

## Frumvarp til laga

um breytingu á lögum um almannatryggingar, nr. 100/2007.

Flm.: Púriður Backman, Ögmundur Jónasson.

### 1. gr.

42. gr. laganna orðast svo:

Fyrir almenna tannlæknaþjónustu greiðir Tryggingastofnun ríkisins samkvæmt samningum, sbr. 44. gr. Takist ekki samningar skv. 44. gr. er ráðherra heimilt að setja gjaldskrá. Gjaldskráin gildir bæði um tannlækningar sem starfræktar eru á vegum hins opinbera og annarra.

Greiðslur sjúkratrygginga skv. 1. mgr. skulu vera sem hér segir:

- a. Fyrir almennar tannlækningar barna og ungmenna, 20 ára og yngri, 100% kostnaðar.
- b. Fyrir elli- og örorkulífeyrisþega, sem njóta tekjutryggingar, 100% kostnaðar.
- c. Fyrir elli- og örorkulífeyrisþega, sem njóta ekki tekjutryggingar, 75% kostnaðar. Fyrir gullfyllingar, krónur, brýr og tannplanta gilda sérstakar reglur sem ráðherra setur. Heimilt er að hækka greiðslur fyrir þessa bótapega í allt að 100% eftir reglum sem ráðherra setur.

### 2. gr.

Lög þessi öðlast þegar gildi.

### Greinargerð.

Frumvarp þetta var lagt fram á 131., 132. og 133. löggjafarþingi og er nú endurflutt lítið breytt. Á 131. löggjafarþingi var gerð breyting á þágildandi 37. gr. laga um almannatryggingar um greiðslur sjúkratrygginga fyrir tannlæknaþjónustu og fagna flutningsmenn auknum réttindum sem leiddi af þeirri breytingu. Flutningsmenn telja hins vegar brýnt og eðlilegt að hlutfall greiðsluþátttöku sjúkratrygginga komi fram í lögum en ekki í reglugerð eins og fyrirkomulagið er nú.

Á 133. löggjafarþingi var frumvarpið sent til umsagnar og bárust umsagnir frá ríkisskattstjóra, Tryggingastofnun ríkisins, Alþýðusambandi Íslands, Miðstöð heilsuverndar barna, Lýðheilsustöð, Öldrunarráði Íslands og tannlæknaeild Háskóla Íslands. Voru umsagnirnar almennt mjög jákvæðar.

Í frumvarpinu er lagt til að Tryggingastofnun ríkisins (TR) greiði fyrir almennar tannlækningar barna og ungmenna 20 ára og yngri, svo og fyrir almennar tannlækningar elli- og örorkulífeyrisþega. Flutningsmenn leggja áherslu á að kveðið verði á um form reikninga fyrir tannlæknaþjónustu í samningum við tannlækna eða gjaldskrá. Þá er í frumvarpinu lögð til sú breyting á 1. mgr. 42. gr. laga um almannatryggingar að felld verði niður tilvísun í hugtakið tannréttingar. Í stað þess verði vísað til almennra tannlækninga, en það hugtak skýrir sig að nokkru leyti sjálf. Hér er um að ræða forvarnir, almennar viðgerðir og tannréttingar aðrar en þær sem gerðar eru með föstum tækjum en um slíkar tannréttingar, svo og gullfyllingar,

krónu- og brúargerð, gilda reglur sem vísað er til í 38. gr. almannatryggingalaga og eiga aðallega við um börn og unglínga.

Verði frumvarp þetta að lögum felur það í sér að sjúkratryggingar munu greiða að fullu tannlækningar, þ.m.t. tannréttingar með lausum tækjum, ungmenna á aldrinum 18–20 ára sem nú greiða slíka þjónustu sjálf, að fullu tannlækningar barna 0–17 ára í stað 75% af gjaldskrá ráðherra eins og nú er, að fullu tannréttingar með lausum tækjum fyrir börn 0–17 ára sem nú eru ekki greiddar, að fullu tannlækningar lífeyrisþega sem fá greidda tekjutryggingu, í stað 75% af gjaldskrá ráðherra eins og nú er, 75% af gjaldskrá ráðherra fyrir tannlækningar lífeyrisþega sem ekki fá greidda tekjutryggingu, í stað 50% af gjaldskrá ráðherra eins og nú er. Með vísan til fyrrgreinds er ljóst að frumvarp þetta er til þess fallið að stuðla að verulega bættu tannheilbrigði barna og ungmenna sem og elli- og örorkulífeyrisþega. Með þessu móti er leitast við að tryggja aðgengi að tannlækningum óháð efnahag og félagslegum aðstæðum. Er þetta mikilvægt, ekki síst í ljósi nýlegra rannsókna sem sýna að tannheilsa barna og ungmenna hér á landi virðist hætt að batna.

Eins og staðan er nú miðast endurgreiðsla Tryggingastofnunar ríkisins við opinbera gjaldskrá heilbrigðisráðherra en gjaldskrá starfandi tannlækna er frjáls. Einstaklingar þurfa að greiða að fullu þann mismun sem getur verið á gjaldskrá tannlækna og gjaldskrá ráðherra. Almennu eru gjaldskrár tannlækna umtalsvert hærri en gjaldskrá ráðherra sem Tryggingastofnun ber að greiða eftir enda hefur gjaldskrá ráðherra ekki verið hækkuð síðan í nóvember 2004. Flutningsmenn vekja athygli á mikilvægi þess að gjaldskrá ráðherra sé uppfærð í samræmi við verðlagsþróun hér á landi svo ekki myndist djúp gjá milli gjaldskrár ráðherra annars vegar og gjaldskrár einstakra tannlækna hins vegar.

