



HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200502859	Dok nr.: 92
Arkivnr.: 550	Form nr.: 08.11.05
Avd.: KTA	Saksomr.: AL
U.off.:	

DERES REF: / YOUR REF:
200502859/CR

VÅR REF: / OUR REF:
2005/832 II LPG/-

DATO: / DATE:

7 . november 2005

NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet" – høring

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets brev av 24. juni d.å., hvor Helsetilsynet blir bedt om å gi en høringsuttalelse om NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet".

Helsetilsynet ser positivt på at det blir satt søkelys på de ulike utfordringene tannhelsetjenesten står overfor. Først følger et kort sammendrag av våre hovedkonklusjoner, og deretter våre kommentarer.

Sammendrag

- Helsetilsynet mener at utvalgets beskrivelse av dagens situasjon i tannhelsetjenesten er generell, uten en analyse av kompleksiteten i situasjonen, og uten en nyansert framstilling av regionale forskjeller hva gjelder bemanning og bruk av ressurser. Etter vår vurdering, kan for eksempel de regionale ulikhetene i tjenestetilbudet ikke alene forklares av at det mangler tannleger i deler av landet.
- Det er en svakhet ved utredningen at utvalget ikke har beskrevet og vektlagt regionale forskjeller i sosiale ulikheter i forhold til tannhelse og behov for tannhelsetjenester.
- Vi savner en analyse av tannhelsetjenestens plass i forhold til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og hvilken betydning de til dels store forskjellene i organisering og innretning har for brukerne.
- Helsetilsynet mener at en vurdering av omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten i første rekke må bygge på en tydelig beskrivelse av hvilke oppgaver den skal ivareta. Selv om utvalget under flere tilrådinger både foreslår konkrete endringer i tannhelsetjenesteloven og peker på områder som må presiseres, savner vi en mer prinsipiell gjennomgang av dagens lovgivning på området.
- Vi er enige i at et forvaltingsorgan bør tillegges styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor i regionen. Vi mener dette bør være en type "sørge-for"

ansvar for tannhelsetjenesten, og at det må klargjøres i loven hva dette ansvaret skal innebære. Ansvaret bør innebære å sørge for at befolkningen får nødvendige og forsvarlige tannhelsetjenester. En slik ordning er ikke til hinder for at store deler av driften er tjenester som kan være lagt ut til private utøvere.

- Utvalget har i liten grad drøftet hva slags virkemidler som er nødvendige for å kunne ivareta et styrings- og forvaltningsansvar for tannhelsetjenesten i regionen. Vi mener at alternative finansieringsordninger i større grad bør utredes, og vil særlig peke på at det bør vurderes om økonomiske ordninger som i dag forvaltes av folketrygden og sosialtjenesten bør knyttes til det organet som har sørge-for ansvaret.
- Helsetilsynet mener at det er formålstjenlig at prinsippet om prioriterte grupper videreføres. Dette er viktig fordi mange personer i disse gruppene ikke selv søker tjenester. Det tydeliggjør kravet om forebyggende arbeid og ivaretar viktige verdivalg i helsepolitikken ved at grupper med særskilte behov ivaretas.
- Vi er videre enige i utvalgets forslag til hvilke grupper som bør defineres som prioriterte grupper i tannhelsetjenesteloven.
- Helsetilsynet mener at organiseringen av tannhelsetjenesten bør ses i sammenheng med organiseringen av spesialisthelsetjenesten for øvrig, og at den derfor bør organiseres innenfor de statlige regionale helseforetak.

Innledning

Utvalget har fått et omfattende mandat med mange komplekse problemstillinger knyttet til forhold som dels henger sammen. På grunn av denne kompleksiteten har vi i hovedsak ikke funnet det formålstjenlig å kommentere utvalgets forslag enkeltvis, men i den sammenheng vi har funnet naturlig

Innledningsvis vil vi peke på at en grunnleggende utfordring knyttet til Den offentlige tannhelsetjenesten er at det ikke er klart beskrevet hvilke krav som stilles til den, verken hva gjelder omfang eller innhold. Det er behov for tydelighet og klarhet i hva befolkningen kan forvente av fylkeskommunene når det gjelder tannhelsetjenester. Dette mener vi er en nødvendig forutsetning for å vurdere hva som er hensiktsmessige virkemidler for at forventningene til tjenesten skal oppfylles. Dagens krav i tannhelsetjenesteloven er utydelige, og det er derfor også vanskelig å vite hvilken vekt man bør legge på beskrivelsen av nåværende bemanningssituasjon og utviklingstrekk som grunnlag for tiltak. Etter vår vurdering er disse forhold ikke tilstrekkelig vektlagt i utvalgets utredning. Vi kommer tilbake til dette i våre kommentarer.

