

Pengegaloppen

Prioritering av tannhelse i statsbudsjettene

På tannhelseområdet flytter staten penger fra stønader til ulike tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten. Hvor lenge kan dette fortsette uten at tiltakene evalueres?

Staten bidrar økonomisk på tannhelsefeltet gjennom tilbudet i Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og gjennom stønadsordningen i Helfo. Dette innebærer rammeoverføringer til fylkene, der tilbudet til befolkningen styres av hvor mye penger som ligger i potten og administrasjon knyttet til disse. Tilbudet til de prioriterte gruppene skal være gratis, men innholdet i tilbudet er ikke fastlagt fra sentrale myndigheter. Staten bidrar også med stykkprisfinansiering gjennom stønadsordningen, der pengene følger pasientene som er definert inn i ordningen, og der staten aldri kan vite på forhånd hva kostnadene blir. Denne ordningen innebærer egenandeler for pasientene, og den gjelder bare dersom pasientene ikke har rettigheter etter annet lovverk. Personer med vedtak om hjemmesykepleie mister med andre ord sine stønadsrettigheter fordi de får nye, kostnadsfrie, rettigheter etter Lov om tannhelsetjenesten. I 2017 ble én av fire med denne rettigheten undersøkt/behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten (1). Gruppe C i tannhelsetjenesteloven var forøvrig én av gruppene som ble trukket frem i anmodningsvedtaket i 1998, der Stortinget ba regjeringen vurdere å opprette regionale odontologiske kompetansesentre. Med utgangspunkt i årets statsbudsjett kan det være interessant å se bakover i tid for å forstå hvordan forskjellige regjeringer, de to siste fra borgerlig side, har prioritert tannhelsetjenesten.

Kapittel 2711 beskriver satsingen innen stønadsordningen, mens kapittel 770 beskriver tiltak som stort sett skjer i regi av Den offentlige tannhelsetjenesten.

2018

Årets statsbudsjett (2) bygger blant annet på regnskapstallene fra 2016. Brutto driftsutgifter for fylkeskommunene var da 3,4 mrd. kroner, en økning på 3,7 % fra 2015. Dette inkluderte ifølge budsjettet «helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, drift av regionale odontologiske kompetansesentre og tannbehandling til voksne som selv betaler for behandlingen». Videre kan vi lese: «Netto driftsutgifter utgjorde om lag 2,4 mrd. kroner. Det meste av inntektene utgjøres av egenbetaling fra voksne pasienter.» 1 milliard i reduserte kostnader av brutto 3,4 milliarder, gjennom behandling av voksne uten rettigheter, utgjør 29 %. Fylkeskommunene har ifølge loven et ansvar for hele befolkningen, både hva gjelder allmenn- og spesialisttannhelsetjenester. Men; er det virkelig så mange pasienter i Norge som ikke har et privat tilbud? Vi snakker om rundt 20 % av pasientmassen som mottar behandling fra Den offentlige tannhelsetjenesten.

Fra folketrygden ble det utbetalt 2,341 milliard kroner i stønad til tannbehandling i 2016. Regjeringen skriver: «I oppfølgingen av St. meld. Nr. 35 (2007–2008) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester (3), jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008), prioriterer regjeringen i budsjettensammenheng følgende innsatsområder; geografisk tilgjengelighet, kompetanseløftet i tannhelsetjenesten og tannhelsetilbud til personer med store tannhelseproblemer». Kapittel 770 har to poster. I sum økte disse fra 261.504 millioner (regnskapet i 2016) til 304.126 millioner i statsbudsjettet for 2018. Dette er en økning på 16,3 %, og indikerer økt satsing på offentlige tannhelsetjenester, stort sett utført av offentlige, fra den borgerlige regjeringen. Post 21 viser til tiltak i offentlig sektor som på sikt kan vise seg å være gode. Post 70: «Bevilgnin-

