

Dorthe Holst, Jostein Grytten og Morten Klepp

# Om fordeling av knappe goder. Utforming av trygdeytelser til behandling av periodontitt

En kasus-studie fra våren 2002

**Y**telsler fra Folketrygden forventes å være godt begrunnet, rettferdig fordelt og ikke misbrukt. I denne artikkelen analyseres noen hovedprinsipper bak to forslag til utforming av ytelsler til behandling av periodontitt som ble utarbeidet våren 2002. Analysen viser at fordelingen av ytelsene er avhengig av hvordan distributører og mottakere defineres, samt av valg av fordelingsprinsipper, kriterier og regler. Selv med god overensstemmelse mellom fordelingsprinsipper og fordelingskriterier, vil den faktiske fordelingen bli formet av hvor mye penger Stortinget bevilger. Evaluering vil kunne belyse i hvor høy grad Stortingets intensjoner er fulgt opp.

Storingsrepresentantene Hedstrøm, Alvheim og Nesvik fremmet i 1999–2000 forslag om en trygdefinansiering for pasienter som lider av raskt fremskridende periodontitt (1). Forslagsstillerne fremholdt at det ikke var noen prinsipiell forskjell mellom alvorlige former for periodontitt og andre infeksiose tilstander som behandles av leger med refusjon fra trygdesystemet. Stortinget vedtok forslaget og ba regjeringen fremme forslag om trygdefinansiering for pasienter som lider av periodontitt i forbindelse med statsbudsjettet for 2002. Med virkning fra 1. mai 2002 utarbeidet Helsedepartementet en forskrift som i korthet gikk ut på at de daværende takstene for periodontal behandling ble øket til det tidobbelte. I denne artikkelen utleder vi noen logiske konsekvenser av at to ulike forslag til refusjon av behandling av periodontitt som ble utarbeidet våren 2002, altså før Helsedepartementet pragmatisk valgte å øke de eksisterende takster frem til 1. januar 2003.

Per 1. januar 2003 foreligger en ny forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom fastsatt av Helsedepartementet 19. desember 2002. I artikkelen setter vi søkelys på vanskeligheter med å fordele knappe goder. Resonnementene er av prinsipiell art siden en ny forskrift trer i kraft før dette trykkes.

Voksne i Norge har til nå betalt nesten alle utgifter til tannbehandling selv, og har kun i spesielle situasjoner fått støtte fra folketrygden. Mange har i tidens løp undret seg over at Norge som

snart eneste land i den vestlige verden har holdt vanlig tannbehandling utenfor trygden. Holst (2) har nylig gitt et bidrag til forklaringen av dette forholdet.

Voksne i Norge betalte i gjennomsnitt ca. 1 300 kroner til tannbehandling i 1995 (3, 4). Gjennomsnittet er trolig høyere nå, men det foreligger ingen opplysninger om hvor mye. Fordelingen var imidlertid skjev, slik at medianen var ca. 500 kroner. To til tre prosent hadde høye utgifter og trakk derfor gjennomsnittet betydelig opp. Omlag 200 000–300 000 voksne hadde utgifter til tannbehandling som oversteg det beløpet som ellers var satt for egenandeler i helsevesenet (kr 1 350). Utbetalingene fra trygden til tannbehandling utgjorde i 2000 40 kroner i gjennomsnitt per voksen (2). Det foreligger ingen tall om pasienters utgifter til behandling av periodontitt.

## Fordeling av goder

Folks oppfatninger om hva som er rimelige og rettferdige godefordelinger i samfunnet synes å variere sterkt (5). Ikke minst blir det tydelig i de tilfeller der distributører som folketrygden kommer inn i bildet. Innen alle stadier av en godefordeling vil det oppstå uenighet: Hvem bør stå for utdelingen av godet, hvem bør motta det, hvordan bør selve fordelingen gjennomføres og hvilke fordelingskriterier bør benyttes? Begrepet *fordelingsprinsipper* angir vanligvis hvilke politiske og verdimessige normer som fungerer som overordnede retningslinjer for fordeling. *Fordelingskriterier* innebærer et ytterligere presisjonsnivå, i tilfelle prinsippene ikke avgrenser mottakere tilstrekkelig (5). *Fordelingsregler* angir hvilke hensyn, rutiner eller type av skjønn som regulerer den praktiske fordelingen. Ved omformingen av fordelingsprinsipper til fordelingsregler og kriterier kan det oppstå tolknings- og avgrensingsproblemer (5).

