.

De senaste data beträffande barns tänder är ganska gamla, från 1983. Se tabell 5.

Tabell 4 Tandhälsa hos vuxna i England 1988

Åldersgrupp	1978	1988
<i>Procentuell andel bland vuxna med inga naturliga tänder</i>		
25–34	4	1
35–44	13	4
45–54	34	17
55–64	56	37
65–74		80
75 och över	79	80
Totalt	30	21
<i>Genomsnittligt antal friska och obehandlade tänder</i>		
16–34	17,1	21,2
25–34	13,9	16,0
35–44	12,1	13,0
45–54	10,4	11,5
55–64		10,4
65–74	9,0	8,4
75 och över		7,4
Totalt	13,0	14,8

Källa: Todd och Lader (1990)

Tabell 5 Tandhälsa hos barn i Storbritannien 1973 och 1983

	1973	1983
<i>Permanent tänder</i>		
12-åringar		
Skadade	2,6	2,0
Fyllda	3,9	3,1
Förlorade	2,2	2,5
<i>Mjölktänder</i>		
5-åringar		
Skadade	4,1	2,9
Fyllda	2,7	2,2

Källa: Todd och Dodd (1985)

Dessa siffror visar en klart markerad förbättring av tandhälsan hos barn. De visar emellertid inte den verkliga trenden i förbättringen, som har fortsatt i ökad takt sedan 1983. Exempelvis har det rapporterats att under perioden 1983–90 har DMFT för 14-åringar i Skottland fallit med nästan hälften från 6,8 till 3,5 (Scottish Home and Health Department 1992).

Trots att antalet patienter och behandlingar ökat har beteendemönstret rörande tandvårdsbesök förändrats lite under de senaste tjugo åren. Storbritanniens allmänna hushållsundersökning registrerar kontinuerligt det rapporterade besöksbeteendet bland vuxna som har naturliga tänder. Tabell 6 visar mönstret 1968 och 1989.

Tabell 6 Besöksbeteende bland betandade vuxna i Storbritannien 1968 och 1989. Procent

Besöksfrekvens	1968			1989		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Regelbundet	40	56	48	41	56	49
Då och då	13	12	13	14	14	14
Bara vid problem	47	32	40	44	31	37

Källa: OPCS (1991)

Den lilla förändringen mot mer regelbundna besöksvanor tycks vara resultatet av förändringar i vanor för några år sedan. Det finns anmärkningsvärt få skillnader mellan åldersgrupper; år 1989 var mönstret bland 16–24 åringar mycket likartat det i åldersgruppen 65–74. Endast de mycket gamla uppvisade mindre regelbundna besöksvanor. År 1968 var emellertid 65–74-åringar den åldersgrupp där mindre regelbundna besök blev utmärkande.

Dessa siffror döljer också påtagliga klasskillnader, som har bestått över tiden. Exempelvis besökte år 1989 69 procent av yrkesutbildade tandvården för kontroller, jämfört med 29 procent för icke-utbildade arbetare; detta var ex-

akt samma procentsatser som 1968.

Inga tidsseriedata på barns besöksmönster finns tillgängliga, men det har rapporterats (OPCS 1991) för år 1989 att för 67 procent var senaste besöket föranlett av en kontroll. För 11 procent berodde besöket på att de hade problem med tänderna eller på kallelse från skoltandläkare. 22 procent hade aldrig varit hos tandläkare.

## Konkurrens på tandvårdsmarknaden

Eftersom den offentligt utförda (till skillnad från finansierade) tandvården är liten i Storbritannien finns det lite konkurrens mellan den offentliga och privata sektorn. Inom primärvården betraktas den offentligt utförda tandvården som en residual till privatproducerad NHS-finansierad vård, medan sjukhusvård domineras av NHS-vård.

