

SAKSFRAMLEGG

Vår ref.: PR
Ark.nr.: 008
31.10.05

Styresak - 52/2005

"DET OFFENTLIGE ENGASJEMENT PÅ TANNHELSEFELTET" - NOU 2005:11 - HØYRING

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut på høyring NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet" mellom anna til helseføretaka i landet.

Eit utval, oppnemnt i statsråd 13.03.04 fekk i oppdrag å vurdere det offentlege engasjementet på tannhelsefeltet. Mandatet gjekk mellom anna ut på å analysere og drøfte dei største utfordringane når det gjeld det offentlege engasjementet innan tannhelsesektoren. Utvalet skulle vidare drøfte alternative organisatoriske modellar for offentleg tannhelseteneste i Norge. Utredninga, NOU 2005:11 blei avgitt til departementet 16.06.05 og sendt ut på høyring 24.06.05. Høyringsfristen er 01.11.05.

Ein viktig grunn til at dette arbeidet blei iverksett, er den ujamne fordelinga av tannlegar og tannhelsetenester i landet. Dette fører til at det tilbodet befolkninga får blir svært ulikt. Hovudårsaka er stor ledigheit i tannlegestillingar. Det er liten tilgang på tannlegar, og med fri etableringsrett og fri prisfastsetjing i privat sektor går mange av dei nye tannlegane til den private sektor. Privat sektor utgjer ca. 75% av tannlegemarknaden, og dei privatpraktiserande tannlegane søker helst til tettstadene slik at distrikta kan kome til å lide.

Eit anna forhold som har aktualisert ein slik gjennomgang, er endringane og reformene innan helse- og omsorgstenestene dei siste åra. Dette har fått konsekvensar for grupper som den offentlege tannhelsetenesta har ansvar for, og der *Lov om tannhelsetjenesten* frå 1983 ikkje er tilpassa dei nye reformene.

Utvalet går ikkje inn for ei generell offentleg finansiering av tannhelsetenester eller ei fasttannlegeordning. Det blir tilrådd at det offentlege sitt engasjement blir retta mot dei gruppene som det er grunn til å tru har eit særleg behov for tannhelsetenester.

Kven skal ha rett til offentleg finansierte tannhelsetenester?

Utvalet tilrår at følgjande grupper skal ha rett til offentleg finansierte tannhelsetenester:

Rettar i den offentlege tannhelsetenesta:

- Personar mellom 0 - 18 år
- Personar med alvorlege psykiske lidingar
Utvalet meiner at retten bør løysast ut på bakgrunn av erklæring frå psykiater eller psykolog
- Personar i rusmiddelomsorga
Utvalet meiner at retten bør knyttast til at vedkomande er i ein rehabiliteringsfase
- Psykisk utviklingshemma

- Personar med funksjonstap
Denne gruppa har i dag rettar i den offentlege tannhelsetenesta (gruppe c) knytt til institusjonsopphald eller regelmessig heimesjukepleie. Utvalet tilrår at retten til fri tannpleie i staden skal knyttast til omfanget av funksjonssvikt. Fastlegen skal etter ei vurdering av funksjonsnivået kunne henvise til offentleg finansierte tannhelsetenester etter klare retningsliner fastsett av departementet
- Innsette i fengsel
Utvalet går inn for rett til nødvendige tannhelsetenester for personar som er innsett i fengsel meir enn seks månader

Desse gruppene kan ha vanskar med å ta vare på eiga tannhelse, og det kan derfor etter utvalet sitt syn vere avgjerande at tilbodet er oppsøkjande.

I tillegg rår utvalet til at følgjande grupper skal få refusjon frå folketrygda for tannbehandling:

- Personar med kroniske somatiske sjukdomar eller funksjonshemming
- Personar som mottar stønad til livsopphald over ein periode på minst 6 månader
Fleirtalet i utvalet går inn for ei generell ordning med offentleg finansierte tannhelsetenester til personar som tar mot stønad til livsopphald over ein periode på meir enn seks månader
- Yrkesskadde og krigspensjonistar
- Personar med spesielle odontologiske lidningar

Desse gruppene kan ha omfattande tannhelseproblem og med det vesentleg høgare utgifter til tannhelsetenester enn befolkninga elles, men kan sjølve vere i stand til å oppsøkje tannhelsepersonell på eige initiativ.

