

SAKSFREMSTILLING

Arkivsak 200501730
Arkivnr. E: 023 G4 &13
Saksbeh. Per Kvinlaug

Saksgang
Fylkesutvalget

Møtedato
01.11.2005

DET OFFENTLIGE ENGASJEMENT PÅ TANNHELSEFELTET - HØRING

Fylkesrådmannen rår til at fylkesutvalget treffer slikt vedtak:

Fylkesutvalget slutter seg til hovedkonklusjonene i utredningen om at det offentlige fortsatt skal finansiere tannbehandling for barn og unge, samt spesielle grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester.

Dersom det vedtas en utvidelse av grupper innenfor den offentlige tannhelsetjenesten som medfører økte netto kostnader, må dette fullfinansieres fra statens side.

For å styrke det offentlige engasjement på tannhelsefeltet, bør tiltak som økt utdanningskapasitet, turnustjeneste og nasjonale takster vurderes, mens etableringskontroll bør begrenses til spesialisttannhelsetjenesten med generell trygderefusjon.

Den offentlige tannhelsetjenesten bør fortsatt være forankret i fylkeskommunen.

SAMMENDRAG

Lov om tannhelsetjenesten ble vedtatt 3.juni 1983 og trådte i kraft 1.januar 1984. Med dette fikk vi en lov for tannhelsetjenesten. Det innebar en samling av ansvar for tannhelsetjenesten hos fylkeskommunen. Det var den tidligere folketannrøkta (delt mellom stat og fylke) og kommunal skoletannpleie som ble samlet, og ved den politiske behandlingen var det stor enighet om at tannhelsetjenesten skulle forankres på fylkeskommunalt forvaltningsnivå. Loven har flere særtrekk, og noen av dem er helt spesielle for denne loven og finnes ikke i andre lover. Tannhelsetjenesteloven er den eneste loven som pålegger en del av den offentlige helsetjenesten å drive oppsøkende virksomhet overfor definerte pasientgrupper. Dette betyr at tannhelsetjenesten skal dekke et tannhelsefaglig definert behov framfor etterspørsel. Dessuten vektlegges forebyggende virksomhet sterkt. Det gjøres det også i andre lover, men tannhelsetjenesteloven sier at forebygging skal prioriteres foran behandling.

Stortinget har i ulike sammenhenger anmodet regjeringen om en ny bred utredning på tannhelsefeltet. Arbeidet skulle omfatte spørsmål vedrørende videre offentlig engasjement i tannhelse spørsmål og innbefatter organisering av offentlige tannhelsetjenester, hvem som skal ha vederlagsfri tannbehandling, spørsmålet om egenbetaling, hvilke trygderefusjonsordninger vi skal ha, samt spørsmål om offentlige takster.

Det er flere forhold som nødvendiggjør en bred gjennomgang av tannhelsefeltet. Det ene er fylkeskommunenes problemer med å ivareta et "sørge for ansvar" med utviklingen i

tannlegemarkedet og dagens organisering av offentlig og privat sektor. Det andre er knyttet til reformer og endringer de siste årene innenfor den øvrige helsetjenesten. Rettigheter til vederlagsfrie tannhelsetjenester for eldre og uføre i gjeldende lov er knyttet opp til opphold i institusjon og hyppighet av hjemmesykepleie. I den kommunale primærhelsetjeneste er hjelpeapparatet innenfor pleie- og omsorgstjenesten i dag organisert slik at mange brukere faller utenom lovens kriterier.

Både opptrappingsplan for psykisk helsevern og reform innenfor rusomsorgen krever nytenkning også innenfor tannhelsetjenesteloven.

Videre har utbyggingen av trygdestønadordninger medført et behov for en forenkling og gjennomgang av regelverket. Dette er nødvendig for gjøre saksbehandlingen brukervennlig og effektiv. Dessuten må tiltak settes inn for å øke kunnskapsnivået i tannhelsetjenesten om gjeldende regelverk.

Utredningen har skissert følgende hovedutfordringer framover:

1. Vi har et regionalt fordelingsproblem ved at vi mangler tannleger i mange deler av landet.
2. Vi har et sosialt fordelingsproblem ved at 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, bl.a gjennom bedre arbeidsfordeling 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 få en mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

BAKGRUNN FOR SAKEN

Ved Kronprinsregentens resolusjon 13.mars 2004 ble et utvalg oppnevnt for å vurdere det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Innstillingen ble lagt fram den 16.juni 2005. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet" på høring. Høringsfristen er 1. november.