Samexistensen inom primärtandvårdssektorn mellan en stor offentligt finansierad vård (NHS allmäntandvård) och renodlat privat finansierad vård – ofta utförd av samma personer – leder till en förvirrad bild av konkurrensen. Till nyligen har det varit rimligt att betrakta NHS-vård och privat vård som två separata marknader, fastän de täcker mycket likartade tjänster. Tillhandahållandet av heltäckande tandvård har alltid varit NHS uppgift, och fortfarande finns enbart ett fåtal extra tandvårdstjänster tillgängliga inom den privata sektorn. Det finns inga belegg för kvalitetsskillnader i vården, så den privata marknaden har sört för dem som har förmåga och vilja att betala för snabbare vård och för andra förbättringar rörande konsumtionsprocessen.

Som visats tidigare finns det stora skillnader i storleken på arvoden på dessa marknader. Privat tandvård är uppenbart mer lönsam för tandläkaren. Så, bortsett från eventuella altruistiska motiv som tandläkaren kan ha för

att utföra tandvård, finns det incitament att utföra så mycket privattandvård som möjligt och betrakta NHS-finansierad tandvård som en residual. I praktiken är emellertid marknaden för NHS-tandvård mycket större, beroende på de subventionerade reglerade avgifterna som patienterna betalar. Som ett resultat har renodlad privatvård fortsatt att vara av begränsad omfattning och "produktdifferentiering" har strikt upprätthållits på denna lilla marknad för att hålla arvoden höga. Konkurrenskrafterna har därför varit svaga.

Senare händelser inom NHS har lett till mer utbredd renodlad privatpraktik, så att den i vissa områden har blivit producent av bas- snarare än lyxtandvård för den del av befolkningen som har råd med den. Det blir intressant att notera effekten av de konkurrenskrafter som genom detta kanske släpps fria på den allmänna nivån på privata arvoden och på de berörda tandläkarnas inkomster.

Beroende på att ersättning och avgifter är fasta och att bara begränsade former av marknadsföring är tillåtna finns det litet utrymme för konkurrens inom den offentligt finansierade marknaden. Eftersom det är full frihet att praktisera var som helst finns det emellertid en möjlighet att konkurrens om patienter påverkar den geografiska fördelningen av tandläkare. Belägg för detta studeras nedan.

Som i de flesta länder består tandvårdsmarknaden i Storbritannien av många konkurrerande små "företag", men det finns inslag som begränsar konkurrensen: lokalt begränsade marknader, etableringshinder i form av restriktioner på tillgängligheten av utbildning, omfattande prisreglering och förekomst av ett "partiellt agent-förhållande" (Feldstein 1970) mellan tandläkare och patient. Det finns två källor för att undersöka i vilken utsträckning tandvårdsmarknaden arbetar under konkurrens eller, alternativt, huruvida tandläkare exploaterar en monopolställning: avkastning på investeringar i tandvårdsutbildning och förekomst av utbudsstyrd efterfrågan.

## Avkastning på investeringar i utbildning

På en konkurrensutsatt tandvårdsmarknad begränsas vinsterna genom att nya tandläkare attraheras när vinsterna är relativt höga. Genom att inträdet till tandläkarprofessionen kontrolleras, kan normala marknadskrafter inte åstadkomma detta. Frågan är därför huruvida tandvårdsprofessionen utnyttjar detta för att göra övervinster; "över" avser här i jämförelse med andra professioner. Det är möjligt att beräkna avkastningen på de investeringar som är nödvändiga för att bli tandläkare. Investeringar för utbildning i en tidpunkt ger en avkastning i form av högre inkomst senare. För tandvård inkluderar kostnaden utbildningskostnader, minskad inkomst under utbildningstiden och kapitalkostnader för att starta privat praktik. Belöningen är förtjänster som väl överstiger genomsnittet.

