



## saksframlegg

Dato:	Referanse:	Vår saksbehandlar:
18.10.2005	MR 18931/05	Odd Bjørndal

**Saksnr**  
**U-103/05**

**Utval**  
Fylkesutvalet

**Møtedato**  
31.10.2005

# NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet - høyring

## 1. Innleiing

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut på høyring NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet".

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 offentlig tannhelseteneste i Noreg. Utredninga, NOU 2005:11 blei avgitt til departementet 16.06.05 og sendt ut på høyring 24.06.05. Høyringsfristen er 01.11.05.

Utredninga finn ein på denne internettdressa:

[http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre\\_dok/nou/048001-020006/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/048001-020006/dok-bn.html)

## 2. Bakgrunn

Stortinget har siste åra i ulike samanhengar bedt regjeringa om ei brei vurdering av tannhelsefeltet. Det er fleire tilhøve som har aktualisert dette. Mange fylkeskommunar har problem med å gi befolkninga dei tannhelsetenester dei har rett til. Hovudårsakene til dette er betydeleg ledigheit i tannlegestillingar. Ledigheita er eit resultat av begrensa tilgang på tannlegar i kombinasjon med fri etableringsrett og fri prisfastsetjing i privat sektor. Privat sektor utgjer ca. 75% av tannlegemarknaden. Eit anna forhold som har aktualisert ein slik gjennomgang er knytt til endringar og reformer dei siste åra innan helse- og omsorgstenestene og som har fått konsekvensar for grupper som offentlig tannhelseteneste har ansvar for og der Lov om tannhelsetjenesten frå 1983 ikkje er tilpassa dei nye reformene.

## 3 Samandrag av utredninga – utvalet sine tilrådingar

### 3.1 Utfordringane

Slik utvalet ser det, har tannhelsetenesta følgjande hovudutfordringar:

- Eit regionalt fordelingsproblem ved at vi manglar tannlegar i mange deler av landet.
- Eit sosialt fordelingsproblem ved at det finst grupper som har klare behov, men som av ulike årsaker ikkje får eit godt tilbod.
- Tannhelsetenester må bli produsert på ein meir effektiv måte, m.a. gjennom betre arbeidsdeling mellom profesjonane i tannhelsetenesta.
- Samarbeidet mellom offentlig og privat sektor må betrast.

- Ei meir offensiv og bevisst satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid er nødvendig.

### **3.2 Utvalet sine vurderingar og hovudtilrådingar**

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.

#### **3.2.1 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 knytast 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 knytast 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.

##### **Rettar i folketrygda:**

- Personar med kroniske somatiske sjukdommar 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 lidingar

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.

#### **3.2.2 Ei styrking av den offentlege tannhelsetenesta**

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.

I det helsefremjande og førebyggjande arbeidet er det behov for auka forskning for å få kunnskap om kva tiltak som verkar. Eit betre samarbeid mellom forvaltningsnivåa i helsetenesta er heilt avgjerande for å få til gode resultat i det helsefremjande og førebyggjande arbeidet.

### **3.2.3 Tiltak for å få til betre geografisk fordeling av tannlegar**

Fleirtalet i utvalet, 7 av 9 medlemmer, foreslår at det blir innført generelle nasjonale takstar for tannhelsetenester i offentleg og privat sektor. Prisregulering med maksimaltakstar for tannbehandling vil gjere det mindre attraktivt å leve av små pasientporteføljor i store byar, og dette vil medverke til å styre etableringa av private praksisar. Ved trygderefusjon der offentlege takstar blir lagt til grunn, er problemet at tannlegane jamt over har honorar som er høgare enn desse takstane. Dette fører til at pasienten må betale både ein eigendel og eit mellomlegg, dvs. differansen mellom den offentlege taksten og tannlegen sitt honorar. Når fleirtalet i utvalet går inn for prisregulering med maksimaltakstar, er det også for å kome bort frå slike mellomlegg.

For å begrense tilgangen av tannlegar i område med høg tannlegetettheit, tilrår fleirtalet i utvalet, 6 av 9 medlemmer, etableringskontroll for tannlegar. Det blir foreslått å innføre tannlegeheimlar, som blir berekna ut frå folketalet i eit nærare avgrensa geografisk område.

Etablering av fleire regionale kompetansesentra ser utvalet som eit viktig bidrag for å auke stabiliteten og spreinga av kompetanse til distrikta.