SAKSOPPLYSNINGER

Det regjeringsoppnevnte utvalget fikk i oppgave å utrede det videre offentlige engasjement i tannhelse spørsmål. Dette innbefatter organisering av offentlige tannhelsetjenester, hvem som skal ha vederlagsfri tannbehandling, spørsmålet om egenbetaling, hvilke trygderefusjonsordninger vi skal ha, tiltak for å sikre en bedre geografisk fordeling av tannleger, samt spørsmål om nasjonale takster.

Utredningen er til sammen på 117 sider. Den har i alt 12 kapitler og 3 vedlegg. Kapitlene kan inndeles i faktakapitler og drøftingskapitler. Faktakapitlene er beskrivende og omtaler bl.a tannhelse og tannhelsetilstand, beskrivelse av tjenesten i dag, relevant lovverk, utdanning mv., internasjonal sammenlikning og modeller for finansiering. Drøftingskapitlene, der utvalgets vurderinger og tilrådinger fremgår, er i hovedsak kapittel 11 og 12. For den som raskt vil få innblikk i vurderinger og konklusjoner anbefales det å lese sammendraget i kapittel 2 og kapittel 12 om økonomiske og administrative konsekvenser. Det anbefales også å lese NOU'en side 94 og 95 der det er konkretisert hvilke lovendringer forslagene kan medføre. Hele utredningen finnes på www.odin.no

Hvem skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester?

Utvalget går ikke inn for en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester eller en fasttannlegeordning. Det tilrådes at det offentliges engasjement rettes mot de grupper som

anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester. Utvalget foreslår at følgende grupper skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester:

- Personer mellom 0 – 18 år
- Personer med alvorlige psykiske lidelser
- Personer i rusmiddelomsorgen
- Personer med kroniske somatiske sykdommer eller funksjonshemming
- Psykisk utviklingshemmede
- Personer med funksjonstap
- Personer som mottar stønad til livsopphold over en periode på minst 6 måneder
- Innsatte i fengsel
- Yrkesskadde og krigspensjonister
- Personer med spesielle odontologiske lidelser

Styrking av den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalget mener den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes dersom den skal løse utfordringene den står overfor. En sterk offentlig tannhelsetjeneste er helt avgjørende for å få til en bedre geografisk fordeling av personell, samtidig som dette vil sikre en god og oppsøkende tjeneste til innbyggere som har rettigheter. For å oppnå en bedre samhandling mellom offentlig og privat sektor, er det en forutsetning at forvaltningsnivået for den offentlige tannhelsetjenesten tillegges et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor. I det helsefremmende og forebyggende arbeidet er det behov for økt forskning for å få kunnskap om hvilke tiltak som virker. Et bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten er helt avgjørende for å få til gode resultater i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Tiltak for å få til bedre geografisk fordeling av tannleger

Flertallet i utvalget foreslår at det innføres generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester i offentlig og privat sektor. Prisregulering med maksimaltakster for tannbehandling vil gjøre det mindre attraktivt å leve av små pasientporteføljer i store byer, og dette vil medvirke til å styre etableringen av virksomheter. Der det i dag er offentlige takster (trygderefusjon), er problemet at tannlegene jevnt over har honorarer som er høyere enn takstene. Dette medfører at pasienten må betale både en egenandel og et mellomlegg, dvs. differansen mellom den offentlige taksten og tannlegens honorar. Når flertallet i utvalget går inn for prisregulering med maksimaltakster, er det også for å komme bort fra slike mellomlegg.

For å begrense tilgangen av tannleger i områder med høy tannlegetetthet, tilrår flertallet i utvalget etableringskontroll for tannleger. Det må innføres tannlegehjemler, som beregnes ut fra folketallet i et nærmere avgrenset geografisk område.

Etablering av flere regionale kompetansesentra er et viktig bidrag for å øke stabiliteten og spredningen av kompetanse til distriktene. For å styrke den offentlige tannhelsetjenesten best mulig, og tilstrebe målet om tannhelsetilbud i alle deler av landet, må det også settes inn betydelige rekrutterings- og stabiliseringstiltak. Utvalget går inn for turnustjeneste for tannleger fordi dette vil bedre den faglige kvaliteten hos tannlegene. Turnustjeneste kan også være et tiltak som bidrar til bedre geografisk fordeling av tannleger.