Nedenfor kommenterer vi først utvalgets beskrivelse av dagens situasjon, deretter utvalgets vurderinger og forslag til tiltak.

Utvalgets beskrivelse av dagens situasjon

Utvalget beskriver tannhelse, tannhelsetilstand og tannhelsetjenesten i forhold til den historiske utviklingen og dagens situasjon, både i Norge og internasjonalt. Helsetilsynet har de senere årene utredet ulike forhold knyttet til tannhelsetjenester. Utredningen er basert på offentlig tannhelsetjenestestatistikk, og resultatene er

publisert i tre rapporter^{1,2,3}. På grunnlag av disse vil vi bemerke at utvalgets beskrivelse er generell, uten en analyse av kompleksiteten i situasjonen, og uten en nyansert framstilling av regionale forskjeller.

Bemanningssituasjonen

Etter vår vurdering gir utvalget en beskrivelse av bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten som til dels er ufullstendig og også misvisende.

Utvalget mener at det er mangel på tannleger i Norge. Vi kan ikke se at denne påstanden er begrunnet i NOUen. Statistikken som presenteres i NOUen synes å vise det motsatte.

Vi vil peke på at i et europeisk og nordisk perspektiv har Norge god dekning av tannleger. Statistikk om tannlegedekning i europeiske land (NOU side 62) viser at Norge, Danmark og Finland har høyest tannlegedekning, med cirka 1 100 innbyggere per tannlege. Til sammenligning har Storbritannia og Nederland cirka 2 100 innbyggere per tannlege. Finnmark er det fylket i Norge som har lavest bemanning (cirka 1 500 innbyggere per tannlege). Men selv i Finnmark er bemanningsnivået ikke lavt i et europeisk perspektiv.

Utvalget mener at Norge har et regionalt fordelingsproblem og at vi mangler tannleger i mange deler av landet. (NOU side 66). Etter vår vurdering er denne påstanden ikke basert på en tilstrekkelig analyse av geografiske variasjoner. Utvalget gir heller ikke en tilstrekkelig beskrivelse av hvor i landet vi mangler tannleger.

Fylkesvise variasjoner i bemanning er belyst ved å angi antall ledige stillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten (NOU side 20), og ikke ved å bruke det faktiske antall utførte årsverk. På dette grunnlaget konkluderer utvalget med at mangel på tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten er et stort problem i de nordligste fylkene.

Helsetilsynet har tidligere påpekt at ledige stillinger er en misvisende indikator å bruke til å vurdere bemanningssituasjonen⁴. Offentlig statistikk viser tydelig at det er dårlig samsvar mellom tannlegedekning og antall ledige stillinger. I 2004 hadde for eksempel den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo ingen ledige stillinger og lavest dekning i landet av offentlige tannleger (cirka 2 200 personer i de prioriterte gruppene per offentlig tannlegeårsverk). Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland hadde 25 ledige stillinger og høy dekning av offentlige tannleger (cirka 900 personer i de prioriterte gruppene per offentlig tannlegeårsverk) (Rapport 8/2005 side 24).

Den geografiske variasjonen i tannlegedekning er framstilt i Figur 3.1 (NOU side 20), basert på statistikk fra 2002. Figuren er verken kommentert eller henvist til i teksten.

¹ Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 5/2004. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004

² Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 14/2004. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004.

³ Ulike fylke, ulike tannhelsetjenestetilbud? Tilbudet fra Den offentlige tannhelsetjenesten til dei prioriterte gruppene, oversyn over bemanningssituasjonen og oppsummering av rapporteringa fra Helsetilsynet i fylka. Rapport fra Helsetilsynet 8/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.

