

Tannbehandling – Hvem bør ta regningen?

Stud. odont. Marlen Lundberg Norbeck

Stud. odont. Tina Kaasa Søndbø

Stud. odont. Trinh Anna Phan



Masteroppgave

Det odontologiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2021

Veiledere: Tiril Willumsen og Anne Rønneberg

© Marlen Lundberg Norbeck, Tina Kaasa Søndbø og Trinh Anna Phan

År: 2021

Tittel: Tannbehandling – Hvem bør ta regningen?

Forfattere: Marlen Lundberg Norbeck, Tina Kaasa Søndbø og Trinh Anna Phan

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
Innledning	7
Metode	8
Resultater	11
<i>Del 1: Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten Norge, Sverige, Danmark og Finland</i>	<i>11</i>
Tannhelsetjenesten i Norge	11
Tannhelsetjenesten i Sverige	14
Tannhelsetjenesten i Danmark	15
Tannhelsetjenesten i Finland	16
<i>Del 2: Pasientkasus</i>	<i>17</i>
<i>Del 3: Opplysninger fra de politiske partiene i Norge</i>	<i>17</i>
Diskusjon	24
<i>Tannhelsetjenestens historie som bakgrunn for dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenester</i> ..	<i>24</i>
<i>Del 1: En sammenligning av de ulike landenes organisering og finansiering</i>	<i>25</i>
<i>Del 2: Pasientkasuset</i>	<i>27</i>
<i>Del 3: De norske politiske partienes synspunkt</i>	<i>28</i>
Fremskrittspartiet	28
Høyre	29
Venstre	29
Kristelig folkeparti	30
Senterpartiet	30
Arbeiderpartiet	30
Miljøpartiet De Grønne	31
Sosialistisk venstreparti	31
Rødt	32
Sammenligning	32
<i>Er målet med oppgaven nådd?</i>	<i>33</i>
<i>Praktisk betydning og begrensninger</i>	<i>33</i>
Konklusjon	37

Forord

Å skrive en masteroppgave har vært en lang prosess. For oss begynte det hele på et frokostseminar som omhandlet munnhelse og utenforskap høsten 2018. Seminaret belyste hvordan dagens økonomiske støtteordninger for tannbehandling kan føre til sosiale ulikheter, og den store forskjellen på finansieringen i tannhelsetjenesten og den generelle helsetjenesten. På dette seminaret møtte vi veilederne våre. De stilte et spørsmål som vekket nysgjerrigheten vår; hvorfor regnes ikke munnhulen som en del av kroppen?

Vi har derfor valgt å skrive masteroppgave innenfor fagfeltet samfunnsodontologi, og oppgaven tar for seg organiseringen og finansieringen av tannhelsetjenesten i Norge, sammenlignet med Sverige, Danmark og Finland. I et møte med Camilla Hansen Steinum og Øyvind Asmyhr ble vi inspirert til å inkludere de ulike politiske partienes syn på tannhelse og sosiale ulikheter, og deres velvilje til å prioritere tannhelse.

Denne oppgaven har gitt oss en bredere forståelse for hvordan tannhelsetjenesten er organisert og finansiert, og hvorfor vi har det systemet vi har i dag. Arbeidet har vært omfattende, og det har derfor vært nyttig å være tre motiverte studenter til å fordype oss i et så stort tema.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre veiledere; dekan ved Det odontologiske fakultet i Oslo, Tiril Willumsen, og klinikksjef ved avdeling for pedodonti og atferdsfag ved Det odontologiske fakultet i Oslo, Anne Rønneberg. Vi ønsker også å takke Camilla Hansen Steinum, president i den norske tannlegeforening, og Øyvind Asmyhr, seniorkonsulent i NTFs fagavdeling. Til slutt takker vi representanter fra de ulike norske politiske partiene og intervjupersoner fra de ulike landene som bidro med god informasjon til oppgaven.

Oslo, våren 2021

Marlen Lundberg Norbeck, Tina Kaasa Søndbø og Trinh Anna Phan

Sammendrag

Masteroppgaven har som hovedtema å belyse finansiering av tannhelsetjenester i Norge. Helseutgiftene er en betydelig andel av bruttonasjonalproduktet, og utgjorde i 2019 10,5 %. Av disse utgjorde tannlegetjenester ca. 0.5 % (3). Dette viser at det er en veldig liten del av helseutgiftene som går til oral helse. Det er sosiale ulikheter innenfor oral helse, akkurat som i generell helse, og enkelte grupper har store orale helseproblemer. Masteroppgaven er tredelt. I første del presenteres organiseringen og finansieringen av tannhelsetjenesten i Norge sammenlignet med Sverige, Danmark og Finland. I andre del belyses, gjennom et pasientkasus, hvordan tannlegeregningen kan variere mellom de ulike landene, og hvordan tannlegeregningen ofte kan bli svært økonomisk belastende. I siste del kartlegges de ulike politiske partienes ståsted hva angår prioriteringer av tannhelsetjenester.

Metode: I del 1 innhentet vi informasjon gjennom relevante litteraturkilder. I del 2 beregnet vi den totale utgiften for pasienten i kasuistikken for tannbehandling i Norge, og kontaktet én intervjuperson fra hvert av de andre landene som beregnet den totale utgiften i deres land. I del 3 formulerte vi 4 spørsmål hva angår tannhelsetjenesten, og sendte disse til en representant fra hvert politisk parti representert på Stortinget.

Resultater:

Del 1: Alle landene tilbyr gratis tannbehandling for barn i offentlig sektor, mens voksne må i hovedsak betale for tannbehandlingen selv. Sverige og Finland tilbyr tannbehandling for voksne i offentlig- og privat sektor, Danmark i privat sektor og Norge hovedsakelig i privat sektor. Alle landene har fri prisfastsettelse i privat sektor, og ulike systemer for økonomisk støtte for tannbehandling.

Del 2: Den totale kostnaden for pasienten i kasuistikken varierte mellom 8 635 NOK i finsk offentlig sektor og 43 174 NOK i finsk privat sektor. Utgiften i Norge ble beregnet til 36 600 NOK.

Del 3: Alle partiene har fokus på kostnaden ved å sidestille tannhelsetjenesten med den øvrige helsetjenesten og er positive til at oral helse er viktig for generell helse, men de har ulike strategier for hvordan de vil håndtere dette.

Konklusjon: I dagens eksisterende tannhelsemodell i Norge er tannbehandling for voksne privatøkonomisk kostbart sammenliknet med Sverige og Finland. Alle de politiske partiene

har tannhelsefinansiering i sine partiprogram, og er enige om at finansiering av tannhelsetjenester er viktig, men ingen presenterer konkrete planer for hvordan dette kan løses. Det blir viktig å sikre en fremtidig tannhelsemodell med et helhetlig helseperspektiv.

Innledning

Det offentlige helsesystemet i Norge er tilgjengelig for hele befolkningen, og skal sikre at alle får et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av sosioøkonomisk status (1). Forskning viser tydelig at personer med høyere sosial status, målt ved utdanning, yrke og inntekt, lever lenger og har bedre helse enn personer med lavere sosial status (2).

Helseutgiftene er en betydelig andel av bruttonasjonalproduktet, og utgjorde i 2019 10,5 %. Av disse utgjorde tannlegetjenester ca. 0.5 % (3). Dette viser at det er en veldig liten del av helseutgiftene som går til oral helse.

Sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom befolkningen. Dårlig helse gjelder ikke kun de absolutt fattigste i befolkningen. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, akkurat som de nest fattigste har litt bedre helse enn de fattigste. Sosiale ulikheter innenfor helse er følgelig noe som berører alle (2).

I Norge er helseforskjellene større enn i mange andre europeiske land (4). Tannhelsen blant befolkningen i Norge har bedret seg vesentlig gjennom de siste 30-40 årene. Likevel er det sosiale ulikheter innenfor tannhelse, akkurat som i generell helse, og enkelte grupper har store orale helseproblemer. Dette inkluderer særlig de som mottar stønader, lavinntektsgrupper, funksjonshemmede, eldre og kronisk syke. Det er vist en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og tannhelseproblemer (5). En viktig grunn til dette kan være finansieringssystemet. Når tilbudet om tannbehandling for voksne i befolkningen er egenfinansiert, blir tilbudet også helt avhengig av økonomien til den enkelte.

Tannhelse og sosial ulikhet er et velkjent problem, men det er relativt lite fokus på hvordan vi skal løse dette problemet. I en undersøkelse utført av Opinion for FriFagbevegelse og Dagsavisen oppgav 1 av 3 at de hadde unngått å oppsøke tannbehandling grunnet økonomiske årsaker. Av de med årsinntekt under 300 000 kroner hadde omtrent halvparten oppgitt dette (22). En av fire arbeidsledige har oppgitt at de har behov for tannbehandling uten at behandlingen er utført (25). Vedrørende hvem som skal betale tannlegeregningen, viste en undersøkelse utført av Norstat i 2019 at 71 % svarer «ja», 20 % «nei», og 9% «vet ikke» på spørsmålet om staten skal ta regningen for tannhelse. Flertallet i alle inntektsgrupper ønsket dette, fra lavest 68% i gruppen med inntekt over 900 000, til 83% for dem med inntekt 3-400 000. Etter utdanningsnivå varierte det fra 83% av de med kun grunnskole, til 59% av de

med utdanning på universitet/ høyskole over 4 år. Alder varierte fra lavest 68% av de med alder 60+ år til høyest 76% av de med alder 30-39 år (23).

Vi vet at oral helse ansees som en viktig del av menneskers helhetlige helse. Eksempelvis vet vi at lungebetennelse er en vanlig dødsårsak blant eldre, og en internasjonal oversiktsartikkel viser at slike dødsfall kunne være unngått ved bedre oral hygiene i ett av ti tilfeller (25). Vi vet at det er forskjeller i finansieringssystemene, men det er lite litteratur som setter finansieringen vi har i Norge opp mot sammenlignbare land. Spesielt interessant vil det være å sammenligne den norske finanseringen med de andre nordiske landene.

Norge er et demokratisk land. Dette betyr at hver enkelt borger kan påvirke beslutninger gjennom valg av politikere som reflekterer verdier de vurderer som viktige. Det er imidlertid mer uklart hvordan politikerne i de ulike partiene vurderer behovet for endringer i finanseringen av tannhelseutgifter. Det vil derfor være interessant å innhente sammenlignbar informasjon ved å stille identiske spørsmål til de ulike politiske partiene i Norge angående hvordan de har tenkt å løse tannhelsefinansieringen fremover. Målet for oppgaven er å utforske om den norske finansieringsmodellen for voksne pasienter er vesentlig forskjellig fra den svenske, danske og finske.

For å kunne svare ut dette målet, ble oppgaven planlagt og gjennomført i 3 deler:

- Del 1 hadde til hensikt å kartlegge de økonomiske støtteordningene i tannhelsetjenesten i Norge, Sverige, Danmark og Finland.
- Del 2 hadde til hensikt å belyse utgiftsnivået i de nordiske land ved hjelp av et klinisk eksempel.
- Del 3 hadde til hensikt å kartlegge de ulike politiske partienes ståsted hva angår prioritering av tannhelsetjenester.