gen har som formål å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer, bedre tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester, spesielt i offentlig tannhelsetjeneste, økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i offentlig tannhelsetjeneste». Her kan man anta at de regionale kompetansesentrene, som skulle bidra til en bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister, står sentralt. Tall fra SSB våren 2018 (1) viser at bare 23 % av de med vedtak om hjemmesykepleie, var undersøkt/behandlet i 2017. Én av fire. Videre viser tallene at tilfanget av offentlig ansatte tannlegespesialister har vært størst i Troms (Tromsø?), Hordaland (Bergen?) og Rogaland (Stavanger?). Tall fra Oslo foreligger ikke. Det kan reises spørsmål ved hvorvidt Stortingets målsetting gjennom mange års statsbudsjetter blir nådd, når tre av seks regionale kompetansesentre havnet i Oslo, Bergen og Stavanger, mens det eneste egentlige distriktssenteret, TKS i Arendal, ble vedtatt nedlagt på forsommeren.

Regjeringen foreslo 10 millioner kroner ekstra til behandling av odontofobi og nødvendig tannbehandling for de samme pasientene, «uavhengig av om denne utføres av fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell eller private tannleger basert på avtale med fylkeskommunen».

Statsbudsjettene fra 2009 til 2018

I prioriteringsøyemed kan det prinsipielt skilles mellom stykkprisfinansiering slik vi ser det i stønadsordningen, og rammefinansiering slik fylkeskommunenes tannhelsetilbud finansieres. Stønadsordningen gir budsjetteringsutfordringer fordi det er umulig på forhånd å vite hvor mange pasienter som har rett til stønad og hva dette vil utgjøre av utbetalinger fra Helfo. Det foreligger imidlertid godt tallmateriale fra foregående år. Kapittel 2711 er følgelig en så-

Sareptas krukke

Bibelen, Det gamle testamente:
Her står det skrevet om profeten Elia som bodde hos en enke i landsbyen Sarepta, en enke hvis melkrukke og oljekrus aldri ble tomme. I første kongebok, 17,14 står det: «For så sier Herren, Israels Gud: Melkrukken skal ikke bli tom, og det skal ikke mangle olje i muggen til den dagen kommer da Herren sender regn over jorden.».

kalt «overslagsbevilgning» (4), hvilket innebærer at Stortinget må etterbevilge penger dersom det oppstår et merforbruk. Rammene til fylkene ligger derimot fast, og fylkene må da tilpasse aktiviteten til budsjett. Fylkene har som nevnt redusert sine kostnader gjennom å behandle betalende pasienter uten rettigheter, og innholdet i tilbudet til de prioriterte gruppene kan også justeres innenfor rammen av det faglig forsvarlige.

I fem av åtte statsbudsjetter framgår det at det har vært et merforbruk i stønadskapittelet. I sum var dette merforbruket på 302 millioner kroner. På bakgrunn av merforbruket foreslo regjeringen forskjellige tiltak for å redusere kostnader. Samtidig flyttet man i perioden ca. 192 millioner kroner over til kapittel 770. Penger som ble spart gjennom tiltak som i realiteten økte egenandelene ved stønad, ble derved flyttet til andre tiltak i offentlig regi. Argumentet for å svekke tilbudet fra folketrygden var å spare, men så knuste regjeringen sparegrisen og kjøpte seg noe annet, mens Stortinget år etter år måtte etterbetale. Statsråd Bent Høie forklarte endringene i 2018-budsjettet med at tannlegene «feilbrukte» stønadsordningen. Med dette bakteppet flyttet han ti millioner til Den offentlige tann-

helsetjenesten som skulle tilby personer med odontofobi gratis behandling, og strammet samtidig inn innslagspunkt 14 på en måte som nærmest utraderte hele punktet. Dette ble som kjent endret i februar, men sannheten er at merforbruket i årene som her omtales kunne vært redusert fra 302 millioner til 110 millioner kroner dersom regjeringene ikke hadde flyttet penger fra kapittel 2711 til kapittel 770. Det er altså Stortinget selv, gjennom statsbudsjettene – ikke tannlegene – som står for det største merforbruket. I et næringsliv ville det vært helt utenkelig dersom en virksomhet, på konkursens rand, benyttet innsparte kostnader til andre kostnadskrevende tiltak som likevel ledet mot konkurs. Stønadskapittelet går imidlertid ikke konkurs, for rike Norge bare etterbetaler til «Sareptas krukke»*, kapittel 2711, som aldri blir tom. Samtidig som nye tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten ble finansiert fra stønadskassen, ble tilbudet i denne redusert. Selv om budsjettene har økt betraktelig gjennom perioden, er tilbudet til den enkelte stønadsmottaker redusert.

