

# NOTAT til brug for diskussioner om den politiske aftale om tandplejen

## Tandplejesystemet i Danmark

Sundhedsvæsnet herunder tandplejesystemet har til formål:

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

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

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

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

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

## Tandplejemæssige problemstillinger

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

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

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

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

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

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

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

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

### 4. Patientovergange mellem specialtandplejen og omsorgstandplejen

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

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

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

### 6. Frafald ved overgangen fra voksentandplejen til omsorgstandplejen

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

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

## Mulige løsninger

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

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

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

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

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

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



## Økonomi

### *Det kommunale tandplejetilbud i henhold til sundhedsloven*

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

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

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

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

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

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

### *Voksentandplejetilbuddet i henhold til sundhedsloven*

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

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

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

#### *Udgifter til øvrige tandplejetilbud*

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

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

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

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

#### *Konklusion*

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

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

## BILAG: Oversigt over det danske tandplejesystem

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



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

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

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