

Dorthe Holst

## Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år?

Denne artikkelen reiser spørsmålet om hvorfor trygden ikke yter refusjon for tannbehandling i Norge. Analysen viser at spørsmålet ble behandlet seriøst i 1914–15, og at det ikke har vært vurdert i sin helhet siden. I 1914–1915 hindret tannlegeprofesjonen aktivt tilskudd fra trygden. Etter krigen tok og fikk etableringen av folketannrøkta all oppmerksomhet. På 1980-tallet var den offentlige tannpleien utbygget og det var balanse i tannlegemarkedet. Men da begynte staten å spare på de offentlige utgiftene. Nå frister oljepengene, men argumentene for en generell trygdeordning er sterkt svekket.

**M**ens utgifter til legebesøk og til medisiner refunderes delvis eller helt av folketrygden, betaler voksne i Norge nesten alle utgifter til tannbehandling selv, og har i tidens løp kun i spesielle situasjoner fått støtte fra henholdsvis sykekasse, sykeforsikring eller folketrygd. Mange har undret seg over at Norge som snart eneste land i den vestlige verden, har holdt vanlig tannbehandling utenfor trygden<sup>1)</sup>. Tannbehandlingsutgifter blir heller ikke vurdert som egenandeler på linje med tilsvarende utgifter til legetjenester og medisin i alminnelighet, og utgifter til tannbehandling inngår derfor ikke i ordningen med egenandelstak. I 2002 er egenandelsgrensen satt til kr 1350. Overskrider egenandelene i sum dette beløpet, gis fritak for betaling av egenandeler resten av året.

I gjennomsnitt hadde voksne i Norge ca. 1300 kroner i utgifter til tannbehandling per person i 1995 (1)<sup>2)</sup>. Fordelingen var imidlertid skjev, slik at medianen var ca. kr 500, hvilket betyr at 50% av de voksne hadde utgifter som var 500 kroner eller lavere. De tre prosent av den voksne befolkning, som hadde utgifter over 5 000 kroner i 1995, trakk gjennomsnittet betydelig opp. Ca. 20% eller ca. 600 000 voksne hadde utgifter til tannbehandling som oversteg det beløpet som

ellers var satt for egenandeler i helsevesenet. Denne fordelings betydning skal diskuteres senere.

De eksisterende stønadsordninger for tannlegehjelp inngår som ledd i den generelle medisinske stønadsordning under Folketrygdlovens Kap. 5, § 5–6<sup>3)</sup>. I følge lovens § 1–1 er folketrygdens formål å yte stønad ved sykdom, legemsfeil, svangerskap og nedkomst, arbeidsløshet, alderdom, uførhet, dødsfall og tap av forsørger. Det gjelder for alle som er bosatt i Norge. Trygdens sykestønadsordninger kjennetegnes ved klart definerte tiltak, og utforming av forskrifter og takster. Trygdeetatens oppgaver omfatter kontroll med saksbehandling og utbetaling samt sikring av ankerettigheter (2). Stønadsordningen for tannlegehjelp er avgrenset til å gjelde for visse behandlingstyper, visse tilstander og visse behandlingsgrupper. Utbetalingene fra trygden til tannbehandling utgjorde i 2000 kroner 40 i gjennomsnitt per innbygger over 18 år (kjeveortopedi ikke inkludert) (3).

I forbindelse med at Stortinget i 2001 bestemte at det skal gis refusjon for behandling av periodontitt, dukket gamle spørsmål knyttet til tannbehandling og trygd opp igjen. Når utgifter til all annen sykdom refunderes, hvorfor dekkes ikke også utgifter i forbindelse med behandling av tannsykdom? I lang tid har den oppfatningen hersket innen odontologiske kretser at det ble foretatt et politisk valg tidlig på 1900-tallet, som medførte at offentlig systematisk tannpleie, dvs. skoletannpleie, ble foretrukket på bekostning av trygd til vanlig tannbehandling. Man valgte å bruke offentlige ressurser på systematisk tannbehandling til barn og unge, i stedet for en mindre målrettet refusjon til alminnelig tannbehandling. Dette tilsynelatende valget og ikke minst dets konsekvenser har overlevd i politikken og i profesjonen og dermed for brukere av tannhelsetjenester.

Det er særegent for Norge at det ikke er noen tredjepart i betalingen av voksnes tannbehandling (4, 5). I de nordiske land er barn og ungdom dekket av et gratis tilbud om offentlig tannpleie. Bortsett fra i Norge får voksne deler av utgiftene refundert av trygd. I de fleste øvrige vesteuropeiske land refunderes utgiftene til befolkningens tannbehandling i varierende grad.

Lov om sykesikring 1911 inkluderte refusjon for reparasjoner av tenner. Dette ble imidlertid tatt ut igjen, og tannbehandling har stort sett vært utenfor syketrygd og senere folketrygd siden. Bortsett fra Erichsens arbeid har denne norske særegenheten ikke vært studert og analysert (5). Erichsen analyserte

### Forfatter

Dorthe Holst, professor. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Artikkelen har tidligere vært publisert i Tidsskrift for Velferdsforskning, Vol. 5, nr. 4. 2002

med vekt på perioden før og etter 1900 hvordan bl.a. tannlegenes sene profesjonsutvikling, atskillelse fra den medisinske profesjonen, og en odontologisk mer enn en stomatologisk-medisinsk forståelse av yrket har isolert tannbehandling også i forbindelse med ytelse fra trygden (5). Formålet med denne artikkelen er først og fremst:

1) å hente frem noen av hovedtrekkene i det tidlige forløpet, samt legge til hva som skjedde i den siste delen av det 20. århundre i spørsmålet om trygd og tannbehandling.

2) Siden spørsmålet er reist igjen, skal økt bruk av trygd til tannbehandling vurderes i lys av noen tradisjonelle sosialpolitiske begrunnelser for bruk av trygdemidler.

Det foreliggende arbeid bygger i et visst omfang på den historiske analysen i Erichsens arbeid (5). Erichsens utenfra-tilnærming står i en viss kontrast til den profesjonelle innenfra-skrivingen til Ramm (6) og særlig Sollund (7), som i egenskap av å være generalsekretærer i Den norske tannlegeforening har skrevet deler av foreningens historie. Fremstillingen i dette arbeid har funnet viktig støtte i bl.a. Seip (8), Furre (9), Kuhnle (10), Nordby (11), Larsen, Berg og Hodne (12) og Larsen og Olsen (13).

Artikkelen er bygget opp i tre deler, hvor den første tar for seg perioden fra ca. 1885 til 1930. I del to beskrives hvordan folketannpleien tok og fikk all oppmerksomhet etter andre verdenskrig. I tredje del analyseres hensiktsmessigheten av fire trygdepolitiske begrunnelser for økt bruk av trygdemidler til tannbehandling i lys av dagens situasjon.

### Ved århundreskiftet

Det er slående ved lesingen av dokumenter, innlegg i Stortinget, foredrag og andre uttalelser om trygd og tannbehandling at det ofte sies at dagens situasjon mht. trygdens begrensede ytelser til tannbehandling har en historisk begrunnelse. Tidligere trygdedirektør Kjell Knutsen uttalte f.eks. at det ikke er en logisk forklaring, som ligger til grunn for trygdens begrensede ytelser til tannbehandling i Norge, men en historisk. Helsestatsråd Høybråten brukte i et svar i Stortinget i 1998 uttrykket at «forskjellene i egenandeler mellom generell helse- og munnehelse har en historisk forklaring...» (14). Det er usikkert hva de har ment med historisk. Det er sjelden organisasjoner og politikere lar utilfredstillende forhold være uendret i respekt for historiske beslutninger. Det har derfor vært nødvendig å gå tilbake til tiden da denne historien ble til. Deler av hendelsesforløpet skal vurderes i lys av andre viktige hendelser i sosialstaten, slik den var i støpskejen rundt århundreskiftet og velferdsstaten senere i århundret.