⁴ Brev av 2. desember 2003 fra Statens helsetilsyn til Helsedepartementet. Høring: forslag til tiltak på tannhelsetjenestens område. Ref: 2003/947.

Figuren viser nettopp hvor lite variasjon det er i tannlegedekning for de fleste av Norges fylker. Tretten av nitten fylker hadde mellom 8 og 9 årsverk (tannleger og tannpleiere) per 10 000 innbyggere. Bare Oslo, Troms, Hordaland og Finnmark hadde betydelig høyere dekning, mens Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag hadde noe lavere dekning enn andre fylker. Denne figuren gir heller ikke grunnlag for å konkludere at mangel på tannleger er et stort problem i de nordligste fylkene.

I våre utredninger har vi påpekt at noen fylker har lav dekning av offentlige tannleger (Oslo, Vest-Agder, Akershus og Vestfold), mens andre fylker har lav dekning av private tannleger (Finnmark, Nordland og Nord-Trøndelag), sammenlignet med andre fylker.

Når det gjelder dekning av alle tannleger, har Oslo, Hordaland, Troms, Telemark og Sogn og Fjordane høy dekning (under 1 200 personer per tannlegeårsverk) sammenlignet med andre fylker, og Finnmark, Nord-Trøndelag, Oppland, Akershus og Sør-Trøndelag har lav dekning (over 1 400 personer per tannlegeårsverk). (Rapport 8/2005 side 21)

Helsetilsynet mener at det ikke er mangel på tannleger som er hovedproblemet, men hvordan de tilgjengelige bemanningsressursene brukes. Noen fylker har et problem med stabilitet i offentlige tannlegestillinger. Andre fylker har spesielle utfordringer i forhold til en spredt befolkning og tilgjengelighet til tannleger i utkantstrøk. Disse problemene kan neppe løses ved å rekruttere flere offentlige tannleger. Forskjellige løsninger for å tilby folk som bor langt fra tettsteder tilgjengelige tannhelsetjenester er ikke tilstrekkelig drøftet i utredningen.

Tannhelse

Utvalget peker på at det foregår systematisk registrering av tannhelse hos barn og ungdom, men at det ikke foreligger tilsvarende data for den voksne befolkningen. Utvalget refererer til enkelte utvalgsundersøkelser, men vi får et inntrykk av at det mangler dokumentert kunnskap om tannhelse hos voksne.

Utvalget omtaler sosiale forskjeller i tannhelse ved å vise til to undersøkelser i Oslo (en studie av førskolebarn i Oslo (NOU side 24), som viser at det er dårligere tannhelse blant barn av innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn enn blant barn ellers, og en studie i Oslo blant voksne). Vi vil peke på at selv om vi mangler data om tannsykdom og behov for tannbehandling hos utsatte grupper, fins det forskning om sosiale ulikheter for andre typer sykdom. Forskjellene for noen sykdommer er større mellom bydelene i Oslo enn mellom Østlandet og Nord-Norge. Vi kan anta at tannhelse viser samme mønster. Utvalget peker selv på at grupper som av ulike grunner har dårlig helse, for eksempel rusmiddelbrukere og fengselsinnsatte, trolig har dårligere tannhelsestatus enn befolkningen for øvrig.

En viktig faktor i forhold til grupper med spesielle behov er forskjeller i bruk av og tilgjengelighet til tannhelsetjenesten. Dette er i liten grad drøftet av utvalget. Samlet sett deler vi imidlertid utvalgets oppfatning av hvilke grupper som har særlig behov for tannhelsetjenester.

Vi savner imidlertid en bredere og bedre dokumentert beskrivelse av geografiske forskjeller i tannhelse. Når det gjelder barn og ungdom anfører utvalget: "Det ser ut til å være best tannhelse på Østlandet og i Sogn og Fjordane. I fylkene fra og med Møre

og Romsdal og nordover ser det ut til å være mer tannsykdom, med Troms som et unntak” (NOU side 24). Utvalget finner det videre rimelig å anta at dette mønsteret forplanter seg inn i voksenalderen og anfører at når det gjelder tannhelse synes det “å være ugunstig å være fra et distriktsfylke, og særlig fra et nordnorsk fylke ” (NOU side 25). Vi kan ikke se at dette er dokumentert.

