

**Notat om baggrunden for og forståelsen af økonomiaftalen i  
 Tandlægeoverenskomstens bilag 1**

Økonomirammen på tandlægeoverenskomstområdet har fra 2011 til 2016 set ud som følger:

Samlet tilskud omregnet i nutidskroner (honorarregulering opdateret til 2016-forhold)						
NB: I 2013 blev rammen beskåret med 300 mio. kr.	2011 i 1000 kr.	2012 i 1000 kr.	2013 i 1000 kr.	2014 i 1000 kr.	2015 i 1000 kr.	2016 i 1000 kr.*
Forbrug i året	1.583.727	1.576.584	1.362.052	1.340.442	1.550.269	1.650.000
2016 forbrug i forhold til forbrug i pågældende år	66.273	73.416	287.948	309.558	99.731	0

	2011 i mio kr.	2012 i mio kr.	2013 i mio kr.	2014 i mio kr.	2015 i mio kr.	2016 i mio kr.
<b>Ramme i 2016 kr.</b>	<b>1.588,68</b>	<b>1.592,20</b>	<b>1.333,19</b>	<b>1.249,23</b>	<b>1.326,35</b>	<b>1.348,40</b>
2016 forbrug i forhold til rammen i pågældende år	61,32	57,8	316,81	400,77	323,65	301,6

Forbrug ift. rammen (samme år)	2011 mio kr.	2012 mio kr.	2013 mio kr.	2014 mio kr.	2015 mio kr.	2016 mio kr.
Under (-)/ over (+)	-4,96	-15,62	28,86	91,21	223,92	301,6

Danske Regioner udtaler følgende i et faktaark i juni 2017:

*“Udgifterne til tandlægehjælp har over perioden 2010-2012 ikke ændret sig betydeligt i faste 2016-priser. I 2013-2014 skete en ændring af tilskud til tandrensninger og kontrolundersøgelser, og de samlede udgifter faldt. 1. april 2015 trådte en ny overenskomst i kraft, der implementerede 2 nationale kliniske retningslinjer på området, og udgifterne er samlet set på niveau med 2012”.*

Økonomirammen på Tandlægeoverenskomstområdet blev i løbet af 2013 beskåret med 300 mio. kr., hvoraf 180 mio. kr. gik fra patienternes tilskud til tandrensning og 120 mio. kr. gik fra patienternes tilskud til kontrolundersøgelser.

Provenuet fra besparelserne gik til andre formål, fx til istandsættelse af fængsler.

Ovenstående blev gennemført på trods af, at Sundhedsstyrelsen få år forinden havde forudset, at der ville komme til at mangle et beløb af samme størrelse til behandling af et stigende antal patienter med parodontitis – herunder et stigende antal ældre patienter.

Medio 2013 blev der dog genindført adgang for patienterne til at få udført tandrensning og kontrolundersøgelser med tilskud efter retningslinjer, som i vid udstrækning svarende til betingelserne herfor før 1. januar 2013. Dette indebærer dog ikke, at der af den grund blev tilført den økonomiske ramme på tandlægeoverenskomstområdet yderligere midler.

Budgetloven trådte i kraft i sommeren 2012, og kom dermed til at spille en væsentlig rolle for de ydelsesoverenskomster, som Regionernes Lønnings- og Takstnævnt (RLTN) i tiden herefter kunne indgå.

Tandlægeoverenskomsten skulle have været fornyet i 2012, men da man afventede nationale kliniske retningslinjer for intervaller mellem flere diagnostiske undersøgelser samt for behandling af sygdomme i væv omkring tænder og tandimplantater, blev forhandlingerne mellem Tandlægeforeningen og RLTN udskudt.

Da Tandlægeforeningen fik Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer i høring, fremhævede Tandlægeforeningen meget klart i foreningens høringssvar, at man fandt det positivt, at der på et veldokumenteret grundlag nu skulle indføres en landsdækkende, klassificeret retningslinje på et for tandplejen så væsentligt område.