Wilson (1987) beräknade avkastningen för ett antal professioner i Storbritannien för tre tidsperioder och fann att tandvård hade den överlägset högsta avkastningen av alla tre. Fast avkastningen hade minskat över tiden i samtliga professioner hade den dock minskat mest inom tandvård – men inte tillräckligt för att reducera den stora fördel den har. För att framställa det på ett annat sätt: Wilson beräknade att skillnaden i förtjänst på 8,5 procent år 1980 i jämförelse med andra professioner (en avsevärd minskning från 16,5 procent år 1955!) representerar en genomsnittlig skillnad av livstidsförtjänst på 30–40 procent. Hans slutsats var att det fanns lite belegg för att den medicinska professionen utnyttjar en monopolställning, men för tandläkare är beläggen starka att restriktiva regler resulterar i övervinster.

Ett inslag av detta är det kontinuerliga motståndet från tandvårdsprofessionen mot andra utövare av tandvård. Avsevärda restriktioner gäller vid användandet av assisterande personal, såsom tandhygienister, men det bästa exemplet beträffande de restriktiva reglerna gäller dentu-

rist. Regeringen i Storbritannien stöder professionen genom att förbjuda denturister att bedriva praktiker; det officiella *Office of Fair Trading*, som undersöker fall av konkurrensbegränsning, drog slutsatsen 1985 att det inte fanns någon anledning att tillåta denturister eftersom NHS och privata producenter konkurrerade inom området. Det finns emellertid inga övertygande belägg för det lämpliga i att förbjuda denturister och det finns goda argument och internationella erfarenheter som tyder på en nedåtpressande effekt på kostnader av sådana praktiker.

### Utbudsstyrd efterfrågan

På en fullständig konkurrensmarknad skulle tandläkare bjuda ut de tjänster som deras patienter önskade. Ett återkommande bekymmer för ekonomer, politiker och sjukvårdsadministratörer är att tandläkare (och läkare) faktiskt har stor kontroll över patienters efterfrågan, och kan manipulera efterfrågan så att deras planer för utbud tillfredsställs. Detta är hypotesen om den "utbudsstyrda efterfrågan".

Birch (1988) har presenterat stöd för förekomst av utbudsstyrd efterfrågan inom NHS genom att studera effekterna på tandläkares beteende av skillnader i antalet lokala producenter. I geografiska områden där det finns många tandläkare är både antalet behandlade patienter per tandläkare och antalet behandlingar per patient större. Det första kan förklaras i vanliga ekonomiska termer genom en förbättring i tillgänglighet, men inte den andra. Birchs belägg var att den genomsnittliga behandlingskostnaden är högre där det finns fler tandläkare per person.

Index på tandhälsa ger ytterligare stöd för förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan. Data rörande tandhälsan hos vuxna, som presenterats tidigare, ger inte den fullständiga bilden av tandstatusen. England, den södra delen av

Storbritannien, är rikast och har det största antalet tandläkare. Befolkningen där har allmänt en hälsa som är bättre än genomsnittet; de har minst antal förlorade och skadade tänder i Storbritannien. Men de har också det största antalet fyllda tänder, så totalt är antalet friska obehandlade tänder under genomsnittet. Ytterligare diskussion om utbudsstyrd efterfrågan och dess relation till "onödig behandling" återkommer nedan.

## Några policy-frågor i Storbritannien

### Privatisering

Blandningen av offentligt och privat på en marknad analyseras traditionellt efter två dimensioner rörande utbudet: ägande av produktionsmedlen och finansiering – betalningskällan för varan eller tjänsten. Siffrorna i tabell 2 kan användas för att ge följande bild (se tabell 7) av blandningen av offentligt och privat inom tandvården i Storbritannien, mätt efter utgifterna.

Tabell 7 Blandningen offentligt/privat i Storbritannien 1991. Miljoner pund

Ägande		Offentligt		Privat		Totalt	
Finansiering	Offentlig	345	(23,2%)	707	(47,4%)	1 052	(70,6%)
	Privat	*	(0%)	439	(29,4%)	439	(29,4%)
	Totalt	345	(23,2)	1 146	(76,8%)	1 491	(100%)

\*) Vissa avgifter tas ut för redskap i offentligt ägda enheter för vissa patienter; den exakta kostnaden är inte tillgänglig, men är försumbar.