Flutningsmenn hafa áður lagt fram frumvörp um þátttöku Tryggingastofnunar ríkisins í kostnaði við tannlækningar. Frumvarpið byggist á frumvarpi sem flutt var af Ögmundi Jónassyni o.fl. á 122., 123. og 125. löggjafarþingi og vísað var til heilbrigðis- og trygginganefndar án þess að hljóta þar afgreiðslu. Frá því að fyrri frumvörp voru lögð fram hefur greiðsluþátttaka Tryggingastofnunar aukist og er það vissulega framfaraskref.

Á 130. löggjafarþingi lögðu flutningsmenn þessa frumvarps fram tillögu til þingsályktunar um tannvernd barna og unglínga. Í henni var lagt til að tannvernd barna og unglínga til 18 ára aldurs yrði eflað og sérstök tannvernd ákveðinna aldurshópa yrði hluti ungbarnaverndar og skólaheilsugæslu. Lagt var til að greiðsluþátttaka Tryggingastofnunar ríkisins fyrir almennar tannlækningar barna og unglínga að 18 ára aldri yrði 90%. Þingsályktunartillögunni var vísað til umfjöllunar í heilbrigðis- og trygginganefnd og voru umsagnir sem bárust um hana í heild jákvæðar. Í þeim kom fram að nauðsynlegt væri að bæta tannheilbrigðiskerfið og auka greiðsluþátttöku Tryggingastofnunar en hins vegar þótti sú skipan sem tillagan gerði ráð fyrir nokkuð flókin í framkvæmd. Með hliðsjón af þeirri athugasemd er hér lögð til einfaldari útfærsla og að Tryggingastofnun greiði að fullu kostnað af almennum tannlækningum fyrir 20 ára og yngri.

### **Tannheilbrigði barna og unglínga.**

Árið 1986 voru skemmdar, tapaðar eða viðgerðar fullorðinstennur (DMF) hjá 12 ára börnum að meðaltali 6,6, þeim fækkaði í 3,4 árið 1991 og voru komnar niður í 1,5 árið 1996. Helstu ástæður þessa árangurs eru taldar vera bætt efnahagsleg staða fólks, góð tannlæknaþjónusta, notkun flúortannkremis, flúormeðferð, bætt munnhirða og hugarfarsbreyting almennings í tannheilsuárum.

Árið 1986 var hlutfall 12 ára barna án tannskemmda 3,6% en árið 1996 hafði þetta hlutfall hækkað í 47,5%. Margir hafa því talið að tannheilbrigði barna og unglínga færi stöðugt

batnandi, en að mati sumra tannlækna hefur ástandið breyst til hins verra á undanförunum árum, bæði hvað varðar tannskemmdir og glerungseyðingu. Ástæður þessa eru óljósar en dregið hefur úr markvissum forvarnaaðgerðum heilbrigðisyfirvalda auk þess sem það er staðreynd að greiðsluþátttaka TR í tannvernd og tannviðgerðum barna og unglunga hefur ekki fylgt verðlagsþróun. Þetta kom m.a. fram á málþingi um tannheilsu barna sem haldið var á Grand hóteli í Reykjavík 27. mars 2004.

Í nýlegri rannsókn á munnheilsu barna á Íslandi (MUNNÍS-rannsókn), en niðurstöður þeirrar rannsóknar voru kynntar 31. janúar 2007, kemur fram að tíðni tannskemmda hjá börnum og unglingum hér á landi virðist hætt að lækka. Rannsóknin leiddi einnig í ljós að í norrænum samanburði væru 12 ára íslensk börn að meðaltali með tvöfalt fleiri skemmdar tennur en samanburðarhópar í Svíþjóð og er staðan hér á landi verri en á öllum hinum Norðurlöndunum.

### **Tannheilbrigði aldraðra.**

Í nýlegri skýrslu eru birtar niðurstöður fjórða áfanga könnunar á breytingum á tannheilsu Íslendinga 1985–2000 en hún nær til landsmanna 65 ára og eldri. Að gerð skýrslunnar stóðu Guðjón Axelsson, Tannlækningastofnun Háskóla Íslands og Sigrún Helgadóttir. Þær umfangsmiklu upplýsingar sem aflað hefur verið um tannheilsu Íslendinga undirstrika mikilvægi þess að slíkum rannsóknum verði haldið áfram með reglulegu millibili í framtíðinni. Nauðsynlegt er að meta reglulega árangur af starfinu sem unnið er á þessu sviði heilsugæslu og greina í tíma breytingar sem verða á tannheilsu landsmanna þannig að bregðast megi við þeim. Í skýrslunni kemur fram að hlutfall þeirra sem eru tannlausir fer stöðugt lækkanði. Af þeim sem svöruðu voru 54,6% tannlausir í báðum gömum eða 17.599 manns og hafði fækkað um 22,4 prósentustig frá 1985.

Mjög sterk tengsl voru á milli tannleysis og aldurs, kynferðis, menntunar, tíma frá síðustu tannlæknisheimsókn og tíðni tannlæknisheimsókna. Einnig komu fram nokkuð sterk tengsl milli búsetu og tannleysis. Í könnunni kom einnig fram að marktækur kynbundinn munur var á tannleysi, þar er algengara meðal kvenna (64,4 %) en meðal karla (44,3%).