For å styrke den offentlege tannhelsetenesta og tilstrebe målet om eit godt tannhelsetilbod i alle delar av landet, må det også setjast inn betydelege rekrutterings- og stabiliseringstiltak.

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.

### **3.2.4 Trygd, eigendelar og nødvendig tannbehandling**

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

Når det gjeld trygda sine refusjonsordningar ved tannbehandling, meiner utvalet at det er behov for ein brei gjennomgang av gjeldande forskrifter og retningsliner. Utvalet tilrår at departementet, i samarbeid med Rikstrygdeverket, gjennomfører eit slikt arbeid der ein har som siktemål å få til ei forenkling og samling av regelverket for å effektivisere og betre tilbodet.

Utvalet har vurdert om det bør innførast eigendelar for dei gruppene som det blir tilrådd får rettar i den offentlege tannhelsetenesta. Fleire av desse gruppene er i ein slik situasjon at eigendel er uheldig. For dei gruppene som har betre økonomiske muligheter til å betale eigendel, finn utvalet at eigendelsprovenyet frå desse blir så lite at det neppe vil stå i forhold til administrasjonskostnadene.

Utvalet har stipulert at dei samla forslaga i utredninga gir auka netto kostnader på om lag 560 mill. kroner.

### **3.2.5 Organisasjonsmodellar**

Utvalet meiner at det er eit nasjonalt ansvar å sørge for ei rimeleg behandlingsdekning over heile landet. Kor vidt dei offentlege tannhelseoppgåvene i framtida best kan løysast ved at dei blir styrt av eit statleg forvaltningsorgan, eit statleg føretak eller som no av eit lokalpolitisk organ, fylkeskommunen, har utvalet delte meiningar om. Utvalet har konkret drøfta tre ulike modellar for framtidig organisering av den offentlege tannhelsetenesta.

Fire av dei 9 medlemmene i utvalet går inn for ein direktoratmodell. Dei meiner at det bør opprettast eit Tannhelsedirektorat, som ei avdeling under Sosial- og helsedirektoratet, med underliggende regionale tannhelseetatar. Dei regionale tannhelseetatane blir tillagt ansvaret for den utøvande offentlege tannhelsetenesta.

Fire andre medlemmer går inn for ei fylkeskommunal tannhelseteneste som i dag, men som kan tilpassast eit eventuelt nytt regionalt forvaltningsnivå.

Eitt medlem går inn for at den offentlege tannhelsetenesta blir flytta frå fylkeskommunen til staten, og organisert som autonomt statleg føretak.

## **4. Fylkesdirektøren sine vurderingar**

Utredninga "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet - Et godt tilbud til de som trenger det mest", gir ein brei gjennomgang av tannhelsetenesta og har ei grundig drøfting av mange aktuelle problemstillingar. Den peikar særleg på mangelen på tilgjengelege tannhelsetenester til befolkninga i distrikta.

Det har lenge vore ei geografisk skeivfordeling av tannlegar i Noreg, og dei mange vakante tannlegestillingane ved klinikkar i distrikta er den største utfordringa på tannhelsefeltet i dag. Problema med rekruttering og stabilitet i tannlegestillingar fører til at vi ikkje kan gi alle eit så godt tannhelsetilbod som ønskjeleg. Vakansane fører også til auka press og meirbelastning på personellet som er att.

I offentlig tannhelseteneste i Møre og Romsdal stod pr. 18.10.05 5 faste stillingar og 4 vikariat vakante, i alt 9 stillingar eller 12% av alle stillingane. Samla vakansar for heile 2004 utgjorde 12,8 årsverk. Tilsvarende tal for 2003 var 15,6 årsverk.

Ei stor utfordring for fylket vil vere at nær 30% av tannlegane i den offentlege tannhelsetenesta vil bli pensjonistar dei neste 7-8 åra. Dei fleste av desse er erfarne tannlegar i "utkantkommunar", mange på klinikkar for ein tannlege, som dei siste åra har vist seg særleg vanskeleg å rekruttere tannlege til.

Det er også grunn til å peike på at det ikkje er etablert privatpraksis i 13 av kommunane i fylket.

Det er få eller ingen norske søkjarar til ledige stillingar, noko som har gjort det nødvendig å satse på rekruttering av tannlegar også frå utlandet. Hittil i 2005 er det tilsett 12 tannlegar. 1 av desse er norsk, resten, 11 tannlegar er rekruttert frå Tyskland. Dei siste 5 åra er det tilsett 43 tannlegar, 11 norske og 32 frå utlandet. 28 tannlegar eller 38% av tannlegane som er tilsett i tannhelsetenesta i Møre og Romsdal no kjem frå utlandet. Utan dei tyske tannlegane hadde det derfor blitt samanbrot av tannhelsetilbodet i deler av fylket.