Fordelingsprinsipper er gjerne et speil av den generelle samfunnsstruktur. Fordelingsprinsipper som omformes til fordelingsregler er et uttrykk for grunnleggende rettferdighetsbetraktninger ved fordeling av knappe goder. Lorentzen (5) fremhever at likhetsprinsippet som verdi er mye anvendt i nordisk helsevesen, mens Rawls rettferdighetsprinsipper som favoriserer den minst begunstigete, er kjent fra amerikansk barmhjertighetstenking. Et konkurrerende prinsipp er maksimering av nytte, som er det sentrale i nytteteori. Selv om oppfatningene om hva som er en rettferdig fordeling er forskjellige, og selv om det finnes flere ulike teorier om hvilke fordelingsprosedyrer som bør benyttes, er antall generelle prinsipper det argumenteres for, ofte begrenset (5). Som eksempel på slike prinsipper kan nevnes fordeling etter likdeling, etter behov, etter fortjeneste og i forhold til forventet produktivitet.

Når fordelingsprinsipper, uttrykt i Stortinget, skal omformule-

### Forfattere:

Dorthe Holst, professor, dr. odont. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo  
Jostein Grytten, professor, dr. philos. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo  
Morten Klepp, spesialist periodonti. M.S. Privat praksis, Sola

res til fordelingskriterier og -regler, vil en del vurderinger måtte foretas. Det dreier seg særlig om karakteristika og egenskaper ved mottakere og distributører. Fordelingsregler tar ofte utgangspunkt i kjennetegn ved mottakeren, som kjønn, alder, økonomisk stilling, helse, utdanning og arbeidserfaring. Enkelte ganger benyttes bare ett kriterium for utvelgelse av mottaker, men som regel er flere kriterier avgjørende for fordelingen.

### Politiske signaler våren 2001

I forbindelse med Stortingets behandling i 2001 uttrykte Sosialkomiteen følgende prinsipper i den aktuelle saken (1):

- Ordningen skal omfatte alle grader av periodontitt
- Rehabilitering av tanntap i forbindelse med periodontitt skal dekkes
- Ikke en byråkratisk krevende ordning, gjerne direkte oppgjør til tannlegen
- Kostnader skal vektlegges

I sin oppfølging av saken fastsatte Helsedepartementet i oppdragsbrev av 23. oktober 2001 til Rikstrykdeverket følgende:

- Takster for refusjon skal fastsettes av Helsedepartementet
- Refusjon skal gis ved behandling av periodontitt foretatt av både tannpleier, allmennpraktiserende tannlege og spesialist i periodonti
- Ved stønad til rehabilitering som omfatter implantatbehandling etter tanntap forårsaket av periodontitt, skal det være krav om at implantatbehandlingen er utført av spesialist i oral kirurgi, samt tannlege med spesialutdanning i protetik.
- Det skal være størst refusjon av utgifter til pasienter med høye utgifter
- Det er forutsatt at 6 000 pasienter har behov for stønad til behandling av sykdommen periodontitt og 600 til rehabilitering.

Ut fra de nevnte premisene kunne følgende utledes:

1. Mottakerne skulle ikke være karakterisert ved alder eller ved spesielle levekår, men av å være rammet av en spesiell sykdom eller gruppe av sykdommer i tennenes feste i kjevene.
2. Distributører av trygdeytelsen til behandling av periodontitt skulle være tannhelseutdannet personell. Distributørene skulle dermed få en nøkkelfunksjon.

