

  
**DET KONGELIGE  
ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENT**

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200502859	Dok.nr.: 100
Arkivkode: 550	Journ.dato 101105
Avd.: KTA 3	Saksbeh.: HL
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref

Vår ref  
200502843-/ILH

Dato  
09.11.2005

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

Vi viser til brev med vedlegg av 24. juni 2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeids- og sosialdepartementet har følgende merknader:

#### ***Kap. 4 Tannhelse og tannhelsetilstand***

God tannhelse er av stor betydning for den enkelte. For personer med svak tilknytning til arbeidslivet og andre marginaliserte grupper kan dårlig tannhelse bidra til svekket selvtillitt og lett oppleves som og bli en barriere i en arbeidssøkersituasjon, på en arbeidsplass og ellers i andre sosiale sammenhenger.

Utvalget ser svært alvorlig på at økonomiske forhold skal være avgjørende for mulighetene til god tannhelse. Vi slutter oss til dette synspunktet, men kan ikke se at vi i dag har kunnskap nok om i hvilken grad og på hvilken måte lavinntektsproblemer bidrar til at personer ikke får jevnlig tilsyn av tannhelsepersonell. Vi er også usikre på hvordan man best kan fange opp og bistå personer med så dårlig økonomi at de ikke har råd til nødvendige tannhelsetjenester.

Vi har merket oss at utvalget ikke går inn for en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester, og at det tilrås at det offentliges engasjement rettes mot de grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester.

Vi ser at det er flere argumenter for at det offentliges engasjement rettes mot grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester, men er noe usikker og tvilende til om langtidsmottak av sosialhjelp utover 6 måneder er noe godt kriterium. Forslaget innebærer så langt vi forstår ikke en endring i hvilke type tannlegeutgifter den enkelte vil få dekket, men en endring i hvem som betaler regningen - kommunen eller staten - og at spørsmålet om dekning av utgiftene løstes fra et system som er basert på skjønn og individuell vurdering til et system som er mer rettighetsbasert. Forslaget vil således kunne være et bidrag til større grad av

likebehandling. Vi er imidlertid prinsipielt noe skeptisk til at man skal kunne kvalifisere til en rettighet gjennom langtidsmottak av sosialhjelp. Vi vil også peke på at personer med lav inntekt, som utvalget selv viser til, en sammensatt gruppe. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at sosialhjelpsmottakere er overrepresentert i lavinntektsgruppen, men også at lavinntektsgruppen omfatter andre grupper, blant annet personer med ulike typer ytelser fra folketrygden. Det går heller ikke klart fram av teksten i utredningen om forslaget gjelder kun de som mottar sosialhjelp som hovedinntektskilde utover 6 måneder eller også de som mottar supplerende sosialhjelp utover denne tidsperioden. Etter vår vurdering bør det på denne bakgrunn arbeides videre med hvordan man best kan fange opp og bistå personer med så dårlig økonomi at de ikke har råd til nødvendige tannhelsetjenester.

#### *Rusmiddelmissbrukere*

Rusmiddelmissbrukere er en av gruppene som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester. Av ulike årsaker har de svært dårlig tannhelse, og behovene for tannpleie tilsvarende omfattende. Dette er godt redegjort for av utvalget. Forholdet mellom ernærings situasjon og tannhelse er imidlertid ikke berørt. Rusmiddelmissbrukere har både dårlig tannhelse og en bekymringsfull ernærings situasjon. Sannsynligvis er den dårlige tannhelsen et resultat av en ustrukturert livssituasjon hvor helse generelt ikke blir prioritert. Det er grunn til å anta at tannhelse og ernærings situasjon er gjensidige negative prosesser. Dette understreker både behovet for å utbedre tannhelseproblemene og å iverksette forebyggende ernæringsmessige tiltak overfor denne gruppa.

Utvalget foreslår at tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester til rusmiddelmissbrukere skal knyttes til om vedkommende er i en rehabiliterings situasjon, forstått som personer i rusmiddelomsorgen – jf lov om sosiale tjenester kap. 4 og 6. Vi vil peke på at dette kan innebære at rusmiddelmissbrukere med størst behov for offentlig finansierte tannhelsetjenester, er utelukket fra ordningen. Dette gjelder personer som er i aktiv rus og som, for tiden i alle fall, ikke er i stand til å dra nytte av tilbud om rehabilitering. Disse vil være utelukket hvis de ikke også tilhører andre grupper som omfattes av tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Vi anbefaler derfor at ordning med offentlig finansierte tannhelsetjenester i sterkere grad vurderes opp til Individuell plan – kap. 7.4.4 - da de aller fleste rusmiddelmissbrukere *med behov for langvarige og koordinerte tjenester* har rett til å få utarbeidet slik plan.

Avslutningsvis vil vi bemerke at flere rusmiddelmissbrukere har hatt vanskeligheter med å finne en tannlege, så vel som fastlege, som vil ta imot dem. Spørsmålet om offentlig finansiering bør derfor ses i sammenheng med tilgangen til tannhelsetjenester for utsatte grupper.