Etter vår vurdering er det en svakhet ved utredningen at utvalget ikke har beskrevet og vektlagt regionale forskjeller i sosiale ulikheter i forhold til tannhelse og behov for tannhelsetjenester.

Vi vil peke på at de fylkene som har den største andelen personer i utsatte grupper (som rusmiddelmisbrukere, innvandrere, fengselsinnsatte) er Oslo og Akershus. Andelen innvandrere er for eksempel 30,4 prosent i Oslo og 16,4 prosent i Akershus, men kun 6 prosent i Nordland og Nord-Trøndelag⁵.

Vi mener at kunnskap om nye gruppers behov, og identifikasjon av de geografiske områdene hvor forskjellene i tannhelse og sosiale ulikheter har betydning for tannhelsetjenestetilbudet, er nødvendig, for å vurdere både dagens situasjon og hva som er hensiktsmessige tiltak.

Tjenesteproduksjon og tjenestetilbud

Utvalget mener at vi må ha en mer effektiv tjenesteproduksjon (NOU side 66). Men bare LEON-prinsippet er nevnt i denne sammenhengen.

Et viktig aspekt ved en mer effektiv tjenesteproduksjon slik vi ser det er effektiv bruk av personell- og økonomiske ressurser. Dette aspektet ikke er drøftet av utvalget. Det er store fylkesvise forskjeller i ressursbruk i tjenesteproduksjon, som tyder på at det er et potensial for å bruke ressurser mer effektivt i noen fylker:

Når det gjelder bruk av økonomiske ressurser i den offentlige tannhelsetjeneste er for eksempel netto driftsutgifter per person i de prioriterte gruppene under tilsyn mindre enn kr 900 per person i fire fylker (Oslo, Akershus, Rogaland og Vestfold). Tilsvarende tall for tre andre fylker (Nordland, Troms og Finnmark) er over kr 1 700 per person.

Disse forskjellene kan ikke forklares bare på grunn av spredt befolkning. Eksempelvis er folketetthet i Oppland og Troms den samme.⁶ Netto driftsutgifter til Den offentlige tannhelsetjenesten per person under tilsyn er imidlertid cirka kr 1 000 i Oppland og cirka kr 2 000 i Troms⁷.

Det er videre ulikheter når det gjelder bruk av personellressurser.: For eksempel er antall personer (alle) under tilsyn i Den offentlige tannhelsetjenesten per årsverk (tannleger og tannpleiere) er 1 388 i Vest-Agder og 553 i Finnmark.

Når det gjelder omfang av Den offentlige tannhelsetjenesten til de prioriterte gruppene, har Helsetilsynet pekt på de store fylkesvise forskjellene i antall personer i de prioriterte gruppene og antall voksne som får et tilbud fra Den offentlige

⁵ Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Befolkningsstatistikk. 2005. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

⁶ Statistisk sentralbyrå. Statistisk årbok 2004. Tabell 49, Folkemengde, landareal og folketetthet, etter fylke. 2005. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Antall innbyggere per km² er 8 i Oppland og 6 i Troms.

⁷ Statistisk sentralbyrå. Fylkes-KOSTRA 2004. Tannhelsetjenesten. 2005. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

tannhelsetjenesten. Fylkesvis variasjon i andelen person i de prioriterte gruppene under tilsyn var i 2004 (Rapport 8/2005, side 18):

- barn 1-18 år: 85-98 prosent
- psykisk utviklingshemmede: 74-98 prosent
- eldre, langtidssyke og uføre i institusjon: 55-99 prosent
- eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie: 15-46 prosent
- ungdom 19-20 år: 46-89 prosent.

De store ulikhetene gir grunn til å anta at enkelte grupper stedvis ikke får det tilbudet de har krav på. Dette er etter vår vurdering et sentralt utgangspunkt for vurdering av hensiktsmessige tiltak. Det er derfor viktig å finne forklaringer på disse fylkesvise forskjellene, og å identifisere spesielle forhold i fylkene som har betydning for tannhelsetjenestetilbudet til befolkningen. Disse problemstillingene er ikke drøftet av utvalget.