Markmið könnunarinnar var að afla upplýsinga um fjölda eigin tanna, á hvaða aldri fólk varð tannlaust, tíðni heilgóma og parta, þrif, aldur og notkunarvenjur heilgóma, tannhirðu, notkun flúortannkreams, notkun tannlæknisþjónustu og hvort fólk var ánægt með þá tannlæknisþjónustu sem það hefur fengið sl. 10 ár. Þá voru könnuð áhrif kynferðis, búsetu, búsetu mestan hluta ævinnar, hjúskaparstöðu, menntunar, starf, starfs maka, starfs föður og starfs móður á niðurstöður. Kannað var hvort og hvaða breytingar hefðu orðið á tannheilsu Íslendinga 65 ára og eldri frá 1985, 1990 og 1995 og hvort tekist hefði að ná alheimsmarkmiðum Alþjóðasamtaka tannlækna (FDI) og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) fyrir árið 2000 fyrir þennan aldurshóp.

Samkvæmt markmiðum þessara stofnana skyldi tíðni tannleysis hjá þeim sem voru 65 ára og eldri árið 2000 hafa minnkað um 25% frá því sem hún var árið 1980 og enn fremur skyldu yfir 50% tenntra einstaklinga hafa minnst 20 tennur í biti. Ekki er vitað hve margir Íslendingar 65 ára og eldri voru tannlausir árið 1980, en sé gert ráð fyrir að hlutfall tannlausra hafi lækkað álíka hratt á árunum 1980–1985 og frá 1985 til 1990 þá hefur hlutfall tannlausra verið rúmlega 80% árið 1980. Hlutfall tannlausra ætti þá að vera nálægt 60% árið 2000. Þetta markmið hefur því náðst á Íslandi.

Í skýrslunni kemur einnig fram að um síðustu aldamót voru 37,5% tenntra Íslendinga 65 ára og eldri með 10 eða fleiri tennur í hvorum gömi og að sýnt hafi verið fram á að í flestum tilfellum eru þeir sem segjast vera með 10 eða fleiri tennur í hvorum gömi með 20 eða fleiri

tennur í biti. Það sé því ljóst að ekki hafi tekist að ná því markmiði að 50% tennta Íslendinga 65 ára og eldri hefðu minnst 20 tennur í biti árið 2000.

Íslensk heilbrigðisáætlun til ársins 2010 tekur mið af markmiðum WHO og FDI. Í þeirri áætlun kemur fram að mikilvægustu verkefni næstu ára hvað aldraða varðar er að vinna að því að fullorðnir hafi a.m.k. 20 tennur í biti, draga úr tannleysi aldraðra og tryggja aðgengi allra þjóðfélagshópa að tannlækningum. Enn fremur verði að koma betra skipulagi á til þess að fylgjast með tannheilsu þjóðarinnar.

Tannheilsa aldraðra hefur batnað og fólk er betur meðvitað um tannheilsu og útlit. Betra aðgengi að tannheilbrigðisþjónustu og bættur fjárhagur fjölmargra aldraðra hefur haft afgerandi áhrif. Ný vandamál í munnholi koma upp með hækkandi meðalaldri þjóðarinnar og í staðinn fyrir tannskemmdir er tanneyðing orðin töluvert vandamál. Sjúkdómar í tannholdi fylgja hækkandi aldri og breyttum lífsstíl.

Tanndráttur og falskar tennur var viðurkennd meðferð við lélegri tannheilsu fram á seinni hluta síðustu aldar en ætti að heyra fortíðinni til þegar hægt er að byggja upp bit með öðrum hætti. Tannlæknisfræðin þróast hratt með nýrri tækni og efnun svo möguleikar skapast til að stuðla að betra tann- og tannholdsheilbrigði, betra biti og minna tannleysi. Í dag vilja flestir halda tönnum sínum og bæta tannleysi með öðrum ráðum en að láta rífa tennur fyrir heilgóma. Það er því miður of algeng lausn, þar sem hún er í mörgum tilfellum ódýrust fyrir aldraða einstaklinga.

### **Breytt aldursmörk og endurgreiðsluhlutfall.**

Í fyrri frumvörpum var gert ráð fyrir að þeir sem væru 18 ára og yngri greiddu einvörðungu 10% af tannlækniskostnaði en brýnt væri að endurmeta með tilliti til eftirlitsþáttarins hvenær rétt væri að endurgreiða kostnaðinn að fullu. Í fyrri frumvörpum kom einnig fram að æskilegt væri að auka greiðsluþátttöku TR í áföngum og stefna að hækkun aldursmarka í 20 ár, þ.e. að setja svipuð aldursmörk og best gerist á Norðurlöndum að þessu leyti. Með frumvarpinu er fallið frá þessum aðlögunartíma og gert ráð fyrir 100% greiðsluhlutfalli hins opinbera í tannheilbrigðisþjónustu landsmanna 20 ára og yngri og ellilífeyrisþega sem njóta tekjuþryggingar.