#### ***Kap. 9 Modeller for finansiering og organisering av tannhelsetjenesten:***

Vi har videre merket oss at utvalget (flertallet) bl.a. foreslår at staten fastsetter generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester etter drøftinger med Den norske tannlegeforening og Norsk Tannpleierforening. Vi vil knytte noen kommentarer til dette forslag og til forslaget om etableringskontroll.

*Maksimalpriser vil kunne redusere prisforskjellen mellom tannleger i privat praksis i ulike geografiske områder da eventuelle maksimalpriser må settes lavere enn prisene i sentrale områder for å gjøre det relativt mer lønnsomt å drive som tannlege utover i landet. Vi tror*

*dette neppe vil være tilstrekkelig for å få det ønskede antall tannleger til å etablere seg utover i landet blant annet fordi det vil være mulig å omgå slike reguleringer for eksempel ved å tilby produkter som går ut over de som er prisregulerte.*

*Flertallet foreslår også etableringskontroll for tannleger. Det er et drastisk tiltak i en privat markedsøkonomi som en har i Norge på de fleste områder. Vi tror heller ikke dette vil få arbeidsmarkedet for tannleger til å fungere slik at en får flere tannleger der det trengs mest. Det kan for eksempel føre til at tannlegene heller etablerer seg i utlandet. For befolkningen i sentrale områder vil dette dessuten oppleves som en reduksjon i tjenestetilbudet. Ut fra en arbeidsmarkedsvurdering vil en oppnå et bedre tannlegetilbud og trolig en bedre fordeling av tannlegene gjennom ulike økonomiske stimulerings tiltak rettet mot gruppen, og med mindre samfunnsøkonomiske kostnader, enn gjennom regulering og kontroll.*

Nedfor følger en nærmere beskrivelse av en tidligere avtale mellom staten og Den norske tannlegeforening og av nåværende avtaler staten har med organisasjonene for privatpraktiserende leger, fysioterapeuter og psykologer:

Fra 1976 og fram til 1995 forhandlet staten og Den norske tannlegeforening om veiledende takster for tannbehandling i privat praksis. Disse takstene ble også lagt til grunn for betalende pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten.

Systemet var basert på at tannlegene var lojale overfor den framforhandlede tariffen. Tannlegeforeningen hadde en betydelig rolle i å påse at tariffen ble etterfulgt både gjennom informasjon om tariffen og gjennom å ta opp brudd på tariffen fra enkelttannleger.

Utover på 1990-tallet viste undersøkelser at tannlegenes lojalitet overfor takstene ble svekket. De faktiske takstene ble liggende høyere enn de avtalte. Da staten forsøkte å korrigere dette i 1995 sa Tannlegeforeningen opp avtalen. Etter dette tidspunktet har det vært fri prisfastsetting i privat praksis for tannbehandling av vokse pasienter. Det ble imidlertid fastsatt en forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m. I dag er det Forbrukerombudet som har ansvaret for denne forskriften, mens Konkurransetilsynet hadde ansvaret tidligere.

Med organisasjonene for privatpraktiserende leger, fysioterapeuter og psykologer som har avtale med kommunene eller helseforetakene om drift av privat praksis, fører staten i dag forhandlinger om basistilskudd (fastlegene) og driftstilskudd som betales av kommunen eller helseforetakene, og om honorartakster (stykkpriser) per konsultasjon eller behandling.


Avtalene som inngås er ikke tariffavtaler og det finnes ingen lovbestemte eller avtalemessige tvisteløsningsordninger hvis forhandlinger ikke fører fram. Avtalene regulerer ikke prisen som pasientene skal betale. Egenandelen fastsettes ved et ensidig vedtak fra statens side. Avtale- og forhandlingsordningen for disse tre gruppene er innenfor dagens system viktig for å opprettholde en nasjonal egenbetalingspolitikk. Ordningen er også et sentralt element i gjennomføringen og styringen av helsepolitikken, herunder behovet for styring og kontroll med ressursbruken i sektoren. De blir også lagt vekt på inntekts- og prispolitiske hensyn.

I motsetning til for tannhelsetjenester, er en betydelig del av den private helsetjenesten som drives av leger, psykologer og fysioterapeuter med basis i avtaler med det offentlige, finansiert over offentlige budsjetter. Av legenes samlede inntekter fra basisgodtgjørelse/driftstilskudd og honorartakster (som i 2004 utgjorde vel 8 milliarder

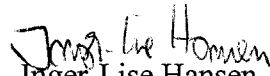
kroner), ble om lag to tredjedeler dekket av overføringer over offentlige budsjett, og om lag en tredjedel av egenbetaling fra pasientene. For psykologene er også andelene om lag de samme. For fysioterapeutene er tilsvarende tall om lag fire femtedeler fra det offentlige og en femtedel fra egenbetaling.

Vi støtter tilrådingen om en bred gjennomgang av gjeldende forskrifter og retningslinjer i samarbeid med Rikstrygdeverket. Vi er også enig i hovedprinsippene for en slik gjennomgang. Vi vil imidlertid påpeke at eventuelle merkostnader for Rikstrygdeverket i forbindelse med en slik gjennomgang må dekkes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Med hilsen



Tone Westlie (e.f.)  
avdelingsdirektør



Inger-Lise Hansen  
rådgiver