Metode

Del 1: De økonomiske støtteordningene i tannhelsetjenesten i Norge, Sverige, Danmark og Finland.

Den første delen er basert på informasjon hentet fra relevante artikler, bøker og nettbaserte kilder som omhandler finansiering av tannhelsetjenester i de nordiske landene. Vi fikk utlevert en rapport om brukerbetaling og etterspørsel av våre veiledere, og søkte i

referanselisten etter flere kilder med relevant informasjon. I tillegg utførte vi nettsøk (Google) og søkte etter artikler i de nordiske tannlegetidsskriftene.

Del 2: Å belyse utgiftsnivået i de nordiske landene ved hjelp av et klinisk eksempel.

I den andre delen fokuserer vi på likheter og ulikheter ved organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i Norge sammenlignet med nabolandene våre Sverige, Danmark og Finland. For å belyse dette ble det konstruert en kasuistikk som representerer en stor pasientgruppe vi møter i vår kliniske hverdag.

Pasienten er en 40 år gammel mann som har bodd i barnevernsinstitusjon fra han var 12 til han ble 18 år. Nå har han samboer og to barn på henholdsvis 8 og 12 år. Han jobber som lagerarbeider med en inntekt på 350.000 kroner i året. Samlet inntekt i husstanden er 600.000 kroner i året. Familien bor i hus, og gjeldsgraden til familien er betydelig. Familien velger å prioritere et godt oppvekstmiljø for barna, og betaler alle regningene sine. De har ingen forbruksgjeld, og lever et velordnet liv. Pasienten har hatt problemer med karies ("hull i tennene") siden barndommen, men har ikke hatt penger, eller prioritert tannhelse høyt nok til å utføre tannbehandling når han har hatt behov. Karies og følgetilstander av dette er hans orale helseproblem.

Vi satt opp et behandlingsforslag for pasienten:

- Undersøkelse med 2 røntgenbilder (2BW) og tannrens.
- Non-operativ kariesbehandling (kariesforebyggende behandling) med fluoridpensling.
- Ukomplisert ekstraksjon av 2 jeksler på høyre side i overkjeven, inkludert bedøvelse.
- Røntgenbilder (OPG og 5 periapikale bilder).
- Endodontisk behandling (rotfylling) av en jeksel, inkludert bedøvelse.
- Protetisk behandling (bro med to pilarer og to mellomledd), etter ekstraksjon.
- Hygienetillegg.

Kostnaden for tannbehandlingen i Norge ble beregnet basert på prisopplysninger fra private tannklinikker i Norge. Det var vi tre studenter som gjorde denne datainnsamlingen, ved å undersøke prislistene til et utvalg på 5 klinikker spredt i landet. På bakgrunn av dette kom vi frem til gjennomsnittspriser, og ut fra dem ble den totale kostnaden for pasienten regnet ut basert på behandlingsforslaget.

For å kunne sammenligne den tenkte pasientens utgifter til tannbehandling i de ulike landene tok vi kontakt med én intervjuperson fra henholdsvis Sverige, Danmark og Finland, som vi sendte kasuset og behandlingsforslaget til. Vi kom i kontakt med disse personene på et faglig og sosialt arrangement for tannlegestudenter, kalt «Odontologiske leker», hvor tannlegestudenter fra ulike land samles en gang i året. Vi kontaktet en person fra hvert av landene Sverige, Danmark og Finland, og spurte om vi ved en senere anledning kunne kontakte dem med noen spørsmål i forbindelse med masteroppgaven vår. Alle intervjupersonene ble senere kontaktet skriftlig via e-post eller Facebook, og tilbakemeldingene vi fikk var skriftlig via e-post eller Facebook. I tillegg har vi kontrollert svarene opp mot fakta vi selv har innhentet om de ulike finansieringssystemene i landene, samt regnet om oppgitt valuta til norske kroner basert på dagens kurs (20.03.21).

Målet med å presentere dette kasuset er å belyse hvor økonomisk belastende et oppsamlet omfattende tannbehandlingsbehov kan oppleves for enkeltindividet, og sammenligne den økonomiske støtten pasienten har krav på i de ulike landene.

Del 3: Kartlegging av de ulike politiske partienes ståsted hva angår prioritering av tannhelsetjenester.

I den tredje delen har vi innhentet opplysninger fra de norske politiske partiene. Vi formulerte 4 spørsmål som vi sendte pr. epost til representanter for de politiske partiene i Norge som er representert på Stortinget i perioden 2017 – 2021. Representantene vi har kontaktet er de som sitter i Helse- og omsorgskomiteen, samt gruppesekretæren i Miljøpartiet De Grønne og lederen i Rødt, da de ikke har representanter i Helse- og omsorgskomiteen pr. i dag. Epostadressene til politikerne ble funnet på Stortinget sine hjemmesider.

Proessen som førte til endelig versjon av de fire spørsmålene, kan inndeles i 4 trinn:

- Vi tre studenter diskuterte hvilke temaer vi mente var viktige politisk.
- Temaene ble diskutert med våre veiledere.
- Det ble formulert 4 foreløpige spørsmål.
- Presidenten- og utdanningssjefen i Den norske tannlegeforening (NTF), Camilla Hansen Steinum og Øyvind Asmyhr, ble invitert inn for å komme med innspill.
- Etter innspillene fra Asmyhr og Steinum, og etter diskusjon med våre veiledere, ble de fire endelige spørsmålene formulert:

1. Hvorfor er ikke tannhelsetjenesten finansiert på lik linje som den generelle helsetjenesten?
2. Hva tenker dere om dagens organisering og finansiering av tannhelse i forhold til sosiale ulikheter? Er løsningen å bytte ut den offentlige tannhelsetjenesten, eller skal private tjenester bli mer offentlig finansierte?
3. Hvis dere kommer i posisjon, er dere villige til å prioritere tannhelse? I så fall hvordan?
4. Den orale helsen er en del av den generelle helsen. Har dere i ditt parti noen tanker om hvordan den orale helsen kan påvirke utgifter innenfor andre spesialisthelsetjenester?

Resultater

Del 1: Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten Norge, Sverige, Danmark og Finland

Tannhelsetjenesten i Norge

Finansieringen av tannhelsetjenesten i Norge er organisert slik at voksne (over 18 år) i utgangspunktet må betale for hele behandlingen selv, og at barn får gratis tannbehandling til og med året de fyller 18 år (med unntak av kjeveortopedisk behandling). Fra man fyller 18 år og ut det året man har fylt 20 år, gis det 75 % rabatt på tannbehandling basert på det aktuelle fylkets prissetting (varierer mellom fylkene). Det finnes imidlertid prioriterte grupper i den voksne befolkningen som har rett på gratis tannbehandling eller delvis økonomisk støtte til tannbehandling fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) (7). De prioriterte gruppene A - E:

- *«A: Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.*
- *B: Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.*
- *C: Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.*
- *D: Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.*
- *E: Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere:*
 - *Flyktninger og asylsøkere på statlige mottak.*
 - *Rusmiddelbrukere som har mottatt tjenester etter sosialtjenesteloven i tre måneder eller mer.*

- *Rusmiddelbrukere under legemiddelassistert behandling (LAR-behandling).*
- *Tortur- og overgrepsofsatte og personer som har sterk angst for tannbehandling (odontofobi).*
- *Innsatte i fengsel. Innsatte får tilbud om nødvendig akutt tannbehandling av den offentlige tannhelsetjenesten. Ved opphold lenger enn tre måneder gir det også tilbud om tannundersøkelse og nødvendig forebyggelse og vanlig tannbehandling. Øvrige utgifter til tannbehandling dekkes av den innsatte selv.» (7).*

I tillegg til de prioriterte gruppene, kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte priser.

Pasienter som ikke behandles fritt i DOT betaler i utgangspunktet tannbehandlingen selv. Dette kan skje både innen DOT, herunder gruppe F, eller i den private tannhelsetjenesten. Det er fritt tannlegevalg i Norge, og pasientene velger selv hvor de ønsker å motta tannbehandling.

DOT honorerer også tannbehandling av betalende pasienter etter markedspris. Det europeiske frihandelsforbund (Efta), som består av Island, Liechtenstein, Norge og Sveits, har et overvåkningsorgan som kalles Esa (Efta Surveillance Authority). Esa har ansvaret for å påse at EØS-avtalen blir gjennomført og etterlevd i de enkelte EØS-/Efta-land. I Norge var det, i tillegg til gratis tannhelsetjeneste for prioriterte grupper A – E, også tilbudt subsidierte tjenester til voksne pasienter i strøk med mangelfull tannlege- og tannpleierdekning (8). I en pressemelding fra Esa 12.mars 2014, fikk Norge kritikk for mulig ulovlig subsidiering av betalende pasienter i DOT (24). De mente finansieringen i Norge kunne lede til såkalt kryss-subsidiering ved behandling av betalende pasienter i DOT, noe som bryter med EØS-avtalens regler for statsstøtte. Esa anbefalte endringer i ordningen med subsidierte tannhelsetjenester i spredtbygde strøk, for å unngå kryss-subsidiering av tjenester tilbudt i konkurranse med private tannleger/tannpleiere. Den 1. januar 2015 forpliktet Norge seg til å klargjøre hvilke områder det var behov for subsidier for å sikre tannhelsetjenester til hele befolkningen til en rimelig pris, samt innføre et system med separate regnskaper for å forsikre at subsidier ikke blir brukt til å gi DOT en fordel som er konkurransevridende (8).

Pasienter som ikke har rettigheter i DOT (lov om Tannhelsetjenesten) kan ha en rettighet til refusjon fra Helfo (lov om Folketrygd) i 15 definerte tilstander, etter honorartakst eller

refusjonstakst (9). Det er tannlegen eller tannpleieren som vurderer og dokumenterer om pasienten faller inn under noen av de 15 innslagspunktene. Dersom en pasient har rettigheter etter lov om Tannhelsetjenesten, forsvinner en eventuell rettighet til refusjon fra Helfo (10).

De 15 tilstandene er følgende:

1. *«Sjelden medisinsk tilstand*
2. *Leppe-kjeve-ganespalte*
3. *Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig*
4. *Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander*
5. *Sykdommer og anomalier i munn og kjeve*
6. *Periodontitt*
7. *Tannutviklingsforstyrrelser*
8. *Bittanomalier*
9. *Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon*
10. *Hyposalivasjon*
11. *Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer*
12. *Tannskade ved godkjent yrkesskade*
13. *Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade*
14. *Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne*
15. *Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven.»* (10).

Staten opererer med honorartakst og refusjonstakst ved Helforefusjon. Honorartaksten er høyere enn refusjonstaksten. Pasienten betaler mellomlegget mellom tannlegens markedspris og Helfos refusjon. På grunn av fri prisfastsettelse i Norge har de fleste tannleger, samt Den offentlige tannhelsetjenesten, betydelig høyere honorarer enn statens refusjonstakster. Det betyr i praksis at egenbetaling vil variere, da det er store prisforskjeller mellom tannlegekontorer og de ulike fylkene.