Tannhelsetjenesten og den øvrige helsetjenesten i Norge

Etter Helsetilsynets vurdering er det rimelig å se på tannhelsetjenesten i forhold til den øvrige helsetjenesten i Norge. Utvalget beskriver dette i ulike sammenhenger uten å gå inn i en reell samlet vurdering av de prinsipielle forskjellene.

Som utvalget påpeker avviker tannhelsetjenesten på mange måter fra den øvrige helsetjenesten i Norge:

1. Den offentlige delen av tannhelsetjenesten forvaltes av fylkeskommunen, mens den øvrige delen av offentlige helsetjenester forvaltes av staten og kommunene
2. Det er et stort innslag av private tannhelsetjenester som utøves uten plikt til å inngå avtaler med fylkeskommunen
3. Prioritering i tannhelsetjenesten skjer på basis av at loven definerer prioriterte grupper i befolkningen og ikke, som i den øvrige helsetjenesten, på grunnlag av sykdommen/lidelsens alvorlighetsgrad
4. Tannhelsetjenesten er annerledes finansiert.

Tannhelsetjenesten lever på mange måter sitt eget liv på siden av de øvrige helsetjenester. Selv om dette er i tråd med situasjonen i de fleste europeiske land, mener vi det er grunn til å reise spørsmål om en større grad av integrasjon ville være ønskelig. Etter vår vurdering tydeliggjør utvalget dette ved å peke på at det ville vært logisk å kalle området for munnhulehelsetjenester, og ved sin bruk av tannhelsebegrepet i denne utvidede betydning. Vi savner en analyse av tannhelsetjenestens plass i forhold til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og hvilken betydning de til dels store forskjellene i organisering og innretning har for brukerne.

Utvalgets vurderinger og tilrådinger

Beskrivelse av hovedutfordringene

Utvalget peker på fem hovedutfordringer for å kunne nå målsettingene for tannhelsepolitikken (NOU side 66):

1. Vi har et regionalt fordelingsproblem fordi vi mangler tannleger i mange deler av landet
2. Vi har et sosialt fordelingsproblem fordi det finnes grupper som har klare behov, men som per i dag av forskjellige årsaker ikke får et godt tilbud
3. Vi må få tannhelsetjenester produsert på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsdeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten. LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) må være førende, også for tannhelsetjenesten
4. Vi må bedre samarbeidet mellom offentlig og privat sektor.
5. Vi må ha en mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Som det framgår foran, har vi flere kommentarer til utvalgets virkelighetsbeskrivelse. Som følge av dette har vi også en noe annen oppfatning av hva som er hovedutfordringene for å kunne nå målsettingene for helsepolitikken.

Helsetilsynet er uenig i utvalgets oppfatning av et regionalt fordelingsproblem. Utvalgets beskrivelse av geografiske forskjeller i distribusjon av tannleger er ufullstendig og misvisende. Uansett, etter vår vurdering, kan de regionale ulikhetene i tjenestetilbudet ikke alene forklares av at det mangler tannleger i deler av landet.

Vi er enige i at det finnes grupper som per i dag av forskjellige årsaker ikke får et godt tilbud. Det sosiale fordelingsproblemet er imidlertid ufullstendig belyst i utredningen.

Vi er enige i at tannhelsetjenester må produseres på en mer effektiv måte. I denne sammenhengen nevner utvalget kun LEON-prinsippet. Vi savner imidlertid at utvalget gjør en vurdering av bemanningssituasjonen for tannpleiere og hvordan tannpleiere bedre kan utnyttes i tannhelsetjenesten. Som nevnt tidligere, drøfter ikke utvalget viktige aspekter i denne sammenhengen, det vil si, bruk av personellressurser, bruk av økonomiske ressurser og omfang av tannhelsetjenestetilbud.