### Behandling av periodontitt

Det synes å være faglig enighet om at behandling av periodontitt må følge en trinnvis, systematisk plan som omfatter en undersøkelses- og diagnosefase, inflammasjons- og infeksjonskontroll gjennom motivasjon og opplæring og årsaksrettet behandling (6). Behandlingen vil strekke seg over tid, og de enkelte faser i planen må sees som integrert i en helhet. Alt etter periodontittens karakter (diagnose), samt omfang, alvorlighetsgrad og ikke minst individuell respons på behandling, evaluert under behandlingsforløpet, kan denne inkludere systematisk depurasjon og omfattende kirurgisk behandling, samt bruk av antibiotika (7). Etterbehandling i form av kontinuerlig periodontal støttebehandling er nødvendig fordi risikoen for residiv generelt er stor. En trinnvis tilnærming er basert på nyere kunnskap om årsak til periodontitt og risikofaktorer, variasjon i sykdomsutvikling og behandlingsrespons hos det enkelte individ (8, 9).

Egenskaper ved sykdommen som det skal ytes støtte til, er av betydning for utforming av kriterier. Periodontale sykdommer,

herunder periodontitt, er en gruppe lidelser som rammer tennenes støttevev, og som over kortere eller lengre tid fører til tannløsning og tanntap. Langt de fleste periodontale sykdommer er forårsaket av bakterielle infeksjoner, men moderne forskning har vist at individets immunforsvar, systemiske sykdommer og miljørelaterte faktorer kan ha stor betydning for disse lidelsers patogenese, omfang og alvorlighet (Løe H, notat til NTF, 2001). Det må forutsettes at alle diagnosegrupper av periodontitt var ment inkludert i Stortingets sosialkomités uttalelse i saken, siden trygdeordningen skulle omfatte alle grader av periodontitt. Gingivale sykdommer var ikke inkludert.

### To forslag til trygdestønad til behandling av periodontitt

Rikstrykdeverket henvendte seg våren 2002 til NTF og fagmiljøene ved de odontologiske fakulteter for å få synspunkter på utformingen av retningslinjer for stønad til periodontittbehandling, gitt de fremsatte premisene. Det ble utarbeidet to forskjellige forslag eller posisjoner, som var forankret i forskjellig argumentasjon:

1) *Den selektive posisjonen*, kan karakteriseres på følgende måte: Mottakerne skulle være dem som har de mest alvorlige tilfeller av periodontitt og distributørene skulle være spesialister, eventuelt i samarbeid med allmenntannleger. Dette skulle kombineres med en høy egenandel, og full refusjon av beløp over et vist kronebeløp.

2) *Den allmenne posisjonen* var eksplisitt forankret i periodontal sykdoms etiologi, diagnose og systematiske behandling. Den hadde et sekundært forebyggende sikte, dvs. at ytelser skulle omfatte tidlig og systematisk behandling av periodontitt der hele tannhelseteamet var involvert, og sykdommens alvorlighetsgrad skulle bestemme kompetansenivået hvor behandling skal skje. Behandling skulle foretas av både tannpleiere, tannleger og av spesialister.

I denne artikkelen foretar vi en analyse av disse to prinsipielt forskjellige måter for utforming av trygdeytelse til behandling av periodontitt. Formålet med artikkelen er å analysere én allmenn og én selektiv utforming av trygdeytelse til sykdommen periodontitt ut fra tre hovedkriterier: Valg av distributør, mottaker og fordelingsmetode.

### Metode

Metoden som anvendes i det følgende, kan karakteriseres som et unikt og komparativt kasusstudium (10, 11). I kasusstudier er det ikke antall enheter som styrer prosedyrene, men analysebegreper og kategorier. Utgangspunktet er interesse for en spesiell sak, snarere enn dens kvantitative konsekvenser. Det anvendes begreper som i seg selv har en generalisert betydning. De er linser som samler observasjoner og gir dem mening (11). Det er fokus på grunnleggende systemegenskaper og deres organisatoriske konsekvenser. En grunnleggende systemlogikk former utfall, som danner basis for konkrete regler for handling.