For enkelte av behandlingene med Helfo-refusjon (punkt 5. sykdommer og anomalier i munn og kjeve, punkt 6 behandling og rehabilitering av marginal periodontitt) kan pasienten komme inn under frikortordningen for helsetjenester. Fra 1. januar 2021 ble alle tjenester som utløser godkjente egenandeler samlet under ett felles egenandelstak. Egenandel i denne sammenheng er differansen mellom refusjonstakst og honorartakst. Det vil si at ved oppnådd egenandelstak vil pasienten få honorartakst på videre behandling. På grunn av fri prisfastsettelse vil det også i disse tilfellene bli et betydelig mellomlegg (31).

Voksne pasienter som har problemer med å betale for tannbehandlingen og ikke faller under noen av disse befolkningsgruppene eller tilstandene, og følgelig ikke har krav på økonomisk støtte, kan søke NAV om å få helt eller delvis dekket tannlegeutgiftene (11). Ytelsene basers på totalvurdering av formue og inntekt og kan variere mellom kommunene (32).

Offentlig finansiering for voksne betalende pasienter og pasienter med rettigheter i DOT skiller seg fra hverandre ved at hos betalende pasienter er støtten diagnosestyrt, fordi pasienten får refusjon ut fra ulike diagnoser som Helfo har valgt å prioritere. Hvor omfattende behandling og hvilken behandling som blir valgt, styres av behandlende tannlege eller tannpleier etter retningslinjer fra Helfo. I DOT er støtten derimot budsjettstyrt, som vil si at den er bestemt ut fra bevilgninger til fylkeskommunen. Fylkeskommunen fordeler sine bevilgninger mellom sine oppgaver, og bestemmer på denne måten hvor mye midler DOT får tildelt. Dagens ordning er ikke basert på spesielt øremerkede midler til tannhelse. Dette styres av fylkespolitikerne. Når DOT får sin andel av bevilgningene, er det tjenestens jobb å fordele de bevilgede pengene mellom de prioriterte pasientgruppene.

I Norge har man som pasient bare rett på én velferdsordning, og hvis man kvalifiserer til rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten, kan man ikke velge å gå til en privat tannlege og motta refusjon fra Helfo. NTFs etiske regler §6 sier at alle pasienter har fritt tannlegevalg. Pasienter med rettigheter innen DOT kan derfor velge å gå privat, men må i slike tilfeller betale full pris til tross for eventuelle kvalifiseringer til trygderefusjon.

Tannhelsetjenesten i Sverige

“Sveriges len er de regionale forvaltningsområdene i Sverige, og tilsvarer danske regioner, og norske fylker. I hvert len finnes et landsting, som i hovedsak har ansvaret for helsetjenester.” (12).

I Sverige får barn og ungdom gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, Folketandvården, frem til de fyller 24 år. De har imidlertid også muligheten til å benytte seg av private tannleger som lenet betaler for. Voksne og eldre kan få delvis dekket utgiftene til tannlegebehandling, enten de går til det offentlige eller det private, via det svenske tannpleieforsikringsystemet “Forsikringskassen” (13).

Den offentlige tannhelsetjenesten (Folktandvården) behandler i hovedsak barn og unge, mens private tannleger behandler i hovedsak voksne pasienter. Voksne pasienter kan også velge å gå til Folktandvården. I likhet med Norge, har Sverige fri etableringsrett og fri prisfastsettelse for privatpraktiserende tannleger. Sverige opererer, på samme måte som Norge, med et referanseprissystem. Dette betyr at dersom pasienten velger å bruke en behandler som har høyere priser enn referanseprisen, må pasienten selv betale mellomlegget (13).

Organiseringen av tannhelsetjenesten i Sverige har gjennomgått flere reformer og revisjoner, men i dag er det tre typer hovedordninger for finansiering av tannhelsetjenester. Det tilbys en årlig “tannpleiesjekk” på 300 SEK til de mellom 30-64 år, og 600 SEK til de mellom 20-29 år og over 65 år (svensk intervjuperson). Grunnen til at pasientgruppen 20-29 år og over 65 år tilbys større “tannpleiesjekk”, er at sjekken er ment til å motivere til regelmessig tannlegebesøk, og dette er aldersgrupper som sjeldnere går til tannlegen (14).

For å beskytte pasientene mot å måtte betale høye utgifter til tannbehandling, ble et system kalt “högkostnadskydd” opprettet. “Högkostnadskydd” utløses når tannlegeutgifter overstiger 3000 SEK. Det dekkes 50% på utgifter mellom 3000 -15 000 SEK, og 85% på utgifter over 15 000 SEK (13).

Det finnes også noe som kalles “abonnementtandplejeordningen”. Denne ordningen går ut på at pasientene betaler en årlig pris for en periode på minst 3 år. Pasienter som har et slikt abonnement, betaler ingen ytterligere kostnader for tannpleietjenester. Den årlige prisen bestemmes av tannlegen på bakgrunn av pasientens sykdomsrisiko. Dersom risikoen endres under abonnementsperioden, endres også den månedlige prisen tilsvarende. “Högkostnadskydd” inngår ikke i denne abonnementtandplejeordningen. Privatpraktiserende tannleger har avventet å tilby abonnemettannpleie, og derfor er denne ordningen inntil videre kun et offentlig tilbud (14).

I Sverige kan man også søke til kommunen om støtte, dersom pasienten ikke har råd til å betale for tannbehandling, og det ikke finnes noen støtteordninger som er passende (17).

Tannhelsetjenesten i Danmark

I Danmark utføres tannhelsetjenesten for barn og unge 0 – 18 år kostnadsfritt i kommunal regi, og tannhelsetjenesten for voksne hovedsakelig av privatpraktiserende tannleger med fri

prisfastsettelse. Når det gjelder finansiering av tannbehandling for voksne, er denne i hovedsak finansiert av pasienters egenbetaling, men det finnes også offentlig tilskudd.

Sunnhetsloven §65 er regelgrunnlaget for tilskudd til tannbehandling for voksne i Danmark, og fokuserer på forebyggende behandlinger. Andelen av offentlig støtte er fastsatt etter forhandlinger mellom Den danske tannlegeforeningen og regionenes lønns- og takstnemnd (15). Avhengig av pasientens alder og type behandling refunderes 30 – 65% av tannlegeutgiftene. Dette inkluderer ikke kroner, broer, proteser eller implantater. Det finnes en privat helseforsikring kalt «Danmark», som drøyt 2 millioner danske voksne har. Denne forsikringen dekker delvis utgifter for de fleste tannbehandlinger, inkludert proteser (17).

Dersom pasienten mottar sosialhjelp, kan det utløses økonomisk støtte til tannbehandling. Ved alder opptil 24 år er tannbehandlingen gratis, mens pasienter eldre enn 24 år får støtte på all behandling som overstiger 600 DKK, hvor de kun betaler 35% av tannbehandlingen selv. Dersom det totale beløpet for tannbehandling overstiger 10 000 DKK, må det søkes om godkjenning til økonomisk støtte. Søkeprosessen er omfattende og tidskrevende, og det stilles krav til dokumentasjon på at behandlingen bør utføres fortløpende. Dette kan føre til at pasienter som har mulighet til å motta økonomisk støtte, ikke får det på grunn av den psykiske belastningen søknadsprosessen medfører.

Det finnes også en annen form for økonomisk støtte til helseutgifter for eldre gjennom Pensjonslovgivningen. Dersom pasienten kun mottar offentlig pensjon og denne er lav, samtidig som pasienten har dårlig allmennhelse eller høy alder, kan pasienten søke om støtte fra kommunen på bakgrunn av den samlede økonomiske situasjonen. Dette kalles tilleggspensjon, og omfatter opptil 85% dekning av helseutgifter, inkludert tannpleie (17).

Tannhelsetjenesten i Finland

Tannhelsetjenesten i Finland er både offentlig og privat organisert, hvor den offentlige tannhelsetjenesten underliggjer kommunen. Barn og unge opptil 17 år mottar gratis tannbehandling. I privat sektor er det fri prisfastsettelse, mens i offentlig sektor er det faste takster hvor 80% av utgiftene dekkes (16).

Det finnes en sykeforsikring som delvis dekker tannbehandling etter faste takster i privat sektor, men på grunn av fri prisfastsettelse må pasientene betale et mellomlegg mellom de offentlige fastsatte prisene og den privatpraktiserende tannleges pris. Dette gjør at

tannbehandling i offentlige tannklinikker blir mye billigere enn i private tannklinikker. 2000-reformen fastslo at alle voksne kunne fritt velge mellom å bli behandlet i det private eller i det offentlige, og i 2004 kom en ny reform som videre fastslo at pasientene skulle få 80% støtte fra kommunen for offentlig behandling, og 26% støtte fra sykeforsikring for privat behandling. Formålet var å bedre den orale helsen til den voksne befolkningen. Forskjellene i økonomisk støtte for tannbehandling førte til færre privatpraktiserende tannleger på grunn av mindre privat etterspørsel. Data fra 2005 viser at ca. 20% av de offentlige tannklinikkene enda ikke hadde implementert denne reformen. Reformen førte til lange ventelister, og regjeringen måtte derfor presentere en lov om behandling innenfor rimelig ventetid (16).

«Folkepensionsanstalten» refunderer 15% av kostnadene for grunnleggende tannbehandling, med unntak av proteser. Pasienter som ikke har råd til tannbehandling, kan søke om økonomisk støtte fra kommunen til livsopphold (17).

Del 2: Pasientkasus

Totalkostnad for tannbehandlingen for pasienten i kasuset er vist i Tabell 1.

Land	Totalpris
Norge	Privat: 36 600 NOK
Sverige	Privat: 10 272 SEK = 10 254 NOK
Danmark	Privat: 30 775 DKK = 42 083 NOK
Finland	Privat: 4230 EUR = 43 174 NOK Offentlig: 846 EUR = 8 635 NOK

Tabell 1

Del 3: Opplysninger fra de politiske partiene i Norge

Vi har listet opp svarene fra hvert politisk parti etter spørsmålene som ble sendt ut.

- 1) Hvorfor er ikke tannhelsetjenesten finansiert på lik linje som den generelle helsetjenesten?

FrP: FrP ønsker bedre refusjonsordning for sykdomsrelatert tannbehandling, og på sikt redusere kostnadene til egenandeler på lik linje med øvrig helsebehandling.

Høyre: Det er ikke til å komme unna at det å likestille tannhelsetjenester med andre helsetjenester er et svært kostbart forslag. Vi står midt i en pandemi, opplever økende utfordringer innen helsetjenesten og har en aldrende befolkning. Jeg tror ikke det er realistisk at vi går inn for at velferdsstaten blir større, samtidig som vi vet at vi i fremtiden sliter med å opprettholde den vi allerede har. I dag er tannbehandling gratis for en av fire innbyggere, skal det gjelde hele befolkningen så blir dette fort på bekostning av andre helsetjenester. Det er også viktig å ta med seg at Norge har en meget god tannhelsetjeneste og vi har gode skjermingsordninger for de som trenger det mest.