Men Tandlægeforeningen gjorde også meget tydeligt opmærksom på, at det var vigtigt for forhandlingerne om en ny Tandlægeoverenskomst, at Sundhedsstyrelsen skulle give et estimat på et fagligt evident grundlag for, hvordan man forventede, at fordelingen ville blive af patienterne i hhv. grøn, gul og rød risikogruppe. Tandlægeforeningen påpegede, at afhængigt af hvordan patienterne ville blive fordelt, havde foreningen beregnet, at man kunne risikere, at der skulle tilføres mellem 300 og 800 mio. kr. i yderligere offentligt tilskud alene til den almene voksentandpleje, hvis patienternes egenbetaling skulle fastholdes uændret.

Tandlægeforeningen fremhævede tillige, at de nationale kliniske retningslinjer samlet set ville medføre en forøgelse af tandplejens tidsforbrug til bl.a. undersøgelse af patienterne og til registreringer, ligesom Tandlægeforeningen påpegede, at det var vigtigt, at der i en kommende økonomaftale med RLTN skulle skabes et tilskudsmæssigt råderum til brug for den situation, hvor det evt. måtte konstateres, at et forud for implementeringen anlagt skøn ikke måtte svare til realiteterne. Og dette råderum anbefalede Tandlægeforeningen skulle fastholdes, indtil man kunne konstatere et stabilt leje igennem en længere periode, hvad angår fordelingen af patienter i de 3 risikogrupper.

Det lykkedes imidlertid ikke forud for forhandlingerne om en fornyelse af Tandlægeoverenskomsten inkl. implementering af nationale kliniske retningslinjer at få Sundhedsstyrelsens estimat, hvilket nu kan undre, idet Sundhedsstyrelsen i den seneste evaluering af evaluering af de nationale kliniske retningslinjer fra november 2017 anfører, at:

- fordelingen af patienter i forhold til sygdomskategori vurderes at være "rimelig",
- overordnet er fordelingen ensartet i de 5 regioner, hvilket underbygger en "ensartet fortolkning",
- om ydelsesforbruget skriver Sundhedsstyrelsen, at dette er på niveau med den "skønnede forekomst".

Under forhandlingerne om en ny Tandlægeoverenskomst var det vigtigt for RLTN at opnå budgetsikkerhed. For Tandlægeforeningen var det vigtigt, at man kunne indgå en økonomaftale, hvor man ikke risikerede, at det i vid udstrækning ville blive de tandlæger, som har tiltrådt Tandlægeoverenskomsten, som ville ende med at skulle finansiere de nationale kliniske retningslinjer.

Den økonomaftale, som blev indgået, kom i stand, idet Tandlægeforeningen foreslog, at hhv. regionerne og tandlægerne kunne deles om et budgetansvar på op til 150 mio. over den umiddelbart aftalte ramme. Måtte implementeringen af de nationale kliniske retningslinjer fordre yderligere økonomi, skulle budgetansvaret herfor bæres af regionerne alene.

For begge parter var denne løsning et udtryk for en fornuftig balance. For regionerne indebar løsningen, at der blev taget afsæt i den eksisterende økonomiramme, dvs. den ramme, som var blevet reduceret i 2013, jf. ovenfor. For tandlægerne betød aftalen, at hvis det måtte vise sig, at rammen ikke var tilstrækkelig til at kunne understøtte det efter de nationale kliniske retningslinjer påkrævede faglige niveau, kunne man i det mindste opstille et økonomisk risikobillede i forhold til, hvor galt det kunne gå. Og samtidig understøttede aftalen også et for begge parter helt naturligt ønske om at kunne dokumentere størrelsen af den faktisk nødvendige ramme, når overenskomsten igen skulle forhandles.

Det var således for Tandlægeforeningen helt forventeligt, når regionerne forud for forhandlingerne med regeringen om deres økonomiaftale for 2018 udtrykkeligt rejste krav om at tilføre rammen på tandlægeoverenskomstrådet den nødvendige økonomi.

Det bemærkes, at med den gældende økonomiaftale betaler hver enkelt kliniker i gennemsnit kr. 36.000 årligt af regionernes patienttilskud. Med det lovudkast, som Sundheds- og Ældreministeriet har sendt i høring hos Tandlægeforeningen, vil de tandlæger, som måtte tilslutte sig et nyt system, komme til at betale mindst kr. 150.000 årligt af disse tilskud.