*Mottakerne* vil i det følgende være de som har sykdommen periodontitt, og *distributørene* er tannhelsepersonell som behandler pasienter med periodontitt. Begrepet fordeling vil omfatte både fordelingsprinsipper, fordelingskriterier og fordelingsregler. Fordelingsprinsipper uttrykker hovedmålsetningen for et bestemt gode, mens kriterier og regler er å betrakte som virkemidler. Kriteriene skal ideelt sett være gode operasjonaliseringer av prinsippene, og skal fungerer som virkemidler for å nå disse. Det vil ikke

bli gjort noe forsøk på å analysere prinsipper for utforming av ytelser til rehabilitering i forbindelse med behandling av periodontitt.

## Resultater

Analysens resultater er summarisk fremstilt i Tabell 1. Tabellen viser en oversikt over karakteristika ved mottaker, distributør og fordeling knyttet opp mot en allmenn og en selektiv utforming av trygdeytelse til behandling av periodontitt.

*Mottakerne* er pasienter med sykdommen periodontitt. Ifølge den allmenne posisjonen er mottakerne karakterisert ved sykdommen periodontitt i alle faser. Selektiv-posisjonen omfatter personer med alvorlig langtkommen periodontitt. Målgruppepresisjonen for allmenn-posisjonen avhenger av muligheten for å utarbeide fordelingskriterier som tilfredsstillende skiller personer uten periodontitt fra personer med periodontitt (Tabell 1). Det innbærer også et skille mellom gingival sykdom og periodontitt. For selektiv-posisjonen vil differensialdiagnose av ulike grupper periodontitt være avgjørende for målgruppepresisjonen. Festetap er et klart kriterium for periodontitt, mens et sikkert diagnostikum som identifiserer aktiv sykdom og skiller den fra tidligere gjennomgått sykdom ikke er tilgjengelig. Differensialdiagnosen er derfor avhengig av flere usikre faktorer (12). Tidsaspektet er sammen med tradisjonelle diagnostiske metoder et godt hjelpemiddel i differensialdiagnosen, idet observert utvikling over tid beskriver sykdommen som kronisk eller aggressiv.

I prinsippet er allmenn-posisjonen inkluderende og overlappende med selektiv-posisjonen, dvs. at posisjonen ikke utelukker at pasienter med alvorlig periodontitt gis tilskudd etter alvorlighetsgrad og behandlingsbehov. Selektiv-posisjonen er ekskluderende og ikke overlappende med allmenn-posisjonen. Kun pasienter med langtkommen periodontitt og stort behandlingsbehov omfattes ved denne posisjonen.

*Distributørvalget* ved trygdeytelser legger store føringer på fordeling av godet. Allmenn-posisjonen bygger eksplisitt på en behandlingssystematikk, som involverer alle typer behandlingskompetanse i teamet. Det betyr at den initiale systematiske behandling og enkel diagnostikk kan foretas av tannpleier mens

den øvrige behandlingen fordeles mellom allmenntannlege- og spesialist. Prinsippet for honorering er kompetansestyrt dvs. at behandling utføres på lavest mulig effektive omsorgsnivå som er et viktig incentiv for kostnadseffektiv behandling. Selektiv-posisjonen argumenterer for at de pasienter som oppfyller kriteriet for trygdeytelse skal behandles av spesialister innen fagområdet. I april 2002 var det i Norge 63 spesialister i periodonti. Spesialistantallet og den geografiske fordeling vil begrense lik tilgjengelighet til behandling. Den allmenne posisjonen utelukker ikke behandling hos spesialist, hvorimot selektiv-posisjonen ekskluderer behandling hos allmennpraktiserende tannlege og tannpleier uten gjennom et samarbeid med spesialist. Den allmenne posisjonen har stort potensiale for fordelingsmessig effektivitet, mens spesialistkompetansen vektlegger den tekniske effektiviteten.