Detta mönster är mycket olik det för övrig hälso- och sjukvård i Storbritannien, där både offentligt producerad och offentligt finansierad vård uppgår till en mycket stor

andel av utgifterna. Som antydde i inledningen har det funnits inslag i brittisk hälsopolitik att inte betrakta tandvård som övrig hälso- och sjukvård. Det finns starkt politiskt, allmänt och professionellt stöd för att tillhandahålla tandvård som en integrerad del av NHS, men lika ofta har den betraktats som separerad. Frågan huruvida tandvård fullständigt skall exkluderas från NHS har aldrig tagits på allvar, så den praktiska frågeställningen är hur omfattande NHS tandvård skall vara när det gäller slag av tjänster och befolkningstäckning. I själva verket är NHS inte heltäckande utan selektiv. Den selekterar grovt sagt efter det största tandvårdsbehovet – fri tandvård för barn – och dålig betalningsförmåga – fri tandvård till de fattiga.

Den brittiska regeringen har under de senaste 13 åren fullföljt en politik för privatisering och avreglering inom alla områden av ekonomin. Detta har inkluderat vissa inslag av hälso- och sjukvård, som oftalmologiska tjänster och paramedicinsk service inom sjukhusen. En explicit privatisering av tandvård är inte en del av regeringens politik. Det har emellertid anförts (t ex Birch 1985) att fortsatta kraftiga ökningar av patientavgifter på sikt leder till en privatisering.

Eftersom ägandet alltid i huvudsak varit privat är det offentliga inslaget främst finansiering. När patientavgifterna är låga är det rimligt att benämna detta offentlig vård för alla patienter. Högre avgifter förändrar balansen offentligt/privat; det är emellertid en gradskillnad och det är inte möjligt att specificera en strikt skiljelinje.

## Onödig behandling

En av de främsta orsakerna bakom förändringar i NHS ersättningssystem var en oro över onödig behandling. Epidemiologiska belägg för överbehandling (Todd, Walker och Dodd 1982), anklagelser om för mycket reparativ

behandling (Elderton och Nuttall 1983), för många utförda röntgenbilder (Lancet 1983) och alltför frekventa rutinundersökningar (Sheiham 1977) ledde fram till att en statlig utredning tillsattes för att undersöka onödigt behandling (Department of Health and Social Security 1986). Den fann belägg för onödigt behandling, som den hänförde till en omodern behandlingspolicy – ”vid tvekan, fyll” – baserad på missuppfattningar om sjukdomsmönster som förekom hos en konservativ tandvårdsprofession. *Promoting Better Health*, emellertid, refererade till den mer seriösa anklagelsen att tandläkare kan påverkas av ersättningsystemet för att upprätthålla inkomster, med tanke på den förbättrade tandhälsan, genom att ge onödigt behandling; detta är hypotesen om utbudsstyrd efterfrågan.

Prestationsersättningsystemet har emellertid sina företrädare, som pekar på det motsatta problemet med underbehandling vid kapitation. Dessutom, vilket påpekats av Lynn (1981), har det existerande prestationsersättningsystemet existerat vid en tid då tandhälsa och tandvård har förbättrats; oprövade alternativ kan äventyra fortsättningen av denna trend.

NHS system för prestationsersättning avses vara neutralt i sin påverkan av frågan om vilken behandling som skall ges. Gray (1982) har presenterat stöd för att systemet lyckas i detta avseende (fast inget heltäckande system kan vara tillräckligt flexibelt för att fungera vid alla behandlingsbeslut). Det kan emellertid inte vara neutralt med avseende på om någon behandling över huvud taget skall ges eller ej.

Resultatet av detta är att det finns ett inslag av kapitation och kontinuerlig betalning, men det har introducerats med extrem föriktighet. Det utgör en liten del av systemet och kommer att nära övervakas med avseende på sina effekter.