Utvalet meiner at den offentlege tannhelsetenesta må styrkast dersom den skal løyse utfordringane den står overfor. Ei sterk offentleg tannhelseteneste er heilt avgjerande for å få til ei betre geografisk fordeling av personell, samtidig som det er ein føresetnad for å sikre ei god og oppsøkjande teneste til dei innbyggjarane som har lovfesta rettar.

For å oppnå ei betre samhandling mellom offentleg og privat sektor, er det ein føresetnad at forvaltningsnivået for den offentlege tannhelsetenesta blir tillagt eit styrings- og forvaltningsansvar for ein samla sektor.

Fleirtalet i utvalet foreslår vidare at det blir innført generelle nasjonale takstar for tannhelsetenester i offentleg og privat sektor.

For å avgrense tilgangen av tannlegar i område med høg tannlege tettheit, tilrår fleirtalet i utvalet etableringskontroll for tannlegar. Det blir foreslått å innføre tannlegeheimlar, som blir berekna ut frå folketalet i eit nærare avgrensa geografisk område.

Utvalet går inn for turnusteneste for tannlegar fordi dette vil betre den faglege kvaliteten hos tannlegane. Turnusteneste kan også vere eit tiltak som bidrar til betre geografisk fordeling av tannlegar.

Offentleg finansierte tannhelsetenester bør avgrensast til å gjelde nødvendig tannbehandling, inkludert førebygging. Statlege helsemyndigheiter må utarbeide standardar som definerer kva som er "nødvendig tannbehandling".

Utvalet gjer altså framlegg om ei rekkje reguleringar innan tannhelsefeltet der målet er ei betre geografisk fordeling av tannhelsetenestene.

Vår vurdering:

Utvalet gjer framlegg om ei rekkje tiltak der målet er ei betre fordeling av tannhelsetenestene i landet. Tiltaka kan verke dramatiske for ei yrkesgruppe som har

vore vande med fri etablering og fri prisfastsetting. Likevel meiner vi at det vil vere rett med vidare utgreiing av denne type reguleringstiltak sidan det sjølvsagt ikkje er haldbart med så skeiv fordeling av tannhelstenestene i landet. Tilgang til tannhelsetenester er viktig for befolkninga slik som for andre helsetenester, og det offentlege må få eit ansvar for å leggje tilhøva til rette for at også tannhelsetenestene blir organisert og regulert slik at befolkninga får dei tenestene dei har behov for uansett kvar dei bur i landet.

Det er behov for sterke verkemiddel for å betre tilhøva innan tannhelsesektoren, og det er behov for ei vesentleg styrking av den offentlege tannhelsetenesta. Ei sterk offentlig tannhelseteneste er heilt nødvendig for å få eit likeverdig tannhelsetilbod i heile landet. Det må setjast inn betydelege rekrutterings- og stabiliseringstiltak for å utvikle den offentlege tannhelsetejesta til ein fagleg og arbeidsmessig attraktiv etat. Dette er nødvendig for å sikre tenester til dei innbyggjarane som har rettar i den offentlege tannhelsetenesta.

Utvalet har også drøfta tre ulike organisasjonsmodellar – ein kommunal modell, ein direktoratmodell og ein fylkeskommunal modell slik som i dag, men som kan tilpassast nye behov.

Ingen i utvalet har gått inn for ein kommunal modell. Hovudgrunnen til dette er meir enn halvparten av kommunane i landet har under 5.000 innbyggjarar, og derfor vil eit kommunalt forvaltningsansvar for tannhelsetenesta medføre omfattande bruk av interkommunale ordningar. Dersom tannhelsetenester skal vere eit nasjonalt ansvar, er det nødvendig med større organisasjonseiningar enn kommunane.

Eit statleg føretak etter same modell som spesialisthelsetenesta vil etter vårt syn heller ikkje vere ein god modell for ei så desentralisert teneste som tannhelsetenesta.

I direktoratmodellen blir tannhelsetenesta organisert i ein etatsstruktur med fleire regionale tannhelseetatar underlagt eit sentralt koordinerande tannhersedirektorat. Ei slik organisering vil gjere det lettare å setje i verk målretta tiltak mot dei områda i landet der problema er størst og sikre ei betre regional fordeling av tannlegar. Ei av hovudoppgåvene til tannhersedirektoratet vil vere fagutvikling, og den faglege kompetansen og kvalitetsarbeidet i den offentlege tannhelsetenesta kan bli styrka og betre koordinert i ein slik modell.