## Prinsipper, kriterier og regler for fordeling

### Fordelingsprinsipper

Mens en ytelser fra trygden vanligvis fordeles etter prinsipper fastsatt politisk eller av det aktuelle forvaltningsorgan, blir fordelingen innen helsesektoren avhengig også av brukernes primære etterspørsel etter godet. I praksis etterspør mottakerne behandling direkte eller de gjøres oppmerksom på at de har behov for behandling av sin behandler. Anses godet for å være av betydning for mottakerne, vil det være vesentlig at godet kan fordeles til alle potensielle mottakere. Mottakerne vil i følge allmenn-posisjonen kunne etterspørre behandling direkte, mens behandling hos spesialist vil oppnås etter henvisning. Selv om henvisning ikke er en forutsetning for behandling hos spesialist, vil praksis innebære vanskelig tilgjengelighet.

### Fordelingskriterier

Det mest avgjørende for en hensiktsmessig og målrettet fordeling er om det kan utarbeides kriterier som er i stand til å sortere pasienter i forhold til intensjonene i Stortingets prinsipper. Dette er en utfordring på diagnosenivå.

Selektiv-posisjonen bygger på at pasienter med et stort behandlingsbehov som skyldes alvorlig periodontitt, kan defineres på sykdomsbildet. Kriteriet for å oppnå refusjon er alvorlig

Tabell 1. Mulige konsekvenser av én allmenn og én selektiv posisjon

		Posisjon: Allmenn	Posisjon: Selektiv
Mottaker	Egenskaper	Personer med periodontitt	Personer med alvorlig periodontitt
	Målgruppepresisjon	Treffer sykdommen i alle faser, presisjonen avhenger av kriterievaliditet	Treffer alvorlig sykdom, presisjonen avhenger av kriterievaliditet
Distributør	Personell	Hele tannhelseteamet	Spesialister innen fagområdet
	Tilgjengelighet	Generelt god	Liten tilgjengelighet
	Effektivitet	Fordelingsmessig effektivitet, Leonprinsippet	Teknisk effektivitet
Fordeling	Fordelingsprinsipper	Brukeretterspørsel	Henvisning, tilbyderstyrt
	Fordelingskriterier	Differensialdiagnose mellom frisk og syk	Differensialdiagnose mellom syk og alvorlig syk
	Fordelingsregler:		
	Adm. kontroll	Sterkt potensiale	Svakt potensiale
	Kostnadskontroll	Sterkt potensiale	Svakt potensiale
	Budsjettkontroll	Usikker	Usikker

periodontitt med et stort behandlingsbehov. Dette forutsetter at det foreligger klare diagnostiske kriterier som skiller alvorlig fra mindre alvorlig periodontitt samt kriterier som definerer omfanget av behandlingsbehovet. Et åpenbart problem er at det ikke eksisterer et entydig mål for behandlingen, et såkalt «end-point». Det er samme mangel på presise metoder som ved diagnose av selve sykdommen. Den allmenne posisjonen omfatter alle typer periodontitt, slik at det differensialdiagnostiske kriterium går mellom marginal betennelse med periodontalt festetap og ikke festetap.

### Fordelingsregler

Trygdens sykestønadordninger er kjennetegnet ved klart definerte tiltak, og utforming av forskrifter og takster. Trygdeetatens oppgaver omfatter kontroll med saksbehandling og utbetaling samt sikring av ankerrettigheter. Fra distributørenes side vil det være interesse for valg av honoreringsprinsipp. Den allmenne posisjonen innebærer at det utarbeides et sett med refusjonstakster eller takstenheter, se eksempel (Tabell 2). Refusjonstaksten er i dette eksempelet foreslått differensiert etter behandlerkompetanse. Selektiv-posisjonen innebærer ikke noe definert honoreringsprinsipp, men det var foreslått å anvende en høy egenandel for mottakerne. Prinsippet om frie priser søkes opprettholdt. Refusjonstaksten vil da fungerer som et tilskudd til pasienten etter at egenandelen er betalt.