### Lov om sykeforsikring 1909

I den første delen av det nittende århundret var Norge uten tannleger. Først i slutten av 1830-årene fikk enkelte utlendinger tillatelse til å praktisere som tannleger. Legestanden i alminnelighet var ikke interessert i og tilrådet ikke at det skulle gis tillatelse til å drive tannlegepraksis til andre enn leger. Leger befattet seg med alle grener av kirurgien, derfor også med tannoperasjoner (6)<sup>4)</sup>. Det fikk betydning for utformingen av Loven om sykeforsikring, som ble vedtatt i 1909 (15). Den var obligatorisk for arbeidstakere under en viss inntekt (ca. 20 % av befolkningen). Loven omfattet refusjon for tannekstraksjon utført av lege eller tannlege:

Som legehjelp regnes også tanduttrekning ved læge eller tandlæge, dog ikke hvis det skjer av hensyn til indsetning av kunstige tænder (2).

Indikasjon for ytelse var smerte eller betennelse. Tannekstraksjon i forbindelse med innsetting av protese var ikke refusjonsberettiget.

Dette er et interessant eksempel på grenseoppgangen mellom lege- og tannlegearbeid. En hver annen tann- eller munnsykdom, hvis behandling ikke kunne forutsettes å kunne utføres av lege og således utelukkende hørte inn under tannlegens spesialområde, kunne ikke «under noen omstendighet forlanges utført av tandlæge på sykekassenes bekostning» (2)<sup>5)</sup>.

Allerede i 1914 foreslo Sosialdepartementet en revisjon av Loven om syketrygd og overleverte et forslag til Stortingets Sosialkomité<sup>6)</sup>. Flertallet i komiteen støttet forslaget som denne gang omfattet konserverende tannbehandling, mindretallet gikk imot. Odelstinget vedtok i juni 1914 forslaget om utvidet støtte til tannbehandling, men saken ble pga. krigen utsatt i Lagtinget til 1915. I mellomtiden hadde Den norske tannlegeforenings (NTF) formann og sekretær vært aktive for å få alt om tannbehandling ut av loven. Riksforsikringsanstalten var enig med NTF og mente i motsetning til kretssykekassene at forslaget ble alt for dyrt. En ny avstemning snudde beslutningen bortsett fra at ekstraksjoner forble i sykeforsikringen. Forslaget hadde vært støttet av departementet, av flertallet i Sosialkomiteen og av Kretssykekassenes landsforening. Likevel falt forslaget.

Den norske tannlegeforening hadde vært særdeles opptatt av dette spørsmålet, og spilte trolig en viktig rolle for sakens utfall. Presidenten hadde pekt på en rekke vanskeligheter som tannlegene ville kunne få hvis de gikk inn på en avtale med kretssykekassene (7). Det dreide seg om viktige prinsipper som fritt tannlegevalg og frie priser. Det hadde virket avskrekkende at det i Innst. O 1914 III, side 40–41 ble uttalt at behandlingen skulle foregå enten «ved tannklinikker eller ved fastansatt tannlege eller ved å yte bidrag til sådan behandling hos privat tandlæge». Hvis konserverende tannbehandling etter forslaget kom inn i trygden, ville veien til et offentlig tannlegevesen for befolkningen kunne være kort. I forbindelse med forslaget nedsatte NTF en særlig kvalifisert og bredt sammensatt komité i 1913 til å utrede spørsmålet om tannlegens stilling til kommunale klinikker. Komiteen konkluderte våren 1914 med at alle bestemmelser om tannbehandling måtte tas ut av sykeforsikringsloven. Begrunnelsen for å fjerne også tannekstraksjon var det negative incitament som lå i denne ytelsen. Komiteen tilrådte systematisk behandling av skolebarns tenner.

Det har i ettertid vært diskutert hva NTFs rolle har betydd, og om NTF vurderte situasjonen i 1913–15 klokt eller ei. Ramm skrev i 1959 at:

...ved et raskt tilbakeblikk vil man sikkert være enige i at den linje N.T.F. gikk inn for i 1915 var den riktige, sett både med samfunnets og tannlegenes interesser for øye (6).

Ramm tilføyde at det er mulig at tiden for en videre utvikling kan være inne når folketannrøkta blir mer utbygd og tannlegene spredt utover til alle landets distrikter. Erichsen har en annen vurdering av spørsmålet. I et intervju i forbindelse med sitt doktorarbeid uttrykte hun at Tannlegeforeningen hadde sviktet på dette punktet i fortiden (17). Gruppeinteresser og snevre fagforeningsinteresser har fått dominere, mente Erichsen. Hadde tannlegeforeningen sett tannhelsen i et samfunnsperspektiv, hadde Norge hatt en refusjonsordning for tannbehandling som ligner den man har i andre vestlige land.

Det er kjent at NTFs tidligere generalsekretær Arne Sollund mente at trygdesaken tidlig i århundret måtte forklares som et valg mellom skoletannpleie og trygdeytelser til tannbehandling. I sin bok i forbindelse med NTFs 100 års jubileum skriver Sollund:

Det standpunkt NTF inntok i 1914 og de prioriteringer som også er gjort ved senere anledninger, har aldri betydd at man har sagt

prinsipielt nei til å føre tannpleien inn under syketrygden. I prinsippet har man ment at den hører hjemme der, når tiden er inne (7).

For å forstå sakens utfall i Stortinget og særlig NTFs reaksjon, må den sees i en bredere sammenheng. Sosialpolitisk skjedde det mye i perioden 1885 til 1920. En arbeiderkommisjon var blitt nedsatt av Statsminister Sverdrup i 1885, og hadde fått i oppgave å utrede arbeidervern, erstatning ved arbeidsulykke, økonomisk hjelp ved sykdom og alderspensjon (8). Etableringen av kommisjonen var et resultat av press nedenfra for bedre levekår og ovenfra for større politisk ro. Industrialisering, svingende økonomi og urbanisering medførte store vanskeligheter for folk i forbindelse med ulykker, sykdom og bortfall av forsørgere. Det var fokus på barns levekår. Det begynte som særtiltak for de fattigste administrert av fattigvesenet eller av veldedige foreninger (8). Skoleloven gav hjemmel for bl.a. skolemåltider, faste skoleleger, skolebad, feriekolonier etc. Bak de sosialpolitiske tiltakene for skolebarna stod hygieneinteresserte leger, filantropisk interesserte kvinner, bl.a. Katti Anker Møller, skolefolk og politikere. Det var i denne perioden de Castbergske barnevernlover ble til og fattigomsorg ble omformet til sosialpolitikk. Skolelegevesenet var for alle, selv om det i begynnelsen kun omfattet gratis undersøkelse. Skoletannpleien ble til i dette klimaet. Gratis behandling i skoletannpleien inspirerte kvinnene i arbeiderbevegelsen, som ønsket «friklinikker» også i skolelegevesenet etter modell av skoletannklinikkerne (8).