Venstre: Venstre har lenge ment at tennene er en del av kroppen og ideelt burde være en del av det offentlige helsetjenestetilbudet. Det er flere partier som har det samme synet på dette, blant annet SV. Den enkle grunnen til at tannhelsen ikke er offentlig finansiert, handler om kostnader. Å gjøre hele tannhelsetjenesten offentlig finansiert er det ingen politiske partier som har klart. Det er derfor langt mellom politiske ønsker og det som blir vedtatt i endelig statsbudsjett. For Venstre er det likevel et mål om å gradvis utvide tannhelsetjenesten ved fremtidige statsbudsjetter.

KrF: Gjennom de gode ordningene for barn, blir tannhelsen i befolkningen stadig bedre. En god oppfølging av barns utvikling er viktig, samtidig som det dessverre er slik at det må prioriteres også innenfor helsevesenet.

Sp: Hvorfor det er slik, har vel slik jeg kan bedømme det, mer en historisk forklaring, enn en faglig-politisk forklaring. Når det gjelder tannhelsetjenesten har man politisk prioritert forebygging og sikre god tannhelse hos barn og unge, og ellers prioritert tannbehandling til sårbare grupper.

Ap: <https://frifagbevegelse.no/loaktuelt/hvorfor-har-vi-ikke-gratis-tannlege-i-norge-vi-var-pa-vei-dit-men-sa-kom-1-verdenskrig-6.183.578838.bed33c82cc>. Denne artikkelen i FriFagbevegelse kan du se historiske fakta om tannhelse og finansieringen. Mange bruker i dag argumentet om at det er for dyrt å finansiere bedre tannhelse-ordninger.

MDG: Vi mener at det er av historiske årsaker, ettersom de forskjellige fagfeltene ikke har blitt sett i sammenheng, og er noe MDG ønsker å rette opp i.

Sv: Fordi det er dyrt og de andre partiene velger skatteuttak for de rike enn tannhelse for alle.

Rødt: Det er etter vårt syn ingen logisk eller medisinsk grunn til at tennene ikke skal behandles som en del av kroppen.

- 2) Hva tenker dere om dagens organisering og finansiering av tannhelse i forhold til sosiale ulikheter? Er løsningen å bytte ut den offentlige tannhelsetjenesten, eller skal private tjenester bli mer offentlig finansierte?

FrP: FrP mener at tannhelsetjenesten må styrkes gjennom bedre refusjonsordning. Dette betyr også at tannlegene må være en integrert del av helsesektorens samhandling. Tenner er også en del av kroppen, og sykdom i munnhulen må derfor sees på som en ordinær diagnose.

Høyre: Vi har endret støtteordningene slik at de treffer de som trenger det mest. Dette bidrar til å utjevne sosiale ulikheter i samfunnet. Siden 2013 er skjermingsordninger til personer med særskilte behov økt, og det er nå en halv million som hvert år mottar stønad til tannbehandling fra folketrygden. I dag er tannbehandling gratis for en av fire innbyggere inkl. unge, rusmisbrukere og eldre som får hjemmesykepleie eller bor på institusjon. Det viktigste er at velferdsstaten er der for de som trenger den mest. Det er ikke et mål i seg selv at alle skal ha like tjenester, men det er et mål at alle skal ha muligheten til god helse.

Ser du nærmere på realismen i opposisjonens forslag, eksempelvis i Ap sitt alternative statsbudsjett finner du at de kun setter av rundt ett prosent av den estimerte kostnaden for å utvide tannhelsetjenesten. Det mener jeg sier noe om hvor kostbart det er. Som ansvarlig politiker er det viktig å være ærlig på hva det skal gå på bekostning av. Hvilke helsetjenester skal kuttes for å endre finansieringen av tannhelsetjenester.

Venstre: Venstre vil gjennomgå refusjonsordningene for å inkludere lavinntektsgrupper og innføre en høykostnadsbeskyttelse i tannhelsetjenesten. For Venstre er det ikke viktig hvem som tilbyr tjenesten. Det er naturlig å utvide ordninger som gjør private tjenester mer offentlig finansiert. Samtidig skal vi ha en god offentlig tannhelsetjeneste som blant annet aktivt arbeider forebyggende. Venstre ønsker en politikk som motvirker sosial ulikhet også innen tannhelsetjenesten.

KrF: Regjeringen har lagt opp til en forsøksordning der de kommunene som selv ønsker det kan overta tannhelsetjenesten, som et prøveprosjekt.

Sp: Det er et problem at det i dag er sosiale ulikheter i tannhelse. Senterpartiet har ikke gått til valg på en fullstendig ny tannhelsereform der all behandling til alle skal inn under folketrygden, men vi ønsker en gradvis utviding slik at flere grupper får dekket tannbehandling og at man slik kan forebygge sosiale ulikheter i tilbudet. Først og fremst vil vi styrke det offentlige tilbudet slik at man her hindrer sterkt sentralisering av tannklinikker, som har skjedd i en del fylker. Men tannhelsetjenesten er i stor grad privat i dag, og vi må også bygge videre på et system med offentlige finansierte private tjenester.

Ap: Tannhelsetjenestene er svært dyre, og det er et problem at ikke alle kan ivareta sin egen tannhelse. Dette rammer de som har svakest økonomi i samfunnet og er en pådriver for økte forskjeller. Arbeiderpartiet vil prioritere en gradvis utvidelse av den offentlige tannhelsetjenesten med mål om å likestille den med andre helsetjenester. På den måten skal alle få lik rett og mulighet til å ha en god helse.

MDG: Dagens organisering og finansiering gjør det vanskelig å lykkes med å utjevne sosiale ulikheter. Det er vanskelig å få oversikt over feltet når det er så fragmentert. MDG er åpne for ulike løsninger, men det å styrke de universelle ordningene og få en sterkere offentlig tannhelsetjeneste vil kunne være viktige grep.

Sv: Vi trenger å bygge ut offentlig tannhelsetjeneste, og vi trenger de private.

Rødt: Gratis tannhelse er viktig i kampen mot Forskjells-Norge. Allerede før pandemien viste vi at an av tre oppgir å ha utsatt eller unnlatt å gå til tannlege av økonomiske årsaker. Dette fører til at mange som har dårlig råd ender opp med dårligere tenner. Rødt ønsker å utvide den offentlige tannhelsetjenesten, slik at penger bevilget til tannhelse går til tannhelse og ikke privat fortjeneste. For å sikre at pengene som settes av til refusjoner ikke går til økte overskudd i de private klinikkene foreslår vi at det settes et pristak i refusjonsordninga for hva de private klinikkene kan ta seg betalt. Det er etter vårt syn ingen logisk eller medisinsk grunn til at tennene ikke skal behandles som en del av kroppen.

3) Hvis dere kommer i posisjon, er dere villige til å prioritere tannhelse? Isåfall hvordan?

Frp: Identisk svar som svaret på spørsmål 1.

Høyre: Det pågår et programarbeid i forbindelse med Stortingsvalget for 2021. Dette arbeidet er ikke ferdig enda, jeg viser derfor til det vi har gjort, da landsmøtet

ikke har bestemt hva de vil at Høyre skal gå til valg på for de neste fire årene. Høyre har vært i regjering i 7 år og i løpet av den tiden har vi prioritert tannhelse. Høyre i regjering har videreutviklet tannhelsetjenesten og styrket skjermingsordningene. Vi har endret støtteordningene slik at de treffer de som trenger det mest. Velferdsstaten kan ikke være alt for alle, men den skal være der for de som trenger det mest.

Venstre: Venstre har sittet i regjering og med en samarbeidsavtale siden 2013. I Granavolden-plattformen står det at "Vi vil videreutvikle tannhelsetjenesten, og gradvis utvide skjermingsordningene". Sammen med regjeringen har Venstre styrket tannhelsetjenesten på flere områder. F.eks. så har antallet som har vært under ulike skjermingsordninger økt fra 2014 til 2020 med ca. 100 000 personer. Siden 2014 har det blitt brukt ca. 315 millioner kroner til flere tusen eldre som ikke har tenner i underkjeven og ikke kan bruke gebiss. Det er eldre som har fått implantatfestet protese, av betydning for evnen til å spise og snakke. Retten rusavhengige og psykisk syke har til å fortsette tannbehandling etter endt institusjonsopphold er styrket. Det er bygd opp et psykolog- og tannbehandlingstilbud til personer med stor tannlegeskrekk. Det kan f.eks. være mennesker som har vært utsatt for tortur eller overgrep. Tilbudet gis nå i alle fylkeskommuner. Hvis Venstre kommer i posisjon etter valget høsten 2021, så vil vi fortsette med å utvide skjermingsordningene og arbeide for å følge opp Blankholmutvalget. Venstre er opptatt av å skjerme de pasientgruppene som har store behov. Det kan være folk med medfødte tilstander og sykdommer, kronisk eller langvarig sykdom mm. som gjør tannbehandling ekstra kostnadskrevende. For Venstre vil det også være viktig å utvide ordningene som er rettet mot utsatte grupper med dårlig betalingssevne. Det kan f.eks. være i form av en høykostnadsbeskyttelse.

KrF: Denne regjeringen jobber aktivt med å forebygge tannhelseproblemer, særlig for den eldre befolkningen. Vi ønsker også å kartlegge hvilke oppgaver de regionale kompetansesentrene for tannhelse har, og evaluere om de treffer eller om det er behov for justeringer.

Sp: Vi ønsker å utvide tilbudet til gratis tannhelsetjenester til flere grupper, slik som studenter. Like viktig er det at vi må få de som har rett til gratis tannbehandling i dag, til å nytte seg av den retten. Det gjelder for eksempel eldre som har hjemmesykepleie. Vi er også bekymret for at eldre i institusjon, ikke får god nok tannbehandling. Senterpartiet ønsker også å se på oppbyggingen og finansieringen av de regionale odontologiske kompetansesentrene. I en del regioner er disse i direkte

konkurransen med universitetsmiljøene, og heller ikke plassert desentralisert, men i byene som allerede har odontologisk fakultet. Det virker egentlig meningsløst. For Senterpartiet er det viktig at tannhelsetilbudet er til stede nært der folk bor, i hele landet. De odontologiske sentraene har noen steder bidratt til det motsatte.

Ap: Arbeiderpartiet er klare i sitt program om at vi har høye ambisjoner for tannhelse. Vi vil begynne utvidelsen av den offentlige tannhelsetjenesten. Det skal starte med utvidelsen av det offentlige tannhelsetilbudet for unge voksne og utvide refusjonsordningene for grupper med spesielle diagnoser, svak økonomi og dårlig tannhelse.

MDG: Ja, vi ønsker særlig å styrke og utvide de universelle ordningene som gir bedre tilgang til nødvendige tannhelsetjenester – særlig for svakerestilte. Vi vil bygge ut det tilrettelagte tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannlegebehandling. Vi vil også trappe opp satsningen på e-helse for tannhelsepersonell og bedre samhandling med den øvrige helsetjenesten.

Sv: Ja. Vi har et helsevesen som tar vare på alle deler av deg, unntatt tennene. Det er på høy tid at vi anerkjenner at tennene er en del av kroppen. SV mener at den neste store helsereformen bør være en tannhelsereform, og at på sikt burde ingen betale mer enn 2500 kr for tannhelsetjenester i løpet av et år. SV mener at den beste måten å bygge ut tannhelsetjenesten på, er å utvide den offentlige tannhelsetjenesten, og innlemme flere i den.