## Patientavgifter

Som visats, har patientavgifter – vilka är en anomali i ett system där annan vård är avgiftsfri vid konsumtionstillfället – inom NHS vuxit enormt i både absoluta och relativa termer under de senaste 15 åren, efter att ha varit så gott som konstanta under de första 18 åren efter introduktionen. Dessa höjningar har åtföljts av regelbundna förändringar av vad avgifterna avser, sätten på vilka de beräknas, och deras relativa storlek för olika typer av behandlingar. Nuvarande system har fördelen av att vara det enklaste på flera år.

Den brittiska regeringen har konsekvent hävdats att patientavgifter har liten eller ingen effekt på nyttjandet av tandvård. Yule, Ryan och Parkin (1988) sammanställde överväldigande stöd för motsatsen, vilket bekräftades av resultaten av en mycket kontroversiell förändring i avgiftssystemet. Införandet, för första gången, av avgifter för kontroller för vuxna innebar en faktisk minskning av antalet patientbesök och utförda behandlingar, tvärt emot en långsiktigt uppåtgående trend i behandlingar.

Regeringen argumenterar vidare att avgifter höjer intäkterna, vilka kan användas för att förbättra tandvården. Det är riktigt att skattningar av efterfrågans känslighet med avseende på avgifter i Storbritannien tyder på att högre avgifter betyder större intäkter trots lägre efterfrågan (Parkin och Yule 1988). Men oavsett riktigheten i dessa argument är det svårt att inse varför regeringen begränsar dem till tandvård och inte tillämpar dem också på övrig hälso- och sjukvård.

Det finns fortfarande ett utbrett motstånd mot avgifter, som antydde vid genomgången av privatiseringsargumenten ovan. Avskaffandet av patientavgifter förblir politiken för samtliga större politiska partier i Storbritannien, utom för det vid makten. Storleken av de totala intäkterna från patientavgifter är nu så stora att ett avskaffande skulle förorsaka finansiella svårigheter.

Icke desto mindre finns det utrymme för justeringar av avgiftssystemet för att skapa incitament för patienterna, exempelvis genom att ändra den relativa storleken på avgifterna för olika åtgärder eller att erbjuda rabatt för hälsobefrämjande beteenden. Tyvärr har NHS avgiftssystem aldrig använts i någon större utsträckning för dessa syften och senare förändringar har gett olika signaler som sammantagna går i motsatt riktning. Införandet av avgifter för kontroller, som tidigare nämnts, motverkar preventivt beteende, även om det har åtföljts av lägre avgifter för dem som besöker tandvården mer regelbundet.

## Geografisk rättvisa

Den geografiska fördelningen av tandläkare bestäms främst av "marknadskrafter"; tandläkare är fria att bedriva praktik var som helst. Resultatet är olikheter i utbudet. Regeringen argumenterar att marknadskrafter styr tandläkare till områden där det finns få tandläkare, eftersom det finns fler patienter för varje tandläkare och följaktligen högre förtjänster. I själva verket tycks sådana krafter, fast de tycks fungera i viss utsträckning, vara ganska svaga vid bestämmandet av var tandläkaren förlägger sin praktik, jämfört med andra överväganden – exempelvis områdets karaktäristika och möjligheten att bedriva privatpraktik. Tabell 8 visar hur fördelningen av tandläkare förändrats i England mellan 1980 och 1990.

Olikheterna följer grovt olikheter i inkomst och tandhälsa. Områden med stort antal tandläkare har såväl högre genomsnittlig inkomst och förmögenhet som bättre tandhälsa. Fastän skillnaderna i antalet tandläkare har minskat är processen långsam. För att uppnå likhet tar det, under förutsättning att förändringen sker i samma takt som visats ovan, över sjuttio år! En mer aktiv regeringspolitik krävs för att seriöst ta itu med dessa rättvisefrågor.