Perioden var også preget av reformer for voksne. På helseområdet var det særlig utformingen av det offentlige legevesenet og innføringen av Sykesikringen i 1909 som skapte debatter<sup>6)</sup>. Legene hadde på slutten av 1800-tallet jobbet som distriktsleger og delvis vært ansatt av sykekasser. For eksempel var legene som jobbet for Jernbanepersonalets sykekasse fast ansatte, og det var faste takster (18). Seip skriver at legene følte seg truet, og de ville ikke overlate helsepolitikken til politikerne (8). Et omfattende legekommisjonsarbeid munnet ut i et forslag om et offentlig legevesen bygget opp omkring lokale helseråd som avløserer for sunnhetkommisjonene. Venstresiden i Stortinget foreslo at alle leger skulle bli offentlig ansatte slik at legene kunne knyttes til den nye sykeforsikringen på en grei måte. Legeloven av 1912 førte til en utbygging av det offentlige legevesen som omfattet kommunelegene, distriktslegene og skolelegene (12).

Den nye odontologiske profesjonen fulgte tautrekkingen på side-linjen. Den norske tannlegeprofesjonen var ung i 1914. Det er grunn til å anta at tannlegeforeningen oppfattet syketrygdens kobling til det offentlige legevesen som en potensiell trussel mot den nye profesjonens autonomi. Verken Ramm (6), Sollund (7) eller Erichsen (5) omtaler betydningen som diskusjonen om organiseringen av legevesenet må ha hatt for NTFs vurderinger.

Den profesjonelle kontakten med nabolandene om særlig barns behov for tannbehandling og betaling og tilgjengelighet av tannlegjetjenester må også ha hatt betydning. Alt på Skandinavisk Tandlægeforenings møte i 1897 ble både skolebarnsundersøkelser og sykehjelpskasser drøftet (19). I 1919 var det avsatt en hel dag på foreningens møte i København til sosial tannpleie. Formannen pekte i sin åpningstale på:

...at den offentlige oppfatning mer og mer gikk i retning av at enhver borger burde ha rett til behandling, uten hensyn til sine økonomiske forpliktelser» (19).

I Danmark var tiden etter århundreskiftet preget av diskusjoner og utredninger om skoletannpleie og sykekassestøtte til tannbehand-

ling. En regjeringskommisjon konkluderte i 1918 med at det skulle etableres kommunal skoletandpleie for skolebarn og ytes statsstøtte til behandling av karies hos voksne (20–22). Folketinget valgte å gi tilslutning til statstilskudd via sykekassene til kariesbehandling av ubemidlede. Det var vanskelig å komme frem til en overenskomst mellom tannlegeforeningen og sykekassene, som bl.a. åpnet egne tannklinikker med ansatte tannleger<sup>7)</sup>.

I Sverige ble støtte til tannbehandling første gang diskutert i Riksdagen i 1904, senere i 1912 og 1913. En sakkyndig komité ble nedsatt, og den avgav i 1917 sin betenkning om tannpleie for skoleungdom (23). Det skjedde imidlertid ikke noe før en komité la frem et forslag om folktandvård både for barn og voksne i 1928. Folktandvården trådte i kraft i 1939.

Det var en nordisk satsing på skoletannpleie for barn, og denne støttet NTF. Engasjement i skoletannpleie kunne begrunnes med at det var dokumentert at barn ikke hadde fått nødvendig behandling, samtidig som satsingen var begrenset til skolesektoren. I et snevert profesjonsperspektiv kan det derfor forstås at NTF på dette tidspunktet fryktet den profesjonelle friheten ved å inngå regulerende avtaler i forbindelse med syketrygden. Om det var strategisk klokt er en annen sak.

Sollund har formulert dette som et veivalg mellom skoletannpleie eller trygdekassetannpleie:

NTF foretok da en vurdering av hvordan de penger som samfunnet var villig til å ofre på tannpleie burde brukes, og fikk myndighetenes tilslutning til sitt syn (7).

Av Sollunds formulering får man inntrykk av at Tannlegeforeningen sto overfor et politisk definert valg hvor alternativene var å satse på skoletannpleien eller på tannbehandling finansiert over trygden. Det er i midlertidig lite som tyder på at NTF sto i en valgssituasjon. Valget synes i hvert fall ikke formulert utenfra. Sykesikringen og skoletannpleiespørsmålet representerte parallelle løp. Det var mange slike saker i den perioden. Det var ikke enten helseråd eller sykeforsikring, enten sykeforsikring eller distriktsleger. Det ble lett etter de beste kombinasjoner av felles- og egeninteresser (8). Det var derfor neppe heller et valg mellom skoletannpleie eller sykesikring til vanlig tannbehandling, men en kombinasjonsløsning.

### I velferdsstatens kjølvann

Det ble foretatt en del endringer i trygdens ytelse til tannbehandling mellom 1915 og 1945<sup>8)</sup>. Refusjon for kjeveortopedisk behandling ble inkludert i 1939, men var av beskjeden omfang. Det har vært antydning at den neste historiske sjansen for en generell trygdereform kom etter annen verdenskrig, da en rekke reformer og tiltak ble igangsatt for å gjenoppbygge landet. I følge Erichsen skal helsedirektør Evang ha uttalt at hadde NTF presset på da for å få trygdefusjoner, hadde det vært gjennomført (17)<sup>9)</sup>. Dette er en interessant hypotese, som det ikke er enkelt å bekrefte eller avkrefte nå. Imidlertid er det fristende å spekulere på om Evang så etableringen av en folketannpleie som en viktig helsepolitisk reform med et stort nasjonalt potensial også for organiseringen av den offentlige legetjenesten.

Etter krigen var gjenreisning og gjenoppbygging av krigens skader det viktigste. Samtidig ble det planlagt reformer som skulle virke over tid i takt med den sosiale utvikling og velferdsutviklingen generelt. En slik reform var Lov om folketannrøkta med virkning fra 1950. I løpet av 15 år skulle folketannrøkta være utbygget slik at alle barn i alderen 6–18 skulle få gratis offentlig tannbehandling, samtidig som også den voksne befolkning skulle gis et tilbud i den grad ressursene etter hvert strakte til. Utbyggingen av folketannrøkta

startet i de nordligste fylkene i motsetning til skoletannpleien som var etablert i sentrale strøk.

Et interessant spørsmål er om eller i hvilken grad utredningen av folketannrøkta og de etterfølgende diskusjoner berørte spørsmålet om en kombinasjon av tjenester og trygd? I Innstillingen fra Komité til å utrede spørsmålet om en landsplan for offentlig tannrøkt fra 1947 omtales sykestrygdens begrensede bidrag til tannbehandling (25). Det nevnes at Oslo trygdekasse hadde utvidet sine ytelser til tannbehandling, og noen andre velsituerte sykekasser brukte fondsmidler til å yte tilskudd til tannbehandling etter søknad for unge som etter å ha gjennomgått full systematisk tannrøkt, hadde behov for tannbehandling. Innstillingen omtalte, men vurderte ikke ev. kombinasjoner av folketannrøkt og bruk av trygdemidler. NTFs uttalelse til innstillingen om folketannrøkt omfatter heller ikke avveininger i spørsmålet om offentlige tjenester eller trygd (7).

Diskusjonen om tjenester og/eller trygd dukket opp fra tid til annen i denne perioden, og det synes å ha vært to fremherskende synspunkter i avveiningen mellom tjenestetilbud og trygderefusjon i denne perioden: 1) Først og fremst skulle folketannrøkta bygges ut. Deretter ville det være riktig også å tenke på bruk av trygdemidler.

2) Det andre synspunkt var at folketannrøkta med sine subsidierte priser til voksne ville være et tilstrekkelig sosialpolitisk virkemiddel og etter hvert gi en rettferdig fordeling av tannlegehjelp.