Rødt: Rødt arbeider for gratis og universelt tilgjengelige helsetjenester. Tennene er en del av kroppen, og skal behandles deretter. Rødt ønsker offentlig gratis tannhelse, og har foreslått tannhelsereform i våre alternative statsbudsjett. Det er en av de største satsningene våre. Sånn vil det også være hvis vi får økt innflytelse.

- 4) Den orale helsen er en del av den generelle helsen. Har dere i ditt parti noen tanker om hvordan den orale helsen kan påvirke utgifter innenfor andre spesialisthelsetjenester?

FrP: Tannlegene må være en integrert del av helsesektorens samhandling. Samhandling er nødvendig både i forbindelse med pasientsikkerheten, fellesinnsatsen mot livsstilssykdommer og for å sikre pasientenes økonomiske rettigheter. Tennene er en del av kroppen, og sykdom i munnhulen må derfor sees på som en ordinær diagnose.

Høyre: Enkelte brukergrupper har større utfordringer enn andre, dette tar jo dagens støtteordninger inn over seg. Munntørrethet både som del av sykdom, alderdom eller medisinbruk er også en stigende utfordring. Vi vet at det er sammenheng mellom oral helse og generell helse, derfor er det viktig å ivareta en god tannhelse i befolkningen og ha ordninger som fanger opp risikogrupper. Vi mener det vil være en mer fornuftig tilnærming å skjerpe innsatsen her fremfor å gi nærmest gratis tannbehandling til alle uansett bakgrunn og økonomi. Forebygging er viktig og derfor er det bra at tannhelse er gratis i den offentlige tannhelsetjenesten for alle barn. Videre vet vi av erfaring i den øvrige helsetjenesten at de som sliter med rus eller er eldre også har flere øvrige sykdommer. Dette er grunnen til at vi i regjering har styrket skjermingsordningene slik at det treffer de som trenger det mest.

Venstre: Venstre er godt kjent med at dårlig oral helse har en negativ innvirkning på en rekke andre sykdommer og ikke minst livskvaliteten. God munnhygiene kan derfor bidra til forebygging av andre alvorlige sykdommer og dermed også lønne seg samfunnsøkonomisk. For Venstre er det viktig å styrke de forebyggende tjenestene, derfor er vi opptatt av at barn allerede fra barnehagealder skal lære om kropp og helse. Vi er helt sikre på at det lønner seg å forebygge alle slags sykdommer så tidlig som mulig. Det er også grunnen til at Venstre alltid har jobbet for å prioritere helsetjenestene i kommunene og ikke har sloss med de store partiene om å få størst mulig vekst i spesialisthelsetjenesten. Å forebygge mer for å behandle mindre er like viktig innen oral helse som resten av helsetjenesten.

KrF: Fastleger er en viktig aktør for den generelle helsen. Alt som forringer helsen og krever oppfølging et sted kan påvirke den generelle helsen.

Sp: Om tannhelsen ikke blir godt nok ivaretatt, kan det selvsagt få store konsekvenser, for eksempel infeksjoner. Dårlig tannhelse kan helt sikkert føre til henvisning til fastleger og til andre spesialister, som indremedisin, øre- nese hals og kjeveortopedi. Dårlig tannhelse kan også øke utgiftene i helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Ap: Dette er så klart et spørsmål om økonomi og penger. Men Arbeiderpartiet er klare på at med den gradvise opptrappingen må vi ta oss råd til. Det er også viktig at dette kommer i tillegg til og ikke på bekostning av andre tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi skal sikre gode tilbud uansett.

MDG: Vi i MDG satser på forebygging og styrking av helsen generelt, og mener det er åpenbart at dårlig oral helse vil være et kostnadssluk for helsetjenesten generelt og andre spesialisthelsetjenester spesielt.

Sv: De som har dårlige tenner blir oftere syke. God folkehelse vil bli billigere, for da trenger færre folk store operasjoner.

Rødt: Ikke svart på dette spørsmålet.

Diskusjon

Tannhelsetjenestens historie som bakgrunn for dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenester

For å forstå hvorfor Norge har en annen organisering, og videre finansiering, av tannhelsetjenesten enn de fleste andre europeiske land, er det nødvendig å se dagens system i lys av historien til velferdsstaten.

På begynnelsen av 1800-tallet var Norge uten tannleger, men rundt år 1830 fikk noen tannleger av utenlandsk opprinnelse lov til å behandle tannproblemer i Norge. På denne tiden ville legestanden selv utføre tannbehandlingen, og var derfor imot å få egne tannleger.

Loven om sykeforsikring ble vedtatt i 1909. Dette var en lov som omfattet refusjon på behandling utført av både tannlege og lege, der indikasjon for ytelse var smerte eller betennelse, hovedsakelig ekstraksjoner. Loven gjaldt kun for arbeidstakere som hadde inntekter under en viss inntektsgrense. Den første offentlige tannklinikken ble opprettet i Kristiania i 1910, men som følge av begrensede midler og stor tannlegemangel fikk man ikke behandlet samtlige skolebarn før i 1935 (18).

I 1914 ble det fremmet et forslag om revisjon av loven om sykeforsikring. Forslaget omfattet ytterligere refusjon for konserverende tannbehandling, og fikk flertall i Stortinget. Utbruddet av 1. verdenskrig utsatte imidlertid iverksettingen av revisjonen (18), og Den norske tannlegeforening var i denne perioden aktive for å få alt som omhandlet tannbehandling ut av loven. Riksforsikringsanstalten var enig med tannlegeforeningen, og begrunnelsen var at det ble for kostbart. En ny avstemning snudde Stortingets tidligere beslutning, og kun refusjon for ekstraksjoner forble i sykeforsikringen. Senere ble også ekstraksjoner unntatt sykeforsikringen. Til tross for dette har aldri Den norske

tannlegeforeningen (NTF) sagt prinsipielt nei til å inkludere tannbehandling i sykeforsikringen, men heller at det er fordelaktig å vente med det til tiden tilsier det (19).

I de nordiske landene pågikk diskusjonen om skoletannpleie omtrent på samme tid som da Norge utarbeidet loven om sykeforsikring. I Norge ble det i 1917 fastsatt at skoleelever skulle få tannbehandling (tannrøkt) av kommunene. I løpet av de neste 30 årene ble det synlig at offentlig tannbehandling var fordelt ulikt i landet, og det førte til en lov om folketannrøkt av 1949. Loven fordelte ansvaret til fylkeskommunene (18).

I 1983 ble den offentlige tannhelsetjenesten utviklet for å fokusere på forebyggende tiltak, og det ble formulert grupper i befolkningen som fikk rett på gratis eller redusert pris på tannbehandling. I tillegg ble det en sammenslåing av folketannrøkten og den kommunale skoletannpleien. I perioden frem til i dag har nye grupper i befolkningen fått rett på refusjon fra folketrygden. Denne stønaden er diagnosestyrt. Samtidig har den private sektoren økt i takt med antallet voksne i befolkningen (18).

Til tross for refusjonsordningen kan behandlingen bli svært økonomisk belastende for pasienten på grunn av fri prisfastsetting og begrensede refusjonsordninger relatert til oral sykdom. Dette legger til rette for at de som trenger tannhelsetjenester mest, unngår å oppsøke tjenesten. Dette er én av mange grunner til at en ny vurdering av finansieringsordningene i tannhelsetjenesten bør foretas (6).

Del 1: En sammenligning av de ulike landenes organisering og finansiering

Alle de ulike landene tilbyr gratis tannbehandling til barn og unge i offentlig sektor, men aldersintervallet dette gjelder for varierer fra land til land. I Norge og Danmark er det satt en grense på 18 år, mens i Finland er grensen satt til 17 år. I Sverige har gjelder disse rettighetene helt til man er 24 år. Det å tilby gratis tannbehandling til barn og unge gjør at det blir en likhet i tilbud for denne gruppen, som er uavhengig av foresattes økonomiske status. Dette er et godt eksempel på en forebyggende tilnærming, hvor man fokuserer midler på de yngste i befolkningen for at man skal innarbeide vaner som gjør at de ikke kommer til å få behov for omfattende tannbehandling gjennom livet, og oppdage og behandle sykdom før konsekvensene blir for store. Når man derimot kommer over den gitte alderen, og går innunder kategorien «voksne», blir systemene i de ulike landene mer komplekse og skiller seg fra hverandre i varierende grad.

Voksne pasienter har ulik grad av tilbud i de ulike landene, og landene skiller seg vesentlig fra hverandre når det kommer til voksne pasienter. I Norge er hovedregelen at voksne skal betale for tannbehandling selv. Likevel er det flere grupper av voksne som er definert i prioriterte grupper, og som dermed har krav på behandling i DOT. I tillegg er det noen medisinske tilstander som utløser refusjon fra Helfo (Helseøkonomiforvaltningen). I Danmark dekkes de grunnleggende utgiftene for voksne delvis. I Finland har man offentlige ordninger som kan benyttes av voksne pasienter, men her er ventelistene lange.

Sverige opererer med et system der voksne betaler fra egen lomme inntil et visst beløp, og høye kostnader dekkes. Alle landene har særskilte ordninger for ulike grupper i samfunnet med ekstra behov, men både Danmark, Finland og Sverige har en viss basisstøtte i form av universelle ordninger i tillegg. Sverige er det landet som har størst dekning i universelle ordninger.

Alle landene vi har sett på tilbyr økonomisk støtte til pasienter som sliter økonomisk og dermed får vanskeligheter med å betale sine tannlegeutgifter. I Norge, Sverige og Finland må dette søkes om, men i Danmark trenger man ikke søke dersom utgiftene ikke overstiger 10 000 DKK. Imidlertid gis det kun økonomisk støtte til pasienter som mottar sosialhjelp, og det er faste ordninger for hvor mye støtte som gis.

Mellom de nordiske landene er det tydelig forskjellige systemer og dekningsgrad vedrørende subsidier til tannbehandling for voksne. Systemene i de respektive landene kjennetegnes av at de er kompliserte og vanskelig å forstå. Vi tenker det kan oppleves svært belastende å finne ut hva slags rettigheter man egentlig har som pasient. En utfordring med alle systemene er at noen pasienter faller utenfor de rettigheter de har krav på, både på grunn av pasientenes manglende kunnskap om sine rettigheter og på grunn av at tannhelsepersonell ikke kan nok om de ulike systemene og refusjonsordningene. Vårt inntrykk er at mange av de som ikke oppsøker tannbehandling, er de som er dårligere økonomisk stilt enn samfunnet for øvrig. Det er mulig at dette også er gjeldende i de andre nordiske landene.

Avslutningsvis vil vi påpeke den største, og kanskje viktigste, utfordringen når det kommer til finansiering av tannhelsetjenesten i de nordiske landene. I samtlige land er tannhelsetjenesten både finansiert og organisert på en annen måte enn andre helsetjenester. Dette tar oss tilbake til utgangspunktet for denne masteroppgaven, nemlig at munnhulen ikke regnes som en del av kroppen pr. i dag. Det er høy grad av egenbetaling blant pasientene når

det gjelder tannhelsetjenester i forhold til andre helsetjenester. I tillegg ser vi gjentatte ganger at munnen og tennene blir prioritert lavere enn sykdom og skade i resten av kroppen.