Valget mellom faste takster og frie priser får betydning for oppgjørsordning. Ved valg av faste refusjonstakster vil refusjon, som i prinsippet ytes til pasientene, kunne utbetales til behandler, såkalt direkte oppgjør. Pasientene betaler differansen mellom refusjonstakst og behandlerens pris. Oppgjørsordningen for periodontitt vil da bli utformet etter samme prinsipper som ellers i allmennlegetjenesten. Frie priser vil trolig medføre at pasienten må

betale det fulle beløpet til behandler og motta refusjon fra trygdekontoen etter takst, og det kan ikke bli direkte oppgjør. Den allmenne posisjon regulerer refusjonsytelsen til mottakeren, men vil trolig ikke invitere myndighetene til regulering av prisene.

De to posisjonene har forskjellige administrative konsekvenser. Trygdekontoene vil få flere detaljer å forholde seg til ifølge det allmenne i forhold til det selektive forslaget. Til gjengjeld vil den administrative kontrollen være lettere å gjennomføre fordi det er knyttet ytelser til de enkelte typer behandling. Dermed vil også kostnadskontrollen bli enklere ved den allmenne enn ved den selektive posisjonen.

Det hersker en del usikkerhet i anslagene om hvor mange personer som vil kunne bli omfattet av ordningen. Budsjettkontrollen vil derfor i begge posisjonene være beheftet med stor usikkerhet de første årene. Kontrollstudier vil kunne evaluere kriterienes treffsikkerhet målt som sensitivitet og deres spesifisitet, dvs. hvor mange av de ønskede mottakere som får ytelser.

### Diskusjon

Formålet med den ovenstående analysen var å tydeliggjøre dilemma og konsekvenser av to forskjellige måter å utforme ytelser i forbindelse med behandling av pasienter med periodontitt. Utgangspunktet var de politiske og forvaltningsmessige intensjoner slik de hadde kommet til uttrykk i Stortinget og Helsedepartementet. I forhold til utgangspunktet kom den allmenne og den selektive posisjonen forskjellig ut. I tillegg var det inkonsistens mellom Stortinget og Helsedepartementets forskrift. Stortinget ønsket at det skulle ytes støtte til behandling av alle grader av periodontitt. Samtidig skulle kostnadene vektlegges, hvilket indikerer en prioritering av de alvorligste tilfeller. Departementet ønsket i prinsippet at hele tannhelseteamet skulle delta, samtidig som de anslo omfanget til ca. 6 000 mottakere. Det allmenne kom i konflikt med det selektive.

I forhold til utgangspunktet omfattet det allmenne forslaget alle grader av periodontitt, refusjonene økte med økende utgifter, hele teamet var involvert, direkte oppgjør var mulig, og forslaget var lett tilgjengelig for byråkratisk kontroll. Det selektive forslaget omfattet ikke alle grader av periodontitt, hele teamet var ikke involvert, behandlingen ville bli geografisk vanskelig tilgjengelig, og høye kostnader ble vektlagt eksplisitt. For begge forslagene var Helsedepartementets anslag om 6 000 mottakere usikkert.

Det er viktig å være oppmerksom på den prinsipielle forskjellen mellom behov for og effekt/nytte av et gode. Hvis behovets størrelse legges til grunn for kriterier for fordeling, vil f.eks. pasienter med den alvorligste sykdommen og det største behov for rehabilitering imøtekommes. For slike store behov vil ikke effekten av behandlingen på den aktuelle sykdommen og dens helbredelse være stor på befolkningsnivå. Hvis intensjonene med godet omfatter at sykdommen på sikt skal kunne forebygges, vil det ha større effekt å sette inn virkemidlet før behovene og konsekvensene blir for store. Den selektive posisjonen vektla det store oppsamlete behovet på bekostning av primært og sekundært forebyggende potensial. Den allmenne posisjonen ville ha hatt fokus på sykdomsforekomst.