Flutningsmenn telja að miðað við stöðu þessara mála nú þurfi verulegt átak til að koma tann- og munnholsheilsu barna og ungmenna í betra horf. Greiðsluþátttaka TR vegur þyngst ef veita á börnum og unglíngum tannheilbrigðisþjónustu óháð efnahag foreldra. Í könnun á hlutfalli barna sem ekki skila sér í eftirlit til tannlækna á Íslandi sem birt var í 1. tbl. Tannlæknablaðsins 2002 kom fram að börnum sem engrar tannlækningaþjónustu njóta hefur fjölgað. Í rannsókninni var ekki hægt að greina hvaða hópur barna það er sem ekki skilar sér en talið er líklegt að þau börn sem tilheyra þeim hópi þjóðfélagsins sem illa er staddur bæði fjárhagslega og félagslega tilheyri einnig þessum hópi. Tannheilbrigðisþjónusta aldraðra og öryrkja fellur undir það sama, faglegt mat á viðhaldi bits og tanna á ekki að vera háð efnahag hvers og eins.

### **Dregið úr jaðaráhrifum á elli- og örorkulífeyrisþega.**

Í frumvarpinu er gert ráð fyrir því að draga úr kostnaði elli- og örorkulífeyrisþega við tannlækningar en þess eru mörg dæmi að efnalítið fullorðið fólk og öryrkjar hafi ekki getað leitað sér lækninga af fjárhagsástæðum. Með þeim breytingum sem hér eru lagðar til yrði dregið verulega úr jaðaráhrifum innan almannatryggingakerfisins á elli- og örorkulífeyrisþega.

### **Greiðsluhlutdeild hins opinbera.**

Greiðsluhlutdeild hins opinbera í tannlækniskostnaði hefur tekið miklum breytingum á undanförunum áratugum. Árið 1974 hófust greiðslur TR til tannlækna. Á áttunda og níunda áratugnum var kostnaðarhlutdeild Tryggingastofnunar í útgjöldum heimilanna aukin jafnt og þétt á meðan samningur tannlækna og TR var í gildi en eftir það hefur kostnaðarhlutdeild barna, aldraðra og öryrkja verið aukin.

Á árunum 1992–1993 var framlag Tryggingastofnunar við tannlækniskostnað elli- og örorkulífeyrisþega sem nutu óskertrar tekjutryggingar lækkað úr 100% í 75% og hlutur þeirra sem bjuggu við skerta tekjutryggingu lækkaður í 50%. Aðrir elli- og örorkulífeyrisþegar sem höfðu fengið greidd 50% af tannlækniskostnaði sínum fengu nú engan stuðning. Fleiri ráðstafanir voru gerðar í skerðingarátt, einkum á sviði tannréttinga en á síðustu árum hefur greiðsluþátttaka TR verið aukin aftur og má þar m.a. nefna eftirfarandi: Viðmiðunarlaldursmörk hafa verið hækkuð í 18 ár. Elli- og örorkulífeyrisþegar sem njóta ekki tekjutryggingar fá nú aftur 50% af kostnaði samkvæmt gjaldskrá ráðherra. Elli- og örorkulífeyrisþegar sem njóta tekjutryggingar fá nú greidd 75% af tannlækniskostnaði samkvæmt gjaldskrá ráðherra en fengu áður 50%. Elli- og örorkulífeyrisþegar sem eru langsjúkir fá nú 100% endurgreiðslu af gjaldskrá ráðherra en fengu 75% áður. Þá fá börn í umönnunarflokki 3 nú 90% af kostnaði samkvæmt gjaldskrá ráðherra, eins og börn í flokkum 1 og 2, en fengu áður 75%.

Það að ekki skuli vera í gildi samningur um fasta gjaldskrá milli tannlækna og TR skerðir verulega hlut þeirra sem eiga rétt á greiðsluþátttöku stofnunarinnar. Samningur sem gerður var 1992 milli tannlækna og TR gildi til 1998, en þá náðist ekki samkomulag milli samningsaðila um gerð nýs samnings. Núgildandi gjaldskrá ráðherra byggist á samningnum sem gildi til 1998 og hefur ekki breyst í takt við verðlagsþróun og skeykir því greiðsluþátttöku TR verulega. Börn og unglingar sem nú eiga rétt á 75% endurgreiðslu TR fá í raun ekki nema 50% af þessum sökum þar sem greiðsluþátttaka TR miðast við fasta gjaldskrá ráðherra, en verðskrá tannlækna er frjáls og hefur hækkað umtalsvert umfram hækkun gjaldskrárinnar 2004.

Athyglisvert er að skoða kostnaðarskiptingu Tryggingastofnunar og sjúklinga og breytingar á henni á liðnum árum. Þar kemur fram að þegar dregið var úr stuðningi hins opinbera á árunum 1992–93 jókst greiðslubyrði heimilanna að sama skapi eða úr 62% af heildarútgjöldum í 75%, sbr. skýrslu Hagsýslu ríkisins, Tannlækningar, skipulag og stjórnsýsla, sem gefin var út í júlí 1997. Árið 1996 var kostnaðarhlutdeild ríkisins 856 millj. kr., þar af 620,8 millj. kr. vegna 37. gr. laga nr. 117/1993, en útgjöld heimilanna voru 2.412 millj. kr. Ljóst er að þessar breytingar höfðu það jafnframt í för með sér að samanlögð útgjöld heimila og ríkisins vegna tannlæknaþjónustu drógu saman. Þar sem hvorki var um það að ræða að verð á tannlækningum hefði lækkað né að tannheilsan hefði batnað má draga þá ályktun að þessar breytingar hafi haft það í för með sér að fólk veigri sér við því að leita lækninga eða fyrirbyggjandi ráðstafana, enda staðhæfir fólk að svo sé, samkvæmt skýrslu landlæknis sem vísað var til að framan. Forsenda þess að draga úr útgjöldum heimilanna vegna tannlæknaþjónustu sjúkratryggðra er að í gildi sé gjaldskrársamningur tannlækna og TR vegna sjúkratryggðra og greiðsluþátttaka hins opinbera verði aukin.