Del 2: Pasientkasuset

Pasientkasuistikken viser at det totale beløpet som pasienten skal betale for tannbehandlingen varierer mye mellom de nordiske landene. Av disse landene er det Den offentlige tannhelsetjenesten i Finland og Sverige som kan tilby den billigste tannbehandlingen til pasienten. I Norge blir totalprisen for behandlingen 36 600 NOK. Dette beløpet må pasienten betale selv, da pasienten ikke har rettigheter i DOT eller Helfo. Dette er en høy kostnad for en person med den oppgitte årsinntekten. I Sverige blir totalprisen for behandlingen 10 254 NOK. Pasienten mottar støtte ved to ulike ordninger noe som gir den reduserte prisen. Pasienten har ikke vært hos tannlegen de siste 2 årene, og har dermed spart opp 600 SEK i bonus som han kan bruke. I tillegg sørger Høgstkostnadskydd-ordningen for den betydelig reduserte prisen da behandlingen ikke er på kosmetisk grunnlag. Totalprisen oppgitt for privat sektor har ikke tatt hensyn til mellomlegget, så i praksis vil det bli dyrere for pasienten. Hvis pasienten velger å gå offentlig, finnes det også en abonnementtannpleieordning hvor pasienten betaler et årlig beløp ut fra sykdomsrisiko. I Danmark behandles alle voksne i privat sektor. Oppgitt totalpris på 42 083 NOK inkluderer ingen økonomisk støtte. Pasienten har rett til dekning på basale ytelser, men den danske intervjupersonen forteller at dette vil utgjøre en liten forskjell på totalsummen. Videre forteller hun at det er vanlig å ha en privat helseforsikring som kalles «Danmark», og vår intervjuperson bekrefter at dersom pasienten hadde hatt dette, ville pasienten fått noe redusert pris på totalsummen. I Danmark er tannbehandlingen tilsynelatende dyrest for pasienten, men det er vanskelig å sammenligne den totale utgiften for pasienten i privat sektor i de ulike landene på grunn av fri prisfastsettelse i alle landene. I Finland kan pasienten velge å motta behandling offentlig hvor 80% av utgiftene dekkes, men må da påberegne lang ventetid (4 – 12 mnd), og den finske intervjupersonen forteller at mange derfor velger å gå privat og betale full pris. Det finnes også en sykeforsikring i Finland, og dersom denne forsikringen omfatter pasienten, dekkes 15% av den totale kostnaden for tannbehandlingen.

Pasienten vi presenterte i kasuset har bodd i en barnevernsinstitusjon fra han var 12 år til han ble 18 år. Det er ikke utenkelig at han ikke har fått opplæring i egenomsorg og hvordan han

skal ta vare på tennene, som nå har gitt han et betydelig behandlingsbehov. Videre vet vi at det ikke jobber tannleger eller tannpleiere på barnevernsinstitusjoner, og det er heller ikke pr. i dag obligatoriske helseundersøkelser eller helsekartlegging av barn som av barnevernet blir plassert utenfor hjemmet. Dette er nå under arbeid i Helsedirektoratet, men hittil har det derfor vært vanskelig å oppdage mangelfull oral helse hos disse barna og ungdommene. Man er i dag avhengig av at pasienten blir innkalt og møter opp til tannpleier eller tannlege regelmessig og får informasjon, opplæring og eventuell behandling. Allerede ved 12 års alder kan det være et betydelig behandlingsbehov. Barn i barnevernsinstitusjoner kan også ha gjennomgått traumatiske opplevelser før de kom på institusjon, som kan gjøre det psykologisk vanskelig med tannpleie. Helfo er diagnosestyrt, noe som betyr at man som pasient har mulighet til å få støtte ut fra hva slags diagnose tannpleieren eller tannlegen setter. Dette betyr at selv om pasienten har hatt en vanskelig oppvekst som har gitt nedsatt oral helse, kvalifiserer ikke pasienten til økonomisk støtte dersom han ikke har noen av diagnosene som Helfo har valgt å prioritere.

Del 3: De norske politiske partienes synspunkt

Fremskrittspartiet

Det som står i partiprogrammet stemmer overens med svarene vi har fått fra Fremskrittspartiet, men vi opplever at spørsmålene som ble stilt ikke har blitt besvart. Frp svarer på spørsmålene ved å sitere direkte fra partiprogrammet deres, og det kommer derfor ikke tydelig frem deres syn på hvorfor oral helse ikke er likestilt med generell helse. Frp mener at det skal være mer samhandling mellom privat og offentlig sektor, og at private tannhelsetjenester skal bli mer offentlig finansierte ved å styrke refusjonsordningene. Frp ønsker å redusere kostnadene til egenandeler til tannbehandling på lik linje med øvrig helsebehandling. Dette ser vi på som et stort skritt i riktig retning og er med på å inkorporere munnen som en del av kroppen. De nevner derimot ingenting om sosiale ulikheter. Frp svarer ikke direkte på om de ønsker å prioritere tannhelse dersom de kommer i posisjon, men de viser til svaret på spørsmål 1 om at de ønsker å bedre refusjonsordningene. Dette kan indikere at de er villig til å prioritere tannhelse. De svarer heller ikke direkte på spørsmål 4, men nevner igjen at samhandling med resten av helsesektoren er viktig, fordi tennene er en del av kroppen.

Høyre

Vi opplever svarene som Høyre kommer med som utfyllende, og at de besvarer spørsmålene som blir stilt. I tillegg samsvarer svarene med deres partiprogram. Høyere vil ikke nå ut til flere borgere, men de er opptatt av at de som trenger det mest skal få mer støtte, og at dette vil bidra til mindre sosiale ulikheter. De ønsker dermed ikke å implementere universelle støtteordninger, men i likhet med Frp styrke de ordningene som allerede eksisterer. Det er derimot vanskelig å definere hvem som inngår i gruppen som har størst behov for økonomisk støtte til tannbehandling. Pasienten vi presenterte i kasuset har vokst opp i barnevernsinstitusjon, og det er ikke utenkelig at behandlingsbehovet for denne pasienten kan være et resultat av dette. Pasienten har i idag store utgifter til tannbehandling, men likevel inngår ikke pasienten i dagens støtteordninger.

Høyre oppgir et ærlig svar med fokus på at mer penger til tannhelse betyr mindre penger til andre helsetjenester. De understreker at velferdsstaten er for de som trenger det mest, og at det å prioritere støtte til disse gruppene vil redusere sosiale ulikheter innenfor helse. Høyre nevner at det ikke er et mål i seg selv at alle skal ha like tjenester, men at det er et mål at alle skal ha god helse. Med dette tolker vi at de ønsker å bevege seg vekk fra universelle støtteordninger.

Venstre

De svarer utfyllende og presist på spørsmålene som blir stilt. På spørsmål 1 mener de at tannhelsen ikke er offentlig finansiert grunnet kostnader. Venstre nevner at de ønsker en politikk som motvirker sosiale ulikheter innen tannhelse ved å inkludere lavinntektsgrupper i refusjonsordningene, og innføre en høykostnadsbeskyttelse i tannhelsetjenesten. En slik ordning ser vi tilsvarende i Sverige i dag. Dersom de kommer i posisjon, ønsker de også å utvikle skjermingsordningene for pasienter som har store behov. De mener at en god munnhygiene lønner seg samfunnsøkonomisk, og at det er viktig å styrke de forebyggende tjenestene for å behandle mindre. Venstre fokuserer ikke på å løse utfordringen med å utvide det offentlige tannhelsetilbudet, slik som flere andre partier, men heller gjøre private tjenester mer offentlig finansiert. De mener at det ikke betyr så mye hvem som utfører tannbehandlingen, men heller at det foreligger et tilbud for alle.

Kristelig folkeparti

KrF svarer generelt lite utfyllende på spørsmålene som blir stilt. KrFs svar på spørsmål 1 henger ikke sammen med spørsmålet. De svarer med at fokus på barnas tannhelse er det viktigste for dem, og at dette allerede er ivaretatt med det systemet vi har i dag. Vi antar derfor at de mener det blir for dyrt å gi støtte til tannhelse for alle voksne. Både partiprogrammet og svaret er sentrert mot spesielle grupper, særlig eldre og rusmisbrukere. Vi savner imidlertid en synliggjøring av sammenhengen mellom oral helse og generell helse, da dette så vidt vi kan se, ikke beskrives verken i svar eller i partiprogrammet. Dette kan tyde på at de ikke er så opptatt av å se oral helse i sammenheng med generell helse, fordi det verken belyses i partiprogrammet eller i svarene vi har fått av partiet.

Senterpartiet

De besvarer godt og utfyllende på spørsmålene som blir stilt. De begrunner spørsmål 1 med at det er mer en historisk forklaring enn en faglig-politisk forklaring, slik som MDG og Arbeiderpartiet også nevner. Senterpartiet mener at det er sosiale ulikheter i tannhelse, og at dette er et problem i dag. De fremstår som ærlige og innrømmer at de ikke har stilt til valg med en fullstendig ny tannhelsereform der all behandling skal finansieres av folketrygden, men at de ønsker at flere grupper får dekket tannbehandling, og på denne måten kan forebygge sosiale ulikheter i tannhelse. De kommer med forslag til hva som bør prioriteres for å forebygge sosiale ulikheter, som er å hindre sentralisering av tannklinikker slik det er i en del fylker i dag. Dersom de kommer i posisjon, ønsker de blant annet å gjøre tannbehandling gratis for studenter. De ønsker også å sikre at alle som har rett til gratis tannbehandling, f.eks. eldre som har hjemmesykepleie, skal få det. De legger vekt på det geografiske, og fremhever konkurransen mellom de regionale odontologiske kompetansesentrene og de odontologiske universitetsmiljøene.

Arbeiderpartiet

De har besvart direkte på spørsmålene som blir stilt, og på en utfyllende måte. Arbeiderpartiet viser til en artikkel i FriFagbevegelse ved spørsmål 1 som omhandler hvorfor det ikke er gratis tannbehandling i Norge. På dette spørsmålet svarer artikkelen med at det er av

historiske grunner, både på grunn av første verdenskrig og Den norske tannlegeforeningen, at munnhelse ikke er på lik linje med resten av kroppen. De ønsker å prioritere en gradvis utvidelse av DOT, med et hovedmål på sikt om å likestille tannhelsetjenesten med andre helsetjenester, slik Rødt også ønsker. Dersom de kommer i posisjon, vil de først starte med å utvide det offentlige tannhelsetilbudet for unge voksne, og videre utvide dagens refusjonsordninger, samt de med dårlig økonomi og helse. Arbeiderpartiet mener at opptrapping av tannhelsetjenesten er noe vi skal ta oss råd til, og at dette kommer i tillegg, og ikke på bekostning av andre spesialisthelsetjenester. Dette står i motsetning til Høyre, som mener at mer penger til tannhelse vil føre til mindre penger til andre spesialisthelsetjenester.