I 2010 (5) ble det ikke flyttet penger. Ordningen der tannlegene selv fikk ansvaret for at pasienter med refusjonsrettigheter fikk innvilget disse, kom til fra 1. januar 2008. De økonomiske konsekvensene av dette var ikke sikre da 2010-budsjettet ble lagt fram. Honorartakstene ble økt med 3,2%. I ettertid viste det seg at det i 2010 var et mindreforbruk på rundt fem millioner kroner.

I 2011 (6) ble det derimot et merforbruk på drøyt 87 millioner. I budsjettet var honorartakstene justert opp 3,1%. Samtidig reduserte man refusjonsbeløpene til «patologisk tannslitasje/erosjoner» fra 75 til 70% av honorartakst. Dette ble beregnet til å gi 14 millioner i besparelse. Videre beregner man å spare 29 millioner gjennom reduksjo-

ner innen kjeveortopedi- og kirurgitakter. 50 millioner flyttes til «helsehjelp utlandet» og kapittel 770 får en økning fra kapittel 2711 på 29 millioner kroner «utover årlig prisjustering». Dette skjer med henvisning til stortingsmelding 35 (3).

2012 (7): På nytt er det et merforbruk. Denne gang på 62 millioner kroner. I budsjettet var det, med henvisning til foregående års merforbruk, foreslått følgende tiltak: Refusjonstakstene økes med 1,1% istedenfor 3,1%. Dette bidrar til økte egenandeler. Det bidrar samtidig til lavere kostnader for stønadskapittelet. Videre ble skattefradraget for store utgifter til helsehjelp fjernet. Dette ble beregnet til å gi en besparelse på 100 millioner. Av disse ble 37 millioner tilført kapittel 2711 til styrking av periodontitt-takstene. Dette kom i tillegg til justeringen på 1,1%. Og: 29 millioner flyttes til kapittel 770.

2013 (8): Nok engang merforbruk. Nå på drøyt 26 millioner kroner. Det bevilges 40 mill. til tannhelsekontroll for gruppen 75 pluss, annethvert år. Innslagspunkt 14 styrkes med 20 mill. med henvisning til bortfallet av skattefradrag. Med begrunnelse i at utgiftene til tannslitasje/erosjon er steget for mye, og at takstene derfor reduseres, åpner det seg en mulighet til å flytte 30 millioner kroner til kapittel 770. Dette til tross for at det var et merforbruk foregående år.

I 2014 (9) ble det også et merforbruk, denne gang på 173 millioner. Det visste man selvsagt ikke da budsjettet ble framlagt. Man visste derimot om foregående års merforbruk. Det ble bevilget 30 millioner til implantatforankrede proteser i underkjeven og 10 millioner til pasienter med sykdommer og lidelser som gir store tannhelseproblemer. Takstene ble justert med 3,5%. 30 millioner kroner ble flyttet til kapittel 770. Dette til tross for foregående års merforbruk.

Også i 2015 (10) viste det seg å bli et merforbruk på 106 millioner. På budsjetteringstidspunktet viste man til merforbrukene årene før og foreslo besparende tiltak. Ingen prisjustering skulle gi en besparelse på 74 millioner. Sykehjelpsordningen for tannleger fikk redusert overføring med 10,4 millioner. Dette er en ordning som skal gi kompensasjon for inntektsbortfall ved sykdom og gjelder primært privatpraktiserende som, i motsetning til sine offentlige kolleger, ikke har sykelønnsordninger. Takstene foreslås nedjustert, noe som beregnes å gi 11,6 millioner i innsparing. Om de to siste grepene skriver den borgerlige regjeringen: «Til sammen utgjør dette 22 millioner kroner som overføres til kapittel 770». Sitat fra statsbudsjettet dette året: «Formålet med bevilgningen under kapittel 770 er å bidra til likeverdig geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester, inkl. spesialisttjenester, til å bedre tilbudet til særskilte grupper med tannhelseproblemer, kunnskapsutvikling og kvalitet i tjenestetilbudet». 14 millioner gikk til regionale kompetansesentre og 8 millioner til spesialistutdanning, inkl. lønn til pedodontikandidater.