Som støtte for det første synspunktet nevner Sollund at referater fra møter i folketannrøktkomiteen tyder på at komiteen ikke var fremmed for den tanke at når grunnen var lagt for en god og likeverdig tannhelse i befolkningen gjennom offentlig tannrøkt, kunne neste skritt være en refusjonsordning over sykestrygden (7). Det andre synspunktet støttes bl.a. av direktør i Rikstrygdeverket Finn Alexander, som ved 50-årsjubileet for sykestrygdloven i 1961 sammenfattet at

...stønadsprogrammet for sykestrygden har utviklet seg tilfredsstillende i forhold til den oppgave en slik ordning programmessig skal ha i vårt samfunn. I denne forbindelsen må erindres at folketannrøkta skal ta hånd om vedkommende del av helsepleie (26).

Troen på Folketannrøkta som erstatter for utvidet bruk av trygdemidler kom sterkest frem i en kronikk av helsedirektør Karl Evang i Arbeiderbladet 10.2.1966. Under krigen hadde Evang vært i London. I England hadde han fulgt forberedelsene til National Health Service. Som helsedirektør i 1945 ønsket Evang å bygge «et enhetlig system (helsetjeneste) så vel økonomisk som administrativt» (11). Evang skrev i Arbeiderbladet:

Etter den annen verdenskrig i de herlige år fra 1945, da nordmenn flest var ivrig opptatt av å gjøre Norge til et bedre land å leve i – uten politisk eller økonomisk sidehensyn – måtte naturlig nok spørsmålet om en sosialt og økonomisk mer forsvarlig ordning for tannbehandling reise seg igjen.

Videre skrev Evang at man håpet:

...gjennom folketannrøkta å kunne løse det spørsmål som hittil ikke hadde vært mulig å løse for legenes vedkommende gjennom sykestrygden: En jevnere spredning av tannleger utover landet.

Det kan ikke utelukkes at Evang så for seg at folketannrøkta kunne oppnå resultater i et folkehelseperspektiv, som det ikke hadde vært mulig å få til i legevesenet. Evang utelukket dog ikke helt bedre

offentlig refusjon til tannbehandling, bl.a. omtalte han fratrekk i den skattbare inntekt som en mulighet. Imidlertid «skulle folketannrøkta være innført over hele landet før spørsmålet skulle tas opp til ny vurdering.»

Dette synes også å være den nyutnevnte helsedirektør Morks synspunkt i et foredrag på Den norske tannlegeforenings landsmøte 13. oktober 1973 om den fremtidige tannhelsetjenesten i Norge:

Nå er det naturligvis ikke et absolutt spørsmål om enten en utvidelse av trygdeytelser eller en utbygging av folketannrøkta. Man må til enhver tid fordomsfritt vurdere hvilket samspill av disse virkemidler som vil være best egnet til å fremme våre helsepolitiske og faglige målsetninger. Men personlig er jeg ikke i tvil om at hovedinnsatsen i årene som kommer bør settes inn på en forsert utbygging av folketannrøkta» (27).

Folketannrøkta ble ikke utbygget i løpet av de forespeilte 15 år. Det skyldtes bl.a. at det under Stortingsbehandlingen ble lagt inn en modifisering, slik at utbyggingen skulle godkjennes årlig av Stortinget for å styre statstilskuddets omfang. Samtidig var det vanskelig å rekruttere tilstrekkelig mange tannleger til de nye distriktstannlegestillingene. Det var stor politisk og fagpolitisk interesse, men også slagsmål om utbyggingen av folketannrøkta. Det dukket opp noen skjær i sjøen i en etter hvert skjerpet konkurranse mellom offentlig og privat tannpleie, samtidig som mangel på tannleger sinket folketannrøktutbyggingen, og la lokk på trygdeønsket. Det ble etterhvert uholdbart at det var folketannrøkta i noen fylker og skoletannpleie i andre. En ny vurdering av situasjonen ble foretatt i Stortingsmelding nr. 111, 1973–74 «Om den offentlige tannhelsetenesta» (28)<sup>10</sup>. Under avsnittet «Sosialdepartementet si vurdering av tannhelsetenesta» står det om bruk av trygdemidler:

Dersom det verte aktuelt med ei auke av trygderefusjonane til tannbehandling, bør det vurderast om trygdemidla bør nyttast til å betre tannhelsa i visse grupper av folket som er særskilt utsette for tannsjukdomar og/eller har vanskar med å nytte dei tilboda som finst i dag på grunn av sjukdom eller andre årsaker.

Vurderingen av tannhelsetjenesten førte til en ny lov om en samlet lov om offentlig tannhelsetjeneste i 1984. I denne loven smeltet folketannrøkta og skoletannpleie sammen til en offentlig tannhelsetjeneste (29). På 1980-tallet opplevde tannhelsetjenesten en tilnærmet balanse i arbeidsmarkedet, kronen på det offentlige tannlegeverket var en helhetlig lov som omfattet ansvar for både offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Lov om tannhelsetjenesten kom seint i velferdsstatens ekspansjonsperiode (1), og da hadde den politiske vinden allerede snudd, og det skulle spares på offentlig bruk av bruttonasjonalproduktet (BNP). Det var situasjonen da Sosialdepartementet i 1983 nedsatte et utvalg til å drøfte bruk av trygdemidler. I mandatet fikk Gaareutvalget tydelig beskjed om at drøftelsene skulle holdes innen daværende beskjedne økonomiske rammer (30). Det var derfor begrenset hva utvalget kunne foreslå, og det ble med at ytelsen til tannekstraksjon ble strøket, tilskudd til tannregulering ble rekonstruert og visse grupper funksjonshemmede, uføre og kronisk syke skulle få deler av sine utgifter til tannbehandling dekket.

En gjennomgang av andre utredninger på 1980-tallet viser at det enten har vært tatt for gitt at trygden yter begrenset hjelp til tannlegehjelp eller at det slett ikke er problematisert og vurdert. Sandmanutvalget, som vurderte egenbetaling i helse- og sosialsektoren, beskrev trygdens ytelser til tannbehandling, men vurderte ikke egen-



andelene ved tannbehandling på tross av at de også på det tidspunkt i gjennomsnitt overskred det som ellers var akseptable egenandeler (31). Det kan kanskje skyldes at det var et alminnelig inntrykk at Sandmanutvalget skulle finne begrunnelser for å øke snarere enn å redusere egenandelene i helsevesenet. Den store trygdeutredningen på 1980-tallet beskjeftiget seg lite med syketrygd (32). Det samme gjelder andre trygdepolitiske analyser av f.eks. Kolberg (33) og Hatland (34). Kjønstad og Syse begrenset seg til en beskrivelse av den offentlige tannhelsetjenesten og pasientens rettsstilling etter lov om tannhelsetjenesten (35).

Denne knappe gjennomgangen peker på flere forhold. For det første at behandling av sykdom for trygden helt fra første stund var forbeholdt leger. Selv om tannlegene også fikk anledning til å praktisere for trygden gjaldt det lenge kun for slik sykdom som legene kunne behandle. Det var håndverk mot legekunst (5). For det andre at tannlegeprofesjonen neppe sto overfor et valg; den valgte selv ut trygd og inn skoletannpleie. Senere synes disse beslutninger brukt som et historisk vern mot å ta saken opp igjen. For det tredje konsentrerte all oppmerksomhet seg omkring utbyggingen av folketannrøkta, da store reformer sto i kø etter annen verdenskrig. Folketannrøkta fikk og tok all oppmerksomhet. For å sikre befolkningen en lik tilgang på tjenester skulle folketannrøkta bygges ut uten den konkurranse om arbeidskraften som trygd til alminnelig tannbehandling ville ha skapt. Da det endelig var balanse i tannhelsemarkedet på 1980-tallet, skulle det spares på offentlig bruk av BNP.