Vi har også tidlegare rekruttert tannlegar frå utlandet til offentleg tannhelseteneste. På 1980-talet hadde vi ein del danske tannlegar, i 1990-åra svenske tannlegar. Erfaringane var at dei reiste tilbake til heimlandet etter relativt kort tid. Det er for tidleg å vite om det også blir tilfellet med dei tyske tannlegane.

Den offentlege tannhelsetenesta maktar ikkje å konkurrere med ein privat sektor utan noko form for regulering verken på pris eller etablering. Nyutdanna tannlegar etablerer seg i privat sektor i sentrale strom i landet. Dette er situasjonen trass i at Møre og Romsdal fylke har sett i verk ei rad økonomiske stimuleringsiltak: høgare løn, bonusordning, etableringstilskot, dekning av flytteutgifter, gode tilbod om etterutdanning, kombinasjonsstillingar, deltidstillingar, leige av klinikk til privat praksis m.m. I tillegg legg vi vekt på å tilby høg standard på klinikkar og utstyr, gode arbeidsmiljø og varierte og utfordrande arbeidsoppgåver.

Privat sektor utgjør om lag 75% av tannhelsesektoren. Fri prisfastsetjing og fri etableringsrett utan noko form for regulering har ført til ein sterk auke i talet på private praksisar i byar og større tettstader. Det vil derfor vere svært vanskeleg å løyse det regionale fordelingsproblemet utan å vurdere tiltak retta mot privat sektor.

Det har vist seg svært vanskeleg å få tannlegar ut til distrikta ved hjelp av stimuleringsiltak, i tillegg vil det også, iallfall dei næraste åra vere knappheit på tannlegar. I ein slik situasjon meiner fylkesdirektøren at statleg regulering av tannlegemarknaden vil vere eit nødvendig og eigna verkemiddel for å få til eit likeverdig tannhelsetilbod til befolkninga i heile landet.

Fylkesdirektøren sluttar seg derfor til fleirtalet i utvalet sitt forslag om å ta i bruk prisregulering av takstar. Nasjonale maksimaltakstar for tannbehandling kan bidra til å dempe presset i sentrale strom. Priskontroll i form av ein honorartariff var gjeldande fram til 1995. Tannlegetakstane har auka mykje meir enn gjennomsnittsprisane i åra sidan, og denne prisveksten har medverka til at fleire tannlegar har kunne etablere seg i dei store byane med mindre pasientgrunnlag enn tidlegare. Prisveksten på tannhelsetenester har vore størst i Oslo der tannlegetettheita er størst, noko som viser at marknaden ikkje fungerer. I dag er det relativt store skilnader i prisfastsetjing på tannhelsetenester. Trass vesentleg lønsauke i offentleg sektor, har dei økonomiske tilhøva for privat sektor skapt urimeleg store skilnader i inntektsnivå mellom offentleg og privat verksemd.

Refusjon av utgifter til tannbehandling frå folketrygda er basert på offentlege takstar og eigendelar som varierer etter type behandling. I tillegg må pasientane betale eit mellomlegg som tilsvarar differansen mellom dei offentlege takstane og tannlegen sitt honorar. Sjølv i tilfelle der folketrygda er meint å dekke alle behandling-utgiftene kan mellomlegget bli ganske stort. Med nasjonale takstar for tannbehandling vil dette problemet falle bort.

Fleirtalet i utvalet gjer framlegg om å innføre etableringskontroll. Det vil gi tilgang til verkemidlar som kan motverke framleis auka etablering av tannlegar i privat praksis i byar og tettstader som alt har høg tannlegedekning. Etableringskontroll for tannlegar vil kunne gi ei betre geografisk spreing av tannlegar.

Etableringskontroll er eit inngripande reguleringstiltak og slik kontroll kan seiast å vere lite foreinleg med ein marknad der brukarane i all hovudsak betaler alt sjølve. Det vil dessutan kunne bli vanskeleg å handheve, og vil truleg møte sterk motstand

frå fleire hald. Innføring av etableringskontroll vil ikkje ha umiddelbar verknad, men vil på lenger sikt hindre overetablering i sentrale strok. På bakgrunn av den alvorlege bemanningssituasjonen både i eige fylke og andre distriktsfylke og omsynet til at befolkninga i alle deler av landet i rimeleg grad bør ha tilgang til tannhelsetenester, finn vi det rett å slutte oss til fleirtalet i utvalet som tilrår etableringskontroll.