Som nevnt innledningsvis, savner vi et større fokus på den utfordringen som ligger i at kravene til Den offentlige tannhelsetjenesten i dag ikke er tilstrekkelig presisert. I den sammenhengen vil vi bemerke at utvalget ikke i særlig grad påpeker, eller drøfter, prinsipielle spørsmål knyttet til prioritering. Vi vil også reise spørsmål om samarbeid med den øvrige helsetjenesten burde vært løftet fram som en større utfordring.

Vi er enige i at tannhelsetjenestens fokus på forebyggende arbeid må bevares og at dette kravet må være lovfestet. Utvalget mener at det er behov for økt forskning for å få kunnskap om hvilke tiltak som virker. Utredningen mangler imidlertid en beskrivelse av hva som nå gjøres av helsefremmende og forebyggende arbeid, hva slags forebyggende arbeid som må styrkes, hvordan dette skal gjøres, og hva slags forskning som trengs.

Styrking av Den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalget mener at Den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes for å kunne løse utfordringene den står overfor, og anfører videre at en sterk offentlig tannhelsetjeneste er helt avgjørende for å få til en bedre geografisk fordeling av personell. Utvalget foreslår videre at forvaltningsnivået for den offentlige tannhelsetjenesten tillegges et

styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor i regionen for å oppnå en bedre samhandling mellom offentlig og privat sektor.

Helsetilsynet mener at en vurdering av omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten i første rekke må bygge på en tydelig beskrivelse av hvilke oppgaver den skal ivareta. I henhold til dagens lovgivning har fylkeskommunen ansvar for å gi et tilbud til prioriterte grupper og for at tannhelsetjenesten, inkludert spesialisthelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for den øvrige befolkning. Selv om utvalget under flere tilrådinger både foreslår konkrete endringer i tannhelsetjenesteloven og peker på områder som må presiseres, savner vi en mer prinsipiell gjennomgang av dagens lovgivning på området.

Styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor i regionen – sørge-for ansvar

Våre utredninger viser at det er store ulikheter mellom fylkene når det gjelder tannhelsetjenestetilbud. Samtidig vil vi peke på at dagens tannhelsetjenestelov ikke tydelig ivaretar målet om lik tilgjengelighet til nødvendige tjenester. Så langt vi forstår, mener utvalget at dette målet ikke er oppfylt og at dette er en av grunnene til forslaget om å styrke Den offentlige tannhelsetjenesten og tillegge denne et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor i regionen. Vi tolker utvalget dit hen at det mener at ansvarlig forvaltningsnivå bør tillegges et "sørge-for" ansvar for tannhelsetjenester til befolkningen på linje med det som RHFene og kommunene har i dag. Vi er enige i dette prinsippet, men vil understreke nødvendigheten av at det klargjøres i loven hva dette skal innebære.

Det vi her kaller sørge-for ansvar bør, etter vår mening, bestå i å gi befolkningen nødvendige og forsvarlige tannhelsetjenester, og innebære et større ansvar for hva som skal prioriteres.

Etter vår vurdering må sørge-for ansvaret operasjonaliseres i forhold til minst tre perspektiver. Det ene er prioriterte grupper. Det andre er tilstander som faglig sett trenger intervensjon og det tredje er spesialiserte tannhelsetjenester, inkludert de som utøves i sykehus. Det er videre nødvendig at spørsmålet om dekning av øyeblikkelig hjelp avklares i forhold til dette ansvaret.

Vi vil peke på at en ordning hvor et organ tillegges et sørge-for ansvar ikke hindrer at store deler av driften er tjenester kan være lagt ut til private utøvere.

Det vil imidlertid være naturlig å vurdere eksisterende finansieringsordninger i lys av en slik modell. Vi mener at alternative finansieringsordninger i større grad bør utredes, og vil særlig peke på at det bør vurderes om økonomiske ordninger som i dag forvaltes av folketrygden og sosialtjenesten bør knyttes til det organet som har sørge-for ansvaret.

Prioriterte grupper

Tannhelsetjenesteloven har, som utvalget peker på, noen særtrekk i forhold til annen helsetjenestelovgivning. Den stiller konkrete krav om forebyggende arbeid og at Den offentlige tannhelsetjenesten skal prioritere bestemte grupper i befolkningen. Disse gruppene skal aktivt oppsøkes med tilbud om tjenester. Utvalget reiser ikke direkte spørsmål om det er grunnlag for endring av disse prinsippene, og drøfter heller ikke

utfordringer knyttet til prioritering. Det tilrås at prinsippene følges med noen justeringer.