Analysen viser at koblingen mellom fordelingsprinsipp og fordelingsregler og kriterier er vanskelig. Svak kobling skyldes at det er vanskelig eller umulig å finne gode operasjonaliseringer av fordelingsprinsippet. Svak kobling skyldes også ønsket om effektive og administrativt enkle regler, og påtrykk fra overordnet forvaltningsnivå. Ønsket om effektive og enkle fordelingsrutiner kan gå

Tabell 2. Refusjonssystem, som følge av allmennposisjonen. Et eksempel basert på forslag fra Morten Klepp i brev fra NTF til Rikstrygdeverket, vedlegg 2)

Refusjonstakst	Tannpleier	Tannlege	Spesialist
Klinisk undersøkelse	x	x	x
Røntgenundersøkelse	x	x	x
Foreløpig diagnose/prognose/plan	0,5x	x	1,5x
Infeksjons- og inflammasjonskontroll/Opplæring, per seanse	0,5x	0,5x	0,5x
Infeksjons- og inflammasjonskontroll/behandling	x	x	2x
Revurdering med korrigert diagnose, prognose og plan		x	1,5x
Kirurgi, per sekstant		x	3x
Etterbehandling Kirurgi fase	0,5x	0,5x	0,5x
Sluttevaluering		x	1,5x
Støttebehandling	x	x	x

▶ på bekostning av treffsikkerheten mellom fordelingsregler og overordnede fordelingsprinsipper. På grunn av svak kobling kan det oppstå vriddningseffekter bort fra de overordnede målene, særlig hvis sykdomsklassifikasjonen endres eller hvis fordelere og mottakere tilpasser seg de kjennetegn som favoriseres (10, 13).

Sykdommen periodontitt er et godt eksempel på at det ikke kun er fordelingsprinsipper som påvirker valg av fordelingsregler. Godets delbarhet er av betydning for valg av regler. Som ved andre helsetjenester kan behandling av periodontitt ikke deles i like andeler og distribueres likt. Helsetjenester atskiller seg på denne måten fra fordeling av for eksempel økonomiske ytelser.

Det er typisk for fordelingsregler i regi av Rikstrygdeverket at de er skriftlige, detaljerte, spesifiserte og ikke involverer bruk av skjønn (10, 13). Regler har til hensikt å oppnå høy grad av organisatorisk rasjonalitet og fungere som operasjonaliseringer av overordnede prinsipper. I det aktuelle tilfellet ville den selektive posisjonen invitere til utstrakt bruk av skjønn, mens det allmenne prinsippet var regelorientert.

Selv om trygdeytelser til behandling av periodontitt i utgangspunktet er en liten sak, reiser utformingen en rekke spørsmål. Ett av dem er hvorfor behandling av periodontitt i 2001 i sum kun utløste kr 3 789 450, som var en nedgang fra året før på 8,2 %. De fleste voksne med egne tenner gikk til tannlege (3). Hvis 10 % hadde en alvorlig periodontitt, tilsier det ca. 300 000 personer. En periodontittbehandling utløste en trygderefusjon på ca. kr 1 200 i året 2001 (16), hvilket betyr at 3 158 pasienter, ca. halvparten av Helsedepartementets anslag, fikk refusjon i 2001. Hvorfor fikk så få pasienter refusjon fra folketrygden? Svaret kan ligge i ulike forhold. For det første kan noe tyde på at periodontitt har vært underbehandlet. For det andre er anslagene for forekomst av periodontitt usikre. Det er i flere norske epidemiologiske studier vist at forekomsten av periodontitt og særlig alvorlig periodontitt ikke er så stor som tidligere antatt (14, 15). For det tredje er kanskje rehabilitering i form av tannerstatninger det økonomisk mest tyngende for pasienter med periodontitt. For det fjerde har det vært hevdet at de eksisterende refusjonsbeløp var så små at det ikke var bryet verdt å kreve dem.