### Spørsmålet stilles igjen

Gjennomgangen av offentlige utredninger og annet skriftlig materiale ovenfor viser overraskende at spørsmålet om generell trygd til tannbehandling ikke har vært seriøst politisk vurdert siden 1914. Nå stilles spørsmålet om betaling av tannbehandling igjen og er gjenstand for offentlig debatt. Den 18.mai 1998 forelå i Stortinget følgende interpellasjon fra representanten Olav Gunnar Ballo til helseministeren:

Mens utgiftene til legekonsultasjoner begrenses av et egenandelstak kan kostnadene for tannbehandling bli betydelige, slik at mange i befolkningen ikke ser seg økonomisk i stand til å foreta den påkrevde behandlingen. Noen utgifter til tannbehandling refunderes til visse grupper, men det foreligger likevel ganske begrensede refusjonsordninger knyttet til den generelle tannbehandlingen. Det skille som er skapt mellom tannbehandling og øvrig medisinsk behandling kan synes kunstig, idet dårlig tannhelse også vil ha sterk påvirkning på den enkeltes generelle helse, eksempelvis gjennom ernæringsproblemer, eller gjennom infeksjoner i munnhulen. Hvordan ser helseministeren på denne forskjellsbehandlingen mellom de to delene av vårt helsevesen, og ser helseministeren for seg tiltak som over tid vil kunne bidra til å virke utjevne på disse forskjellene?» (14).

Statsråd Dagfinn Høybråten svarte at forskjellen mellom helse- og munnhelse har en historisk forklaring og er et resultat av politiske beslutninger tilbake fra begynnelsen av dette århundret (1900-tallet). Høybråten henviste til at det på budsjettet for det inneværende året foreslås en utvidelse av trygden for tannbehandling for kreftsyke, grupper med implantatbehandling og pasienter med sjeldne sykdommer. Høybråten konkluderte med at han særlig ville prioritere svakstilte grupper og kronisk syke med spesielle behov (14).

Storingsrepresentantene Hedstrøm, Alvheim og Nesvik fremmet forslag til Stortinget om en trygdefinansiering for pasienter som lider av rask fremskridende periodontitt (36). Forslagsstillerne uttalte

at det er stort behov for å komme i gang med økonomiske tiltak for de med spesielt høye utgifter til tannbehandling. Forslagsstillerne fremholdt at det ikke er noen prinsipiell forskjell mellom alvorlige former for periodontitt og andre infeksjose 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 <sup>11)</sup>. I februar 2002 gikk representanter fra Arbeiderpartiet ut i mediene og ville «gjøre tannbehandling gratis» (37).

Uttalelsene om trygden og tannbehandling reiser en del spørsmål, som egner seg til å belyses i en utredning:

- Ønsker politikerne en generell refusjon for hele befolkningen eller skal refusjon siktes inn mot lavinntektsgrupper eller grupper med spesielle behov?
- Foreligger det et underforbruk av tjenester i deler av befolkningen som man ønsker å stimulere?
- Vil trygd utløse et økt forbruk blant dem som allerede i dag har høyt forbruk? En generell refusjon kan skape økt etablering av tannlegepraksis i tettbygde strøk, og bli kritisk for rekruttering til og stabilitet i den offentlige tannhelsetjenesten.
- Hvilke konsekvenser får økte trygdeytelser til tannbehandling i lys av de eksisterende fordelings- og effektivitetsproblemer i tannhelsetjenesten?
- Er det utgiftene politikerne sikter til eller er det prisene? Utgiftene kan f.eks. reduseres med refusjon over trygden eller fradrag på skattepliktig inntekt. Reduksjon i prisene nødvendiggjør en pris og takstregulering <sup>12)</sup>.

Spørsmålene er mange, og det er behov for en systematisering av begrunnelser og mulige konsekvenser av ev. økning i trygdens ytelse til tannbehandling. Med utgangspunkt i eksisterende teori og empiri analyserte Holst (38) følgende hovedbegrunnelser for trygd: Omfordeling av velferd, reduksjon av økonomisk risiko, stimulering av etterspørsel og fordelings- og leveringseffektivitet. Holst konkluderte at generelle trygdeordninger for tannbehandling ikke kunne begrunnes ut i fra noen av de fire aspektene. Spørsmålene skal imidlertid vurderes på nytt i lys av den seneste forskning, den generelt bedre tannhelsen og tannhelsetjenestens nåværende situasjon.

### Reduksjon av økonomisk risiko

Trygdens basale funksjon er reduksjon av risiko. Folk flest er villige til å betale for en reduksjon av den økonomiske risiko i forbindelse med uforutsette helseutgifter, og en slik reduksjon er i seg selv en velferdsforbedring. Mye av den tannbehandling som leveres i dag er forutsigelig, forekommer regelmessig og medfører relativt begrensede utgifter. For slike ofte forekommende og forutsigelige utgifter vil tilskudd fra trygd representere en reduksjon i pris, mens tilskudd til mindre forutsigelige og sjeldnere behandlinger som kirurgiske inngrep, rotbehandling og større protetiske erstatninger representerer en reduksjon både i risiko og pris.

Reduksjon av økonomisk risiko oppnås i prinsippet ved at flere går sammen om å dele risikoen ved et usikkert fremtidig økonomisk tap ved å betale en relativt beskjedne premie. Fordelen ved en slik ordning er større jo større det eventuelle økonomiske tapet er, og jo sjeldnere tapet inntreffer. De tannlegeutgifter som en eventuell trygd skal gardere mot, inntreffer forutsigelig fordi ca. 75 % av den voksne befolkning går til tannlege én gang i året (1). Tabell 1 viser hvordan utgiftene fordeler seg i befolkningen <sup>13)</sup>. Det fremgår av tabellen at en stor del av befolkningen hadde utgifter til tannbehandling under 1000 kroner. Mellom 8 og 10 %, svarende til ca. 300 000 voksne,

Tabell 1. Prosentandel som har vært til tannlege siste året

Alder (år)	Prosent (n=7472)
20–29	63,3
30–39	73,9
40–49	78,3
50–59	77,8
60–69	68,8
70–79	47,8
80 +	31,8

Kilde: Holst og Grytten, se referanse 1.

hadde utgifter som oversteg 3000 kroner (1). En tilsvarende undersøkelse, som MMI utførte for Den norske tannlegeforening i 2001, viste at ca. hver 10. voksne hadde utsatt besøket hos tannlege av økonomiske årsaker i løpet av det siste året. Siden dette spørsmålet ble stilt første gangen i 1973 i befolkningsundersøkelser har svaret vært omtrent det samme.

Det samlede inntrykket er at de fleste voksne har relativt beskjedne utgifter til tannbe-

handling. Den økonomiske risikoen er liten og forutsigelig. Tar en med i vurderingen at forbrukeren pga. av transaksjonskostnader på 30–40 % må betale opp mot 1400 kroner i skatter og avgifter for å få tryggederfusjon på 1000 kroner, er skattebetalerne neppe enige i denne pengebruken. Ennå verre blir det selv sagt for beløp som er mindre enn kr 1000 som har samme transaksjonskostnad.