Tabell 8 Regional fördelning av tandläkare i England 1980 och 1990; tandläkare per patient som procentuell andel av det nationella genomsnittet

	1980	1990
Norra England	74	87
Yorkshire	88	92
Trent	76	79
Östra Anglia	89	91
Nordvästra Themsen	152	135
Nordöstra Themsen	112	113
Sydvästra Themsen	141	131
Wessex	103	101
Oxford	97	100
Södra Western	120	108
Västra Midlands	81	83
Mersey	92	98
Norra Western	87	96
England	100	100

Källa: OPCS (1992)

## Slutsatser: Vad kan läras av Storbritannien?

Tandvårdssystemet i Storbritannien har genomgått ett stort antal förändringar under de senaste åren. Det är svårt att se vilken betydelse dessa har haft för tandvårdsproduktionen och för att möta behov. Som för många delar av NHS erbjuder det brittiska tandvårdssystemet rimlig vård till låg kostnad. Inom NHS (och alla hälso- och sjukvårdssystem) finns det utrymme för betydande förbättringar i effektivitet och jämlikhet. I motsats till resten av NHS påverkar försöken att befrämja effektiviteten främst den offentliga karaktären hos tandvården.

Blandningen av offentligt och privat inom NHS har hittills fungerat förhållandevis bra. Subventionering av

tandvårdskostnaderna gav NHS i stort sett monopsonst<sup>2</sup>ällning på tandvårdsmarknaden, eftersom den var effektiv i kontrollen av efterfrågan på tandläkartjänster. Denna starka ställning betydde att NHS kunde kontrollera marknaden och införa en spärr mot tandläkares inkomster utan att bygga upp en stor offentligt ägd tandvård för att ersätta eller konkurrera med den privata sektorn. Då subventionerna minskat, och eftersom de blivit mindre i förhållande till befolkningens inkomst, har denna starka ställning minskat. Alternativet att etablera en konkurrerande offentligt producerad sektor har till och med diskuterats av regeringen, fast mer som ett hot i rådande debatt. För att understryka denna aspekt, är det inte en tillfällighet att, i denna debatt, tandläkare har undantagit barntandvård från deras utträde ur NHS-tandvård; denna erhåller en 100-procentig subvention och det finns offentligt ägd tandvård som alternativ.

För att summera är en erfarenhet från Storbritannien att den privata tandvårdssektorn kan kontrolleras och i stor utsträckning göras konform med offentliga mål om offentliga organisationer ges tillräcklig ekonomisk makt att dominera marknaden – i detta fall genom att utöva effektiv kontroll över efterfrågan med hjälp av subventioner. Under sådana förhållanden kan renodlad privat tandvård för dem som kan och vill betala för bättre personlig vård utöver nödvändiga behov lämnas som en separat oreglerad marknad.

Det betyder inte att Storbritannien har kontrollerat alla aspekter med total framgång – exempelvis finns det uppenbara misslyckanden med problemen som gäller geografisk rättvisa och utbudsstyrd efterfrågan. Dessa misslyckanden har kopplats samman med de specifika metoder som används för att ersätta tandläkare, och erfarenheter från Storbritannien med prestationsersättning är likartad den i de flesta andra länder. Potentialen för of-

---

<sup>2</sup> Dvs ensam köpare (översättarens anmärkning).

fentlig kontroll av privata marknader för att nå positiva resultat har emellertid påvisats. Påverkan via marknadskrafter genom ett annat ersättningssystem – kanske en "tandhälsoorganisation" (dental health maintenance organization) innehållande starkt subventionerad kapitationsersättning till konkurrerande tandvårdspraktiker för specifika åtgärder – kanske kan lösa dessa problem.

