

NOU

Norges offentlige utredninger **2005: 11**

Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet

Et godt tilbud til de som trenger det mest

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved Kronprinsregentens resolusjon 13. mars 2004.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2005.

ISSN 0333-2306
ISBN 82-583-841-6

Lobo Media AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Ved Kronprinsregentens resolusjon 13. mars 2004 ble et utvalg oppnevnt for å vurdere det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Utvalget legger med dette frem sin innstilling. Innstillingen er enstemmig hvor ikke annet fremgår.

Oslo 16. juni 2005

Endre Dingsør
leder

Åshild Buås

Gro Christin Knudsen

Wenche Pedersen

Evy-Anni Evensen

Hilde Olsen

Kari Storhaug

Magne Audun Kloster

Jan Abel Olsen

Cathrine Runge

Innhold

1	Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte	9	5	Tannhelsetjenester	30
1.1	Utvalgets mandat	9	5.1	Tannhelsetjenester – aldersgruppen 0–20 år	30
1.2	Utvalgets sammensetning	11	5.2	Tannhelsetjenester – psykisk utviklingshemmede (gruppe b), pasienter i institusjoner (gruppe c1) og pasienter som får hjemme-sykepleie (gruppe c2)	30
1.3	Arbeidsmåten i utvalget	11	5.3	Tannhelsetjenester – pasienter som mottar hjemmetjenester	30
2	Sammendrag – utvalgets anbefalinger	12	5.4	Tannhelsetjenester – psykiatriske pasienter	31
2.1	Utfordringene	12	5.5	Tannhelsetjenester – rusmiddel-misbrukere	32
2.2	Utvalgets vurderinger og hovedtilrådingen	12	5.6	Tannhelsetjenester – innsatte i fengsler	32
3	Historiske hovedtrekk og dagens situasjon	14	5.7	Samvariasjon mellom sinnslidelse, rusmiddelmisbruk, kriminalitet og status som bostedsløs	33
3.1	Kort historikk	14	5.8	Tannhelsetjenester – innvandrere/flyktninger/asylsøkere	33
3.2	Utviklingen etter 1984	15	5.9	Tannhelsetjenester – pasienter med svak privatøkonomi	33
3.2.1	Utvikling av omfanget i den offentlige tannhelsetjenesten	16	5.10	Tannhelsetjenester – voksne	33
3.2.2	Ressursfordeling mellom gruppene	16	5.11	Tannlegevakt	34
3.3	Statens engasjement	16	6	Utdanning, spesialisering og kompetanseutvikling	36
3.3.1	Tiltak for å øke tilgangen på tannleger og geografisk fordeling av disse	16	6.1	Utdanning av personell – ansvar	36
3.3.2	Kompetanseheving, spesialistutdanning og kompetansesentra	17	6.1.1	Tannleger	36
3.3.3	Utvidelse av pasientgrupper som er gitt rett til statlig finansierte tannhelsetjenester	18	6.1.2	Tannlegespesialister	36
3.3.4	Forebyggende tannhelsearbeid	18	6.1.3	Tannpleiere	36
3.3.5	Utvidelse av stønadsordninger fra trygden	18	6.1.4	Tannhelsesekretærer	36
3.4	Tannhelsetjenesten i dag	18	6.1.5	Tannteknikere	36
3.4.1	Omfang av den offentlige tannhelsetjenesten	18	6.2	Yrkesgrupper – oppgaver	36
3.4.2	Personellsituasjonen	19	6.3	Antall spesialister og personer med fagspesifikk videreutdanning	37
3.4.3	Offentlig/privat tannhelsetjeneste	21	6.4	Spesialisering	37
3.4.4	Planlagte tiltak	21	6.5	Odontologiske kompetansesentra	38
4	Tannhelse og tannhelsetilstand	22	6.5.1	TAKO-senteret	38
4.1	Helse og tannhelse	22	6.5.2	Andre kompetansesentra	38
4.2	Tannhelsetilstanden i Norge	22	7	Relevant lovverk for tannhelsefeltet – og noen konsekvenser	39
4.2.1	Tannhelseindikatorer	22	7.1	Generelt om tannhelsetjenesten	39
4.2.2	Tannhelsegenerasjonene	23	7.2	Relevant lovverk	39
4.2.3	Aldersgruppen 0–20 år	23	7.2.1	Lov om tannhelsetjenesten	39
4.2.4	Tannhelse hos voksne 20–70 år	24	7.2.2	Lov om folketrygd	40
4.2.5	Tannhelse hos personer over 70 år	26	7.2.3	Lov om sosiale tjenester	40
4.2.6	Aldersrelaterte funksjonstap – betydning for tannhelsen	26	7.2.4	Lov om helsetjenesten i kommunene	40
4.2.7	Rusmiddelmisbrukere	29			
4.2.8	Psykisk utviklingshemmede	29			
4.2.9	Fengselsinnsatte	29			

7.3	Forholdet mellom fylkeskommunens ansvar etter lov om tannhelsetjenesten og annen lovgivning	41	10	Internasjonal sammenligning	60
7.3.1	Forholdet til folketrygdens bestemmelser	41	10.1	Hovedmodeller	60
7.3.2	Forholdet til lov om sosiale tjenester	41	10.1.1	Nasjonal helseservice (National Health Service type)	60
7.3.3	Forholdet til lov om helsetjenesten i kommunen	41	10.1.2	Sosialforsikringstypen (sykekasser)	60
7.4	Endringer i organiseringen i øvrig helsesektor og endringer i enkelte lovverk som har betydning for offentlig finansierte tannhelsetjenester	42	10.1.3	Produksjonstilknytningen	61
7.4.1	Strukturendringer i pleie- og omsorgssektoren	42	10.1.4	Administrative kostnader	61
7.4.2	Opptrappingsplanen for psykisk helse	42	10.2	Tannlegedekning og dekning av andre yrkesgrupper	61
7.4.3	Rusreformen	42	10.2.1	Forholdet mellom yrkesgruppene ...	62
7.4.4	Individuell plan	43	10.3	Konsultasjonsfrekvens	62
7.5	Andre endringer av betydning	43	10.4	Offentlig ansvar	63
7.5.1	Fastlegeordningen	43	11	Utvalgets vurderinger og tilrådninger	65
7.5.2	Fritt sykehusvalg	46	11.1	Verdier og mål i den offentlige tannhelsetjenesten	65
7.5.3	Forholdene i Sverige og Danmark når det gjelder fritt tannlegevalg	46	11.1.1	Den offentlige tannhelsetjenesten ...	65
8	Utgifter til tannhelsetjenester	47	11.1.2	Hovedutfordringene krever sterke virkemidler	66
8.1	Innledning	47	11.2	Helsefremmende og forebyggende arbeid	67
8.2	Totale utgifter til tannhelsetjenester	47	11.2.1	Helsefremmende arbeid i befolkningen	67
8.3	Fylkeskommunenes utgifter	47	11.2.2	Forebyggende arbeid	68
8.4	Privat finansiering	48	11.2.3	Gjennomføring og organisering av det helsefremmende og forebyggende arbeidet	68
8.5	Folketrygdens finansiering av tannbehandling	48	11.3	Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet	69
8.5.1	Utvidelse av folketrygdens stønadordninger til tannbehandling	49	11.3.1	Hvorfor ikke generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester? ...	69
8.6	Sosialstønad til tannbehandling	50	11.3.2	Endringer i organiseringen av helsesektoren	69
9	Modeller for finansiering og organisering av tannhelsetjenester	51	11.3.3	Hvem bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester?	70
9.1	Innledning	51	11.3.4	Hva skal tjenestetilbudet inneholde ..	74
9.2	Finansieringsmodeller	51	11.3.5	Hvor skal rettighetene forankres - forholdet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og trygden	74
9.2.1	Generelt om pengestrømmer i tannhelsetjenesten	51	11.3.6	Spesielt om folketrygden og tannbehandling	76
9.2.2	Alternative finansieringskilder	52	11.3.7	Prinsipper for bruk av egenandeler ..	78
9.2.3	Alternative avlønningsformer	54	11.4	Tiltak for bedre fordeling av tannleger	79
9.3	Alternative organisatoriske modeller for den offentlige tannhelsetjenesten	56	11.4.1	Takster for tannhelsetjenester	80
9.3.1	Retningslinjer for oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene	56	11.4.2	Etableringskontroll/tannlegehjemler	81
9.3.2	Modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten	57	11.4.3	Regionale odontologiske kompetansesentra og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi	82
9.3.3	Organisering av tidligere fylkeskommunale helse- og sosialtjenester	58	11.4.4	Andre tiltak	82
			11.4.5	Turnustjeneste	82

11.5	Utvalgets forslag til modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten	83	12	Økonomiske og administrative og konsekvenser	92
11.5.1	Modell 1: Direktoratmodellen	84	12.1	Vurdering av økonomiske konsekvenser	92
11.5.2	Modell 2: Autonomt statlig tannhelseforetak	85	12.2	Administrative konsekvenser	93
11.5.3	Modell 3: Fylkeskommunal tannhelsetjeneste	86	12.3	0 - alternativet	93
11.6	En fasttannlegeordning – et relevant virkemiddel i tannhelsetjenesten?	88	12.4	Utvalgets tilrådninger og konsekvenser for gjeldende lovverk	94
11.6.1	Innledning	88		Referanser	96
11.6.2	Utvalgets vurderinger	88		Vedlegg	
			1	Gjeldende rett – relevant lovverk på tannhelsefeltet	98
			2	Prognose befolkningssammensetning	115
			3	Kriterier for nødvendig tannbehandling	117

Kapittel 1

Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte

1.1 Utvalgets mandat

Mandatet med merknader er nedenfor gjengitt i sin helhet:

”Mandat for utvalg som skal vurdere det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.

1. Gjeldende ordninger

Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet omfatter i hovedsak fylkeskommunale tannhelsetjenester etter lov om tannhelsetjenesten samt refusjoner og bidrag til tannlegebehandling etter lov om folketrygd. I tillegg gis spesialiserte tjenester på flere sykehus og på odontologiske universitetsklinikker i hhv. Bergen og Oslo.

I St.meld. nr. 50 (1993–94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, foreslo departementet å videreføre systemet med en offentlig organisert og en privat helsetjeneste. Det ble foreslått å vurdere styrket tannhelsetilbud til kronisk syke/funksjonshemmede, utvidet trygderefusjonsordning for periodontitt og en gjennomgang av trygdeordninger for odontologisk rehabilitering. Flertallet i komiteen støttet i stor grad departementets forslag, jf. Innst. S. nr. 195 (1994–95).

2. Utviklingen innenfor tannhelsetjenesten

I løpet av de siste årene har forslagene i St.meld. nr. 50 (1993–94) i hovedsak blitt fulgt opp. De tiltak som er iverksatt, har først og fremst hatt som formål å skjerme mot høye kostnader/egenandeler. De største økningene i trygdestønad har kommet i 2002 og 2003. Fra 1. januar 2003 ble refusjonsberettiget tannbehandling (unntatt kjeveortopedisk behandling) også omfattet av den nye skjermingsordningen (tak 2-ordningen). Videre er det igangsatt en forsøksordning i tre fylker med utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud til personer som mottar kommunale hjemmetjenester.

Mange fylkeskommuner har problemer med å innfri sine forpliktelser overfor innbyggerne. Dette skyldes i stor grad betydelig ledighet i tannlegestillinger. Årsakene til ledighet i tannlegestillinger er blant annet et resultat av begrenset tilgang på tannleger i kombinasjon med fri etableringsrett og fri prissetting i privat sektor (den private sektor utgjør til sammen ca. 75 prosent av tannlegemarkedet).

En arbeidsgruppe opprettet av departementet har i rapport fra juli 2003 foreslått tiltak som skal bidra til hensiktsmessig geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere, hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger samt hensiktsmessig samarbeid mellom privat og offentlig sektor. Arbeidsgruppens forslag krever ikke endringer i lov eller forskrift. Gruppen vurderte også tiltak av mer inngripende karakter, blant annet regulering av privat sektor. På bakgrunn av forslagene i rapporten og innkomne høringssvar vil departementet utarbeide en tiltaksplan for rekruttering av tannleger til offentlig tannhelsearbeid, jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004).

3. Nærmere om behovet for en bred utredning av tannhelsefeltet

Stortinget har i ulike sammenhenger anmodet regjeringen om en bred utredning på tannhelsefeltet. Arbeidet skulle omfatte spørsmål vedrørende offentlig engasjement i tannhelse spørsmål. Dette innbefatter organisering av offentlige tannhelsetjenester, hvem som skal ha vederlagsfri tannbehandling, spørsmålet om egenbetaling, hvilke trygderefusjonsordninger vi skal ha samt spørsmål om enhetlige takster. Stortinget har spesielt vært opptatt av samarbeidet mellom offentlig og privat sektor, og den private sektors bidrag til å løse de offentlige tannhelseoppgaver. I denne sammenheng har Stortinget pekt på såkalte kombinasjonsstillinger med driftstilskuddsordning (som har eksistert innenfor allmennlegetjenesten de siste 20 årene). I tillegg har Stortinget i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 6 (2002–2003) Tiltaksplan mot fattigdom, jf. Innst. S. nr. 194 (2002–2003), fattet et anmodningsvedtak hvor regjeringen blir bedt om å utrede muligheter for å bedre tannhelsetilbudet til utsatte grupper.

Når det gjelder det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet, har politikken i Norge vært basert på prioritering av grupper av befolkningen i bestemte livsfaser eller i bestemte sykdomssituasjoner. Formålet har blant annet vært å bidra til at den enkelte får hjelp til å ivareta egen tannhelse. For grupper som omfattes av tannhelsetjenesteloven, gis det et oppsøkende tilbud, med stor vekt på forebyggende tjenester.

Det er flere forhold som nødvendiggjør en bred gjennomgang av tannhelsefeltet. Det ene er fylkeskommunenes problemer med å ivareta et "sørge-for-ansvar" gitt utviklingen i tannlegemarkedet og dagens organisering av offentlig og privat sektor. Det vises her til beskrivelser og vurderinger i arbeidsgrupperapporten, se punkt 2 foran.