For store utgifter til tannbehandling blir resonnetmentet et annet. Det er grunn til å vurdere rimeligheten av at ca. 600 000 mennesker har utgifter til tannbehandling som overskrider det som eller anses som urimelige egenandeler i helsevesenet. En utvidet generell trygd kan ikke begrunnes med at befolkningen som helhet har stor økonomisk risiko eller spesielt store utgifter til tannbehandling. Det utelukker imidlertid ikke at det kunne etableres en trygdestønad for dem som faktisk i enkelte år har store utgifter. Ønskes i tillegg en sosial profil kan betingelse for trygdeytelse knyttes til kombinasjonen av lav inntekt og høye utgifter til tannbehandling. Det forutsetter at det er et faktisk underforbruk i lavinntektsgruppen, noe som neste avsnitt belyser. Det forutsetter også at det kan utarbeides kriterier med tilstrekkelig treffsikkerhet. Uansett vil slike spesifikasjoner få administrative konsekvenser og merkostnader.

### Trygdens rolle for bruk av tjenester og tannhelse

Det er neppe ønskelig at formålet med trygdeytelser for tannbehandling skal begrenses til en reduksjon i pris for brukerne på konsumpsjonstidspunktet, hvis de samme brukere før eller senere må betale regningen over skatter og avgifter. For trygd med en antatt sosial profil blir spørsmålet derfor: Vil ytelsen til trygden kunne bidra til at personer som har lav inntekt vil etterspørre behandling? I forlengelse av denne problemstillingen: Vil slik stimulert etterspørsel gi bedre tannhelse?

Tabell 2 viser etterspørselen etter tannbehandling. Etterspørsel måles som andelen som har vært til tannlege i løpet av siste året. Det fremgår at befolkningen samlet hadde en høy etterspørsel. De eldste lå lavere, noe som delvis kan forklares med at ca. halvparten allerede var tannløse. Samlet viser forskningen om etterspørsel etter tannbehandling de siste 25 år at så sant voksne nordmenn har fysisk førlighet og egne tenner i munnen går de til tannlege (39). Hvorvidt lav inntekt medfører lavere forbruk av behandling, er analysert av Grytten m.fl. (40). Med forbruk av behandling menes hvor mye behandling som er mottatt når en bruker har vært hos tannlege. Gryttens funn tilsier at det på 1980- og 1990-tallet ikke var inntektselastisiteter i forbruket av tjenester når folk først gikk til tannlege. Det var med andre ord ikke inntekten som avgjorde forbruket. Dette funnet betyr at selv en lavinntektsprofilert trygd til tannbehandling i dag ikke uten videre kan begrunnes

med at lavinntektsgrupper får mindre behandling enn høyinntektsgrupper.

Det er likevel grunn til å tenke gjennom hvordan forskjeller i etterspørsel og bruk av tannhelsetjenester skal tolkes. Hva om lavinntektsgrupper om noen år har et lavere konsum enn høyinntektsgrupper? En forklaring til en slik forskjell vil da mest sannsynlig være at de «rike» forbruker mer kosmetisk/velbehagsbehandling enn de «fattige», fordi de har bedre råd. En slik forskjell skal ikke nødvendigvis tolkes som sosial ulikhet; en like sannsynlig forklaring kan ligge i de «rikes» prioriteringer og preferanser. Skal man da gå inn med offentlige trygdemidler for å subsidiere de «fattige» for at de skal ha mulighet til et forbruk som er like omfattende som de «rike»? De fleste vil i dag trolig argumentere for at staten ikke skal gripe inn. På begynnelsen av 1970-tallet var det derimot enklere å argumentere for det motsatte. Det er i vestlige land i dag enighet om at rimelige variasjoner mellom individer i forbruk av slike tjenester både er ønskelig og samfunnsøkonomisk akseptabelt.

Den norske forskningen tilsier at en generell refusjon til tannbehandling resulterer i økt konsum i alle inntektsklasser. Om en slik økning er ønskelig er avhengig av sammenhengen mellom forbruk av tannbehandling og tannhelse, dvs. om mer tannbehandling leder til mer tannhelse. De fleste erkjenner at det ikke er enkel sammenheng mellom helsetjenestebruk og helse. For det første avhenger sammenhengen av hvilken sykdom eller definisjon av helse det tas utgangspunkt i, for det andre har helsetjenester et bredere velferdspotensial enn helbredelse av sykdom. Holst stilte spørsmål ved trygdens betydning da tilsynelatende like mange nordmenn uten trygd til tannbehandling gikk til tannlege som dansker med sykesikrings-tilskudd (41). Holst forfulgte spørsmålet i en undersøkelse av bruk av tannhelsetjenester og tannhelse blant ansatte i NSB med egen tryggederfusjon, og ansatte i Postverket og Tollvesenet uten (4). Resultatene viste at bruk av tjenester og tannhelsen i store trekk var den samme i alle tre etater. NSBs relativt omfattende refusjonssystem for utgifter til tannbehandling hadde med andre ord ikke stimulert ansatte til mer etterspørsel og bruk av tjenester, og brukerne hadde heller ikke bedre tannhelse. I Sverige ble det innført en generell trygdeordning for tannbehandling (Tandvårdsförsäkringen) i 1975. På grove parametre som etterspørsel, konsum av tjenester, tannløshet og forekomst av tenner kunne det ikke påvises forskjeller mellom Norge og Sverige som kunne tilskrives Tandvårdsförsäkringen (42). Det er imidlertid grunn til å anta at den svenske trygden har utløst mer omfattende behandlinger med materialer og tekniske løsninger som kan gi et estetisk og funksjonelt bedre resultat. Det gjenstår å vurdere om slike effekter ønskes oppnådd gjennom offentlig politikk.

Tabell 2. Fordeling av personer etter utgifter til tannbehandling (n = 7 472)

Kroner	Prosent	Kumulativ prosent
0	4,7	4,7
1–250	10,0	14,7
251–500	38,5	53,2
501–750	11,5	64,7
751–1 000	10,8	75,5
1 001–1 500	6,7	82,2
1 501–2 000	4,1	86,3
2 001–3 000	5,1	91,4
3 001–5 000	4,2	95,6
5 000 +	4,4	100,0

Kilde: Holst og Grytten, se referanse 1.

## Trygd og effektiv utnyttelse av ressursene i tannhelsetjenesten

Det er særlig to aspekter som er relevante å vurdere mht. trygden som drivkraft til større effektivitet i levering av tannbehandling. Det første aspektet er muligheten for å styre valget av behandlinger, dvs. teknisk effektivitet. Det er liten tvil om at trygdeytelsers profil kan styre behandlingsvalg. Ønskeligheten av å styre behandlingsvalget har imidlertid endret seg i takt med bedringen i tannhelse. Bedringen har endret profilen fra å være dominert av behandling av sykdom og sykdommers konsekvenser, til for en stor del å omfatte vedlikehold av teknisk kvalitet, og enkle forebyggende og tjenestepregete ytelser. Trygden som insentiv til sykdomsforebygging og økonomisk støtte ved behandling av oppstått sykdom er derfor redusert.

Det andre er betydningen for fordeling av tannleger, dvs. fordelingsmessig effektivitet. En utvidet trygdeordning for tannbehandling vil kunne ha dramatisk effekt for fordelingen av tannleger (43). Tannhelsetjenesten i Norge er for tiden preget av overetablering i byer og tettbygde strøk og manglende rekruttering til Den offentlige tannhelsetjenesten. Prisreduksjonen, som trygdeytelser medfører for brukerne, resulterer i økt etterspørsel og dermed økt etablering i privat praksis som behandler voksne. Med dagens tilgang på nyutdannede tannleger vil både rekruttering til og stabiliteten i den offentlige tannhelsetjenesten svekkes. En generell trygdeordning for tannbehandling for den voksne befolkning vil være en bjørnetjeneste for store deler av befolkningen med mindre bruk av trygdemidler integreres i en mer omfattende reform (44).