Trygd, egenandeler og nødvendig tannbehandling

Offentlig finansierte tannhelsetjenester bør avgrenses til å gjelde nødvendig tannbehandling, inkludert forebygging. Statlige helsemyndigheter må utarbeide standarder som til enhver tid definerer hva som er "nødvendig tannbehandling". Når det gjelder trygdens refusjonsordninger ved tannbehandling, mener utvalget det er behov for en bred gjennomgang av gjeldende forskrifter og retningslinjer. Utvalget tilrår at departementet, i samarbeid med

Rikstrykdeverket, gjennomfører et slikt arbeid hvor en har som siktemål å få til en forenkling og samling av regelverket for å effektivisere og bedre tilbudet.

Utvalget har vurdert om det bør innføres egenandeler for de gruppene som tilrådes rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Flere av disse gruppene er i en slik situasjon at egenandel er uheldig. For de gruppene som har bedre økonomiske muligheter til å betale egenandel, finner utvalget at egenandelsprovenyet fra disse blir så lite at det neppe vil stå i forhold til administrasjonskostnadene.

Organisasjonsmodeller

Utvalget mener det er et nasjonalt ansvar å sørge for en rimelig behandlingsdekning over hele landet. Hvorvidt de offentlige tannhelseoppgavene i fremtiden best løses ved at de styres av et statlig forvaltningsorgan, et statlig foretak eller som nå av et lokalpolitisk organ (fylkeskommunen), har utvalget delte meninger om. Utvalget har konkret drøftet tre ulike modeller for framtidig organisering av den offentlige tannhelsetjenesten.

Fire av utvalgets medlemmer går inn for en direktoratmodell. De mener det bør opprettes et Tannhelsedirektorat, som en avdeling under Sosial- og helsedirektoratet, med underliggende regionale tannhelseetater. Tannhelsedirektoratet skal være et faglig kompetanseorgan, og det skal fordele og følge opp resultater av den samlede offentlige finansiering mellom de regionale etatene. De regionale tannhelseetatene tillegges ansvaret for den utøvende offentlige tannhelsetjenesten.

Fire andre medlemmer går inn for en fylkeskommunal tannhelsetjeneste som i dag, men som kan tilpasses et eventuelt nytt regionalt forvaltningsnivå.

Ett medlem går inn for at den offentlige tannhelsetjenesten flyttes fra fylkeskommunen til staten, og organiseres som autonomt statlig foretak.

VURDERINGER

Innledning

Fylkesrådmannen mener utvalget har fått fram de viktigste utfordringene på tannhelsefeltet og deler særskilt utvalgets bekymring over at tannlegerressursene er skjevfordelt, geografisk og sosialt. Vi har fått store fordelingsproblemer. Tannlegenes karrierevalg har endret seg betydelig. Privat praksis er økonomisk spesielt attraktiv for tiden. I 1984 var det om lag like mange private som offentlige tannleger, i dag er bare 25 % av tannlegene offentlig ansatt. Tilbudet til det prioriterte klientell og voksenbehandling der det kun fins tilbud fra det offentlige svekkes. Det er en alvorlig situasjon i tannhelsetjenesten i store områder av landet pga vakanser i tannlegestillinger, høy turn - over i stillingene og uerfarne tannleger i tjenesten. Det som skjer i dag er en konkurranse mellom fylkene om tannlegearbeidskraften. Dette fører til lønnsglidning og uheldige interne forhold. Nyrekrutterte tannleger kommer på høyde lønnsmessig med eller går forbi de etablerte tannleger som er ryggraden i tjenesten.

Mye av den offentlige tannhelsetjenestens fundament er å drive oppsøkende virksomhet overfor grupper i befolkningen som ikke er i stand til å ta vare på sin egen tannhelse. Spesielt for pasienter innenfor fagfeltene psykiatri og rus, er der store utfordringer. Et utvidet tilbud til flere pasientgrupper kan ikke løses innenfor den offentlige tannhelsetjenesten alene, men fordrer et samarbeid mellom privat og offentlig sektor. Erfaringene i Vest-Agder ved deltakelse i FUTT – prosjektet (Forsøk med Utvidet TannhelseTilbud) til grupper innenfor kommunal omsorgstjeneste, rus og psykiatri, viste at en slik samhandling mellom offentlig og privat sektor om uløste oppgaver var mulig.

Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere må organiseres ut fra tannhelsesituasjonen i befolkningen. Tannpleiernes kompetanse må utnyttes optimalt. Utvalget vil gjøre

tannhelsetjenesten mer effektiv ved å følge LEON – prinsippet. Departementet bør i den sammenheng vurdere å satse mer på tannpleierutdanning ved landets høgskoler, da det gjennomgående viser seg å være vanskelig å rekruttere til ledige tannpleierstillinger. Tannhelsetjenesten bør også kunne være mer kreativ mht å benytte tannhelsesekretærene innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeid.

Tilrådingene i innstillingen preges av individuelle synspunkter, og i en rekke sentrale spørsmål er utvalget splittet. Utredningen presenterer imidlertid mange elementer som kan bidra til å rette opp skjevheter og mangler i dagens tannhelsetilbud, og fremstår derfor samlet som et viktig dokument for videre diskusjon.

Hvem bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester?

Barn og ungdom bør fortsatt ha rett til fritt tannhelsetilbud, og gruppen bør utvides til også å gjelde 19-åringene. De fleste 19-åringene er fortsatt under videregående opplæring, og har samme bopel som foreldre/foresatte. Ungdom på dette alderstrinnet er derfor lett å nå gjennom oppsøkende virksomhet samtidig som de fortsatt er utsatt for de samme risikofaktorene som yngre årskull. Det foreslås videre at dagens moderasjonsordning for 19- og 20-åringer oppheves. Ordningen er kostbar å administrere, og frafallet er stort. Svært mange 20-åringer skifter bopel etter videregående skole. Merknadene ved fri tannbehandling for 19-åringene vil trolig dekkes opp av innsparingen ved å avskaffe moderasjonen for 20-åringene.

Psykisk utviklingshemmede og pasienter og beboere i institusjon (utover 3 måneder), bør fortsatt få tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester.

FUTT – prosjektet (Forsøksordning med Utvidet TannhelseTilbud), hvor Vest-Agder var ett av 3 deltakerfylker, hadde personer i rusmiddelomsorgen og personer med alvorlige psykiske lidelser som viktige målgrupper. Forsøksordningen var et samarbeid mellom offentlig og privat sektor.

Prosjektet avslørte et stort og alvorlig tannhelseproblem for svært mange av disse pasientene, og understreker at disse bør sikres en offentlig finansierte tannhelsetjeneste. Oppgaven kan ikke løses innenfor den offentlige tannhelsetjenesten alene. For fortsatt å styrke samhandlingen mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste om disse store uløste utfordringene, bør tilbudet til pasienter innenfor rus og psykiatri finansieres ved trygdeordninger, slik utvalget har anbefalt for fengselsinnsatte og personer som mottar stønad til livsopphold over en periode på minst seks måneder.

Det bør fortsatt legges til rette for at grupper som er særlig utsatt for tannhelseproblemer også skal få tilbud om fri tannbehandling gjennom trygden. Kriteriene må bygge på et faglig grunnlag hvor medisinsk/odontologiske forhold er avgjørende, og ikke økonomi.

Utvalget har også foreslått at personer med funksjonstap, skal ha rett på offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det må utarbeides klare, entydige og rettferdige kriterier for en slik rettighet.

Styrking av den offentlige tannhelsetjenesten

Det er åpenbart behov for en bedre samordning mellom offentlige og private tannhelsetjenester. Ansvaret for styring og forvaltning av det samlede tjenestetilbudet bør tillegges den offentlige tannhelsetjenesten. Et slikt ansvar krever en styrket posisjon i forhold til besluttsende organer, og nødvendige ressurser må tilføres.

Den offentlige tannhelsetjenesten har hatt tilbuds- og resultatlikhet til alle de prioriterte grupper i befolkningen som målsetting. Selv om den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et "sørge for-ansvar" for de prioriterte gruppene, må den nødvendigvis ikke være tjenesteyter.

Det offentlige tjenestetilbudet må være variert, og det må fortsatt ytes tjenester til betalende klientell, på lik linje med privat sektor. Dette har stor betydning for rekruttering av tannleger.

I utredningen er det lagt opp til at den offentlige tannhelsetjenesten skal avgi uttalelser på vegne av fylkeslegen. Fylkesrådmannen mener det ikke er naturlig at leder for tannhelsetjenesten overtar fylkeslegens rolle som tilsyn eller klagebehandler. En offentlig tjenesteyter bør ikke være tilsynsmyndighet.

Tannhelsetjenesten må i større grad bli en sentral aktør i utviklingen i folkehelsearbeidet. Det må settes inn målrettede tiltak overfor de grupper som er mest utsatt for dårlig tannhelse, og tannhelsetjenesten må intensivere arbeidet for å bli en integrert del av den øvrige helsetjenesten.