Miljøpartiet De Grønne

De har gitt spesifikke svar på alle spørsmålene som blir stilt. De ønsker at generell helse og oral helse skal sidestilles. Svarene samsvarer med partiprogrammet. De mener at det er vanskelig å utjevne sosiale ulikheter slik som organiseringen er i dag, men viktige grep er styrking av de universelle ordningene og sterke offentlig tannhelsetjeneste. I likhet med Arbeiderpartiet og Senterpartiet, nevner MDG at det er historiske årsaker til at tannhelsetjenesten ikke er organisert og finansiert på lik linje som helsetjenesten. At det er historiske årsaker som er årsak til at oral helse og generell helse ikke er likestilt, er vi delvis enig i, og det har vi også fått erfare gjennom denne oppgaven. Det har vært forsøk på å sammenslå oral- og generell helse tidligere, men det har blitt nedstemt, blant annet av tannlegeforeningen.

Sosialistisk venstreparti

De svarer direkte på spørsmålene. Det som er interessant er at Sv har spesifikke forslag angående hvordan de vil styrke støtteordningene for tannbehandling, og flere av forslagene er universelle støtteordninger. De sier at de som er i posisjon i dag prioriterer andre ting høyere enn tannhelse, fordi tannhelse er for kostbart. I praksis tror vi at dette er en svært viktig, om ikke den viktigste grunnen til at oral helse ikke sidestilles med generell helse når det gjelder finansiering. Det er ekstremt dyrt, og vi tror at mange politikere er redde for at utgiftene blir for høye dersom tannhelse «blir gratis for alle». Vi vet at det i dag kun er 0,5% av helseutgiftene tilfaller oral helse (3). Svaret på spørsmål 4 sett sammen med øvrige svar kan

tolkes som at Sv mener at ved å prioritere mer midler til tannhelse kan folkehelsen generelt bli billigere, og at det på sikt kanskje ikke blir så kostbart som mange frykter.

Rødt

De svarer direkte på spørsmålene, men har ikke besvart spørsmål 4. Rødt ønsker å styrke Den offentlige tannhelsetjenesten, i tillegg til å sette et pristak i den private tannhelsetjenesten for å redusere egenbetalingen til pasientene som får refusjon i privat sektor. Hovedessensen er at de ønsker at tannhelse skal bli offentlig. De sier også at tannhelse er en av de største satsingene deres. At gratis tannhelse er viktig i kampen mot forskjells-Norge er vi enig i, og noe vi tror kan bidra sterkt til å redusere sosial ulikhet innenfor dette feltet.

Sammenligning

Alle partiene har fokus på at å sidestille tannhelsetjenesten med den øvrige helsetjenesten blir svært kostbart, og at dette kan forklare hvorfor de forskjellige partiene ønsker å prioritere tannhelse ulikt. Til tross for dette, er alle partiene positive til at oral helse er viktig for generell helse, men de har ulike strategier for hvordan de vil håndtere dette. Noen partier, slik som Frp og Høyre ønsker å styrke refusjonsordningen som allerede eksisterer. Sv, MDG, KrF og Rødt ønsker å utvide Den offentlige tannhelsetjenesten, og noen foreslår sterkere universelle ordninger som vil treffe hele befolkningen. Sv er det eneste partiet som foreslår et spesifikt pristak på 2500 kr for tannbehandling i året. Ap, Venstre og Sp foreslår en kombinasjon, ved å styrke både den offentlige tannhelsetjenesten og refusjonsordningene. I likhet med SV, ønsker Venstre et pristak på tannbehandling gjennom høykostnadsbeskyttelse, men har ikke spesifisert en øvre grense. Det er for øvrig kun Ap og Rødt som presiserer et mål om å likestille tannhelsetjenesten med den generelle helsetjenesten. I dag vet vi at den voksne norske befolkningen betaler en stor sum til tannhelseutgifter årlig, anslått til 12,3 milliarder i 2015. Dersom dette skal dekkes av det offentlige i større grad vil det påføre økte kostnader (20). Rødt vil løse dette ved å innføre høyere skatt for de som tjener mest, men Høyre stiller seg kritiske til denne løsningen (21).

Det å lage en støtteordning til tannhelseutgifter som treffer de som trenger det mest er utfordrende. Vi har nå sett at det er to ulike veier til dette målet; å styrke støtteordningen

basert på diagnoser og ha klare definerte kriterier, eller å sette et kostnadstak for hvor mye hver enkelt pasient skal betale for tannbehandling i løpet av ett år. De ulike politiske partiene vektlegger disse to veiene ulikt når det kommer til hvordan vi skal løse de sosiale ulikhetene i tannhelse. Det er derimot påfallende hvor lite politikerne går inn i diskusjonen om hvordan tannhelsetjenesten skal organiseres for å oppnå endringer i dagens finansieringssystem. Alle partiene ønsker i varierende grad å styrke den økonomiske støtten for tannbehandling, men en konkret plan for hvordan dette skal gjøres er totalt fraværende. Diskusjonen om hvordan de ulike partiene skal utvide de økonomiske støtteordningene for tannbehandling er helt nødvendig for å kunne oppnå en endring i dagens finansiering.

Er målet med oppgaven nådd?

For å komme tilbake til målet med denne oppgaven mener vi at gjennom oppgaven har vi belyst likheter og ulikheter ved de økonomiske støtteordningene for tannbehandling i de ulike landene, og spesielt gjennom pasientkasuset hvor vi spesifikt så på pasientens utgifter og om, og eventuelt hvordan, de ulike landenes støtteordninger hjelper pasienten økonomisk. Vi ønsket med denne kasuistikken å illustrere at «vanlige mennesker» som ikke inngår i en særskilt gruppe eller har sjeldne diagnoser, også kan ha problemer med å betale tannlegeregningen, og følgelig øker sosiale ulikheter innenfor helse. Alle landene prioriterer likhet i tilbud til barn og unge, men hva skjer når pasientene går fra å skulle betale ingenting til å betale alt selv? Selv i våre naboland er tannhelse ulikt organisert, og det er til dels store forskjeller på kostnader til tannbehandling for voksne. I denne oppgaven har vi redegjort for de norske politiske partienes synspunkter, hvor de har uttrykt sin mening om hvordan de ønsker å finansiere og organisere tannhelsetjenesten, men også avslørt at ingen kan fremlegge konkrete forslag til tiltak.

Praktisk betydning og begrensninger

I alle de nordiske landene organiseres og finansieres tannhelsetjenesten uavhengig av den generelle helsetjenesten, hvor de voksne pasientene må betale mer eller mindre alt selv, sammenlignet ved øvrige helsetjenester.

Norge kan sammenlignes med Danmark ved at begge landene behandler alle voksne pasienter i privat sektor, med unntak av enkelte norske fylkeskommuner som har tilbud for voksne betalende pasienter i DOT. Den norske finansieringsmodellen skiller seg fra de andre landene ved en diagnosestyrt støtteordning i privat sektor, hvor disse diagnosene defineres som unntakstilstander som gir pasientene rett til økonomisk refusjon. Både Danmark og Sverige har offentlige tilskudd i privat sektor, men dette er av vesentlig større betydning for totalsummen i Sverige enn Danmark. I henhold til sosiale ulikheter virker den svenske modellen bedre enn den norske, fordi den har et tilbud i både privat og offentlig sektor med muligheter for økonomisk støtte for voksne. Med dette unngår man lange ventelister for å motta tannbehandling med økonomisk støtte, slik som er tilfellet i Finland.

Felles for de nordiske land er fri prisfastsettelse på private tannhelsetjenester. Ingen av de politiske partiene problematiserte dette. Vi savnet konkrete modeller til finansiering av tannhelsetjenester som for eksempel en privat/offentlig finansiert modell med fast pris på mellomlegg som det er ellers i privat Helfo-støttet helsebehandling (f.eks. leger, fysioterapeuter og psykologer).

Norge har et skattesystem hvor de som tjener mest også betaler mest skatt. Gjennom skatten bidrar alle i ulik grad til finansieringen av velferdssystemet. Dette skal gjøre at helsetjenester er tilgjengelig for alle, men i den norske tannhelsetjenesten er det kun unntakstilfeller som kvalifiserer for offentlig støtte. Vi lurer på om det kan være en god investering for samfunnet å tenke på samme måte for tannhelsetjenesten som for den generelle helsetjenesten. Som nevnt tidligere i oppgaven betalte det norske folk 12,3 milliarder kroner i egenandel for tannbehandling i 2015 (20). Hvis dette skal finansieres av Folketrygden, må skatteinntektene øke deretter, eller midlene prioriteres annerledes. Dersom alle kostnader over 1000 kroner skal dekkes av det offentlige, vil dette tilsvare 11,3 milliarder kroner i ekstra kostnader (20). Et egenandelstak på 1000 kroner er veldig lite, men dersom det hadde blitt satt et tak på 4-5000 kroner ville det gjøre at den offentlige kostnaden reduseres og støtten konsentreres til de som får høye tannhelseutgifter. Videre kan man si at mange har råd til å betale godt over 4-5000 kroner fra egen lomme, men skulle de ikke da også ha råd til å betale dette på skatten? Dette er grunnlaget for finansieringssystemet i den generelle helsetjenesten. I stedet for å betale 50 000 kroner for en brukket arm når man trenger en slik behandling, fordeles utgiften over mange år gjennom skatteseddelen. I en undersøkelse fra Frifagbevegelse svarer over halvparten at de vil betale mer skatt og kun 24 % at de ikke er villige til å betale mer skatt for å få finansiert tannhelse (28). Det er imidlertid for lite

forskning som utforsker interessen for å betale mer skatt for bedre finansiering av tannhelsetjenester i samfunnet. Det faktum at flere velger å tegne private forsikringer for å motta økonomisk støtte til eventuelle utgifter til tannbehandling viser en betalingsvilje i befolkningen. Problemet med private forsikringsordninger er at det ikke er alle som har økonomi til å tegne slike, men hadde denne tryggheten istedenfor kommet fra skatteseddelen ville de med best økonomi bidratt i større grad enn de med dårligere økonomi, og på denne måten kunne alle opplevd en større grad av økonomisk trygghet i møte med tannlegeregningen. Henrik Schmidt skriver i en masteroppgave fra UiO i 2015 at «I forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2015 anslår Helse- og omsorgsdepartementet at kostnaden for å innføre en egenandelsordning for tannhelsetjenester der alle kostnader over 2.500 kroner dekkes av staten, vil være 13.900 millioner kroner. Gitt at innføringen hadde blitt finansiert gjennom en økning av trygdeavgiften, så hadde trygdeavgiften på lønnsinntekt økt fra 8,2 % til 9,1 %. Dette hadde medført en skatteøkning på 0,9 %.» (29).