Etter vårt sitt syn vil likevel ein fylkeskommunal/regional modell framleis vere den beste løysinga for den offentlege tannhelsetenesta. Det er lettare å gjennomføre nødvendige endringar i ein etablert og velprøvd organisasjon. Ein fylkeskommunal modell vil dessutan best ivareta ønskje om lokal folkevald politisk styring av den offentlege tannhelsetenesta. Tenestene og organisasjonen sin struktur kan lettare tilpassast lokale forhold i ein slik modell. Vi sluttar oss derfor til dei fire av utvalet sine medlemmer som går inn for ei fylkeskommunal tannhelseteneste som i dag, og som også kan tilpassast eit eventuelt nytt regionalt forvaltningsnivå.

Spesielt om tannhelsetenesta ved sjukehus:

Også i denne delen av tannhelsetenesta er det store problem knytta til rekruttering mellom anna fordi det blir utdanna få spesialistar i oral kirurgi og at privatpraktiserande spesialistar har høve til vesentleg høgre inntekter enn offentlig tilsatte spesialistar. Alle oralkirurgiske/kjevekirurgiske avdelingar i Norge sliter med lange ventelister på grunn av for liten behandlingsskapasitet. Slike avdelingar er også ein viktig del av det totale tannhelsetilbodet, men utvalet har ingen framlegg om korleis desse problema kan løysast.

Tannlegespesialistar bør vere tilsatt i sjukehus og ikkje i den offentlege tannhelsetenesta for å vere ein integrert del av spesialisthelsetenesta. Etablering av regionale odontologiske kompetansesentra bør skje i tilknytning til sjukehus for å sikre ein breiast mogleg medisinsk kontaktflate.

Framlegget om å greie ut behovet for og eventuelt etablere tannhelseteam ved utvalde sjukehus er interessant. I dag er tannlegar i større sjukehus i hovudsak spesialistar i oral kirurgi som driv poliklinisk behandling av eksternt tilviste pasientar. Likevel går meir og meir av tida med til å sjå til pasientar frå andre avdelingar med ulike generelle tann- og munnhuleproblem. Dette kunne bli gjort av andre, og slik sett går dette av tida som burde gå til behandling ved spesialistpoliklinikken. Eit tannhelseteam med tannlege og tannpleiar og/eller tannlegesassistent ville kunne ta seg av generelle tann- og munnhuleproblem hos innlagde pasientar, også dei med kroniske tilstandar. Dei ville også kunne behandle meir spesielle problem slik som til dømes kreftpasientar som har fått stråling mot hovud/hals med uttalt munntørreheit som resultat, eller tannhelseproblem som kan oppstå etter annan medisinsk behandling. Pasientar innlagt ved psykiatriske institusjonar treng også ofte spesiell oppfølging når det gjeld tannhelsa. Eit slikt tannhelseteam kunne også ta seg av tannbehandling der det er trong om narkose.

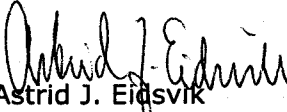
Konklusjon:

Utvalet har gjort ein grundig gjennomgang av dei problemstillingane ein står overfor innan tannhelsetenesta i landet. Utvalet kjem med mange interessante framlegg til tiltak for å løyse desse problema. Vi meiner det vil vere rett å arbeide vidare for å greie ut konsekvensane av slike tiltak jamvel om det vil bety ei innskrenking av den frie stilling tannlegane har i dag både når det gjeld etablering og prisfastsetting. Det kan ikkje vere rett at det skal vere så store forskjellar utover i landet når det gjeld tilgang på tannbehandling, og målet må vere å finne fram til tiltak som sikrer befolkninga ein mest mogleg likeverdig tannhelseteneste uansett bustad, helsetilstand, sosial status eller økonomisk evne. Problema med å rekruttere tannlegar til den offentlege tannhelsetenesta kan føre til at pasientar som har lovfesta rett til tannbehandling ikkje får dette.

Vi viser til saksutgreiinga og rår styret til å gjere slikt

VEDTAK:

Styret vedtar saksutgreiinga som Helse Sunnmøre si høyring til NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet". Styret vil særleg streke under at den offentlege tannhelsa må styrkast og bli gitt eit overordna ansvar og styringsmulegheiter for dei samla tannhelsetenestene.


Astrid J. Eidsvik
adm. direktør

Saksbehandlar: Fagsjef Per Roland