Tiltak for å få bedre geografisk fordeling av tannleger

Dagens tannhelsetilbud er i stor grad markedsstyrt, og dette fører til at tjenestene er ulikt fordelt både geografisk og i sosioøkonomisk sammenheng. Det er et sterkt behov for økt offentlig engasjement, både når det gjelder utdanning av personell, regulering av marked og etablering av tiltak for å styrke offentlig tannhelsetjeneste.

Det er nå fri prisfastsetting for de private tannlegene. Landets fylkeskommuner har også ulike takster. Veiledende tariff opphørte i 1996. Fra 1995 til 2004 steg prisene for tannhelsetjenester i privat sektor med 69 %. Markedet er i ubalanse, og priskonkurransen er ikke reell i et marked hvor etterspørselen i hovedsak er større enn tilbudet. Selv med regler om kostnadsoverslag og krav vedr opplysning om pris, er det for pasienter flest nærmest umulig å sammenligne prisnivå mellom ulike behandlere. Dette blir spesielt vanskelig ved ulik praksis for honorering ved timepris og stykkpris.

Takster fastsatt av Helse- og Omsorgsdepartementet benyttes i dag som refusjonsgrunnlag ved behandling for trygdens regning. Den enkelte tannlege står imidlertid fritt til å beregne ekstra honorar i form av mellomlegg fra pasienten i tillegg til fastsatte refusjonstakster og egenandeler.

Til tross for betydelige lønnsøkninger i offentlig sektor, har det økonomiske utbyttet i privat sektor skapt urimelig store forskjeller i inntektsnivå mellom offentlig og privat virksomhet. Det bør gjeninnføres et system med felles nasjonale takster for tannhelsetjenester. Takstene bør baseres på faktiske driftskostnader og et normalt inntektsnivå for personalet.

I den hensikt å begrense tilgangen av tannleger i områder med høy tannlegetetthet, foreslår flertallet i utvalget å innføre etableringskontroll for tannleger. De anser at det må innføres tannlegehjemler, som beregnes ut fra folketallet i et nærmere avgrenset geografisk område. De mener departementet må foreta en nærmere utredning av hvordan dette skal organiseres. Et mindretall i utvalget er imot dette tiltaket.

Fylkesrådmannen er kritisk til slike regulatoriske tiltak. Begrunnelsen for motstanden mot etableringskontroll og stillingshjemler er at tiltaket neppe løser spredingsproblemet i vesentlig grad fordi det kun sperrer tannleger ute fra gitte områder, men ikke styrer dem dit de trengs. Slike tiltak oppfattes som tvangstiltak som begrenser den enkeltes frihet, noe som derved også kan svekke rekrutteringen til yrket.

I stedet for regulering med etableringskontroll og stillingshjemler, bør det satses videre på stimuleringsiltak for å få personell til utkantsområdene; økonomiske incitament, alternative

avlønningsformer, muligheter for deltidsansettelser, utdanning og studiepermisjon etter faste normer etc.

Gjennom etablering av regionale kompetansesentra vil det regionale fagmiljøet bli styrket. Fylkesutvalget i Vest-Agder har i vedtak av 4. mai 2004 sagt at de ser behovet for et odontologisk kompetansesenter i region sør, og vil støtte opprettelsen av et slikt senter.

Også for spredningen av spesialister er odontologiske kompetansesentra avgjørende. På samme måte som for spesialister i helsetjenesten for øvrig, mener flertallet i utvalget at det er nødvendig at private spesialister inngår avtaler med den offentlige tannhelsetjenesten blant annet for å få rettigheter i forhold til trygdemidler. Dette gir myndighetene et virkemiddel til en bedre geografisk styring av spesialistetableringer.

Fylkesrådmannen støtter dette synet, og mener det er nødvendig å innføre hjemler i spesialisttannhelsetjenesten for å sikre geografisk spredning, spesielt innen kjeveortopedi (tannregulering) og oral kirurgi.

Det vil være naturlig å knytte retten til å behandle for "trygdens regning" til et gitt antall hjemler. Ordningen organiseres etter samme modell som for spesialister i helsetjenesten for øvrig. Det bør imidlertid åpnes for at man kan etablere seg også uten hjemmel, men da uten rett til trygderefusjon.