Í skýrslu landlæknisembættisins, Heilbrigðisþjónustan, árangur og skipulag í nútíð og framtíð, sem gefin var út í apríl 1997, er varað við þjónustugjöldum og hækkun gjalda í heilbrigðisþjónustunni þar sem í ljós hafi komið að meðal barnafólks með lágstar ráðstöfunartekjur á mánuði sé allstór hópur sem hefur frestað eða hætt við að leita lækni meðferðar og taka út lyf vegna fjárskorts. Í skýrslunni kemur fram að ekki virðast færri fara í aðgerðir á læknastofum en mun færri fara í meðferð hjá tannlækni og reyndar hefur borið á því áður.

Flest bendir til þess að rekja megi þetta ástand til hækkandi þjónustugjalda á undanförunum árum. Í það minnsta eru þjónustugjöldin of há fyrir þá lægst launuðu. Hér hefur orðið grundvallarbreyting því að fyrri rannsóknir hafa ekki bent til misræmis í aðgengi fólks eftir stéttum og efnum.

Vissulega ber að fagna mikilvægum úrbótum sem gerðar hafa verið. Þær úrbætur eru þó ekki nægar og jafna ekki stöðu þeirra hópa sem hér hafa verið nefndir, t.d. ef borið er saman við þær reglur sem gilda um tannheilbrigðisþjónustu nágrannaþjóðanna.

### **Opinber stefna.**

Í íslenskri heilbrigðisáætlun til ársins 2010 er bættri tannheilsu barna og unglunga skipað á bekk með forgangsverkefnum. Stefnt er m.a. að því að 12 ára börn hafi að meðaltali minna en eina skemmda, tapaða eða viðgerða fullorðinstönn fyrir árið 2010. Tannheilsa íslenskra barna hefur lítið verið rannsökuð á síðustu árum en miðað við þau gögn sem til eru, er talið að hjá 12 ára börnum sé þetta hlutfall u.þ.b. 1,5.

Ljóst er að auk kostnaðar hafa margir aðrir þættir áhrif á tannheilbrigði. Má þar nefna breytt mataræði, svo sem aukna neyslu gosdrykkja, tannhirðu og erfðir.

Til að halda útgjöldum við tannlækningar niðri er því mikilvægt að halda uppi stöðugri fræðslu, efla tannheilsugæslu og virkja þátt ábyrgðartannlækna svo nokkur dæmi séu nefnd. Það er mikilvægt að sátt náist um opinbera stefnu í tannheilbrigðisþjónustu svo að áherslan beinist að þeim hópum sem mest þurfa á því að halda. Komið hefur fram það sjónarmið að breyta megi áherslum og forvörnum í tannheilsuvernd barna og unglunga og leggja meiri áherslu á ákveðna áhættuhópa, en draga jafnframt úr forvarnaaðgerðum meðal barna og unglunga sem hafa góða tannhirðu og heilbrigðar tennur.

### **Áætlaður kostnaður.**

Erfitt er að áætla nákvæmlega kostnað við breytingarnar en þegar kostnaður við þær er metinn ber að hafa í huga hinn mikla fjárhagslega ávinning sem hlytist af því að bæta tannheilsu þjóðarinnar. Bætt tannheilsa og betri vitund ungs fólks um mikilvægi þess að vernda tennurnar mundi stórlega draga úr tilkostnaði þjóðarinnar við tannlækningar þegar fram líða stundir. Miðað við núverandi gjaldskrá má ætla að heildarkostnaðaraukinn vegna þeirra breytinga sem frumvarp þetta mælir fyrir um yrði um 754 millj. kr. ef gengið yrði út frá þeim forsendum sem fram koma í fylgiskjali I. Hins vegar ber að geta þess að gjaldskráin hefur ekki hækkað í takt við verðlagsbreytingar svo að gera verður ráð fyrir sérstakri hækkingu af þeim sökum umfram þessa fjárhæð. Ef miðað yrði við að gjaldskráin hækkaði um 30% í samræmi við verðlagsbreytingar má ætla að heildarkostnaðaraukinn yrði 1.272 millj. kr. miðað við þær forsendur sem fram koma í fylgiskjali I.

**Fylgiskjal I.**

Reynir Jónsson  
tryggingatannlæknir:

**Áætlaður kostnaður sem leiðir af frumvarpinu.**

		<b>m.kr. nú</b>	<b>m.v. frv.</b>	<b>með 30% hækkun</b>
<b>Börn</b>	0–17 ára	514	754	980
	18–20 ára	0	162	211
	Forréttingar	0	50	65
<b>ELTE</b>		198	330	429
<b>ORTE</b>		148	247	321
<b>ELLI</b>		55	103	134
<b>ORLI</b>		13	24	32
<b>Annað</b>		46	58	75
	<b>Samtals:</b>	<b>974</b>	<b>1.728</b>	<b>2.246</b>
	<b>Hækkun:</b>		<b>754</b>	<b>1.272</b>