## Referenser

- Birch, S. (1985), "NHS charges and the privatisation of dental care", *British Dental Journal*, 377–378.
- Birch, S. (1988), "The identification of supplier inducement in a fixed price system of health care provision: the case of dentistry in the United Kingdom", *Journal of Health Economics*, 7(2):129–150.
- Department of Health and Social Security (1986), *Report of the Committee into Unnecessary Dental Treatment*, London: HMSO.
- Department of Health (1989), *Working for Patients*, London: HMSO.
- Department of Health (1989), *Caring for People*, London: HMSO.
- Elderton, R.J. och Nuttall, N.M. (1983), "Variation amongst dentists in planning treatment", *British Dental Journal*, 201–206.
- Feldstein, M. (1970), "The rising price of physicians' services", *Review of Economics and Statistics*, 52(2):121–133.
- Gray, A.M. (1982), "The production of dental care in the British NHS", *Scottish Journal of Political Economy*.
- Laing, W. (1987), *Private Health Care in Britain*, London: Office of Health Economics.
- Lancet (1983), "Dental X-rays, for caries or cash?", *Lancet*, ii:609.
- Lynn (1981), "Objections to a voluntary capitation scheme", i *Towards Better Dental Health*, London: Department of Health and Social Security.

- OPCS (1991), *The General Household Survey, 1989*, London: HMSO.
- OPCS (1992), *Health and Personal Social Services Statistics*, London: HMSO.
- Parkin, D. och Yule, B. (1985a), "General Dental Services", i *Health Care UK 1985* (Harrison and Gretton, red), CIPFA.
- Parkin, D. och Yule, B. (1985b) "Dental services in Scotland: Problems and progress from an economic perspective", HERU Discussion Paper 01/85, University of Aberdeen.
- Parkin, D. och Yule, B. (1988), "Patient charges and the demand for dental care in Scotland, 1962–81", *Applied Economics*, 20(2):229–242.
- Scottish Home and Health Department (1992), *Health in Scotland, 1991*, Edinburgh: HMSO.
- Secretaries of State (1987), *Promoting Better Health*, London: HMSO.
- Secretaries of State (1992), *The Health of the Nation*, London: HMSO.
- Sheiham, A. (1977), "Is there a scientific basis for six-monthly dental examinations?", *Lancet*, ii:442–444.
- Todd, J.E. och Lader, D. (1990), *Adult Dental Health, 1988*, London: HMSO.
- Todd, J.E. och Dodd, T. (1985), *Children's Dental Health in the UK, 1983*, London: HMSO.
- Todd, J.E., Walker, A.M. och Dodd, T. (1982), *Adult Dental Health, 1978*, London: HMSO.
- Wilson, R.A. (1987), "Returns to entering the medical profession in the UK", *Journal of Health Economics*, 6(4):283.
- Yule, B., Ryan, M. och Parkin, D. (1988), "Patient charges and the use of dental services: some evidence", *British Dental Journal*, 376–379.



# Tandvård i andra länder – vad kan Sverige lära?

---

Tandhälsan har blivit allt bättre. Andelen kariesfria barn har ökat och alltfler äldre har kvar sina egna tänder. De flesta sköter sina tänder väl och besöker regelbundet tandvården. Denna har byggts ut kraftigt, speciellt under 1970-talet. Det finns ingen brist på tandvård.

I de flesta europeiska länder utförs tandvården i huvudsak i privat regi, men med en stor del av kostnaderna finansierade via skatt eller offentliga försäkringar. Finland, Danmark och Sverige avviker. Här produceras ungefär hälften av tandvården i offentlig regi, men i Finland är enbart en tredjedel av kostnaderna finansierade offentligt, i Danmark två tredjedelar och i Sverige tre fjärdedelar. Prissättningsmetoder och subventioneringsgrad skiljer sig också åt. I Norge är exempelvis vuxentandvården i princip osubventionerad.

Tandvård kan alltså organiseras och finansieras på olika sätt, med skilda konsekvenser. I den här boken ges en översiktlig beskrivning av tandvårdssystemen i Väst-europa. Mer ingående beskrivningar görs av tandvården i Finland, Norge och Storbritannien.

Avsikten med boken är att ge underlag för överväganden om den framtida tandvården i Sverige. Det finns en hel del att lära av andra länder!

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson (red): Sirkkasisko Arinen, Jostein Grytten, Dorthe Holst, Göran Karlsson, David Parkin och Harri Sintonen.