Utvalet peikar på behovet for å utnytte dei samla ressursane i offentleg og privat sektor betre og foreslår at forvaltningsnivået for den offentlege tannhelsetenesta får dette styringsansvaret. Fylkeskommunen har eit planleggings- og forvaltningsansvar i dag, men manglar verkemidlar til å utøve ei samordning av privat og offentlig tannhelsesektor.

Fylkesdirektøren sluttar seg til utvalet si tilråding på dette området. Det offentlege forvaltningsnivået for tannhelsetenesta må tillegkast styringsmuligheiter og få dei nødvendige juridiske og økonomiske verkemidlar for å samordne offentleg og privat sektor.

Vi støttar forslaget om innføring av turnusteneste av eitt års varigheit før det gis autorisasjon som tannlege. Dette vil vere eit tiltak for å sikre den faglege kvaliteten hos tannlegane, men vil også kunne medverke til betre geografisk fordeling av tannlegar.

Fylkesdirektøren støttar utvalet i at det er behov for sterke verkemiddel for å betre forholda innan tannhelsesektoren og sluttar seg til utvalet sine tilrådingar om at det er behov for ei vesentleg styrking av offentleg tannhelseteneste. Ei sterk offentlig tannhelseteneste er heilt nødvendig for å få eit likeverdig tannhelsetilbod i heile landet.

Som utvalet gjer framlegg om, må det setjast inn betydelege rekrutterings- og stabiliseringstiltak for å utvikle offentlig tannhelseteneste til ein fagleg og arbeidsmessig attraktiv etat. Dette er nødvendig for å sikre ei god og oppsøkjande teneste til innbyggjarar som har rettar i offentlig tannhelseteneste.

Fylkesdirektøren er samd med utvalet i at ei generell trygdefinansiering ikkje vil løyse hovudutfordringane i tannhelsesektoren. Erfaringar frå andre land tilseier at etterspørselen etter tannhelsetenester i så fall vil auke og føre til meir omfattande behandlingar, noko som kan forsterke problemet med den regionale skeivfordelinga av tannlegar.

Det er likevel behov for ein grundig gjennomgang av dagens regelverk for trygdefinansiering. Fylkesdirektøren støttar tilrådinga frå utvalet om at det blir gjennomført ei forenkling og samling av regelverket.

Fylkesdirektøren er i hovudsak samd med utvalet sitt forslag til kven som skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetenester. Utvalet har gjort framlegg om å fjerne tilbodet til ungdom 19-20 år som no betaler ein eigendel på 25% av offentlege takstar. Det vil vere uheldig å fjerne det oppsøkjande tilbodet til ungdom, spesielt 19-åringane, når dei fleste er inne i det siste året på vidaregåande skole. Vi gjer derfor framlegg om at gruppa 0-18 år som i dag har rett til frie tannhelsetenester blir utvida til også å omfatte 19-åringane.

Retten til eit oppsøkjande tilbod for eldre, uføre og langtidssjuke, dagens gruppe c, er knytt til institusjonsopphald eller regelmessig heimesjukepleie. Det har vore store endringar i organiseringa av pleie- og omsorgstenestene dei seinare åra, og ein stadig større del av pleie og omsorg har blitt overført frå institusjon til heimeba-

serte tenester. Mange personar som var tiltenkt eit offentleg tannhelsetilbod fell derfor utanfor i dag, og fylkesdirektøren støttar derfor forslaget om å leggje omfanget av funksjonstap til grunn for retten til eit oppsøkjande tannhelsetilbod. Det er likevel viktig at det blir utarbeidd enkle, einsarta og klare kriterier for retten til offentleg finansierte tannhelsetenester for denne gruppa.

Dette inneber at den offentlege tannhelsetenesta får ei krevjande oppgåve både fagleg og organisatorisk med å leggje til rette for og gjennomføre eit tilfredsstillande tilbod til dei nye gruppene som skal ha eit oppsøkjande tilbod. I den samanhengen vil vi peike på behovet for eit samarbeid mellom offentleg og privat tannhelseteneste, der privat sektor bidrar til å løyse tannhelseoppgåver som offentleg tannhelseteneste no får ansvaret for.