Det andre er knyttet til endringer og reformer de siste årene innenfor den øvrige helsetjenesten. I den kommunale primærhelsetjeneste gis en økende del av pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon, for eksempel i omsorgsboliger og i egne hjem. Opptrappingsplan for psykisk helsevern innebærer en reorganisering av tjenester overfor innbyggere med psykiske lidelser, blant annet med flere polikliniske behandlinger og færre institusjonsplasser. Fra 1. januar 2004 gjennomføres en reform innenfor rusomsorgen som innebærer en styrking av helsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Rettigheter til vederlagsfri tannhelsetjenester for dem som hører inn under § 1-3 bokstav c i tannhelsetjenesteloven, er knyttet til opphold i institusjon og hyppighet av hjemmesykepleie. Forholdet til offentlig finansierte tannhelsetjenester for disse pasientgruppene bør gjennomgås. Videre har utbyggingen av trygdestønadordninger blant annet resultert i uklarheter når det gjelder finansieringsansvar for tannhelsetjenester til 19- og 20-åringer, og til grupper fylkeskommunen selv kan fatte vedtak om, samt til grupper med behov for kommunal pleie og omsorg.

Tannhelseutviklingen har dessuten ført til at en økende andel eldre beholder egne tenner hele livet. Dette innebærer utfordringer angående både forebyggende tiltak, faglige behandlingstilbud og kostnader til nødvendig tannhelsehjelp. Sett i sammenheng med økt kjøpekraft, også i den eldre befolkningen, reiser dette spørsmål om egenandeler for grupper som i dagens ordning har rett til vederlagsfri tannbehandling. En eventuell utvidelse av den offentlige finansieringen må derfor vurderes i lys av dette.

Fylkeskommunene står i prinsippet fritt med hensyn til kjøp av tjenester fra private for å kunne løse sine oppgaver. Dette kan for eksempel gjøres i form av driftstilskuddsavtaler mellom fylkeskommunen og den enkelte tannlege. Vurdering av endringer i rettigheter til tannhelsetjenester finansiert helt eller delvis av det offentlige, må drøftes i lys av mulig deltakelse fra den private sektor og utfordringene i tannlegemarkedet de nærmeste fem til ti årene.

4. Utvalgets mandat

Med bakgrunn i de beskrevne problemstillinger og utviklingstrekk gis utvalget følgende mandat:

Gi en beskrivelse av:

- hovedtrekkene i utviklingen av det offentlige engasjement på tannhelsefeltet i Norge de siste ti til tolv år, herunder forholdet til privat sektor
- forholdet mellom fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven og adgangen til stønad etter folketrygdloven og annen aktuell lovgivning
- foreta en sammenligning av dette med utviklingen i land det er naturlig å sammenligne oss med, spesielt når det gjelder tannhelseutviklingen og måloppnåelse i forhold til det offentlige engasjement
- skissere de organisatoriske og økonomiske utviklingstrekkene i øvrig helsesektor som har relevans for offentlig finansierte tannhelsetjenester

Analysere og drøfte blant annet:

- hvilke sentrale verdier, hovedprinsipper og hensyn som bør legges til grunn for det framtidige offentlige engasjement, herunder bruk av egenandeler
- i hvilken grad den offentlig organiserte tannhelsetjenestens fokus på forebyggende og oppsøkende virksomhet fører til ønsket måloppnåelse
- hva som er de største utfordringer når det gjelder det offentlige engasjement innenfor tannhelsesektoren, blant annet i lys av framtidsperspektivene på tannlegemarkedet, tannhelseutviklingen i befolkningen, den faglige utviklingen på feltet og endringer i helsesektoren for øvrig
- forholdet mellom offentlig organiserte tannhelsetjenester og trygdestønad og grenseoppgang mellom disse
- alternative organisatoriske modeller som på en bedre måte kan sikre innbyggerne de rettigheter som gis, også i forhold til øvrige helsetjenester, spesielt kommunale tjenester. Dette skal også omfatte forholdet mellom forebyggende tjenester og behandling.

I lys av dette og av hovedprinsippene for helsepolitikken generelt – vurdere samt fremme alternative forslag angående offentlig engasjement på tannhelsefeltet. Det vil blant annet si:

- hvilke oppgaver bør være organisert av offentlig sektor, og hva er behovet for samarbeid mellom aktuelle forvaltningsnivåer
- hvilke innbyggere som i framtiden skal gis rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og etter øvrig regelverk, samt bruken av egenandeler for å ivareta formålene i gjeldende regelverk

- hvordan forebyggende arbeid samt oppsøkende virksomhet kan ivaretas på en kostnadseffektiv formålstjenlig måte
- bruk av driftstilskuddsordning for å ivareta offentlig tannhelsearbeid
- hvordan personellressurser kan sikres til offentlige oppgaver ut over det som foreslås i arbeidsgrupperapport, herunder vurdere innføring av turnustjeneste for tannleger og eventuell regulering av tannlegemarkedet

Foreslå nødvendige lovendringer som ivaretar forslagene til utvalget. Lovforslagene skal utformes i tråd med Justisdepartementets veileder "Lovteknikk og lovforberedelse".

5. Administrative og økonomiske konsekvenser

Utvalget bes om å utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av forslag som drøftes. Minst ett forslag (alternativ) skal være basert på uendret ressursbruk. Utvalget bes spesielt vurdere utvidelse av det offentlige engasjement gjennom finansiering ved egenandeler innenfor dagens økonomiske rammer. Det forutsettes at forslag som fremmes, skal bidra til mer hensiktsmessig ressursbruk."

1.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget ble oppnevnt i statsråd 13.03.2004 med følgende sammensetning:

Ordfører Hans Seierstad, Østre Toten – leder fram til 28.2.2005

Fylkestannlege Endre Dingsør, Tromsø – fungerende leder fra 28.2.2005. Utnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet som ny leder den 15.4.2005.

Tannpleier Åshild Buås, Stadsbygd
Kommunalsjef Evy-Anni Evensen, Nissedal
Tannlege Magne Audun Kloster, Hjelmeland
Tannlege Gro Christin Knudsen, Stavanger

Avdelingsdirektør i Rikstrygdeverket Hilde Olsen, Oslo

Professor Jan Abel Olsen, Tromsø

Fylkesrådmann Wenche Pedersen, Vadsø

Avdelingssjef ved TAKO-senteret, Kari Storhaug, Oslo

Svein Lundevall var engasjert som sekretariatsleder fram til 1.3.2005. Fra 28.9.2004 har utredningsleder Cathrine Runge vært engasjert inn i sekretariatet.

1.3 Arbeidsmåten i utvalget

Utvalget hadde sitt første møte 15. april 2004 og sitt siste møte 30. mai 2005. Til sammen har det vært avholdt 12 møter, hvorav fem todagers-møter.

Arbeidet bygger på gruppens egen kompetanse og bred gjennomgang av faglitteratur. Ulike fagmiljøer har også vært konsultert. Utvalget har valgt å møte de som har ønsket det, og det er tatt imot betydelig materiale i form av ulike innspill. Flere fagpersoner har dessuten vært invitert til utvalget for å orientere om bestemte temaer. Det var også arrangert et seminar i Tromsø med internasjonal deltakelse for å drøfte erfaringer med tannhelsetjenester i ulike land.

Innenfor utvalgets mandatperiode er det sterkt avgrenset i hvilken grad utvalget kunne initiere forskningsrapporter. Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo har etter bestilling levert en rapport med basis i spørreskjemadata som de allerede hadde innhentet. Denne undersøkelsen er i utredningen omtalt som 2004-undersøkelsen. I tillegg har NORUT Samfunnsforskning, Tromsø, bidratt med notater knyttet til prinsipielle sider ved finansierings- og organisasjonsmodeller. Fylkestannlege Bjørn Ellingsæter har bidratt i arbeidet med faktadelen (kapittel 3 – 10) som ligger til grunn for utvalgets vurderinger.

Kapittel 2

Sammendrag – utvalgets anbefalinger

2.1 Utfordringene

Med utgangspunkt i mandatet og den faktabeskrivelsen som er gjort i kapittel 3 - 10, har utvalget i kapittel 11 vurdert de utfordringene tannhelsetjenesten står overfor. Hovedutfordringene er:

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 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.

2.2 Utvalgets vurderinger og hovedtilrådinger

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:

Hvem 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

En 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, tilråder flertallet i utvalget etableringskontroll for tannleger. Det må

innføres tannlegehjemsler, 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 Rikstrygdeverket, 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.

Kapittel 3

Historiske hovedtrekk og dagens situasjon

3.1 Kort historikk

Allerede i 1890-årene startet diskusjonen i de nordiske landene om nødvendigheten av at det offentlige satte inn tiltak for å forebygge og motvirke tannsykdommer hos barn. Den første offentlige tannrøkt ble organisert da Oslo kommune i 1910 innførte gratis skoletannpleie. Tannhelseproblemene var store, og lærerne klaget over at elevenes tannpine ødela undervisningen.

Fra 1917 tok staten delansvar for finansieringen med vilkår om at tilbudet til skolebarna skulle være gratis. Det politiske spørsmålet var om tannbehandling skulle innlemmes i syketrygden eller om det skulle leveres tjenester. Dette var en av de første større politiske diskusjoner om kontantytelser kontra tjenesteytelser som sosialpolitisk virkemiddel. Det var et spørsmål om penger eller tjenester, om marked kontra offentlig monopol. Resultatet av Stortingets vedtak ble en offentlig organisert og finansiert tannhelsetjeneste med tjenesteyting som sosialpolitisk virkemiddel.

Etter 30 år var tilbudet ut over landet ujevnt fordelt. En fjerdedel av barna hadde fortsatt ikke noe tilbud. Kommunenes evne og vilje til å finansiere og organisere skoletannpleie for barna varierte sterkt. Imidlertid var ikke problemet bare begrenset til skolebarna. De private tannlegene hadde stort sett slått seg til i byene. I distrikts-Norge var det heller ikke tilfredsstillende tilbud til voksenbefolkningen. Dette problemet så staten som sin oppgave å gjøre noe med. Lov om folketannrøkt ble vedtatt i 1949. De offentlige tannlegene skulle fordeles nasjonalt etter en landsplan. Staten tok ansvar for en mer likeverdig fordeling av offentlige tannleger, og fylkeskommunene erstattet primærkommunene som driftsansvarlig forvaltningsnivå. Adgang til offentlig tannhelsetjeneste skulle ikke lenger være avhengig av at folk bodde i store og sentrale kommuner. Staten bestemte når og hvor fort utbyggingen skulle skje i de enkelte fylker. Det var staten som styrte organiseringen og utbyggingen av folketannrøkta i takt med tilgangen på tannleger.

Mangel på tannleger truet med å lamme gjennomføringen av folketannrøkta. Da organiserte

staten ekstraordinær utdanning av tannleger her i landet, og mange norske tannleger ble også utdannet i utlandet. I tillegg vedtok Stortinget en sivil tjenesteplikt for tannleger fra 1955, som varte fram til 1973. Omtrent 2000 nyutdannede tannleger ble i denne perioden beordret til tjeneste i offentlige stillinger som ikke hadde ordinære søkere.

Ny lov om tannhelsetjenesten ble vedtatt i 1983, og trådte i kraft 1. januar 1984. Da ble resten av skoletannpleien integrert i den desentraliserte fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Fylkeskommunene fikk ansvaret for hele den offentlige tannhelsetjenesten, og nye grupper fikk tilbud.

Hensikten med reformen fra 1984 var:

- å gi en bedre samordning av og styring med de ressursene som brukes i tannhelsesektoren
- å sikre at tannhelsetjenesten i tillegg til å behandle og forebygge på tradisjonelt vis, også forsøker å påvirke forhold i nærmiljø og samfunn for derved å fremme tannhelsen
- å forenkle eksisterende finansieringsordninger i tannhelsesektoren
- å gi en bedre geografisk spredning av tannleger til alle deler av landet
- å gi hjelp til vanskeligstilte grupper. I tillegg til barn og ungdom skal ulike vanskeligstilte grupper som f.eks. psykisk utviklingshemmede og langtidssyke, sikres et tilbud om organisert og oppsøkende tannlegehjelp
- å sikre også den voksne befolkningen adgang til tannlegehjelp
- å sikre også den voksne befolkningen adgang til tannlegehjelp
- å fremme tilpasningsdyktighet. Det legges opp til fleksible løsninger. Innkallingsrutinene skal kunne tilpasses variasjonene i behov hos de ulike målgrupper.

Fylkeskommunen fikk ansvar for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad var tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Offentlig tannhelsetjeneste og privat praksis skulle samordnes, men fylkeskommunene fikk ingen juridiske virkemidler eller forpliktelser for en slik samordning.

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å gi regelmessig og oppsøkende tilbud til:

- a) Barn og ungdom 0–18 år.
- b) Psykisk utviklingshemmede i institusjon og hjemmeboende.
- c) Grupper av eldre, syke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
Gruppene a–c får gratis behandling.
- d) Ungdom som fyller 19 og 20 år i behandlingsåret.
Betaler 25 prosent av takster fastsatt av departementet.
- e) Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.
Betaler egenandel bestemt av den enkelte fylkeskommune.

Særtrekket med loven er:

- den definerer hvem som har rettigheter ved at grupper i befolkningen er definert
- tilbudet skal være oppsøkende. Tjenesten har en aktiv rolle for å formidle tilbudet og sørge for at de som har rettigheter, gis mulighet til å få dem.

Tannhelsetjenesten består av:

- en offentlig lovforankret tannhelsetjeneste for barn/ungdom og andre prioriterte grupper finansiert av det offentlige.
- en markedsbasert tjeneste for voksne der finansieringen i hovedsak er egenbetaling. For privat praksis gjelder tilbud og etterspørsel, ingen regulering eller etableringsbestemmelser og fri prisfastsetting.

3.2 Utviklingen etter 1984

Departementet ga i 1990 Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en vurdering av tannhelsetjenesten. Rapport om "Tannhelsetjenesten i Norge" ble levert i 1992. Utredningen var i hovedsak konsentrert om den lovregulerte offentlig organiserte og finansierte tannhelsetjenesten på områdene organisering, økonomi og tilgjengelighet. Det er denne delen av tannhelsetjenesten det foreligger mest kunnskap om.

Utredningen fra 1992 konkluderte med at de økonomiske utfordringene for den offentlige tannhelsetjenesten hadde vært å tilpasse seg endrede økonomiske rammevilkår i flere av fylkeskommunene. Organisatorisk gjennomgikk den offentlige tannhelsetjenesten en betydelig reform på 1980-tallet med minimale problemer. Hovedproblemet for tannhelsetjenesten var rekrutterings- og stabilitetsproblemer i den offentlige tannhelsetjenesten, mens privat praksis økte i volum.