## Sammenfattende vurdering

De første delene av dette arbeid viste hvorfor trygden ikke har omfattet tannbehandling i nevneverdig grad til nå. Den siste delen av arbeidet viser at en *generell* trygdeordning i dag ikke kan begrunnes med verken stor økonomisk risiko, høye utgifter, lav etterspørsel eller potensielle helseinsentiver. Tvert i mot, vil en *generell* trygdeordning for tannbehandling forverre dagens overetablering og være en trussel mot både teknisk og fordelingsmessig effektivitet. Det er derimot en del som taler for at en målrettet bruk av trygdemidler kan være hensiktsmessig. Et mindretall av brukerne av tannhelsetjenester bærer høye egenandeler som bl.a. skyldes uforutsette reparative behov, tanntap og betennelsestilstander, som medfører store utgifter.

Spørsmålet dukker trolig opp nå fordi det fortsatt kan virke ulogisk at en befolkning, som ellers nyter godt av velferdsstatens heldekkende ytelser for sykdom, alder, ulykke, atfføring, arbeidsledighet, skal betale til dels store beløp for tannbehandling. I tillegg fristes politikere til å bruke oljeinntekter. Politisk utspill begrunnes med ulikhets- og sosialpolitisk argumentasjon, og med trangten til å gjøre godt med penger. Men igjen er det vanskelig å spre tannleger, og det er ubesatte stillinger ikke kun i de gamle folketannrøktstrøkene av landet. I denne situasjon bør ikke trygd anvendes isolert, men kobles opp mot nye organiserings- og finansieringsprinsipper i tannhelsetjenesten. Det er dette siste som bør utredes nå.

## Etterskrift

Siden artikkelen ble trykket i Tidsskrift for Velferdsforskning, har trygden utvidet ytelsene til behandling av marginal periodontitt og rehabilitering ved tanntap som følge av slik sykdom.

## English summary

Holst D.

### National Health Insurance and dental treatment – discussed only every 100. years?

Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: 168–76.

This paper examines why most dental treatment has never been covered by national health insurance in Norway. In 1914, an amendment to the law of Sickness insurance to include reimbursement to dental treatment was rejected, mainly because of resistance from the dental profession. Profession representatives have later argued that they chose school dental service. In 1914, an amendment to the Sickness Insurance Act that included reimbursement for dental treatment was rejected, mainly because of the resistance of the dental profession. It is suggested that the establishment of public dental care after World War II and a partial or general reimbursement by the National Health Insurance for the adult population has not been seriously considered since. Political parties and the media have recently argued that dental care ought to be less expensive for consumers. The reasons stated for an expanded third party payment in Norwegian dental care are examined but are found not sufficient to justify a general dental health insurance. Still, approximately 20% of the population has expenditures that exceed the maximum level, above which there are no patient charges for other primary health care services and medicines. Another 4% (or 120 000 adults) have annual expenditures in excess of NOK 5 000. This may call for a selective, socially profiled reimbursement scheme for persons with exceptionally high expenditures.

## Referanser

1. Holst D, Grytten J. Tannbehandling i Norge 1973 til 1995 – fra sykdomsbehandling til tjenesteyting. Nor Tannlegeforen Tid 1997; 107: 554–9.
2. Lund I, Tokstad T. Beskrivelse av ytelser om folketrygd til tannlegehjelp – nåværende ordning. Vedlegg 3 i: NOU 1986: 25. Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. Oslo: Sosialdepartementet; 1986.
3. Folketrygden. Nøkkeltall 2002. Oslo: Rikstrygdeverket; 2003.
4. Holst D. Third party payment in dentistry. An analysis of a third party payment system and of system determinants [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1982.
5. Erichsen V. Professionalisation and public policy variations. The case of dental care in Britain and Norway [doktoravhandling]. Bergen: Universitetet i Bergen; 1990.
6. Ramm J. Den norske tannlegeforening gjennom 75 år. Oslo: Den norske tannlegeforening; 1959.
7. Sollund A. Den norske tannlegeforening gjennom 100 år 1984–1994. Oslo: Den norske tannlegeforening; 1984.
8. Seip A-L. Sosialhjelpsstaten blir til. Norsk politikk 1740–1920. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1984.
9. Furre B. Vårt hundreår. Norsk historie 1905–1990. Oslo: Det norske samlaget; 1991.
10. Kuhnle S. Velferdsstatens utvikling. Norge i komparativt perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget; 1983.
11. Nordby T. Karl Evang. En biografi. Oslo: Aschehoug; 1989.
12. Larsen Ø, Berg O, Hodne F. Legene og samfunnet. Oslo: Den norske lægeforening; 1986.
13. Larsen Ø, Olsen BO. The shaping of a profession. The physicians in Norway, past and present. Canton, Mass.: Science History Publications; 1996.
14. Interpellasjon i Stortinget 18. mai 1998 fra representanten Ballo til helseministeren. Høybråtens svar samme dag.
15. Lov om sykesikring; 1909.

16. Berg O. Verdier og interesser – Den norske legeforenings fremvekst og utvikling. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne F. Legene og samfunnet. Oslo: Den norske lægeforening; 1986.
17. God fagforeningspolitikk er å ta hensyn til samfunnsinteressene. Intervju med Vibeke Erichsen. *Nor Tannlegeforen Tid* 1990; 100: 573–5.
18. Jernbanepersonalets sykekasse. Oslo distrikt. 100 år. Oslo: Jernbanepersonalets sykekasse; 1951.
19. Ramm J. Skandinavisk tannlægeforening gjennom 100 år. 1866–1966. Oslo; 1966.
20. Strömrgren HL. Det danske tandlægevesen 1903–1927. København: Levin & Munksgaards forlag; 1930.
21. Orth F. Skoletandplejen i Danmark. *Tandplejen* 1954; 9: 25–30.
22. Mikkelsen O, Østergaard P. En krønike om Dansk Tandlægeforenings nyere historie. *Tandlægebladet* 1998; 102: 858–9.
23. Tandvårdsförsäkring. 1961 års sjukvårdsförsäkringsutredning, betänkande 1. SOU 1965: 4. Stockholm; 1965.
24. Nordby T. «Velferdsstaten» og «den sosialdemokratiske stat» – norske myter i nytt lys. *Sosiologi i dag* 1990; 4: 89–107 (p. 98).
25. Innstilling fra komité til å utrede spørsmålet om en landsplan for offentlig tannrøkt. Oslo: Sosialdepartementet; 1947.
26. Alexander F. Liv og helse 1961; nr. 6: 123–6.
27. Mork T. Den fremtidige tannhelsetjenesten i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid* 1973; 83: 501–5.
28. Stortingsmelding 111 (1973–74). Om den offentlige tannhelsetjeneste. Oslo: Sosialdepartementet; 1974.
29. Lov om tannhelsetjenesten; 1984.
30. Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. NOU 1986: 25. Oslo: Sosialdepartementet; 1986.
31. Egenbetaling i helse- og sosialsektoren. NOU 1988: 7. Oslo: Sosialdepartementet; 1988.
32. Trygdefinansiering. NOU 1984: 10. Oslo: Sosialdepartementet; 1984.
33. Kolberg JE. Trygde-Norge. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1974.
34. Hatland A, redaktør. Trygd som fortjent? En antologi om trygd og velferdsstat. Oslo: Ad Notam; 1991.
35. Kjønstad A, Syse A (red.). Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Oslo: Ad Notam; 1992.
36. Forslag fra stortingsrepresentantene Øystein Hedstrøm, John I Alveheim og Harald T Nesvik om en trygdefinansieringsordning for pasienter som lider av raskt fremskridende eller alvorlig periodontitt. Dok 8: 66 (1999–2000).
37. VG. Tannbehandling skal koste mindre. Stortingsflertallet for tannhelsereform. VG 12.2.2002.
38. Holst D. Bruk av trygdemidler i tannhelsetjenesten. Vedlegg 1 i: NOU 1986: 25. Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. Oslo: Sosialdepartementet; 1986.
39. Holst D. Tannpleie tilbud til eldre i Norden. *Tandläkartidningen* 2000; 93: 60–7.
40. Grytten J, Holst D, Laake P. Accessibility of dental services according to family income in a noninsured population. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1501–8.
41. Holst D. Relationship between age, dental status and regular dental care in Norway illustrated by a model. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7: 259–63.
42. Holst D, Grytten J. Forbruk av tannpleie og tannhelse i velferdsperspektiv. I: Burén P-O, Lagercrantz R. Tandhälsan, samhällsekonomien og det personlige ansvaret. Antologi. Valfördsprojektet, Skriftserien: Kunskap/idé, enskilda röster nr. 12. Stockholm; 1998.
43. Grytten J. Kan markedet løse tannhelsepolitiske oppgaver? *Nor Tannlegeforen Tid* 1993; 103: 760–4.
44. Holst D, Grytten J. Ikke kun et spørsmål om å utdanne flere tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid* 2001; 111: 571–2.