Helsetilsynet mener at det er formålstjenlig at prinsippet om prioriterte grupper videreføres. Dette er viktig fordi mange personer i disse gruppene ikke selv søker tjenester. Det tydeliggjør kravet om forebyggende arbeid og ivaretar viktige verdivalg i helsepolitikken ved at grupper med særskilte behov ivaretas.

Utvalget foreslår at noen nye grupper defineres som prioriterte grupper jamfør tannhelsetjenesteloven. De nye gruppene som er foreslått er personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med alvorlig rusavhengighet under rehabilitering, personer med funksjonstap og fengselsinnsatte. (NOU side 75)

Helsetilsynet mener at personer i disse gruppene kan være spesielt utsatt og kan ha klare behov. I tillegg kan de oppleve problemer med tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Vi har tidligere foreslått at det burde vurderes om innsatte i fengsel, innlagte i psykiatrisk institusjon og personer innenfor rusomsorgen skal defineres som prioriterte grupper (Rapport 5/2004, side 7). Vi støtter således utvalgets forslag.

Utvalget foreslår at 19-20-åringer (gruppe d) ikke lenger skal være en prioritert gruppe. Utvalget går også inn for å fjerne gruppe e (andre grupper som fylkeskommunen vedtar å prioritere) i tannhelsetjenesteloven.

Helsetilsynet mener at gruppe d kan oppheves som en prioritert gruppe, samtidig som gruppe a (barn og ungdom fra fødsel til de fyller 18 år) utvides til å inkludere 19-åringer. På denne måten er ungdom inkludert i gruppe a til de er ferdig med videregående skole.

Utvalgets forslag til nye prioriterte grupper, betyr det at Den offentlige tannhelsetjenesten får ansvar for mange pasienter som har sammensatte behov, og som kan være krevende å behandle. Samtidig foreslår utvalget at 19-20 åringer, som stort sett er "greie" å behandle, ikke lenger skal være en prioritert gruppe. Helsetilsynet mener at det er viktig å finne ordinger som bidrar til at ansvaret for "krevende" pasienter fordeles mellom offentlige og private tannleger.

Styringsvirkemidler

Helsetilsynet mener at utvalget i liten grad har drøftet hva slags virkemidler som er nødvendige for å kunne ivareta et styrings- og forvaltningsansvar for tannhelsetjenesten i regionen. I en sektor som i så stor grad er markedsbasert kan det være en utfordring å få til et samarbeid mellom offentlig og privat sektor om de pasientene som trenger det mest. Erfaringen fra den øvrige helsetjenesten tilsier at dette fordrer en gjennomgang av mulige virkemidler hvorav økonomiske insentiver kanskje framstår som de viktigste.

Helsetilsynet mener at forskjellige måter å organisere og finansiere tannhelsetjenester på burde undersøkes nærmere, med sikte på å utnytte ressurser i den private tannhelsetjenesten, ved, f.eks. forskjellige typer forsøksordinger. Forskjellige muligheter er en fasttannlegeordning, en per capita ordning for barn i privat tannhelsetjenesten og en utvidelse av Futt-prosjektet (forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester).

Utvalget foreslår en rekke tiltak som tidligere har vært anvendt eller anvendes i den øvrige helsetjenesten, som etableringskontroll, driftsavtaler for spesialister, nasjonale takster mv. Helsetilsynet savner en nærmere begrunnelse for og analyse av konsekvensene av slike tiltak, ev. en dokumentasjon på at de vil ha effekt. Slike tiltak har blitt prøvd i Sverige, uten at de har hatt den ønskede effekten på fordeling av tannleger. Vi vil peke på at tiltak innen en sektor ikke nødvendigvis vil ha samme effekt i en annen og at både ulike tradisjoner, samt organisatoriske og faglig/kulturelle forhold kan føre til andre konsekvenser enn de tilsiktede

Utvalgets omtale av tilsynsmyndighetenes rolle

For å oppnå en sterkere integrasjon av offentlig og privat sektor foreslår utvalget at Den offentlige tannhelsetjenesten "i samarbeid med fylkeslegen og andre tilsynsmyndigheter utvikler prosedyrer og systemer for systematisk tilsyn", og at de "på vegne av fylkeslegen avgir faglige vurderinger ved klager" (NOU side 67).