Videre sa utredningen at fylkeskommunene hadde tatt sitt ansvar som de var pålagt i lov om tannhelsetjenesten (tilgjengelighet og tilbud). Dekningsgrad og omfang økte, flere nye grupper fikk tilbud, og flere fylker ga også tilbud ut over minimumskravene i loven.

Store organiserte tannhelsedistrikter var en styrke for å bedre tilgjengeligheten av tannhelsetjenester og håndtere ledighets- og stabilitetsproblemene når det gjelder personell, også økonomisk. En slik "regionalisert" forvaltning har gitt bedre utnytting av personellressursene på tvers av kommune- og distriktsgrenser.

Tabell 3.1 Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten

	1985		1990		2003	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	prosent
Gruppe a (0–18 år)	933	75,6	929	74,9	1021	73,1
Gruppe b Psyk. utv.hemmede	8	0,6	10	0,8	13	0,9
Gruppe c Eldre, langtidssyke og uføre	78	6,3	65	5,2	61	4,4
Gruppe d Ungdom 19–20 år	61	4,9	63	5,1	79	5,7
Gruppe e Andre grupper som fylkeskomm. har prioritert			3	0,2	4	0,3
Øvrige voksne	155	12,5	171	13,8	203	14,6
Totalt	1235	100	1241	100	1395	100

Konklusjonen i rapporten var at fylkeskommunen var et velegnet forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten.

3.2.1 Utvikling av omfanget i den offentlige tannhelsetjenesten

Tabell 3.1 viser antall under tilsyn (i hele tusen) og relativ fordeling (%) i den offentlige tannhelsetjenesten:

Antallet i gruppe a (0–18 år) var stabil fra 1985 til 1990. Deretter har den økt med elleve prosent til 92 000 personer i 2003. Gruppe b har økt med 60 prosent, fra 8000 til 13 000. Det kan skyldes bedre registrering i kommunene. Gruppe c er gått ned med ca. 17 000. Dette har med endringer i organisering i kommunene å gjøre. Strukturelle forhold i kommunene med at pasientene skal bo lengst mulig hjemme før de kommer på institusjon, fører til at færre får rettigheter til vederlagsfrie tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. I absolutte tall har totaltallet økt med 160 000 personer. Økningen er i hovedsak gruppe a), gruppe b) og voksne.

3.2.2 Ressursfordeling mellom gruppene

Årlig rapporterer fylkeskommunene data til Statistisk sentralbyrå til bruk i KOSTRA¹ (= KOMMune-STAT-RApportering). KOSTRA-tallene gir ingen informasjon om ressursfordelingen mellom gruppene, men flere fylkeskommuner har normeringer for tidsbruk pr. bruker innen de ulike gruppene. Opplysninger innhentet fra ti fylkestannleger har i gjennomsnitt slik fordeling per person under tilsyn:

- Barn og ungdom 0–18 år: 60 minutter
- Psykisk utviklingshemmede: 135 minutter
- Institusjonspasienter, hjemmesykepleie: 116 minutter
- 19–20-åring: 55 minutter

¹ Tallene som danner grunnlaget for data i KOSTRA, er kontinuerlig under vurdering og kvalitetssikring. Sosial- og helsedirektoratet arbeider også med utvikling av kvalitetsindikatorer.

Ut fra en slik betraktning blir fordelingen av ressursene mellom de ulike prioriterte gruppene i lov om tannhelsetjenesten slik tabell 3.2 viser.

Barn og ungdom (0–18 år) utgjør vel 80 prosent av ressursene som går med til de prioriterte gruppene. Dette er gjennomsnitt for landet.

De prioriterte gruppenes totale ressursandel er varierende utover landet. Innslaget av behandling av vanlig voksne betalende pasienter varierer med dekningsgrad av privat praksis. Det er en konsekvens av fylkeskommunenes tilgjengeligheitsansvar for tannhelsetjenester.

3.3 Statens engasjement

Som det framgår av oversikten nedenfor, har statens engasjement for bedre fordeling og tilgjengelighet skjedd i hovedsak etter 2000.

3.3.1 Tiltak for å øke tilgangen på tannleger og geografisk fordeling av disse

De statlig finansierte tiltak for å bidra til økt tilgang på tannleger og geografisk fordeling av disse har vært konsentrert om følgende:

- prosjekt i Nord-Norge på 1990-tallet
- rekruttering av tannleger fra EØS-land (fra 1999 – fortrinnsvis Tyskland)
- kvalifisering av tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området (fra 1999)
- etablering av vikarordning for tannleger (fra 2000)
- utvidelse av tannlegeutdanningen i Norge med oppstart av grunnutdanning i Tromsø (fra høsten 2004)
- tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsetjeneste – tilskudd til utviklingstiltak i fylkeskommunal regi (fra 2004)

I perioden 1995–1997 ble det bevilget midler til et treårig prosjekt som skulle bidra til å styrke stabiliteten i de offentlige tannlegestillingene i Nord-Norge. Evalueringsrapporten "Tannlegestabilitet

Tabell 3.2 Prioriterte gruppers relative andel i tidsbruk

	Ant. personer hele tusen	Normtall i minutter	Totalt ant. minutter	Relativ andel
Gruppe a 0–18 år	102	60	61 260	82 %
Gruppe b Psykisk utviklingshemmede	13	135	1755	2 %
Gruppe c Eldre, langtidssyke og uføre	61	116	7076	10 %
Gruppe d 19–20 år	79	55	4345	6 %
			74 436	

og kvalitet i Nordnorsk tannhelsetjeneste 1995-1997” viste at tiltakene i prosjektet hadde liten effekt på stabiliteten.

I 2000 innledet departementet et samarbeid med Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske tannlegeforening (NTF) om tiltak for å øke tilgangen på tannleger og bedre rekrutteringen til distriktene. På det tidspunkt hadde Universitetet i Bergen ved Det odontologiske fakultet startet et ettårig kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området. Samarbeidet ble fulgt opp gjennom etablering av vikarordning og oppstart av rekruttering fra EØS-land.

Rekruttering av tannleger fra EØS-land startet i 1999. På det tidspunkt hadde Aetat opparbeidet gode erfaringer med rekruttering av leger fra Tyskland og av sykepleiere, blant annet fra nordiske land. Rekrutteringen forutsetter at framtidig arbeidsgiver i Norge (fylkeskommunen) inngår avtale før vedkommende tannlege starter norsk kurs. Fra 1999 til 2004 ble det rekruttert 176 tannleger fra Tyskland. Rekrutteringen videreføres i 2005 og 2006 ifølge Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid (utgitt i september 2004).

Det ble avsatt midler til å etablere en vikarordning for tannleger i 2000. Denne ble iverksatt i 2001 og er planlagt videreført i perioden 2004–2006 ifølge Tiltaksplanen.

Kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området startet med fullfinansiering fra staten ved Universitetet i Bergen i 1999, og har fortsatt der hvert år siden. Hver høst tas det opp i gjennomsnitt åtte kandidater. Det er tildelt midler til oppstart av kvalifiseringsprogram ved Universitetet i Oslo og til forsøksordning med kvalifisering gjennom praksis i offentlig tannhelsetjeneste høsten 2003. Ifølge tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid er den statlige finansieringen av kvalifiseringsprogrammene planlagt videreført i perioden 2004–2006.

I forbindelse med behandling av innstillingen fra sosialkomiteen om samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste – ble det fattet et stortingsvedtak som ba regjeringen utrede framtidig tannlegebehov og tannlegeutdanning i Tromsø. Oppdraget ble gitt Universitetet i Tromsø sommeren 1998, og en innstilling ble oversendt departementet sommeren 1999. Etter høringsrunde og interne vurderinger i regjeringen ble forslag til tannlegeutdanning i Tromsø fremmet for Stortinget i revidert nasjonalbudsjett våren 2002 og omtalt i statsbudsjettet for 2003, med planlagt oppstart høsten 2004.

Stortinget anmodet regjeringen i forbindelse med behandlingen av budsjettet for 2003 om å utar-

beide en tiltaksplan for rekruttering av tannleger til offentlig tannhelsearbeid og til ubesatte stillinger i norske distrikter. Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid ble ferdigstilt september 2004 og bygger på en arbeidsgrupperapport fra 2003. I tillegg til videreføring av igangsatte tiltak oppfordres det i planen til:

- endringer i klinikkstruktur
- mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannhelsepersonell
- utvidelse av praksisperioden i studietiden
- informasjon om tannpleiers kvalifikasjoner
- informasjon om behov for hyppighet av tannhelsekontroller
- bred utredning på tannhelsefeltet

Tilskuddsmidler til utviklingstiltak og forsøksordninger i fylkeskommunal regi videreføres og økes i 2005. Det kan søkes om prosjektmidler som bidrar til mer effektiv oppgavefordeling, endret klinikkstruktur og praksissammenslåing, nye driftsavtalesystemer med ivaretagelse av offentlige oppgaver, fagutvikling, samarbeid mellom privat og offentlig sektor mv.

Øvrige rekrutteringstiltak som er igangsatt videreføres, og nye tiltak fremmet i tiltaksplanen trappes opp i perioden 2004–2006. Planen er utarbeidet i samarbeid med tannlegeforeningen, tannpleierforeningen og KS. De har gjennom signering av forordet forpliktet seg til å følge opp tiltakene i planen.

3.3.2 Kompetanseheving, spesialistutdanning og kompetansesentra

Etter en interpellasjon i Stortinget våren 1998 ba Stortinget regjeringen vurdere å fremme forslag om å opprette odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner. Departementet ga Statens helsetilsyn i oppdrag å utrede dette i 1999. Rapport fra tilsynet om utdanning av spesialister og etablering av regionale odontologiske kompetansesentra forelå høsten 2000 og ble sendt på høring. Etableringen av kompetansesentra startet med tilskudd til etablering i Troms og utredning i Sør-Trøndelag i 2002. I 2003 ble det utredet muligheter for et slikt senter i Helseregion Sør, og i 2005 ble det besluttet å legge dette til Arendal.

I statsbudsjettet for 2002 ble det avsatt midler til de odontologiske lærestedene til drift av spesialistutdanning av tannleger og til forberedelse av desentralisert spesialistutdanning. Tilskuddsmidlene til spesialistutdanning ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen og desentralisert spesialistutdanning i Tromsø økes gradvis. Midler fri-

gjort gjennom statlig driftstilskudd til spesialistutdanningen forutsettes benyttet til forskningsaktivitet. I 2005 er totalsum for tildeling til spesialistutdanning omkring 17 mill. kroner.

I 2003 ble det avsatt midler til å utvikle en videreutdanning for tannpleiere og avholde et prøvekurs i folkehelsearbeid for tannhelsepersonell. Tilskudd til samme formål videreføres i 2004 og 2005.

3.3.3 Utvidelse av pasientgrupper som er gitt rett til statlig finansierte tannhelsetjenester

I statsbudsjettet for 1998 ble det avsatt midler til kartlegging av tannhelseforhold hos grupper som antas å ha spesielle tannhelseproblemer. Det gjelder psykisk utviklingshemmede, eldre og uføre, kronisk syke og funksjonshemmede. På bakgrunn av dette ble det sendt på høring i 2000 et forslag om iverksetting av forsøksordning med fylkeskommunalt tannhelsetilbud til personer som får kommunal hjemmetjeneste.

I 2001 ble det avsatt midler til iverksetting av en toårig forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud (FUTT) i Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag. Målgruppen for forsøksordningen var personer som mottar andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie, personer innen psykisk helsevern, rusmiddelomsorgen, hjemmeboende eldre og syke, samt eldre og syke som kvalifiserer til slike tjenester, men som pleies av pårørende. FUTT-prosjektet ble avsluttet i 2003, men tilskudd til deltakende fylker videreføres inntil videre i påvente av beslutning om ordningen skal utvides til å bli landsdekkende. Sluttrapportene fra prosjektet viser at gruppene som fikk tilbud om tannhelsetjenester gjennom forsøksordningen, har et stort behandlingsbehov.

3.3.4 Forebyggende tannhelsearbeid

I 2002 ble det avsatt midler til å innlede et faglig samarbeid i Norden om forebyggende tannhelsearbeid. Den statlige støtten til et slikt nordisk samarbeid om kunnskapsbygging og utvikling innen forebyggende tannhelsearbeid ble videreført i 2003. Samme år ble det avsatt midler til et prosjekt som skal bidra til en bred satsing på forebyggende tannhelsearbeid i alle fylker gjennom bruk av veilederen "Tenner for livet".

3.3.5 Utvidelse av stønadsordninger fra trygden

Departementet startet i 1999 et arbeid med gjennomgang av lov om tannhelsetjenesten og regel-

verk for pasienter som har rett til gratis tannhelsetjeneste og kontantstøtte gjennom trygderefusjon. I 2000 sendte departementet på høring forslag til endringer i reglene om kontantstøtte gjennom trygderefusjon. Endringene beskrevet i kap. 8.5 og i vedlegg 1.

3.4 Tannhelsetjenesten i dag

3.4.1 Omfang av den offentlige tannhelsetjenesten

Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten framgår av tabell 3.1. I 2003 omfattet det behandling av totalt 1,395 mill. personer. Av dette utgjorde barn/ungdom fram til 18 år 1,021 mill. personer. Det er 73 prosent av pasientene i den offentlig tannhelsetjenesten. Gruppen av eldre, uføre og langtidssyke i institusjon og hjemmesykepleie utgjorde 4,4 prosent.

Helsetilsynet utga i 2004 "Tannhelsetjenesten i Norge – omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemannings-situasjonen i tannhelsetjenesten" Rapport 5/2004. Helsetilsynet presiserer i hovedrapporten at den beskriver omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten og ikke andre viktige forhold som innhold og kvalitet. Statistikken som er presentert i rapporten, kan ikke gi noe entydig svar på hvorvidt den offentlige tannhelsetjenesten i hvert fylke har oppfylt lovkravene for alle de prioriterte gruppene. Det er grunn til å understreke at statistikken ikke beskriver hvor mange personer som får et tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten, men hvor mange personer som tar imot tilbudet.

Helsetilsynet antar imidlertid at faren for at fylkeskommunen ikke gir et forsvarlig tilbud til de prioriterte gruppene, er størst i de fylkene hvor andelen under tilsyn ligger under landsgjennomsnittet, og at situasjonen i disse fylkene bør vurderes nærmere.