*Forsendur:*

1. Breytingin verði til þess að 10% fleiri börn leiti til tannlækna en nú er.
2. Í hverjum árgangi 18–20 ára séu 4.000 einstaklingar og að 90% þeirra leiti til tannlæknis.
3. Kostnaður við hvern einstakling, 18–20 ára, verði 15.000 kr./ári.
4. Forréttingar kosti 50 m.kr./ári.
5. Breytingin leiði til þess að fleiri lífeyrisþegar leiti til tannlækna og hver þiggi meiri meðferð, samtals aukning um 25%.
6. Sömu áhrif verði á aðra hópa, hér að ofan fært undir annað, svo sem börn með umönnunarbætur og fólk á sambýlum, sem nú fá 100%.
7. Hækka þarf gjaldskrá ráðherra, frá 2004, um a.m.k. 30%

*Skýringar:*

ELTE	Ellilífeyrisþegar með tekjutryggingu
ORTE	Örorkulífeyrisþegar með tekjutryggingu
ELLI	Ellilífeyrisþegar án tekjutryggingar
ORLI	Örorkulífeyrisþegar án tekjutryggingar

## Fylgiskjal II.

Helga Ágústsdóttir,  
Hólmsfríður Guðmundsdóttir,  
Reynir Jónsson:

### Heimtur barna til tannlækna.

(Tannlæknaþlaðið 2002, 1. tbl., bls. 48–49.)

#### Inngangur

Upplýsingar um það hlutfall barna sem ekki skilar sér í eftirlit til tannlækna á Íslandi eru nauðsynlegar stjórnvöldum til stefnumótunar á þessu sviði. Í fyrra gerði yfirtannlæknir Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis (HTR) könnun á þessu á tímabilinu 1. janúar 2000 – 30. júní 2001 og birti niðurstöður sínar í Tannlæknaþlaðinu (1). Ákveðið var að endurtaka fyrirspurnina nú að ári liðnu og gera nýja könnun í samvinnu við tryggingayfirtannlækni Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og nýskipaðan yfirmann Miðstöðvar Tannverndar (MT).

#### Efni og aðferðir

Fyrirspurn var send til Skýrsluvéla Reykjavíkur (SKÝRR) í september 2002 og beðið um eftirfarandi upplýsingar:

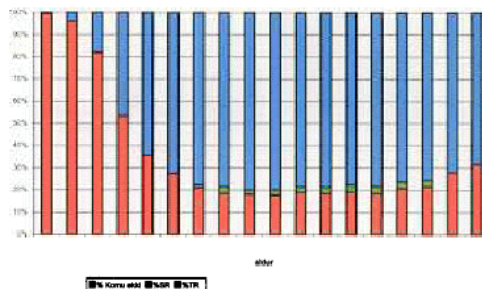
- 1.a. Fjöldi barna 17 ára og yngri, flokkuð eftir fæðingarárum, sem voru sjúkratryggð á Íslandi þann 31.12. 2001 (þ.m.t. Íslendingar með lögheimili á Norðurlöndunum).
- 1.b. Sama, flokkað niður á póstnúmer lögheimilis barnanna.
- 2.a. Fjöldi barna sem fengu greiðslu frá TR vegna einhverra gjaldliða tannlækninga á tímabilinu 1. janúar 2001 – 30. júní 2002.
- 2.b. Sama, flokkað niður á póstnúmer lögheimilis barnanna.

Ákveðið var að miða við sambærilegt tímabil og áður, þ.e. 1. janúar 2001 – 30. júní 2002. Einnig var falast eftir nýjustu upplýsingum frá Skólatannlækningum Reykjavíkur (SR).

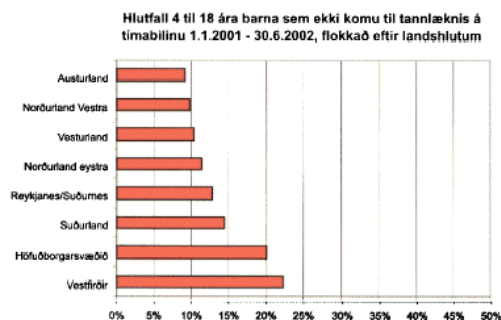
Gröfin voru unnin í Excelhugbúnaði út frá upplýsingum frá SKÝRR um greiðslur TR vegna tannlækninga barna og frá Skólatannlækningum Reykjavíkur skólaárið 2001–2002.

#### Niðurstöður

Heildarfjöldi sjúkratryggðra barna var notaður sem grunnur þeirra sem hlutfallið var reiknað út frá í hinum fyrirspurnunum (þ.e. nefnari jöfnunnar). Hlutfall þeirra



Mynd 1: Komur barna 0-18 ára til tannlækna á tímabilinu 1.1.2001 – 30.6.2002



Mynd 2: Hlutfall 4 til 18 ára barna sem ekki komu til tannlæknis á tímabilinu 1.1.2001 – 30.6.2002, flokkað eftir landshlutum

barna sem ekki komu til tannlækna má sjá annars vegar á mynd 1 og töflum 1a og 1b og hins vegar á myndum 2 og 3. Merktur er með rauðu sá hluti barna sem ekki kom til tannlæknis á tímabilinu 1.1. 2001 – 30.6. 2002, samkvæmt skýrslum TR og Skólatannlækninga Reykjavíkur.

Hlutfall allra barna 0-18 ára barna sem ekki fóru til tannlæknis var 35,9%, hlutfall grunnskólabarna, (þ.e. 6-15 ára) var 19,2% og 22,5% af börnum á aldrinum 4-18 ára fóru ekki til tannlæknis (tafla 1b).