Det er vanskelig å fordele knappe goder, og det blir neppe enklere fremover. Den nye forskriften og takstkonstruksjonen med virkning fra 1. januar 2003 vil kunne evalueres i forhold til Stortingets intensjoner og fordelingsprinsipper og i forhold til medvirkende distributører, mottakere og fordelingseffekter. Erfaringene vil kunne legges til grunn for senere utforming av trygdgoder til tannbehandling

### English summary

*Holst D, Grytten J, Klepp M.*

#### **Distribution of limited benefits. Proposed reimbursement from the National Health Insurance. A case-study from Spring 2002**

Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 112–6.

In Norway nearly all dental treatment is paid for by the adult patients themselves. Parliament decided in 2001 that treatment of periodontitis should be reimbursed by the National Health Insurance from 2002. Two proposals appeared, the principles of which are being analysed in the present paper. The selective proposal

implies that only treatment of advanced cases of periodontitis by specialists in periodontology should be reimbursed. The general proposal implies that treatment of all types of periodontitis may be reimbursed and treatment being rendered by the whole dental team, including dental hygienists, general practitioners and specialists.

The analysis demonstrates the implications of the two propositions. Given the number and geographical distribution of the specialists in periodontology, the selective proposition leads to inequalities of access and a low potential for primary and secondary prevention, to lower costs and lower budgetary control. The general proposition will provide better access to efficient services provided by the whole dental team, with a potential for prevention and greater treatment effects.

### Referanser

1. Stortinget. Dokument nr. 8: 66 (1999–2000).
2. Holst D. Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100 år. Tidsskrift for velferdsforskning 2002; 5: 194–206.
3. Holst D, Grytten J. Tannbehandling i Norge 1973 til 1995 – fra sykdomsbehandling til tjenesteyting. Nor Tannlegeforen Tid 1997; 107: 554–9.
4. Holst D, Grytten J. Forbruk av tannpleie og tannhelse i velferds-perspektiv. I: Burén P-O, Lagercrantz R, red. Tandhälsan, samhällsekonomen og det personlige ansvaret, Antologi. Velfärdsprojektet, Skriftserien: Kunskap/idé, enskilda röster nr. 12. Stockholm; 1998.
5. Lorentzen H. Institusjonelle fordelinger av knappe goder: Normative motiver og begrunnelser. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 1989; 4: 365–81.
6. 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Papers. Oak Brook, Illinois, October 30–November 2, 1999. American Academy of periodontology. Annals of Periodontology 1999; 4: 1–112.
7. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard, 1997.
8. Preus HR, Laurell L, Edung K-G. Periohåndboka. (Produktguider) Solna: PGRAB; 1999.
9. Persson GR. Marginal parodontit – nya perspektiv. Odontologi 2001. Copenhagen: Munksgaard; 2001.
10. Lorentzen H. Når ikke alle kan få. Om fordeling av knappe goder. Oslo: Institutt for samfunnsforskning [doktoravhandling] Rapport 95: 13, 1995.
11. Andersen SS. Komparative case-studier og generalisering: Strategier for modellering og utvelgning. Tidsskrift for samfunnsforskning 1990; 31: 367–78.
12. Hansen BF. Våre periodontale diagnoser – hva forteller de oss? Odontologi 2001. Copenhagen: Munksgaard; 2001.
13. Torgersen U. Tildelingsprinsipper og tildelingsrutiner. I: Lorentzen H, red. Institusjonelle fordelinger av knappe goder: Normative motiver og begrunnelser. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 1989; 4: 365–81.
14. Bærum P, Holst D, Rise J. Tannhelseutviklingen 1973–1983. En rapport fra Trøndelagsundersøkelsen. Oslo: Helsedirektoratet; 1984.
15. Holst D. Levekår og tannhelse i Finnmark. En rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom den offentlige tannhelsetjeneste i Finnmark og Institutt for samfunnsodontologi. Oslo: Institutt for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 1988.

Adresse: Dorthe Holst, seksjon for samfunnsodontologi, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: dholst@odont.uio.no