Helsetilsynet mener at det er viktig å skille mellom statlige myndigheters tilsynsoppgaver, og fylkeskommunenes ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten og ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelig for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Videre mener Helsetilsynet at fylkeskommunen ikke skal gi faglige vurderinger ved klager på vegne av Helsetilsynet i fylket. Fylkeskommunen kan bli bedt om å avgis faglige uttalelser som sakkyndig i enkelte saker, men ikke på vegne av Helsetilsynet i fylket

Framtidig forankring av tannhelsetjenesten

Utvalget har delte meninger om hvorvidt de offentlige tannhelseoppgavene i framtida best løses ved at de styres av et lokalt statlig organ, et lokalt statlig foretak eller som nå av et lokalpolitisk organ (fylkeskommunen). (NOU side 88)

Utvalget har drøftet tre ulike modeller for framtidig organisering av Den offentlige tannhelsetjenesten: et tannhelsedirektorat, en fylkeskommunal tannhelsetjeneste, et statlig foretak.

Helsetilsynet mener at organiseringen av tannhelsetjenesten bør ses i sammenheng med organiseringen av spesialisthelsetjenesten forøvrig. Organiseringen i de regionale helseforetakene gjør det mulig å se tjenestene i en helhetlig sammenheng innen regionen, men også på tvers av disse. Det gjelder f.eks. der tjenestene er av en slik art at de bør samles, eller at regionen innen sitt område ikke klarer i ivareta sitt "sørge-for" ansvar. Vi mener at ansvaret for at de gruppene som har rett til tannhelsetjenester etter loven, i prinsippet er å anse som et "sørge-for" ansvar.

De regionale helseforetakene har ansvar for å inngå avtaler med de privatpraktiserende spesialister. Etter Helsetilsynets oppfatning bør prinsippene for avtalene med de privatpraktiserende spesialister også gjelde for avtaler med privatpraktiserende tannleger. Det innebærer f.eks. at de privatpraktiserende spesialister/tannleger er å anse som et *supplement* til den offentlige tjenesten. Det vises i den forbindelse til Helse- og omsorgsdepartementets styringssignaler til RHF om å inngå avtaler med private utøvere som en del av sitt "sørge-for" ansvar.

På bakgrunn av ovenstående mener Helsetilsynet at tannhelsetjenesten bør organiseres innenfor de statlige regionale helseforetak. Det vil gi staten en større mulighet for:

- effektiv styring av tjenestetilbudet på landsbasis
- ansvar for at de pasientgrupper som har krav på tannhelsetjenester får disse tjenestene ("sørge-for" ansvar)
- ansvar for at tjenestene er forsvarlige
- en effektiv ressursbruk
- en tydelig ledelsesmessig forankring
- ansvar for å inngå avtaler med de privatpraktiserende tannlegene og derigjennom ha mulighet for å styre deler av deres virksomhet.

Hvordan de regionale helseforetakene organiserer tannhelsetjenesten er i prinsippet deres ansvar, men det kan synes hensiktsmessig at tjenesten organiseres som eget/egne helseforetak. Det vil f.eks. være naturlig å sammenligne med hvordan apotekertjenesten er organisert (i egne helseforetak).

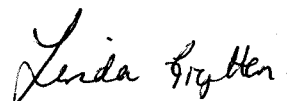
Sosial- og helsedirektoratet bør være et *fagorgan*, på samme måte som for den øvrige helsetjenesten.

En slik ansvarsfordeling av eierskap, faglig rådgivning og tilsyn gir ryddighet og forutsigbarhet i de ulike rolleutøvelsene.

Med hilsen



Lars E. Hanssen



Linda Grytten
seniorrådgiver

Saksbehandler: Linda Grytten, tlf.: 21 52 99 60

Kopi:
Helsetilsynet i fylkene