Fylkesdirektøren støttar utvalet i at det ikkje blir innført eigendelar for gruppene som får rettar i offentleg tannhelseteneste. Dei fleste har rett til eit oppsøkjande tilbod, og eigendelar kan føre til at ikkje alle som har behov for det, nyttar seg av tilbodet. Inntektene frå slike eigendelar vil truleg heller ikkje stå i forhold til dei administrative kostnadane.

Ved innføring av nye grupper som gis rett til frie tannhelsetenester eller utviding av eksisterande grupper, må det vere ein absolutt føresetnad at staten fullfinansierer dei kostnadene som desse tiltaka inneber ved auka statlege overføringar til fylkeskommunane/forvaltningsnivået.

Under behandlinga av sak U-124/03 A "Tannhelsetenesta – geografisk fordeling av personell, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor – høyring", peika fylkesutvalet 24.11.03 mellom anna på at det viktigaste statlege tiltaket for å auke tilgangen på tannlegar vil vere å auke utdanningskapasiteten for tannlegar. Ein viktig føresetnad for geografisk fordeling er at det er tilstrekkeleg tilgang på personell på landsbasis. Det blei etablert tannlegeutdanning i Tromsø frå 2004. Då blei det tatt opp 10 studentar. Tannlegeutdanninga er 5-årig og denne auken vil såleis få effekt først frå 2009. Det vil etter planen skje ei vidare gradvis opptapping i Tromsø til eit opptak på 40 studentar frå 2007. Denne auken i utdanning vil likevel i liten grad hjelpe på dei omfattande problema tannhelsetenesta i distrikts-Noreg har.

Fylkesdirektøren er samd med utvalet i at det er eit nasjonalt ansvar å sørge for ei rimeleg behandlingsdekning over heile landet. Ein føresetnad for det er at tannhelsetenesta framleis blir organisert i robuste einingar.

Når det gjeld organisasjonsmodellar, har utvalet også vurdert ein kommunal modell, men ingen i utvalet har gått inn for dette. Fylkesdirektøren er samd med utvalet i at ein kommunal modell ikkje er eigna til å løyse dei mange og store utfordringane på tannhelsefeltet. Kommunal modell blei også vurdert i samband med at Lov om folketannrøkt ble erstatta av Lov om tannhelsetjenesten i 1984. Sidan kommunane då fekk ansvaret for primærhelsetenesta blei det den gongen vurdert å samle begge tenestene under same forvaltningsledd, men fordi både målgrupper, arbeidsmetodar og finansieringsordningar var svært ulike, blei dette ikkje tilrådd. 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 fylkesdirektøren sitt 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 tannhelsedirektorat. 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 tannhelsedirektoratet vil vere fagutvikling, og den faglege kompetansen og kvalitetsarbeidet i den offentlege tannhelsetenesta kan bli styrka og betre koordinert i ein slik modell.

Etter fylkesdirektøren 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 ønsket 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.

#### **Forslag til vedtak:**

Møre og Romsdal fylke sluttar seg i hovudsak til tannhelseutvalet sine vurderingar og tilrådingar og vil særleg gi uttrykk for følgjande synspunkt:

1. Den offentlege tannhelsetenesta må styrkast.
2. Det blir innført prisregulering og nasjonale maksimaltakstar for tannbehandling.
3. Det blir innført etableringskontroll for tannlegar.
4. Det blir innført turnusteneste for tannlegar.
5. Tannhelsetenesta sitt forvaltningsnivå blir tillagt forvaltningsansvaret og får nødvendige juridiske og økonomiske verkemidlar for samordning av ein samla offentleg og privat sektor.
6. Den øvre aldersgrensa for rett til eit fritt og oppsøkjande tannhelsetilbod for barn og ungdom blir utvida til og med 19 år.
7. Det blir ikkje kravd eigendelar for personar som har rettar i offentleg tannhelseteneste.
8. Når fleire nye grupper får rettar i offentleg tannhelseteneste, må det vere ein absolutt føresetnad at dei auka utgiftene blir finansiert fullt ut gjennom statlege overføringar til fylkeskommunane/forvaltningsnivået.
9. Det førebyggjande og helsefremjande arbeidet blir styrka gjennom større satsing på forskning og betre samarbeid mellom forvaltningsnivåa i helsetenesta.
10. Fylkeskommunen/regionalt forvaltningsnivå skal framleis ha ansvaret for den offentlege tannhelsetenesta.

Ottar Brage Guttelvik  
fylkesdirektør

Odd Bjørdal  
tannhelsedirektør