Andelen personer under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten viser store fylkesvise forskjeller. Statistikken viser tydelig at forskjeller mellom fylkene i bemanningssituasjonen ikke alene kan forklare fylkesforskjellene i tannhelsetjenestetilbudet til de prioriterte gruppene. Andre faktorer, for eksempel organisatoriske og geografiske forhold, spiller sannsynligvis en rolle.

Tannhelsetjenestetilbudet i mange fylker til eldre, langtidssyke og uføre generelt, og spesielt til klienter som er mottakere av hjemmesykepleie, gir særlig grunn til bekymring. Helsetilsynet finner det videre bekymringsfullt at andelen voksne

Tabell 3.3 Utviklingen i tannlegemarkedet (offentlige tannleger er oppgitt i årsverk, private tannleger er oppgitt i antall)

	Offentlig sektor					
	1985	1990	1995	2000	2002	2003 ³
Tannlege I	653	577	383	230	139	1127 ⁴
Tannlege II	693	734	854	962	1022	
Spesialist	38	43	29	25	31	33
Totalt antall planlagte årsverk	1384	1354	1266	1217	1192	1160
Ledige stillinger i årsverk	55 ¹	91	86	181	156	113
Totalt antall utførte årsverk	1329	1263	1180	1036	1036	1047
	Privat sektor					
	1985	1990	1995	2000	2002 ²	2003 ³
Tannlege	2003	2100	2190	2342	2671	2606
Spesialist	206	232	272	274	233	240
Totalt antall tannleger privat sektor	2209	2332	2462	2616	2904	2846
Samlet antall offentlig og privat	3538	3595	3642	3652	3940	3893

Tannlege I har arbeidstid som følger skoleåret, og et "årsverk" utgjør i 2002 1282,5 timer. Tannlege II har vanlig ferie.

¹ Ledighetstall foreligger ikke i 1985, men antas å være 4 prosent.

² Avtalte årsverk beregnet av SSB ut fra tilgjengelige registerdata. Fødselspermisjoner er ikke inkludert.

³ Avtalte årsverk beregnet av SSB ut fra tilgjengelige registerdata. Fødselspermisjoner er ikke inkludert. Ledige stillinger i årsverk rapporteres av fylkestannlegene.

⁴ Det skiller ikke mellom tannlege I og tannlege II i registertallene, slik at tallet for tannlege II i 2003 inkluderer både tannlege I- og tannlege II-stillinger.

under tilsyn ligger rundt eller over landsgjennomsnittet i ti fylker hvor andelen under tilsyn i en eller flere av de prioriterte gruppene ligger under landsgjennomsnittet. En slik profil er etter Helsetilsynets vurdering en indikasjon på at det kan foreligge avvik fra lovens krav om prioritering. Det er fylkeskommunens ansvar å påse og følge opp at lovens krav blir innfridd.

Det som er skrevet ovenfor, er Helsetilsynets vurdering. Vurderingene er ikke umiddelbart akseptert av fylkeskommunene. Fylkeskommunene har bl.a. et tilgjengelighetsansvar for voksenbefolkningen som skal ivaretas.

3.4.2 Personellsituasjonen

Helsedepartementet utga i 2003 rapporten "Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor". Noen sentrale momenter:

Tannleger

Tabell 3.3 viser utviklingen i tannlegemarkedet² fra 1985 til 2000 angitt i antall årsverk for offentlig tannhelsetjeneste og antall tannleger i privat sektor. For 2002 er både offentlig og privat sektor angitt i årsverk.

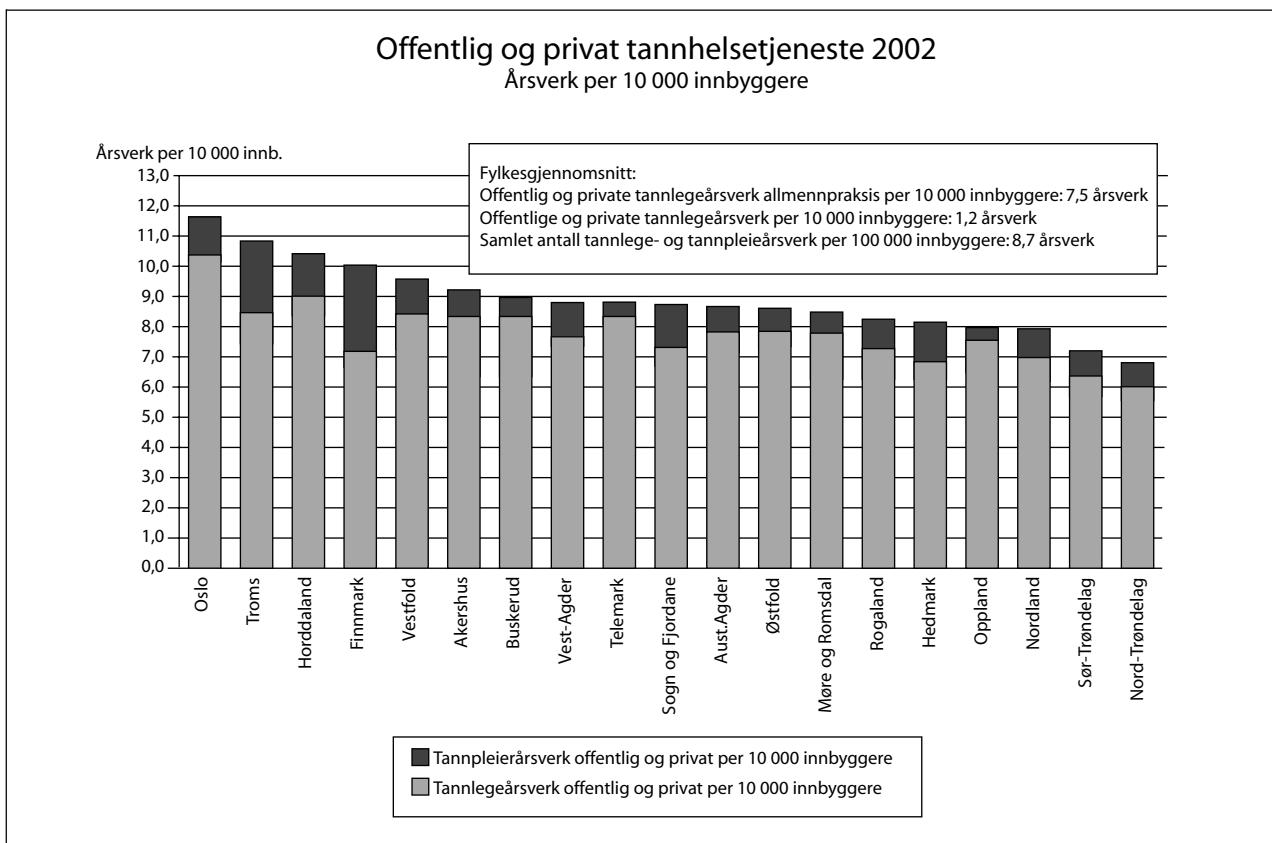
Tabellen viser:

- 2003: Antall årsverk tannleger inkl. spesialister, offentlig og privat: 3893, fordelt på offentlig sektor: 1047 og privat sektor: 2846.
- Fra 1985 til 2003 økte samlet antall tannlegeårsverk med 355 med liten topp i 2002.
- Antall utførte offentlige tannlegeårsverk i 2002 er 22 prosent lavere enn i 1985.
- Antall tannleger i privat sektor har økt med vel 400 fra 1985 til 2000, og 230 fra 2000 til 2003.
- Offentlig sektor utgjorde 38 prosent i 1995 og 27 prosent i 2003. Det innebærer en omfordeling av yrkesaktive tannleger fra offentlig til privat sektor.

Ledige offentlige stillinger

- Ledigheten i offentlige stillinger har økt jevnt fra fire prosent i 1985 til 13 prosent i 2002 og redusert til ti prosent i 2003.

² I 2002 rapporterte fylkestannlegene inn utførte årsverk. Totalt årsverk, offentlig sektor, 2002, forteller derfor ikke om budsjetterte/planlagte årsverk, men om utførte årsverk. De ledige stillingene (156 i 2002) legges til totalt utførte årsverk (1036) for å få et tall på de planlagte (budsjetterte) årsverkene (1192). Tallene for 2002 er i samsvar med oppstillingen for 2000 og 1995, samtidig som det er markert om det dreier seg om planlagte årsverk (utførte årsverk + ledige stillinger), eller bare utførte årsverk. Tallene for tannlege I, tannlege II og tannlegespesialister i offentlig sektor i 2002 og 2003 viser planlagte årsverk, det vil si utførte årsverk + ledige stillinger.



Figur 3.1 Offentlig og privat tannhelsetjeneste 2002 – årsverk pr. 10 000 innbygger

I samme periode har fylkeskommunene innført en rekke tiltak: økt lønn, etableringstilskudd og nedskrivning av studielån i deler av landet. Til tross for dette er ikke bemanningssituasjonen løst.

Fylkesvise variasjoner tannleger

- I perioden 1992–2003 har det vært vekst i privat sektor i alle fylkene.
- I offentlig sektor har 65 prosent av reduksjonen vært i de fem nordligste fylkene.
- Mangel på tannleger registrert som ledige stillinger og utskifting, har vært et stort problem i hele perioden fra 1985 i de nordligste fylkene.

Nytt er at dette nå også skjer i fylker lenger sør i landet. Dette innebærer at i deler av landet er tilgjengeligheten til tannhelsetjenester så god at det er mulig å kjøpe alle de tannhelsetjenester en kan tenke seg. Derimot er det i andre deler av landet slik at det er store utfordringer for å dekke de lov-pålagte oppgavene som følge av mindre tilgjengelighet til tannhelsetjenester.

Tannleger fra andre land

Per 1. mai 2004 var det registrert 117 tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten som var rekrut-

tert gjennom Aetats helserekrutteringsprosjekt. Fra 1999 til 2002 ble det rekruttert om lag 70 tannleger. Det ble i 2003 rekruttert 58 tannleger i dette prosjektet og 48 tannleger i 2004. Om lag tolv prosent av tannlegene i den offentlige tannhelsetjenesten kommer fra Tyskland per mai 2004. I dag er anslaget ca. 150 tannleger fra Tyskland. Det er ca. 15 prosent av tannlegene i offentlig tannhelsetjeneste.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) innvilget i 2001 18 søknader om autorisasjon fra tannleger som har sin grunnutdanning fra land utenfor EØS-området. I 2002 var tilsvarende tall 16 og i 2003 12 stk. Dette betyr ikke nødvendigvis at alle har gjennomgått kvalifiseringsprogram. Dersom disse tannlegene har fått godkjent sin utdanning i andre EØS-land/EU, ville de automatisk få godkjenning også i Norge.

Det odontologiske fakultet i Bergen har siden 1999 drevet med kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EU/EØS. Per januar 2005 har 32 tannleger fått autorisasjon gjennom dette programmet.

Det odontologiske fakultet i Oslo startet opp kvalifiseringsprogram høsten 2003 med åtte kandidater. Av disse har pr. i dag kun fire fått sin autori-

sasjon. Høsten 2004 ble det tatt opp åtte nye kandidater i Oslo.

I 2003 startet et supplerende kvalifiseringsprogram i regi av Sosial- og helsedirektoratet. Fylkestannlegen i Hedmark er koordinator for programmet. Det ble tatt opp 13 kandidater det første året. Ytterligere sju kandidater ble tatt opp til programmet høsten 2004. Elleve av kandidatene har fått sin autorisasjon.

Dette innebærer at den offentlige tannhelsetjenesten er totalt avhengig av å rekruttere tannleger fra utlandet. Uten denne rekrutteringen ville virksomheten stoppet opp i deler av landet.

Tannpleiere

- Fra 1985 til 2002 økte antall tannpleierstillinger/årsverk samlet for begge sektorer med 78 prosent, fra 263 til 469 årsverk.
- I 2002 var det 367 tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste fordelt på 323 årsverk, i gjennomsnitt 0,88 årsverk pr. tannpleier. I 2003 var det 341 årsverk.
- I offentlig sektor har økning i antall tannpleiere delvis erstattet mangelen på tannleger og reduksjon i antall tannlegestillinger i et flertall av fylkene.
- Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere i offentlig sektor var 3,2:1 i 2003. I privat sektor var forholdstallet 20,0:1 i 2002.

3.4.3 Offentlig/privat tannhelsetjeneste

Fylkeskommunen kan inngå avtaler med privat tannhelsetjeneste for å gi tilbud til de prioriterte gruppene etter lov om tannhelsetjenesten. Det er imidlertid relativt lite omfang av slike avtaler. De omfatter ca. tolv årsverk. Offentlig tannhelsetjeneste er mest dominerende der privat praksis er minst i omfang. Rekrutteringsproblemer er velkjent, og det har heller ikke ført til økt privat deltakelse i løsning av prioriterte oppgaver. Årsaken er at bemanningssituasjonen er vanskeligst i distriktene.

3.4.4 Planlagte tiltak

I september 2004 ble Helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, Norsk Tannpleierforening og Den norske tannlegeforening enige om "Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid". Tiltakene er oppsummert i en tidsplan:

Tidsperioden 2004–2006 (trinn 1)

Følgende tilskudd videreføres:

Tilskudd til å rekruttere tannleger fra Tyskland (ev. andre EU-land) gjennom Aetat samt kvalifise-

ring av tannleger med utdanning utenfor EØS-området, og tilskudd til spesialistutdanning av tannleger og til etablering av odontologiske kompetansesentra.

Tiltak som i tillegg forventes å ha effekt i løpet av denne perioden er:

Oppfordring fra helsemyndighetene til samtlige fylkeskommuner om å iverksette planlagte strukturendringer i klinikkforhold som kan bidra til annen oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger slik at tannlegerressursene utnyttes effektivt.

Oppfordring fra helsemyndighetene i samarbeid med Den norske tannlegeforening og Norsk Tannpleierforening til tannleger og tannpleiere for å frigjøre tannlegerressurser. Informasjonsvirksomhet fra helsemyndighetene når det gjelder hyppigheten av nødvendige tannhelsekontroller og eget ansvar for tannhelsen.

Informasjon om tannpleieres kvalifikasjoner.

Tiltak med oppstart i denne perioden som vil ha effekt etter periodens utløp er planlegging av utvidelse av praksisperioden i tannlegestudiet fra tre/fem uker til tolv uker. Tilskudd til utvikling og igangsetting av samarbeidsmodeller mellom offentlig og privat sektor i regi av fylkeskommunene.