Som tannlegestudenter på siste studieår har vi lært mye om konsekvenser av nedsatt oral helse. På studentklinikken har vi møtt mange pasienter med store og sammensatte behandlingsbehov og liten betalingsevne. Vi har erfart at dårlig oral helse kan ha påvirkning på den generelle helsen. Infeksjoner i munnhulen er infeksjoner i kroppen. Vi vet at god oral helse er viktig for ernæring, sosial funksjon og psykisk helse. Sukkerinntak, tobakksbruk, alkoholmisbruk og nedsatt munnhygiene er risikofaktorer for orale sykdommer. Dersom disse risikofaktorene reduseres kan vi også forebygge generelle sykdommer, som eksempelvis lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer, diabetes og kreft. Med tilstrekkelig forebygging er det mulig å beholde tenner med høy funksjonalitet mesteparten av livet og unngå infeksjoner i munnhulen. Dette er forutsatt at vi klarer å ivareta dem. Derfor bør det være fokus på forebyggende tiltak når en eventuell tannhelsereform skal foreslås. Videre bør man reflektere over organiseringen av tannhelsetjenesten. Skal den offentlige delen forsterkes eller skal man satse på mer statlig finansiering i privat virksomhet. Forvaltningsnivå av tjenestene kan ha betydning for samhandling med den øvrige helsetjenesten og tverrprofesjonelt samarbeid. Mye tyder på at behovet for, og utfordringer med ivaretagelse av oral helse i fremtiden vil være hos pasientgrupper med store og sammensatte behov i livsløpsperspektiv. Flere overlever sine alvorlige sykdommer og tilstander, og vil trenge livslang og god profesjonell samhandling for sine kroniske plager. I dagens system er det lite støtte til slike

tiltak, men vi tror at forebygging i tannhelsetjenesten, samt samhandling med helsetjenestene for øvrig, vil være en investering, ikke bare for den orale helsen, men også for den generelle helsen i befolkningen. Alt henger sammen med alt.

Arbeidet med denne oppgaven har ført til mange tanker og diskusjoner rundt hvordan vi kan finansiere og organisere tannhelsetjenesten for å forbedre dagens ordninger. Andre yrkesgrupper, eksempelvis psykologer, fastleger og fysioterapeuter har et annet organiserings- og finansieringssystem enn tannleger.

Det er nærliggende å sammenligne tannleger med fysioterapeuter, fordi behandlingen sjelden er livsnødvendig, men ofte høyst nødvendig for å oppnå god livskvalitet og unngå smerter.

I Norge er det slik at kommunen organiserer fysioterapitjenesten med offentlig ansatte fysioterapeuter, eller inngår driftsavtale med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med offentlige fastsatte takster. Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter kan også velge å ikke inngå en slik avtale. I slike tilfeller vil det være fri prisfastsettelse. Pasienter får kun dekket deler av utgifter til behandling hos fysioterapeut av folketrygden dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen (26). Egenandelen teller med i opptjeningen til frikort for helsetjenester, og ved oppnådd egenandelstak på 2460 NOK per år blir den resterende behandlingen gratis (27). Spørsmålet blir da om en slik ordning kunne fungert for tannhelsetjenesten. I dag er det kun 2 av 15 tilstander som kvalifiserer for opptjening til egenandelstak. Dette gjelder punkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) og punkt 6 (periodontitt). Ved oppnådd egenandelstak på 2460 NOK endres refusjonstakst til honorartakst, men pasientene må fortsatt betale et eventuelt mellomlegg (30). Hadde denne støtteordningen vært universell, ved at den for eksempel omfatter all tannbehandling, kan man ikke se bort fra at flere oppsøker tannbehandling på et tidligere tidspunkt.

Svakheter med oppgaven er først og fremst bruken av sekundære kilder. Et eksempel er medias rapporter fra undersøkelsen fra FriFagbevegelse. Denne undersøkelsen er ikke en vitenskapelig undersøkelse og er publisert kun gjennom media. En annen svakhet er problemstillingen med å finne gjennomsnittlig prisnivå for tannbehandling i et marked med fri prisfastsettelse, hvor selv ikke fylkene har samme prisnivå. Det finnes heller ikke i denne konteksten relevante data fra offentlige registre pr. i dag. Det var få vitenskapelig dokumenterte resultater. Ut fra prinsippet om en evidensbasert helsetjeneste er det derfor

svært viktig å fokusere på økt offentlig rapportering og god forskning på disse temaene fremover.

Konklusjon

I dagens eksisterende tannhelsemodell i Norge er tannbehandling for voksne privatøkonomisk mer kostbart sammenliknet med Sverige og Finland, men rimeligere enn i Danmark. For å motvirke sosiale forskjeller i befolkningen er det viktig å sette konkret fokus på løsninger for å gi økonomisk bistand til tannbehandling.

Tematikken synes viktig. Alle de politiske partiene har tannhelsefinansiering i sine partiprogrammer, og er enige om at finansiering av tannhelsetjenester må prioriteres, men ingen har konkrete planer for hvordan dette kan løses.

Oral helse er en viktig del av den generelle helsen. For å ivareta en økende befolkningsgruppe med store sammensatte behov er det viktig å sikre at en fremtidig tannhelsetjeneste blir finansiert og integrert mot både spesialisthelsetjenesten og andre helsetjenester i et helhetlig helseperspektiv.

Det er viktig å fokusere på økt offentlig rapportering og god forskning på tannhelse, finansiering og sosiale ulikheter, som grunnlag for vurdering av offentlig finansiering av tannhelsetjenester.

Litteraturliste/Referanseliste

1. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/?ch=4>. Lest 22/9-20.
2. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/_/attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf. Lest 22/9-20.

3. Statistisk Sentralbyrå. Helseutgifter etter finansieringskilde og type tjeneste. <https://www.ssb.no/statbank/table/10811/>. Lest 1/3-21.
4. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>. Lest 22/9-20.
5. Statistisk sentralbyrå, utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier 2014-2016. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/333645?_ts=1606dd9bf38. Lest 20/3-21.
6. Helsedirektoratet. Prioriteringer i helsesektoren: Verdigrunnlag, status og utfordringer. 2012. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20-%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf/_attachment/inline/87bf0b8a-6a3d-4ce3-a250-c1adfea4aa75:679b2cfe8180bff98d764175046fd9bb4d90d637/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20-%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf. Lest 22/9-20.
7. Helsedirektoratet, tannhelsetjenesteloven. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelse/tannhelsetjenesteloven>. Lest 26/3-20.
8. EFTA, surveillance authority. <https://www.eftasurv.int/newsroom/updates/state-aid-norway-must-change-financing-public-dental-health-care-services:nb>. Lest 22/3-21.
9. HELFO. Takstveiledning for tannlege. <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/takster/takstveiledning-for-tannlege>. Lest 3/10-19.
10. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegeregningen-din>. Lest 16/9-19.
11. NAV. Økonomisk sosialhjelp. <https://www.nav.no/sosialhjelp/dette-kan-du-soke-om>. Lest 16/9-19.
12. Sveriges län. https://no.wikipedia.org/wiki/Sveriges_län. Lest 3/10-19.
13. National Institute for Health and Welfares. A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care. Helsinki, Finland, 2010. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80108/a389b3ed-a262-44c5-bad0-b9d3eecd089.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR2U-63STUxD_H_L8YIV5ULyiQG9VHib1Gra36xHelJnw-zTVLz39ccJiI4. Lest 30/10-19.

14. VIVE – Viden til Velferd. Hva ved vi om brukerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje? København, Danmark, 2018.
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/hvad-ved-vi-om-brugerbetaling-og-efterspoergsel-efter-voksentandpleje-8166/>. Lest 30/10-19.
15. Rapport fra sundhedsministeriet i Danmark. https://www.sum.dk/~/_/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-Tandpleje-2013/Rapport-om-potentialet-for-oeget-konkurrence-paa-tandplejeomraadet.pdf?fbclid=IwAR3055jsoBUfEC9cg81HILhWAUe2BmWyVdgafjaW5uvJ_usXgPBDJDZvC8A. Lest 21/4-20.
16. Cortsen, Birthe og Fredslund, Klausen Eskild. Voksentandpleje i Danmark. KORA, 2013.
https://www.vive.dk/media/pure/9125/2044200?fbclid=IwAR3IXIbNVBw45CTdWE9GW-wkRWOMorZ4nkM5HqBpaa__xm2j54YQLy1wDE. Lest 21/4-20.
17. Strand, Widström, Christensen og Wretlind. Lovgivning, innhold og organisering av tannhelsebehandling for sosialt svake grupper i befolkningen. Den norske tannlegeforenings tidende, 2021; 131: 144 – 50.
18. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-35-2006-2007-/id475114/sec2?q=>. Lest 4/11-19.
19. Sollund, Arne. (1984). Den norske tannlegeforening gjennom 100 år: 1884-1984. Oslo: Tannlegeforeningen, Norge. Side 78-80.
20. Tannhelse og tannhelseutgifter. <https://www.arbeiderpartiet.no/politikken/tannhelse-og-tannlegeutgifter/>. Lest 16/5-21.
21. Skriftlige spørsmål fra Bjørnar Moxnes til helse- og omsorgskomiteén.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=82727>. Lest 16/5-21.
22. Undersøkelse utført av Opinion. <https://frifagbevegelse.no/anbefaling/n-av-tre-nordmenn-har-droppet-tannlegen-av-okonomiske-arsaker-mette-helen-44-mangler-11-tenner-og-ma-tygge-pa-gommen-6.158.585102.dbe52ef377>. Lest 14/4-21.
23. 7 av 10 mener at staten bør betale tannbehandling for alle.
<https://www.abcnyheter.no/helse-og-livsstil/helse/2019/09/14/195609456/7-av-10-mener-staten-bor-betale-tannbehandling-for-alle>. Lest 11/5-21.
24. Tidende. <https://www.tannlegetidende.no/n/1600>). Lest 14/4-21.

25. FriFagbevegelse. https://fri-fagbevegelse.no/loaktuelt/hvorfor-har-vi-ikke-gratis-tannlege-i-norge-vi-var-pa-vei-dit-men-sa-kom-1-verdenskrig-6.183.578838.bed33c82cc?fbclid=IwAR2qEQznIHpxUJUgBwVsoVOdtTF7_sVV47PMHcKXQIohk_8-m98MV4Kqulk. Lest 21/4-21.
26. Fysioterapitjenesten. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>. Lest 2/5-21.
27. Betaling hos fysioterapeut. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-hos-fysioterapeut/>. Lest 2/5-21.
28. Ni av ti vil ha tannhelse inn i det offentlige helsetilbudet. <https://fri-fagbevegelse.no/aktuell/ni-av-ti-nordmenn-vil-ha-tannhelse-inn-i-det-offentlige-helsetilbudet-6.158.585343.6c22ca87de>. Lest 11/5-21.
29. Masteroppgave UiO 2015. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/73843/Masteroppgave-Henrik-Schmidt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Lest 11/5-21.
30. Helfo. <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/tilstander-som-kan-gi-rett-til-stonad-til-tannbehandling#egenandelerfortannbehandling>. Lest 16/5-21.
31. Frikort for helsetjenesten. <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/frikort-for-helsetjenester/>. Lest 16/5-21.
32. Stokholm Nicolaysen, Silje. Økonomisk stønad fra NAV til tannbehandling. Den norske tannlegeforenings tidende, 2018; 128: 131.
33. Intervjupersoner: Tannlegestudent i Turku, Antti Terävä. Tannlegestudent i København, Laura Hersbøll-Steiness. Tannlege i Sverige, Arthur Artlock.