Landshlutaskipting leiðir í ljós að fæst 4 til 18 ára börn skila sér til tannlækna og á Vestfirðum (22,3%) og á höfuðborgarsvæðinu (20,0%) en á Austurlandi koma flest börn



til tannlækna (9,1% skila sér ekki, mynd 2). Ef skoðuð eru sveitarfélög með fleiri en 500 börnum undir 18 ára aldri er ljóst að í Reykjavík njóta hlutfallslega fæst 4 til 18 ára börn tannlækningaþjónustu (22,3% skila sér ekki, mynd 3).

Aldur	Heildarfjöldi í árgangi	% Komu ekki	%SR	%TR
0	4.382	99,6%	0,0%	0,4%
1	4.647	96,3%	0,0%	3,7%
2	4.459	82,1%	0,0%	17,9%
3	4.567	53,3%	0,0%	46,7%
4	4.567	35,6%	0,0%	64,4%
5	4.729	27,3%	0,0%	72,7%
6	4.654	20,9%	1,3%	77,7%
7	4.790	18,4%	3,1%	78,5%
8	4.965	18,1%	1,9%	80,0%
9	4.956	17,7%	2,3%	79,9%
10	4.866	18,9%	2,5%	78,6%
11	5.138	18,4%	2,9%	78,7%
12	4.802	19,1%	3,3%	77,7%
13	4.928	18,4%	3,2%	78,4%
14	4.468	20,8%	3,0%	76,3%
15	4.187	21,4%	3,0%	75,5%
16	4.178	27,8%	0,0%	72,2%
17	4.387	31,6%	0,0%	68,4%
	83.670	35,9%	1,5%	62,6%

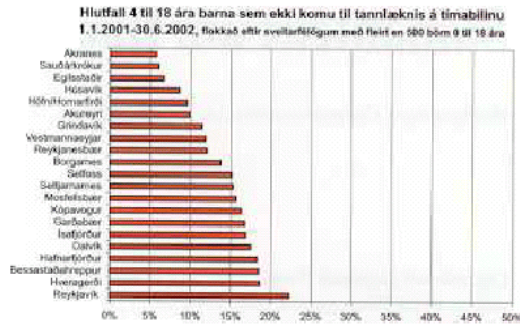
Tafla 1a. Allar komur barna til tannlækna á tímabilinu 1.1. 2001-30.6. 2002.

Aldur	2000-2001	2001-2002
0-18 ára	34,2%	35,9%
4-18 ára	17,1%	22,5%
6-15 ára	11,0%	19,2%

Tafla 1b. Meðaltal þeirra sem ekki hafa komið til tannlækna á 18 mánaða tímabili í ýmsum aldurshópum, samanburður milli ára.

## Umræður

Ljóst er af þessari könnun að almennt er farið fullseint með íslensk börn í fyrstu heimsókn til tannlækna, en einungis um 18% tveggja ára barna og tæplega helmingur þriggja ára barna fór til tannlækna á umræddu tímabili. Athygli vekur að tannlækningaþjónusta virðist almennt betur sótt utan Reykjavíkur. Í ljósi þess að flestir tannlæknar eru starfandi á höfuðborgarsvæðinu en hins vegar er aðsókn barna til tannlækna hvað minnst á því svæði vakna spurningar um hvort ekki sé úrbóta þörf á þessu sviði.



Mynd 3: Hlutfall 4 til 18 ára barna sem ekki komu til tannlækna á tímabilinu 1.1.2001 – 30.6.2002, flokkað eftir sveitarfélögum með fleiri en 500 börnum 0 til 18 ára

Við samanburð á heimtum barna, 18 ára og yngri til tannlækna á tímabilinu 1. janúar 2000 - 30. júní 2001 annars vegar og tímabilinu 1. janúar 2001 - 30. júní 2002 hins vegar (tafla 1b), kemur í ljós að fjöldi barna sem engar tannlækningaþjónustu nýtur hefur aukist. Þó er ekki hægt að sjá út frá þessari rannsókn hvaða hópur barna það er sem engar tannlækningaþjónustu nýtur á umræddu tímabili. Líklegt má hins vegar telja að þau börn sem tilheyra þeim hópi þjóðfélagsins sem illa er staddur bæði fjárhagslega og félagslega tilheyri einnig þessum hópi.

Í íslenski heilbrigðisáætlun (2) til ársins 2010 er bættri tannheilsu barna og unglinga skipað á bekk með forgangsverkefnum. Stefnt er m.a. að því að DMFT 12 ára barna verði minna en 1,0 fyrir árið 2010. Tannheilsa íslenskra barna hefur lítið verið rannsökuð á síðustu árum, en talið er að DMFT 12 ára barna sé u.þ.b. 1,5 samkvæmt þeim gögnum sem til eru (3,4). Nú stendur yfir stefnumótun á sviði tannheilbrigðismála innan Heilbrigðisráðuneytis en aukin samvinna stjórnvalda og tannlækna er forsenda þess að vel til takist og vonir eru bundnar við að svo megi verða.