Tidsperioden 2007–2009 (trinn 2)

I denne perioden må effekten av tiltak iverksatt under trinn 1 og behovet for justeringer vurderes. Videre må det være et mål å gjennomføre ordninger med nye samarbeids- og driftsformer mellom offentlig og privat sektor som er startet opp under trinn 1. Til slutt vil det være aktuelt å planlegge og eventuelt gjennomføre de reformsystemer som er besluttet politisk basert på Seierstad-utvalgets innstilling. Mandatet for utvalget gir i oppdrag å vurdere hvordan personellressurser kan sikres til offentlige oppgaver ut over det som foreslås i arbeidsgrupperapporten, herunder vurdere eventuell regulering av tannlegemarkedet.

Tidsperioden fra 2010 (trinn 3)

På dette tidspunkt forutsettes at effekten av oppstart av tannlegeutdanningen i Tromsø i kombinasjon med kvalifiseringstiltak for tannleger fra utlandet kan sikre tilstrekkelig tilgang på tannlegerressurser på landsbasis. Etablering av tannlegeutdanningen i Tromsø i kombinasjon med utvidelse av praksisstudiet, samt helsemyndighetenes finansiering av spesialutdanning og etablering av regionale odontologiske kompetansesentra, vil ha bidratt til et betydelig faglig løft for hele tannhelsetjenesten.

Kapittel 4

Tannhelse og tannhelsetilstand

4.1 Helse og tannhelse

I likhet med de fleste europeiske land står den norske tannhelsetjenesten i en særstilling sammenlignet med helsetjenesten for øvrig. Tannhelsetjenesten som betegnelse er ikke omfattende nok for hva tjenesten reelt arbeider med. Rent logisk ville det ha vært mer dekkende å kalle området for munnhulehelsetjeneste, jf. det engelske uttrykket "oral health" versus "dental health". Utvalget legger vekt på at en bruker tannhelsebegrepet i denne utvidete betydning. Det kan deles inn i seks hovedområder:

1. Tilstander knyttet direkte til tenner og tannkjøtt. Mest framherskende er her:
 - a) Karies ("hull i tennene")
 - b) Periodontitt (tannkjøttbetennelse som truer festet til tennene, slik at de i verste fall faller ut)
 - c) Feilstillinger av tennene (som kan bli rettet ved kjeveortopedi)
 - d) Tannskader ved ulykker
2. Deformiteter, fysiologisk degenerering eller skade i tilstøtende organer som kjeve og gane
 - a) Medfødte tilstander i munnhulen som for eksempel ganespalte eller tannutviklingsforstyrrelser
 - b) Ervervede tilstander for eksempel ved ulykker eller ved tap av bensubstans
3. Tilstander som kan opptre i munnhulen som i andre kroppsorganer, som for eksempel:
 - a) Kreft
 - b) Andre svulster
 - c) Infeksjoner
 - d) Mer omfattende ulykkeskader
 Tilstander som gir seg utslag i andre deler av kroppen, kan også ha sitt utgangspunkt i munnhulen.
4. Tilstander i munnhulen som konsekvens av tilstander ellers i kroppen eller bivirkninger av medisiner mot slike tilstander. For eksempel nedsatt spyttproduksjon med fare for økt omfang av karies ("tannråte") som resultat.
5. Samvariasjon mellom tilstander i munnhulen og tilstander i kroppen ellers uten at direkte årsakssammenheng er påvist.

6. Tilstander som må forstås i relasjon til et samlet fordøyelsessystem der tenner og munnhulen er første stasjon på veien. Tennene deler opp maten slik at den er bedre egnet til videre bearbeidelse i mage og tarmer. Spytten er det første beskjedne bidrag av en væske som bidrar til kjemisk nedbryting av maten. Mangler i munnhulen kan ha betydning for i hvilken grad kroppen nyttiggjør seg stoffene i maten. Men det kan også innvirke på hva slags mat en er tilbøyelig til å ta til seg, med konsekvenser for hvor tilstrekkelig og fullverdig kostholdet blir. Uheldige konsekvenser av dette kan observeres særlig hos eldre.

4.2 Tannhelsetilstanden i Norge

Tannhelsetilstanden beskrives i dette kapitlet. Det foregår systematisk registrering av tannhelsen hos barn og ungdom. Tannhelsen er god og har bedret seg over tid. Undersøkelser viser også at det er betydelig bedring i tannhelsen i hele befolkningen.

Viktige forklaringer er bruk av fluortannkrem og utbygging av tannhelsetjenester, både offentlig og privat. Videre har alle profesjonene vært opptatt av forebygging. Tannhelsetjenestens bidrag har vært viktig for den positive utviklingen som har skjedd.

4.2.1 Tannhelseindikatorer

En mye brukt indikator for å beskrive tannhelse hos enkeltindivider og i grupper av befolkningen er DMFT-indeksen. Indeksen beskriver tilstanden for hver enkelt tann (T). D står for tenner med hull som må behandles (decayed). M står for manglende tenner (missing), og F står for fylte tenner (filled). Indeksen tar utgangspunkt i et tannsett på 28 tenner og blir derfor også et uttrykk for antall friske tenner, kalt S-tenner (sound) etter formelen $ST = 28 - DMFT$. Det er vanlig å bruke store bokstaver for permanente tenner og små bokstaver for melketenner. En noe grovere indikator for beskrivelse av tannhelse i grupper av befolkningen er andel individer med friske tenner, altså $DMFT = 0$.

4.2.2 Tannhelsegenerasjonene

De ulike "tannhelsegenerasjonene" gjenspeiler hva som var vanlig behandling av tannsykdommer opp gjennom 1900-tallet. Kjennskap til tannhelsegenerasjonene er viktig for forståelsen av tannhelsestilstanden i ulike aldersgrupper. Generasjonene defineres slik: protesegenerasjonen (født før 1930), fyllingsgenerasjonen (født 1930–60), fluorgenerasjonen (født 1960–95) og forebyggingsgenerasjonen (født etter 1995).

Fyllingsgenerasjonen var fullt innfaset som voksne alt i 1980 og begynte på sin utfasing fra voksegruppen over i eldregruppen i år 2000. Denne omfasingen vil være fullført i 2030. Fluorgenerasjonen fikk sin begynnende innfasing i gruppen voksne i 1980 og vil være fullt innfaset i 2015.

4.2.3 Aldersgruppen 0–20 år

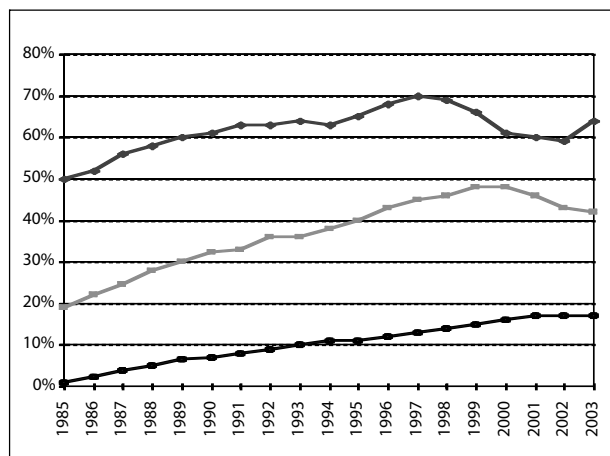
For denne aldersgruppen foreligger systematisk tannhelsestatistikk for tre årskull samlet inn av den offentlige tannhelsetjenesten. Tabell 4.1 gjengir tannhelseindikatorer for 5-, 12- og 18-åringer i 2003 (Fra "Tannhelsetjenesten i Norge – omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten" Helsetilsynets rapport 5/2004.)

Det er en vanlig oppfatning at tannhelsen blant barn og ungdom i Norge er god. Det har sin bakgrunn i at tannhelsen er mye bedre enn tidligere. Fremdeles er imidlertid karies en folkesykdom, og fire av fem 18-åringer har kariesskader som har krevd/krever fyllingsterapi.

Tannhelseendringer over tid

Målt mot kariesforekomst (omfang av "tanrråte") har tannhelsen blant barn og ungdom kontinuerlig forbedret seg gjennom de siste tiår slik det går fram av figur 4.1.

De vesentligste effekter følger av fluorbruk og bedret tannhygiene. Men bedret tannhelsetjeneste har også medført at karies ikke har fått utvikle seg til å gi større konsekvenser. For noen er denne utviklingen ytterligere styrket av bedret kosthold, for andre virker dårligere kosthold i motsatt ret-



Figur 4.1 Andel 5-, (øverst) 12- (midten) og 18-åringer (nederst) med friske tenner (uten hull eller fyllinger)

ning. Nye vaner med stadig påfyll av søte og syreholdige drikker yter isolert et større press i retning av kariesutvikling. Dette siste er trolig en hovedfaktor knyttet til at den gunstige utviklingen stoppet opp for 5-åringer og at tannhelsen for disse viste en liten tendens til forverring i perioden 1998 til 2002, men denne trenden har snudd. Derimot ser det nå ut til at tannhelsen blant 12-åringene er i ferd med bli noe dårligere. Ellers har forbedringen vært ganske entydig. Noe av nedgangen skyldes endring i behandlingsstrategi. Ikke all karies fører til fyllinger slik som tidligere.

Syreskade (erosjoner) på tenner viser seg å være et tiltagende problem. Betydningen av ulike årsaksfaktorer er usikker, men en regner med at den dominerende årsak ligger i nye kostholdsvaner og da særlig konsumet av leskedrikker. I denne forstand er det ikke naturlig å stille tannerosjoner i noen prinsipielt annen stilling enn karies. Tannerosjoner kan også skyldes at syre kommer opp fra magesekken. For eksempel kan dette være et problem for bulimikere.

I en artikkel "Konsum av sukret mineralvann og søtsaker blant norske skoleelever: sterk økning fra 1989 til 2001" påviser forfatterne (professor Anne Nordrehaug Åstrøm, professor Knut-Inge Klepp og førsteamanuensis Oddrun Samdal) at det har vært en sterk økning i konsumet fra 1989 til 2001. Undersøkelsen gjaldt 11-, 13- og 15-åringer. Forbruk av sukker blant ungdom utgjør 18–20 prosent av det totale kaloriinntaket i kosten. Dette er det doble av det WHO (= Verdens helseorganisasjon) har tilrådd. I 1989 var det 14 prosent av guttene og åtte prosent av jentene som hadde daglig inntak av sukret drikke. Tilsvarende tall i 2001 var 40 og 30. Når det gjelder søtsaker, hadde 16 pro-

Tabell 4.1 Tannhelse hos indikatorårskull

Gruppe	Andel med bare friske tenner
5-åringer	64 %
12-åringer	43 %
18-åringer	17 %

sent av guttene et daglig inntak i 1989 og 30 prosent i 2001. Tilsvarende tall for jentene var henholdsvis 13 og 30 prosent. Sukkerkonsumet er i internasjonal sammenheng høyt i Norge.

Det står like fullt fast at tannhelsen til barn og unge fortsatt er god og grunnleggende har bedret seg over tid.

Geografiske forskjeller

Det er ennå betydelige geografiske forskjeller i tannhelse blant barn og unge. Ifølge rapporteringer fra 2003 varierer tannhelsen hos 18-åringene betydelig fra fylke til fylke, men bildet av geografisk variasjon er sammensatt. 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.

Sosiale forskjeller

En nyere studie av førskolebarn fra Oslo (Slåttestad M, Espelid I, Skaare AB, Gimmestad A. Caries patterns in an urban, preschool population in Norway. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2004) viser at det er dårligere tannhelse blant barn av innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn enn blant barn ellers. Totalt er gjennomsnittlig DMFT for hele treårsgruppen 0,76. For ikke-immigranter (Iim) er den 0,47 og for immigranter (Im) 2,93. Ved karies som er så alvorlig at den fører til øyeblikkelig behandling, blir forskjellen enda større. For femårsgruppen er gjennomsnittlig DMFT på 2,18, for Iim 1,79 og for Im 5,32.

Dette viser at grunnlaget for de vesentligste forskjellene mellom immigranter og ikke-immigranter er lagt allerede i treårsalderen. Forfatterne viser også til andre undersøkelser som klart indikerer forskjeller med grunnlag i andre sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer enn immigrantstatus. De mener at det også er mulig med stor grad av treffsikkerhet å lage prognoser på den enkeltes

tannhelseutvikling ved å se i munnhulen i tidlig alder. Dette kan gi utgangspunkt for både forebyggende tiltak i svært ung alder og en individuell differensiering av oppfølgingsregimer. Det kan være vanskelig å vurdere generaliseringsverdien av denne undersøkelsen. Men det kan være grunn til å tro at status i landet ellers ikke er bedre enn i Oslo.

En omfattende undersøkelse fra Stockholm viser at i bydeler med svake sosioøkonomiske forhold og stort innslag av innvandrere har tannhelsen bedret seg fra 1991 til 1999 for 3-åringene. Men rapporten omtaler 7-åringer fra de samme sosioøkonomiske grupper som risikogruppe. En tilsvarende undersøkelse for 13-åringer og 19-åringer med grunndata fra 2001–2004 viser at tannhelsen har en tydelig sosioøkonomisk gradient, men den er mindre uttalt hos 19-åringer enn hos de yngre.

4.2.4 Tannhelse hos voksne 20–70 år

For den voksne befolkningen foreligger ikke systematisk tannhelsestatistikk. For å danne seg et bilde av tannhelsen hos voksne må en støtte seg på utvalgsundersøkelser. For denne utredningen er det utarbeidet en oversikt over tannhelsetilstanden hos et utvalg av voksenbefolkningen i den offentlige tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag. Tabell 4.2 viser de viktigste resultatene som gjennomsnittsverdier.

Denne oversikten er neppe representativ. Det er en viss underregistrering av DMF-tenner. Likevel gir den en pekepinn om tannhelsen hos de pasientene som går til tannlege. Samlet karieserfaring øker som ventet med økende alder. Omvendt er tendensen at antall tenner med karies avtar med økende alder. Når antall tenner med fyllingsbehov er forholdsvis konstant, skyldes dette at antall tenner med frakturerte fyllinger og frakturert tannsubstans øker med alderen. Antall tenner med fyllingsbehov uttrykker tydelig dagens situasjon med en betydelig etterspørsel etter tannhelsetjenester.