Søkeord for nettversjon: [www.tannlegetidende.no](http://www.tannlegetidende.no): Finansiering; Historie; Tannbehandling; Trygd

## Noter

- <sup>1)</sup> Barn i alderen 0–18 år er omfattet av lov om tannhelsetjenesten, i følge hvilken alle kan få systematisk gratis tannbehandling.
- <sup>2)</sup> Siden trygden ikke yter refusjon til vanlig tannbehandling, finnes ingen offisiell statistikk om omfanget av tannbehandling i privat praksis etter type eller kostnad. Til forskningsformål har Institutt for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo, foretatt en rekke nasjonale intervjuundersøkelser i regi av diverse opinionsinstitutter fra 1973.
- <sup>3)</sup> For en fullstendig oversikt over trygdens ytelser til tannbehandling henvises til [www.trygdeetaten.no](http://www.trygdeetaten.no)
- <sup>4)</sup> Tannelegeeksamen kunne fra 1852 oppnås ved å innstille seg til en prøve. I 1884 da Den norske tannlegeforening ble stiftet, var det 62 registrerte tannleger i landet (6). Den første faktiske undervisning i faste former kom i gang ved Statens poliklinikk for tannsykdommer. Dette ga grunnlaget for dannelsen av Statens tannlegeinstitutt i 1909, som ble Norges tannlegehøgskole i 1928.
- <sup>5)</sup> I samme sirkulære heter det at hva angikk pyorrhea, så blir behandlingen av denne sykdom å betrakte som legehjelp kun hvis behandlingen består i desinfeksjon med munnvann og lignende. Behandling av smerte og infeksjon var legenes domene. Innsetting av tannerstatning var ikke legearbeid, det var reparativt i natur og definert som tannlegearbeid.
- <sup>6)</sup> Lov om sykesikring skapte problemer for kretssykekassene. Legene kunne ukoordinert skrive ut regninger og kassene hadde ikke kontroll med utgiftene. Endringen av loven medførte bl.a. at kassenes forpliktelse til å yte fri legehjelp ble begrenset (16, s. 256).
- <sup>7)</sup> De mest sentrale kommuner i Danmark etablerte skoletannpleie etter hvert. Lov om børnetandpleie kom imidlertid først i 1972. På det tidspunkt hadde ca. 50% av danske barn i skolepliktig alder tilbud om offentlig skoletannpleie. I de øvrige kommuner fikk barn sammen med sin familie tannbehandling av private tannleger og utgiftene ble refundert av sykekassene. Det er trolig at sykekassenes sterke stilling tidlig i århundret og regjeringens valg i 1919 har vært avgjørende for utviklingen i Danmark.
- <sup>8)</sup> Det var igjen diskusjon i 1928. Årsaken er nok at det skulle spares penger i forbindelse med sykeforsikringen pga. av de generelle økonomiske vanskelighetene. Det medførte at refusjon også for tanneksaksjoner forsvant ut av trygden mellom 1928–1930. Begrunnelsen for å fjerne ytelsen til ekstraksjon var bl.a. at ekstraksjon ikke lenger var legearbeid. Da syketrygden fortsatt var forankret i legehjelp og ekstraksjon ikke var legearbeid måtte ytelsen til ekstraksjon ut. Helseministeren sa i Stortinget at egentlig burde sykeforsikringen omfatte reparativ tannbehandling. Å opprettholde refusjon for ekstraksjon var paradoksal og ytelsen kunne derfor like gjerne fjernes. (5, s. 304). Dette resonnet ble ikke delt av alle i Stortinget. Flere hevdet at ekstraksjonsytelsen var et skritt på veien mot en bredere dekning av tannbehandling, og at det ville være galt å fjerne tannbehandling helt fra Sykesikringskartet (5).
- I 1930 ble det gitt adgang til også å gi bidrag til tannbehandling, og i 1937 kom 11 nye takstnumre som f.eks. fjernelse av retinerte visdomstenner, cysteoperasjoner, kjevebrudd samt røntgenundersøkelse i forbindelse med slike behandlinger. I 1940 inkluderes forskrifter om kjeveortopedisk behandling. I rundskriv nr. 99 1940 redegjør forskriftene til § 3 for refusjon i forbindelse med periodontitt, der det fortsatt kreves henvisning fra lege og erklæring fra legen om at behandlingen hos tannlege er et ledd i legens behandling av annen sykdom.
- I 1966 innførtes takster for gingivektomi og subgingival tannstensrensning som betinget pliktmessig ytelse. Bestemmelsene vedrørende pliktmessige ytelser er uendret siden 1971 bortsett fra at ekstraksjon ble tatt ut i 1987. For en fullstendig beskrivelse av dagens ordning se [www.trygdeetaten.no](http://www.trygdeetaten.no).
- <sup>9)</sup> Like etter krigen ønsket Arbeiderpartiet å organisere trygdesystemet slik at det bidrog til å utjamne de økonomiske forskjellene i samfunnet. Men det tok nesten tjue år fra regjeringen la fram sin første melding om folketrygd (1948) til Stortinget i 1966 endelig vedtok en lov som for-



melt sett dekket alle former for inntektsbortfall. I mellomtiden ble enkeltrygdene gjennomført én etter én. Offentlige myndigheter tok dermed på seg et større ansvar for borgernes velferd. Likevel oppfylte ikke disse lovene Arbeiderpartiets opprinnelige mål. På 1950- og 1960-tallet fikk tvert imot prinsippene som ulikhet og konkurranse større gjennomslag (24, s. 98).

<sup>10)</sup> Stortingsmelding 111 (1973–74) dannet grunnlaget for en samlet lov om tannhelsetjenesten 1984 og var en viktig milepæl i arbeidet med videre utbygging av den offentlige tannhelsetjenesten.

<sup>11)</sup> I forbindelse med statsbudsjettet 2001–2002 har Stortinget bevilget 25 mill. kroner (halvårsvirkning) til behandling av pasienter som lider av periodontitt.

<sup>12)</sup> Fra 1975 til 1995 var det veiledende takster for tannbehandling fastsatt av departementet i forhandlinger med Den norske tannlegeforening. Fra 1995 har det vært frie priser for tannbehandling.

<sup>13)</sup> Tallene i Tabell 1 og 2 stammer fra Helseundersøkelsen 1995, Statistisk sentralbyrå. Analysert av Holst og Grytten (1).

*Adresse: Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: dholst@odont.uio.no*