## Heimildir

1. HELGA ÁGÚSTSDÓTTIR. Skil barna yngri en 18 ára til tannlækna á 18 mánaða tímabili. Tannlæknaþlaðið 2001; 30-31. Einnig að finna á heimasíðu tannheilsudeildar HTR, <http://www.tannheilsa.is> <http://www.tannheilsa.is/interpro/heilb/tannvernd.nsf/pages/wpp0140>
2. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 2001. (hægt er að sækja áætlunina á heimasíðu HTR <http://www.heilbrigdisraduneyti.is>.)
3. SIGFÓR ÞÓR ELÍASSON. Heimasíða tannheilsudeildar HTR, <http://www.tannheilsa.is/interpro/heilb/tannvernd.nsf/pages/wpp0001>
4. Ársskýrsla Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur 2001. Reykjavík 2001.

**Fylgiskjal III.****Úr heilbrigðisáætlun til ársins 2010.**  
(Nóvember 2000.)**6.7 Tannheilsa.**

Dregið hefur stórlega úr tannskemmdum hér á landi á allra seinustu áratugum. Þetta sést til dæmis á því að skemmdar, tapaðar eða viðgerðar tennur (DMF) hjá tólf ára börnum árið 1985 voru að meðaltali 6,6, fækkaði í 3,4 árið 1991 og voru komnar niður í 1,5 árið 1996. Árið 1986 var fjöldi 12 ára barna með engar tannskemmdir 3,6% og árið 1996 hafði þetta hlutfall hækkað í 47,5%. Helstu ástæður þessa stórgóða árangurs eru taldar vera bætt efna-hagsleg staða fólks, góð tannlæknaþjónusta, notkun flúortankrems, flúormeðferð, bætt munnhirða og hugarfarsbreyting almennings í tannheilsumálum.

Í ljósi þess að stór hluti skólabarna fer ekki reglulega til tannlæknis og sykurneysla heldur áfram að aukast, ekki síst gosdrykkjaneysla hjá börnum og ungmennum, er hætta á því að tannskemmdir aukist aftur. Mikil neysla gosdrykkja hefur iðulega í för með sér alvarlega tanneyðingu á unga aldri. Það er því brýnt að leggja áherslu á forvarnir og bættar neyslu-venjur í skólum og tryggja að skólabörn fari reglulega til tannlæknis.

Kannanir sýna að ástand tanna hjá fullorðnum einstaklingum hefur tekið gífurlegum fram-förum. Þetta má greinilega sjá í töflu 6.1 sem sýnir hlutfall tannlausra karla og kvenna í könnunum frá árunum 1962 og 1990. Þessi jákvæða þróun virðist hafa haldið áfram og má fullyrða að fólk haldi tönnum sínum að meðaltali mun lengur nú en fyrir tíu árum. Tann-læknaþjónustuna verður því á næstu árum að miða starfsemi sína í ríkara mæli við þarfir eldra fólks.

6.1 Hlutfall tannlausra karla og kvenna í könnunum árin 1962 og 1990

Aldurshópar	1962		1990	
	Karlar	Konur	Karlar	Konur
18–24 ára	1,2	4,8	0,0	0,0
25–34 ára	5,1	20,6	0,0	0,0
35–44 ára	19,1	37,4	6,2	5,4
45–54 ára	35,9	72,0	23,0	30,1
55–64 ára	40,7	84,4	39,7	52,0
65–74 ára	53,4	88,2	55,7	72,1
75–79 ára	54,2	85,0	69,5	83,3
80 ára og eldri		81,4	94,3	
18–79 ára	24,6	49,4	22,4	28,2
18 ára og eldri			24,3	31,9
Karlar og konur:				
18–79 ára		37,5		25,3
18 ára og eldri		28,1		

Helmild: Breytingar á tannheilsu Íslendinga, Reykjavík 1993, bls. 293

Árið 1981 setti Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin sér 6 markmið varðandi tannheilsu fólks og hvatti aðildarríki sín til þess að ná þeim fyrir árið 2000. Markmiðin voru:

Nr. 1: 50% 5–6 ára barna hafi engar tannskemmdir.

Nr. 2: Hjá 12 ára börnum skulu að meðaltali ekki fleiri en þrjár fullorðinstennur vera annað hvort skemmdar, viðgerðar eða hafa verið fjarlægðar vegna tannskemmda.

Nr. 3: 85% unglinga skulu þegar þeir eru 18 ára hafa allar fullorðinstennur.

Nr. 4: Tíðni tannleysis hjá aldurshópnum 35–44 ára skal hafa minnkað um 50% frá því sem hún var árið 1980. Enn fremur skulu a.m.k. 75% hafa minnst 20 tennur í biti.

Nr. 5: Tíðni tannleysis hjá þeim sem eru 65 ára og eldri skal hafa minnkað um 25% frá því sem hún var árið 1980. Yfir 50% tenntra einstaklinga skulu hafa minnst 20 tennur í biti.

Nr. 6: Komið verði upp kerfi sem gerir kleift að fylgjast með tannheilsu þjóðarinnar.

Ísland hefur þegar náð markmiðum 2, 3 og 4 og árangurinn á mörgum sviðum gefur tilefni til þess að við setjum markið enn hærra.

Mikilvægustu verkefni næstu ára verða að efla alhliða tannvernd, lækka hlutfall tannskemmda, vinna að því að fullorðnir hafi a.m.k. 20 tennur í biti, draga úr tannleysi aldraðra og tryggja aðgengi allra þjóðfélagshópa að tannlækningum. Enn fremur verður að koma upp betra skipulagi til þess að fylgjast með tannheilsu þjóðarinnar. Hér að framan í forgangsverkefnum nr. 2 um börn og ungmenni og nr. 3 um eldri borgara, eru skilgreind langtíma-markmið varðandi þessa þjóðfélagshópa.