Tabell 4.2 Tannhersedata fra voksne i Sør-Trøndelag (gjennomsnittsverdier)

Aldersgruppe	DMFT	Antall egne tenner	Tenner med dentinkaries	Tenner med fyllingsbehov
25-åringer	7,4	25,7	1,6	2,3
35-åringer	10,5	24,5	1,3	2,1
45-åringer	15,1	24,5	0,7	1,8
55-åringer	15,7	20,4	1,1	2,5

Periodontitt

Periodontitt er en infeksjon i relasjon til tennenes støttevev. På sikt kan den føre til reduksjon av støttevevet (rothinne og alveolarben) og ende opp med tanntap. Bakterier (plakk) oppfattes som årsaken til periodontitt, men den effekten bakteriene har på vevet, bestemmes i stor grad av eksterne (f.eks. røyking) og interne (immunforsvaret) forhold. En sykdom med så komplekse årsaker har vist seg vanskelig å definere på en entydig måte. Dermed blir undersøkelser av periodontitt preget av usikkerhet, og resultatene spriker.

I artikkelen "Diagnostikk av periodontale sykdommer" skriver professor B. Frode Hansen:

"periodontale sykdommer er utbredt i befolkningen. Hos de fleste vil skadene utvikle seg langsomt og ikke utgjøre store problemer. Men hos ca. 8–10 % vil en ubehandlet marginal periodontitt kunne føre til store ødeleggelser av tennenes feste og tap av tenner."

Tannhelseendringer over tid hos voksne

Tannhelsestilstanden i befolkningen har bedret seg betydelig i de voksne aldersgrupper jamført med foregående tiår ("Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial" av Dorthe Holst, Annemarie A Schuller og Anne Gimmedstad). Verdiene i tabell 4.2 er beheftet med stor usikkerhet, men en forsiktig sammenligning med funn i Trøndelags-undersøkelsen fra 1994 viser en åpenbar bedring i tannhelsen hos voksne. Men bedringen består først og fremst i færre akkumulerte kariesskader (lavere DMFT), ikke færre tenner med hull (DT).

Det er noen vesensforskjellige forhold mellom grupper av voksne alt etter om de tilhørte aldersgruppen 20–39 (fødselskohort 1965–1984) eller 40–69 (fødselskohort 1935–64). Den første gruppen blir her omtalt som *unge voksne*, og den andre gruppen som *modne voksne*. Forskjellen blir i hovedsak forklart med at de i sin oppvekst har møtt ulike tannhelsetjenestesystemer og at fluorbruken først fikk full virkning for de unge voksne. Spesielt for den eldre del av de modne voksne kan forholdene variere etter hvor de er vokst opp. De modne voksne drar derfor i større grad med seg en uheldig historie som lar seg avlese i munnhulen, men akkumulerer ikke ytterligere tannhelseproblemer i større grad enn de yngre.

De modne voksne har en del fyllinger. En fylling er en ikke-reversibel reparasjon med et ikke-organisk materiale som stadig må vedlikeholdes eller skiftes ut og stadig litt mer av tannsubstansen

må fjernes. I noe høyere alder må en ofte etter hvert søke protetiske løsninger, fortrinnsvis mindre omfattende og faste løsninger (kroner). En tann som ikke har fylling, har ikke dette problemet. Derfor er også framtidsutsiktene for tannhelsestilstanden for dagens unge voksne klart bedre enn for modne voksne. På den andre siden er de modne voksne av i dag langt bedre stilt enn tidligere generasjoner. Grovt sagt har en gått fra å trekke tenner til å fylle dem.

Den omtalte framgangen blir bekreftet ved en sammenligning mellom Oslo-undersøkelsene 1973, 1984 og 1993 (se nedenfor). Denne undersøkelsen gjelder 35-åringer. Bedringen fram til 1993 knytter seg både til karies og periodontitt (gevinsten for periodontitt ble tatt ut alt i tiåret 1973–84). Oral hygiene ble vurdert som jevnt god i hele perioden. Fluortannkrem ble nærmest enerådende etter 1984. Antall gjenværende tenner har økt opp til gjennomsnittlig 27 (av 28 mulige) eksklusiv visdomstenner. Rapporten sier:

"Besøksvanene (tannlegebesøk) har endret seg, fra en svært høy andel (89 %) som gikk regelmessig minst én gang i året i både 1973 og 1984 til 69 prosent i 1993. I lys av den bedrede tannhelsen i perioden indikerer dette at årlige kontroller sannsynligvis ikke er nødvendig for de med god tannhelse i denne aldersgruppen."

I artikkelen "Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial" omtales også at tannhelsestilstanden blant eldre i dag reflekterer det tannhelsevesen som eksisterte da de vokste opp. Målt med dagens standard var det dårlig utenom i de byene der en hadde skoletannpleie. I Trøndelags-undersøkelsene ble de tannløse spurt om hvor gamle de var da de mistet tennene. Det fleste var blitt tannløse tidlig i livet. I løpet av 1980- og 1990-årene hadde det vært liten nyrekruttering til tannløshet. Antall tannløse er anslått til 600 000 i 1975, 230 000 i 2000 og det foreligger prognose på 154 000 for 2010. Per 2002 regner en med at 20 prosent av aldersgruppen 70–79 år er tannløse. Tilsvarende tall for dem over 80 år er anslått til 35 prosent.

Geografiske forskjeller

Tannhelsen er i alle deler av landet blitt betydelig forbedret gjennom de siste tiår, men fremdeles er det geografiske forskjeller. Det er rimelig å anta at variasjonen i tannhelse etter geografi for gruppen opp til 18 har forplantet seg inn i voksegruppen. Selv om bildet er ganske sammensatt, synes det å være ugunstig å være fra et distriktsfylke, og særlig fra et nordnorsk fylke.

Sosiale forskjeller

En har lite og sprikende data for aldersgruppen 20–70 år som viser sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og tannhelse. Oslo-undersøkelsene indikerer imidlertid en viss sammenheng ("Tannhelsen hos 35 åringer i Oslo" av Harald M. Eriksen, Bjørn Frode Hansen, Espen Bjertness og Gry Berset). Regelmessige tannlegebesøk og oral hygiene hadde betydning både blant 35- og 50-åringer. Økonomi spilte en viktig rolle blant 35-åringer, mens effekten av atferdsvariabler som alkohol- og røykevaner og bufferkapasitet i saliva (spytt) ga større utslag hos 50-åringer enn hos 35-åringer. I begge aldersgruppene var det mest karies i de laveste sosiale gruppene. Effekten av kostholdsvariabler var liten. Fluortannkrem var så vanlig i bruk at en ikke kunne vente å måle noen effekt av denne variabelen.

Undersøkelsen viste at det er en klar sammenheng mellom forekomst av periodontal sykdom og oral hygiene både hos 35- og 50-åringer. Sosioøkonomisk status og utdanning viser sammenheng med forekomst av periodontal sykdom. Den viste også at variasjon i karies og periodontal sykdom kunne forklares av både biologiske og sosiale/atferdsrelaterte variabler. En er imidlertid ikke i stand til å forklare mer enn 30–42 prosent av den totalt observerte variasjonen i tannhelse med de faktorene som er brakt inn i undersøkelsene. Den ikke-forklarte delen er en utfordring til å tenke nytt i framtidige tannhelseundersøkelser.

4.2.5 Tannhelse hos personer over 70 år

I fagartikkelen "Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror" viser Eirik Ambjørnsen, Tony Axell og Birgitte M. Henriksen at tannhelsen blant eldre har bedret seg. Artikkelen bygger på tannhelseundersøkelse blant hjemmeboende eldre (67 år+) og eldre i institusjon og i hjemmesykepleien i 1996–99 og gallupundersøkelser fra 1973 fram til 1997.

De framhever at når en måler tannhelsekvaliteten for eldre, må en legge vekt både på antall tenner (deriblant tannløshet), periodontale forhold, kariesproblemer, slimhinnetilstanden i munnhulen, tygge-/svelgeproblemer og munntørrhet. De finner at

"det antall kariøse tenner man fant, tydet ikke på noe stort kariesproblem blant hjemmeboende "friske" eldre. Når imidlertid aldersprosessen og sykdom for alvor setter inn, synes gamle mennesker med egne tenner å være en risikogruppe. Periodontitt synes fortsatt ikke å være viktigste faktor for tanntap i alderdommen".

I sin konklusjon sier forfatterne: "Et stort flertall av hjemmeboende "friske" eldre har i dag egne tenner. Men også flertallet av eldre på institusjon og i hjemmesykepleien har egne tenner. Fortsatt har flertallet av de over 66 år færre enn 20 tenner." Eldre i institusjon og i hjemmesykepleien (gruppe c) hadde sjeldnere egne tenner (41 %) enn hjemmeboende (68 %). I gruppe c tenderte kvinner (61 %) til å være oftere tannløse enn menn (56 %), de eldste (85+) hadde sjeldnere egne tenner (37 %) enn de yngste (< 75 år) (52 %) og bybeboerne hadde oftere egne tenner (67 %) enn de i utkantstrøkene (23 %).

En har således ikke nådd WHO's mål for år 2000 om at 50 prosent av de eldre skal ha mer enn 20 tenner. Derimot er WHO's mål om 25 prosent reduksjon i tannløshet oppfylt.

Hjemmeboende eldre hadde i gjennomsnitt 17,3 tenner. Gjennomsnittspasienten i gruppe c hadde 12,3 tenner. 30 prosent av de hjemmeboende med egne tenner hadde en eller flere kariøse tenner, men bare fem prosent hadde hull i fire eller flere tenner. Innen gruppen av eldre fant en ingen signifikante forskjeller i kariesforekomst etter alder.

Periodontale forhold kan måles etter lommedybde i tannkjøttet som omslutter tennene. 85 prosent av de hjemmeboende eldre hadde lommedybde på fire millimeter eller mer, og ca. en tredjedel av dem seks millimeter eller mer. Bare noen få eldre hadde lommer på seks millimeter eller mer på mange tenner. Innen denne gruppen av eldre varierte den periodontale tilstand ikke signifikant med alder.

Plager, smerter og spiseproblemer uttrykker også noe om tannhelsetilstanden til eldre mennesker. Blant hjemmeboende anga ca. ti prosent smerter og plager, mens ca. en tredjedel hadde problemer med spising. Tallene for eldre i institusjon og i hjemmesykepleie var 15 og 30 prosent. Dette kan i seg selv virke negativt tilbake på helsetilstanden. Blant grupper av eldre med funksjonstap kan en ha både underernæring og feilernæring.

Det ble registrert store geografiske forskjeller i tannhelsetilstanden blant eldre (både blant de "friske" eldre og de på institusjon og hjemmesykepleie). Grovt sagt var tilstanden dårligere jo lenger nord i landet en kommer.

4.2.6 Aldersrelaterte funksjonstap – betydning for tannhelsen

Omsorgstiltak

En har søkt å innhente opplysninger om hvor lenge eldre er på ulike trinn på omsorgsskalaen. Tilgjengelig dokumentasjon på dette området er svært knapp, men Tor Inge Romøren bygger sin bok

Tabell 4.3 Lengden av og sannsynligheten for ulike omsorgstiltak

Omsorgsnivå	Tid i år	Variasjon i år	Sannsynlighet i %
Hjemmehjelp	4,6	0–27	68
Hjemmesykepleie	0,6	0–7,3	48
Eldrebolig	5		
Aldershjem	0,9	0–18,5	18
Sykehjem	2,3	0–31,7	73

”Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år” (Gylendal Akademisk 2001) på en longitudinell studie av norsk småbybefolkning (Larvik). Han fulgte den aldersgruppen som var 80 år i 1981 fram til at de alle var døde (N = 434). Han fant at ca. 20 prosent holdt seg relativt spreke helt til de døde plutselig. Ca. 15 prosent ble noe skrøpelige, men bodde hjemme livet ut uten at de trengte særlig mye hjelp. Ca. 35 prosent får behov for omfattende pleie pga. alvorlig/langvarig sykdom. Ca. 20 prosent (varighet ca. 4 år i gjennomsnitt) dør etter å ha hatt en demenssykdom.

Tabell 4.3 viser tid i år og er gjennomsnittstall. Det framgår at individuell variasjon kan være stor. Med sannsynlighet mener en hvor stor del av denne gruppen som vil trenge dette tilbudet på ett eller annet tidspunkt. Tid i eldrebolig er anslagsvis. En må være oppmerksom på at en samtidig kan få hjemmesykepleie og hjemmehjelp når en bor hjemme og tilsvarende når en bor i eldrebolig.

Statens helsetilsyn initierte høsten 2002 arbeidet med en rapport: ”Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud” (10/2003). Rapporten kommer ikke inn på tannhelsetjenester, men forteller mye om en virkelighet som tannhelsetjenesten møter. Det gjelder generelt for faglitteratur på dette området at tann-

helseaspektet er fraværende eller lite framme. Det kan i seg selv være et vitnemål om hvilken vekt dette feltet har i eldreomsorgen.

Tabell 4.4 i rapporten viser hvordan eldrebefolkningen fordeler seg på ulike tilbud. Det er sannsynlig at tilgangen på ulike tilbud reflekterer grad og karakter av funksjonstap hos den enkelte.

Endringer over tid

Tabell 4.5 under gir et bilde av hvordan antallet individer med to ulike omsorgstiltak har endret seg over tid.

Den generelle trenden er at mottakere av hjemmetjenester øker, mens antall beboere i institusjoner er noe redusert. Ved vurderingen av framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester er det to sentrale spørsmål: Hvor gamle blir vi, og hvor spreke blir vi som gamle?