I 2016 (11) var det et mindreforbruk på 110 millioner. Det visste man ikke da budsjettet ble skrevet. Igjen viste man til at det hadde vært en betydelig vekst i forbruket og at det var merforbruk foregående år. Derfor: Ingen prisjustering og nedjusterte takster ved patologisk tannslitasje. Likevel: Kapittel 770 styrkes med 25,8 millioner kroner fra kapittel 2711. Av disse midlene skal 5 millioner gå til psykolog/tannhelse-team ved flere regionale kompetansesentre, 13,3 millioner går til kompetansesentrene, 3 millioner til utredning om sosial ulikhet, 2 millioner til spesialist-

utdanning/dobbelkompetanseløp og 2,5 millioner til NIOM. Alt på bekostning av stønadspasientene som får økte egenandeler.

I 2017 (12) ble det ingen prisjustering som beregnes å gi en innsparing på 69 millioner. Videre skal det spares 19 millioner gjennom å redusere enkelte takster. 16 millioner av disse flyttes til kapittel 770.

Oppsummering

Dette handler om prioriteringer. Det er krevende å sette gode tiltak opp mot hverandre. Men det handler også om en tilsynelatende vilje til å overføre flere oppgaver fra stønadsordningen til fylkene og deres kompetansesentre. Kostnadene ved den stykkprisfinansierte stønadsordningen er som her vist vanskelig å forutsi. Man kan også hevde at stykkprisfinansiering er kostnadsdrivende ved at utøveren får betalt for utført arbeid, noe som er motiverende for å produsere. Ikke dermed sagt at det handler om overbehandling, for myndighetene må ta ansvar for tydelig å definere hvem som skal få og hva slags behandling de skal få. Stønadsordningen innebærer også egenandeler. Dette fordi den tross alt utgjør en begrenset del av tannlegenes hverdag og ikke er underlagt sentrale, forpliktende, forhandlinger, slik tilfellet er for fastlegene. Den innebærer imidlertid fritt tannlegevalg, noe som burde klinke godt i en borgerlig regjerings øre. Den offentlige tannhelsetjenesten må innrette sitt tilbud etter rammefinansieringen. Denne innebærer mer administrasjon og den har begrensede incentiver. Fylkene kan, innenfor det de mener er faglig forsvarlig, innrette tilbudet forskjellig. Eksempelvis er det vanskelig for Stortinget å vite hvilket

tilbud gruppe C får i Oslo og Odda. Tall fra Kostra viser oss andel under tilsyn og undersøkt/behandlet. Kvalitative kriterier mangler og det gir stor usikkerhet med hensyn til det reelle behovet. For barn og unge har vi i det minste kunnskap om antall tenner med fylling eller helt uten. Disse tallene gir grunnlag for å si noe om tannhelseutviklingen i denne gruppen.

Økningen i kapittel 770 fra 70.486 mill. i 2010 til 304.126 mill. i 2018 er på om lag 330 %. Nominelt har det vært budsjettert med 1 748 563.000 i hele perioden. De offentlige spesialistene havnet stort sett i byene, og tilbudet til gruppe C, som har hatt rettigheter siden 1984, er uvisst.

Før vi får en bedre kvalitativ beskrivelse av de øvrige prioriterte gruppens tannhelse, kan det synes underlig å skyve flere oppgaver over til fylkene og Den offentlige tannhelsetjenesten.

Referanser

1. SSB, Statistikkbanken
2. Prop 1 S (2017–2018)
3. St. meld. nr. 35 (2006–2007) – regjeringen.no
4. Bevilgningsreglementet – stortinget.no
5. Prop 1 S (2009–2010)
6. Prop 1 S (2010–2011)
7. Prop 1 S (2011–2012)
8. Prop 1 S (2012–2013)
9. Prop 1 S (2013–2014)
10. Prop 1 S (2014–2015)
11. Prop 1 S (2015–2016)
12. Prop 1 S (2016–2017)

*Carl Christian Blich
Universitetslektor ved seksjon for
samfunnsodontologi,
Det odontologiske fakultet, UiO*