Fylkesrådmannen mener videre at den faglige kvalitet for de vordende tannlegene, er et viktig argument for innføring av turnustjeneste. Også for personell som deltar i studentveiledningen vil dette gi nye impulser. Turnustjeneste må være lokalisert til større klinikker for å sikre stabilitet og bredde i opplæringen. Utgifter og tidstap ved turnus forutsettes dekket ved statlige midler.

Trygd, egenandeler og nødvendig tannbehandling

En generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester er lite realistisk, og det kan diskuteres om det helsemessige resultat vil være i samsvar med ressursbruken. Ressursene bør settes inn der behovet er størst. I utredningen er det uklare skiller mellom dem som skal få tjenester innenfor den offentlige tannhelsetjenesten, og de som skal få trygderefusjon.

Utvalget går inn for at personer med kroniske somatiske sykdommer eller funksjonshemming, og personer med spesielle og definerte odontologiske lidelser fortsatt bør ha rett på offentlig finansierte tannhelsetjenester gjennom folketrygden. Fylkesrådmannen støtter utvalgets oppfatning om at dagens trygdordninger må bli enklere og mer oversiktlige, og er av den formening at personer innenfor rusmiddelomsorgen og personer med alvorlige psykiske lidelser bør gis rett til offentlig finansiert behandling gjennom folketrygden. Dette for å understreke betydningen av samhandling mellom privat og offentlig sektor, en direkte videreføring av FUTT – prosjektet. Det samme gjelder for fengselsinnsatte som inntil i dag kun har fått tilbud om akuttbehandling organisert gjennom den offentlige tannhelsetjeneste.

Innføring av egenandeler kan ha en disiplinerende effekt på å overholde timeavtaler. Ikke-møtt tid er et problem for en oppsøkende tjenesteytelse som tannhelsetjenesten. På den annen side fører innkreving av egenandeler til relativt høye administrasjonskostnader, og vil ha liten økonomisk betydning. Det tilrås derfor at ingen grupper med rett til offentlig finansiering av tannhelsetjenester skal betale egenandeler.

Den norske tannlegeforening har tidligere utarbeidet retningslinjer for hva som bør anses som nødvendig tannbehandling. Fylkesrådmannen mener det vil være ønskelig med mest mulig klare retningslinjer, spesielt for å definere hva som er å anse som unødvendig tannbehandling.

Organiseringsmodeller

Mange kommuner er for små til å ta et befolkningsansvar i forhold til tannhelsetjenester. Kommunestrukturen har i liten grad endret seg etter 1984, mens alle fylker har etablert tannhelsetjenesten som stordistrikter. Disse omfatter oftest flere kommuner. Hensynet til rasjonell drift og likeverdig tilbud i hele landet, krever større enheter, eventuelt interkommunale løsninger. Klinikker i småkommuner er svært sårbare ved vakanser.

Overordnet helsepolitisk målsetting i Norge er at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, gis god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Dette ansvar bør innenfor tannhelse ivaretas av staten gjennom lovgivning, nødvendige reguleringstiltak og en balansert utdanning av tannleger og tannpleiere. Norge hadde statlig folketannrøkt i de fleste fylker, med noe kommunal tannpleie, helt fram til fylkeskommunen overtok ansvaret i 1984 ved etablering av den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Hovedformålet med å legge tjenesten til fylkeskommunen var behovet for mer rasjonell drift, og en likeverdig tjeneste på landsbasis. Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter i dag 1/3 av landets befolkning.

Fylkesrådmannen mener den offentlige tannhelsetjenesten med dagens form, med fylkeskommunal tilknytning og politisk styring, har vist seg som en god måte å gjennomføre tannhelsepolitiske mål. Tjenesten har vist seg endringsvillig ved endrede rammebetingelser. En fylkeskommunal forankring gir mulighet for folkevalgt styring, men med betydelig delegering av ansvar. Organisasjonens størrelse gir stordriftsfordeler, og sikrer tilbudslighet innenfor et større geografisk område. Den offentlige tannhelsetjenesten har ikke som sykehusene behov for omfattende omorganisering.

Fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet er en styrke for tannhelsetjenesten, og kan bestemt være et viktig bidrag til å oppnå tannhelsemål. Modellen åpner både for forvaltningsmodell og foretaksorganisering, eventuelt tilknytning til nytt regionalt nivå.

Kristiansand den 1. oktober 2005

Tine Sundtoft
Fylkesrådmann

Vedlegg:

1 NOU 2005:11 "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet" – høring
2 Kap. 11 NOU 2005:11