Grader av funksjonstap

Det er ulike måter å sette opp skalaer for ulike arter av funksjonstap på. Barthels ADL-indeks (ADL = Activities of Daily Living) måler omfanget av funksjonssvikt i ti grunnleggende egenomsorgsfunksjoner slik som personlig hygiene, kle på seg, kontinens, mobilitet mv. En opererer også med en IADL-indeks (Instrumental Activities of Daily Living) som går på husholdningsoppgaver som å betale regninger, håndtere telefon, handle og lage mat. Målingen er på en skala fra 1–20 der lav tallverdi indikerer stort funksjonstap. En stor del av

Tabell 4.4 Antall individer under ulike omsorgstiltak

Omsorgstiltak	Antall
Sykehjem	37 600
Aldershjem	4400
Kommunal bolig	46 400
Hjemmetjenester	162 000
Av dette:	
Både hjemmehjelp og hjemmesykepleie	59 000
Bare hjemmehjelp	59 000
Bare hjemmesykepleie	44 000

Tabell 4.5 Mottakere av hjemmetjenester og beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, antall pr. år

Omsorgstiltak/år	1992	1997	2002
Mottakere av hjemmetjenester	146 000	149 000	162 000
Beboere i institusjoner	45 000	43 000	42 000

Tabell 4.6 Tjenestemottakere i ulike oppholdssteder

Oppholdssted	Andel kvinner (prosent)	Alder (gj.snitt for alle)	Barthels ADL-indeks (gj.snitt for alle)	KDV-sumskåre (gj.snitt for alle)	Oppholdstid i år (gj.snitt for alle)
Sykehjem	73,0	84,0	8,1	10,2	2,9
Aldershjem	70,2	84,2	12,8	7,3	3,2
Omsorgsbolig med husbankstandard	68,2	74,8	14,8	4,5	3,2
Annen kommunal bolig	63,6	71,1	15,5	4,1	5,9
Eget hjem	69,8	77,6	16,6	2,9	
Sum	69,5	78,4	13,5	5,6	3,7 ¹

¹ Hjemmeboende ikke medregnet

de gamle eldre er demente (20,9 % av utvalget i undersøkelsen initiert av Statens helsetilsyn). Det er derfor særlig behov for en klinisk demensvurdering (KDV). KDV-skalaen er sammensatt og kan måle slike egenskaper som hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne og mentale evner som er en forutsetning for å delta i samfunnsaktiviteter og for å utføre huslige gjøremål. KDV-skalaen går fra 1–15, men her øker funksjonstapet med økende tallverdi. De ulike indekser fremkommer i tabell 4.6.

Helseundersøkelsene i 1995 hadde ADL- og IADL-relevante spørsmål for hjemmeboende på 80 år eller mer. Uten hjelp kunne 86 prosent lage maten, 67 prosent gjøre innkjøp, 53 prosent gjennomføre vask og rengjøring, 73 prosent stå for klesvask, 78 prosent kle av og på seg, 94 prosent spise og kutte maten og 79 prosent klarte daglig personlig hygiene.

ADL-skalaen ligger nærmest til personens evne til å ta vare på egen tannhelse ved personlig tannhygiene. IADL-skalaen ligger nærmest til å måle evnen til selv å aktivt søke tannhelsetjenestetilbud. KDV-indeksen må antas å gå på begge disse forhold.

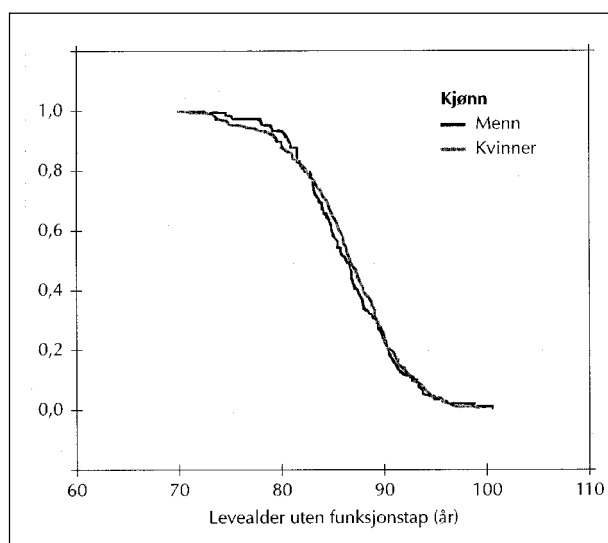
Figur 4.2 viser hvor stor risiko det er for at en i ulike aldersgrupper har alvorlige funksjonstap målt i ADL-termer. Diagrammet bygger på funn i Larvik-undersøkelsen. Verdien 1 betyr at ingen har slike funksjonstap, 0 betyr at alle har det. Slik målt ser en at få har slikt kvalifisert funksjonstap ved alder 80 år, men at det øker kraftig på med økende alder. De som lever opp til 95–100 år, vil nesten alle ha slikt funksjonstap.

Med unntak for de eldre som stort sett holder seg relativt friske livet ut, antyder disse forhold noe om utfordringene med å kontinuitetssikre tannhel-

seomsorgen og gjøre den mer treffsikker for betydelige grupper av eldre.

En samlet konklusjon er at tannhelsen til eldre holder seg bra inntil funksjonstapet målt i ADL/IADL-termer setter inn for alvor. Før kritisk funksjonstap setter inn, er det ingen grunn til å gi eldre særbehandling framfor andre voksne. Utfordringen er å oppfatte denne endringen i tide bl.a. i samspill med den tannlegen som så langt har hatt vedkommende som pasient.

Når funksjonstapet viser seg, kan forfallet i tannhelsetilstand skje fort dersom oppfølgingen er utilstrekkelig. Den største utfordringen ligger i å engasjere pleiepersonell og til dels nærstående i



Figur 4.2 Sannsynligheten for å leve uten funksjonstap med økende alder.

Kilde: "Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år" Tor Inge Romøren (Gyldendal Akademisk 2001)

det forebyggende arbeidet. Det er vel så mye en organisatorisk som en økonomisk utfordring.

4.2.7 Rusmiddelmissbrukere

De som arbeider i omsorgen for rusmiddelmissbrukere, forteller om gjennomgående dårlig tannhelse, til dels veldig dårlig. Men det er ikke tilgjengelige statistikker for hvordan tilstanden er for gruppen som helhet. Utvalget har fått tilgang til en rapport fra Oslo kommune som ble utarbeidet høsten 2003. Den gjelder 100 rusmiddelmissbrukere som via rusmiddelstaten har søkt om sosialhjelp til tannbehandling. Kostnadsoverslagene er utført i henhold til "kriterier for valg av tannbehandling av sosialhjelpmottagere i Oslo" etter de takster som gjelder i tannhelsetjenesten i Oslo kommune.

Tallene trenger ikke være representative for rusmiddelmissbrukere i alminnelighet, men kan representere en viss tilnærming til problemstillingene. I dette utvalget var 68 prosent menn og 32 prosent kvinner. Gjennomsnittsalder var 38,3 år. De hadde i gjennomsnitt 22 tenner igjen, men det ble anbefalt å trekke 4,69 av disse. Trekking av en eller flere tenner ble anbefalt for 81 prosent av klientene. Hos dem ble i gjennomsnittet 5,8 tenner trukket. 63 prosent av alle tenner ble anbefalt behandlet på en eller annen måte, enten ved fylling, krone eller trekking. Det ble anbefalt å behandle en eller flere tenner på 93 prosent av klientene. Det var behov for å rotfylle en eller flere tenner på 49 prosent av klientene. En så det også nødvendig med et omfattende opplegg med både løse og faste proteser i ulike former. Gjennomsnittskostnaden pr. klient ble anslått til noe i overkant av 16 000 kroner. Av disse var knappe 3500 kroner til tanntekniske arbeidere. Dette er regnet

etter takster for den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo.

4.2.8 Psykisk utviklingshemmede

Psykisk utviklingshemmede behandles av den offentlige tannhelsetjenesten. Tannstatus blir ikke registrert slik som for barn og unge. Fra Oppland foreligger en kartlegging av deres tannstatus fra 1994: "Tannhelse og behandlingsbehov hos psykisk utviklingshemmede i Oppland" av Nils Lunder. For dem under femti år var tannhelsen målt i DMFT-verdier minst like god som i befolkningen ellers. For dem som var eldre, var tannhelsen, målt som andel tannløse, noe dårligere.

4.2.9 Fengselsinnsatte

I perioden 2002 til februar 2004 gjennomførte Fafo, på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Justisdepartementet en levekårsundersøkelse blant et utvalg innsatte i norske fengsler. Resultatene fra undersøkelsen ble presentert i rapporten "Levekår blant innsatte" i 2004.

Resultatene viser at fire av ti innsatte befinner seg under fattigdomsgrensen, og at de har generelt langt lavere bruttoinntekt enn befolkningen for øvrig. Mange av de innsatte sliter med dårlig helse. Halvparten har en eller flere kroniske sykdommer, og de innsatte er i langt høyere grad enn befolkningen ellers plaget med psykiske problemer. Seks av ti innsatte er rusmiddelmissbrukere.

På bakgrunn av disse resultatene er det grunn til å anta at tannhelsestatusen blant innsatte i norske fengsler er dårligere enn hos befolkningen for øvrig.

Kapittel 5 Tannhelsetjenester

Her beskrives hvilke behandlinger og hvilket relativt omfang av det samlede tjenestetilbudet som rettes mot de tilstander som beskrevet i innledningen til kapittel 4.

5.1 Tannhelsetjenester – aldersgruppen 0–20 år

Aldersgruppen 0–18 år får gratis tannhelsetjeneste. Fylkeskommunen yter denne tjenesten og følger opp med jevnlig innkallinger. Vanligvis blir ikke gruppen 0–2 år innkalt. Aldersgruppen 19–20 år blir tilbudt subsidierte tannhelsetjenester innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ved at brukeren betaler en egenandel på 25 prosent. Tabell 5.1 viser nøkkeltall for den offentlige tannhelsetjenesten hentet fra Helsetilsynets rapport 5/2004.

Det har vært nødvendig og riktig å øke innkallingsintervallene slik at det blir mer enn ett år mellom hver undersøkelse. En undersøkelse ved Nina J. Wang og Jan Th. Schiøth: ”Ekstraksjoner og pulpabehandling på grunn av karies i permanente tenner hos barn og unge”, indikerer at denne differensieringen kan ha nådd en yttergrense i noen fylker. Undersøkelsen bygger på data fra 1999 og 2002 i Akershus, men refererer også til eldre undersøkelser i andre fylker.

Kjeveortopedi

Kjeveortopedi (tannregulering) er mest aktuelt for gruppen 12–18 år. Her gis trygderefusjon avhengig av alvorlighetsgrad. Prinsippet om gratis tannhelsetjenester til og med 18 år omfatter ikke kjeveortopedi.

Dette er et område der skillet mellom funksjonelle, sosiale, estetiske og kosmetiske hensyn

har vært avgjørende. En opererer med differensierte satser for refusjon med grunnlag i trygdens takster. Men kjeveortopedien er ikke bundet av disse takstene overfor klienten. I den grad honorarkravet ligger over trygdens takster, må pasienten betale tilsvarende mellomlegg. I utgangspunktet er refusjonen ikke behovsprøvd mot klientens/foresattes inntekt. Men dersom flere søsken trenger kjeveortopedisk behandling, gir det grunnlag for forhøyet refusjonssats (søskenmoderasjon).

5.2 Tannhelsetjenester – psykisk utviklingshemmede (gruppe b), pasienter i institusjoner (gruppe c1) og pasienter som får hjemme-sykepleie (gruppe c2)

Disse gruppene er prioritert i lov om tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten har oppfølgingsansvaret. Omfanget av gruppene og andel under tilsyn er gitt i tabell 5.2. Den bygger på Helsetilsynets rapport 5/2004.

5.3 Tannhelsetjenester – pasienter som mottar hjemmetjenester

Etter dagens lov er pasienter som mottar hjemmetjenester som ikke omfatter pleie, ikke tilgodesett med subsidierte tannhelsetjenester. Ofte er det imidlertid vanskelig å definere hva som skal regnes som hjemmesykepleie. Det kan da være naturlig å stille spørsmål om også tannhelsetjenester for eldre skal ta utgangspunkt i funksjonsnivå direkte eller den institusjonaliseringsgrad som reflekterer funksjonsnivået. For dem som langvarig er havnet på sykehjem, vil funksjonstapet nesten alltid være

Tabell 5.1 Omfanget og tilsynsgrad for barn og ungdom

Gruppe	Antall i gruppen	Andel av befolkningen	Andel under tilsyn
1–18 år (A)	1 129 060	25 %	94 %
19–20 år (D)	107 857	2,4 %	67 %

Tabell 5.2 Omfang og grad av tilsyn for gruppe b og c

Tannhelsegruppe	Antall	Andel av befolkningen	Andel under tilsyn
Gruppe b	14 771	0,3 %	89 %
Gruppe c totalt	145 916	3,2 %	51 %
I institusjon	43 022		61–100 %
I hjemmesykepleien	102 894		31 %

utvilsomt. Da kan institusjonaliseringskriteriet i seg selv være fullt dekkende. Men for dem som er under hjemmesykepleie og hjemmehjelp, kan bildet være mer skiftende. Det er heller ikke gitt at alle som ikke har fått kommunale tjenesteytelser, har mindre funksjonstap av relevans for tannhelse-tjenestetilbudet enn dem som har fått hjemmehjelp-/hjemmesykepleietilbud.

FUTT-prosjektet som bl.a. omfatter eldre med hjemmehjelp (men ikke hjemmesykepleie), viste at tannhelsetilstanden var noe dårligere for denne gruppen enn for gjennomsnittsbefolkningen.

Prosjektet viste at bare innenfor ett år falt en betydelig del av personene ut av gruppen med hjemmehjelp. En stor del av dem ble flyttet over i andre omsorgskategorier der det i dag er gratis tannhelsetjeneste.

5.4 Tannhelsetjenester – psykiatriske pasienter

Etter § 1-3 bokstav c i lov om tannhelsetjenesten skal den offentlige tannhelsetjenesten gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Institusjonaliserte psykiatriske pasienter er omfattet av denne bestemmelsen. Institusjonaliseringen må vare i minst tre måneder. Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen gjelder også disse grupper. Det er ikke egne tall for hvor mange

av dem som i dag får tilbud, som har psykiske lidelser.

FUTT-prosjektet bygger på lokalkunnskap om "rekrutteringspotensial" for personer under psykiatriomsorgen for tannhelsetjenester. Dersom en multipliserer dette opp til landsnivå samsvarende med folketall og alderssammensetning, kommer en fram til et tall på ca. 10 500. Det tas da forbehold om at det i en del tilfeller kan være tilfeldig om pasientene blir definert inn under rusomsorgen eller psykiatriomsorgen.

I 1999 vedtok Stortinget en opptrappingsplan for psykisk helse, noe som medførte en reorganisering av tjenester for innbyggere med psykiske lidelser, bl.a. med flere polikliniske enheter og færre institusjonsplasser. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2.7.1999 trådte i kraft fra 1.1.2001.

Psykiatriske sykehjem vil bli bygd ned fra 2058 plasser i 1996 til tilnærmet null i 2006. Antall psykiatriske sykehusplasser vil i 2006 holde seg omtrent på samme nivå som tidligere (3100 inklusiv 160 plasser for dem som er dømt til psykiatrisk behandling).

De viktigste elementene i tjenesten vil likevel bli de distriktskykiatriske sentre (DPS) (med 2465 døgnplasser) og ca. 658 000 polikliniske konsultasjoner pr. år (en økning på 220 000 siden 1996) i et vel utviklet samarbeid med kommunenes helse- og sosialtjenester. Det er alt gitt tilsagn om 1600 omsorgsboliger ifølge SINTEFs evalueringsrapport av 14.12.2003. En har ennå ikke nådd i havn med en slik balanse innen totaltilbudet.

Tabell 5.3 Nøkkeltall for pasienter med alvorlige psykiske lidelser i Norge

Psykisk lidelse	Livstids sykdomsrisiko	Prevalens siste år i %	Tall i Norge
Schizofreni og lign.tilstander	1	0,4	16 000
Alvorlige affektive lidelser (bipolare)	1	0,5–1	30 000
Alvorlige personlighetsforstyrrelser	3-4	1	40 000
Sum alvorlige lidelser	5-6	1,9–2,4	86 000

I Statens helsetilsyns utredningsserie 10-2000 blir det referert til Rådet for psykisk helses anslag fra 1995 for hvor mange som har alvorlige psykiske lidelser (unntatt demens og andre organiske tilstander) se tabell 5.3.

Det er sannsynlig at mange av disse har behov for støtte for å følge opp egen tannhelse.

5.5 Tannhelsetjenester – rusmiddelmissbrukere

Hvor mange som har et rusmiddelmissbruk som er så alvorlig at det er kritisk for oppfølgingen av tannhelsen, er umulig å skaffe tall for. Det er vanskelig nok å få fram tall for hvor mange som har et rusmiddelmissbruk. Alle tall har i denne sammenheng betydelige skjønnsmessige komponenter. I Statens helsetilsyns utredningsserie 10-2000 drøfter en også hvor mange rusmiddelmissbrukere det kan være totalt. Drøftingen gjør klart at en må ta betydelige forbehold knyttet til tallene.

Den gir likevel et tall for alkoholmissbrukere på 20 000, men legger til: "Anslaget over alkoholmissbrukere er meget lavt og inkluderer hovedsakelig personer som siste 1–2 år har hatt behandling i russektoren for misbruket."

I misbruket av illegale midler er også inkludert personer som ikke de siste årene har søkt behandling. Utredningen gir et anslag på 7500 misbrukere av heroin, 2500 av sentralstimulerende midler, 10 000 sprøytemisbrukere. Tallet for brukere av cannabis og hallusinogener blir i framstillingen erstattet med spørsmålsteget. På forespørsel opplyser Statens institutt for rusforskning at det i landet er 60 000 storforbrukere av alkohol (minst konsum tilsvarende 10 cl ren alkohol pr. dag). Instituttet anslår tallet på tunge narkotikamisbrukere til 10–15 000.

Flere steder i landet har prøvd ut det som kalles lavterskeltilbud til rusmiddelmissbrukere. Strax-prosjektet i Bergen i regi av kommunen bygger på et samarbeid med tannhelsetjenesten i Hordaland fylkeskommune. Et problem for denne gruppen er å komme til behandling. Strax-prosjektet bygger på at de skal få behandling når de kommer, uavhengig om de har avtale eller ikke. Mange møter opp bare ved tannmerter. I denne sammenheng fungerer tilbudet mer som en deltids tannlegevakt. Opplegget ble vurdert som vellykket, og det planlegges å utvide tilbudet. Prosjektet er evaluert bl.a. ved å spørre klientene selv. De legger vekt på at de er møtt med åpenhet og respekt. Mange av rusmiddelmissbrukerne har en uttalt tannlegeskrekk som må overvinnes før omfattende behandling kan starte.

I FUTT-prosjektet har en også innebygd tiltak rettet mot rusmiddelmissbrukere. Prosjektet bygger på at de utvalgte kommuner har oversikt over hvem som kommer inn under rusomsorgen. Der som en ut fra folketall og alderssammensetning multipliserer disse tall opp til landsnivå, kommer en fram til 5000 personer som et "rekrutteringspotensial". Dette tallet er trolig for lite all den tid ingen større byer er med i utgangsmaterialet. De største byene har en større andel rusmiddelmissbrukere enn gjennomsnittet for landet.

Metodisk blir måling av resultatet av prosjektet vanskelig gjort ved at det er ca. 50 prosent frafall. Derimot har FUTT-prosjektet etablert en del data som beskriver utgangstilstanden i 2001 i grunnlagsrapporten.

Andelen som har vært med i hele forsøksperioden, indikerer noe om de ulike gruppers evne til å holde fast ved slike opplegg selv med omfattende innsats fra de prosjektansvarliges side.

5.6 Tannhelsetjenester – innsatte i fengsler

Tannhelsetjenester til innsatte i fengsler er ikke en rettighet. Tannhelsetjenester er regulert ved rundskriv IK-28/89 av 9. august 1989 fra Statens helse-tilsyn med grunnlag i det forvaltningsansvar som nå ligger under Sosial- og helsedirektoratet. Det er ikke tilstrekkelig med penger til å gjennomføre rundskrivets intensjoner.

Rundskrivet tar utgangspunkt i at det til enhver tid er ca. 3200 innsatte i norske fengsler og at den gjennomsnittlige oppholdstiden er ca. 65 dager. Videre legger rundskrivet til grunn at 11 000 personer blir satt i fengsel hvert år. Bare ca. 30 prosent har en soningstid utover 30 dager.

Rundskrivet sier blant annet at tannhelsetjenester bør gis i følgende omfang:

- Nødvendig akutt behandling ved behov uansett oppholdets varighet
- Tilbud om tannhelseundersøkelse samt nødvendig forebygging og vanlig tannbehandling til innsatte med opphold lenger enn tre måneder .

Ved forventet langtidsopphold utover tre måneder bør en enklere orienterende tannhelseundersøkelse utført av helsepersonell inngå i den generelle innkomstundersøkelsen.

Rundskrivet viser til at den enkelte fylkeskommune har ansvaret for organisering av tannhelsetjenesten innen sitt fylke. Staten skal ta det økonomiske ansvar for tjenesten. For øvrig forutsetter rundskrivet at utgifter til mer omfattende rehabili-

tering, inklusiv tanntekniske arbeider, dekkes etter søknad til sosialkontoret i hjemkommunen dersom den innsatte selv ikke kan betale.

5.7 Samvariasjon mellom sinnslidelse, rusmiddelmisbruk, kriminalitet og status som bostedsløs

Utredningen fra Helsetilsynet (10/2000) påviser at det er stor grad av samvariasjon av psykisk sykdom og rusmiddelmisbruk.

Med utgangspunkt i hvem som er pasienter under psykisk helsevern i Norge som også har et rusmiddelmisbruk, har en kommet fram til følgende tall:

- Sårbare 2260 (schizofreniforme psykoser, bipolare lidelser, alvorlige depresjoner, alvorlige angstlidelser, alvorlige spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser)
- Utagerende 1300 (personlighetsforstyrrelser)
- Kognitiv svikt 330 (lett psykisk utviklingshemning, ADHD)

Utredningen anser anslagene som ”til dels relativt lave”. Spesielt framhever en at samvariasjonen mellom rusmiddelmisbruk og angst/depresjon er vesentlig høyere enn tallet ovenfor indikerer.

Blant alle som til enhver tid er i fengsel, regner en med at 60–80 prosent har rusproblemer. Det innebærer at ca. 1800 av dem som til enhver tid er innsatt, har rusproblemer, og antydningvis 1000 av dem alvorlige rusproblemer. Av antall nyinnsatte gjennom ett år regner en med at ca. 7000 har rusproblemer. Også her er samvariasjonen med psykiske lidelser betydelig. En regner med at de som har både rusmiddelmisbruk og alvorlig psykisk lidelse i fengslene, er 3350 nyinnsatte gjennom året og 810 på et tilfeldig tidspunkt.

Utredningen viser til en undersøkelse fra 1996 som regner med 6200 bostedløse i Norge. Denne undersøkelsen regnet med at ca. 60 prosent av de bostedløse var rusmiddelmisbrukere med en halvdel på alkohol og en halvdel på narkotika. Gjennomsnittsalder blant alkoholmisbrukere var 44 år og blant narkomane 30 år. Også for disse var det en betydelig samvariasjon av psykiske problem og rusmiddelmisbruk.

5.8 Tannhelsetjenester – innvandrere/flyktninger/asylsøkere

I 2001 var det totalt 328 000 innvandrere i Norge. 92 000 av disse bodde i Oslo. 210 000 ble kategorisert

til å ha ikke-vestlig bakgrunn, derav 80 000 bosatt i Oslo.

Tallet på innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn har skapt en ny demografisk realitet siden gjeldende tannhelselov ble utformet. Tannhelseutfordringene for disse innvandrere og delvis deres nærmeste etterkommere er større enn for norsk gjennomsnittsbefolkning. Samtidig kan det være variasjon mellom ulike innvandringsgrupper.

Spesielt for flyktninger og asylsøkere

For flyktninger og asylsøkere i statlige mottak gjelder imidlertid spesielle regler. Tilbudets omfang er avhengig av hvilken fase i søkerprosessen de er i. Den offentlige tannhelsetjenesten gir tilbud til dem som hører til de prioriterte gruppene definert i lov om tannhelsetjenesten. For voksne gjelder også her prinsippet om egenbetaling. Etter godkjenning av behandlingsplan og kostnadsoverslag kan det søkes om økonomisk støtte fra Utlendingsdirektoratet (UDI).

Når mottaksansvaret opphører, altså når asylsøkerne får flyktningstatus og plasseres i kommunene, er det opp til den enkelte voksne innvandrers selv å ta ansvar for egen tannhelse, blant annet å gå til tannlege. Dersom flyktningene ikke har tilstrekkelig inntekt/økonomi til å betale tannbehandling, kan de få denne dekket etter lov om sosiale tjenester.

5.9 Tannhelsetjenester – pasienter med svak privatøkonomi

Voksne personer som har så liten inntekt at de ikke kan dekke nødvendige utgifter til livsopphold, kan få økonomisk støtte etter lov om sosiale tjenester. Dette gjelder også utgifter til tannbehandling. Det er kommunene som forvalter ordningen. På grunnlag av kostnadsoverslag søker pasienten selv sosialkontoret om støtte. Sosialkontoret gjør vedtak om eventuell støtte.

5.10 Tannhelsetjenester – voksne

Flertallet av voksenbefolkningen får tannbehandling hos private tannleger og dekker selv alle kostnader ved behandlingen. Andelen voksne som får behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, er lav. Imidlertid er den fylkesvise variasjonen stor. Det har sammenheng med at den offentlige tannhelsetjenesten er størst der omfanget av privat praksis er minst.

Etterspørsel etter tannlegetjenester

2004-undersøkelsen som er gjort av Samfunnsodontologisk seksjon ved Universitetet i Oslo, bygger på svar på spørreskjema fra et landsomfattende representativt utvalg av befolkningen. Det framkommer ikke om undersøkelsen er gjort av tannlege eller tannpleier.

Undersøkelsen viser på alle indikatorer en vesentlig mindre frekvens i tannlegebesøk i aldersgruppen 21–29 år enn befolkningen ellers. Dette gjelder enda mer om en går spesifikt inn på gruppen elev/student. Også gjennomsnittlig utgiftsnivå er tilsvarende mindre. En har ikke tilsvarende direkte statistikk på tannhelsestatus.

Det foreligger imidlertid en studie fra Oppland som ble publisert i 1998: "Kariesbomben – finnes den? Utvikling av sekundærkaries i perioden 18 til 25 år" av Nils Lunder". I studien ble et utvalg av pasienter fulgt fra de var 18 til de ble 25 år. Det viktigste funnet i undersøkelsen var at tannråteutviklingen i sjuårsperioden var moderat. I gjennomsnitt hadde 18-åringene vel tre lesjoner som ikke var fylt (hovedsakelig i emaljen). Over halvparten av disse var blitt større, og en tredjedel var fylt eller måtte fylles. Resten var stanset eller redusert. I perioden hadde 2,6 nye lesjoner kommet til. Totalt antall fylte lesjoner fra 18 til 25 år var 2,2 pr. pasient.

Utvalget har gjennom seminar hentet inn opplysninger fra forskjellige systemer i Nederland, Storbritannia, Sverige, Danmark og Norge. Til tross for forskjeller i finansieringssystem og institusjonelle systemer går antydningssvis litt i underkant av 80 prosent av den voksne befolkning tilstrekkelig ofte til tannhelsepersonell til at en kan si at deres tannhelse er under jevnlig tilsyn.

En regner med at fem til ti prosent av dem som ikke går regelmessig, må forklares med kvalifisert grad av tannlegeskrekk. Noe av "underforbruket" av tannhelsetjenester kan fremdeles forklares ved tannløshet eller at en har få tenner igjen. Ifølge 2004-undersøkelsen gir ikke utdanningsnivå noen entydig forklaring på ulikt tannhelsetjenestekonsum.

Befolkningen i de minste kommunene har et noe mindre tannhelsetjenestekonsum enn i større kommuner og i Nord-Norge vesentlig mindre enn i resten av landet. Det samme gjelder de yngste voksne sammenlignet med andre voksne.

Behandling/tjenester som gis hos tannlege

Det foreligger noe informasjon om hvilke tjenester pasienten mottar hos tannlegen. Konserverende behandling (tannfyllinger, plombering) inn-

tok en helt dominerende rolle både i 1979 og 1988. Undersøkelse og forebygging utgjorde 35 prosent av den totale tiden på hver pasient i 1988 (36 % i 1979). Undersøkelse, forebygging og fyllingsterapi utgjorde 72 prosent (79 % i 1979).

Konklusjonene¹ var: "Ut fra disse undersøkelsene kan det konkluderes med at det ikke er noen enkel sammenheng mellom sykdomsforekomst, subjektivt og objektivt behov for behandling og faktisk omfang av tjenester som leveres. Allerede i dag er det betydelig forskjell mellom forekomst av ubehandlet sykdom vi kan registrere i den voksne befolkning, og den utførte sum av forebyggende og reparative behandlinger som utføres. Likevel kan vi observere at et betydelig og stigende antall tannleger kan beskjefte seg med behandling av voksne (Holst 1992). Det vil si at tannhelse-situasjonen alene er ikke avgjørende for hvor mye tannbehandling som gis."

Tannlegeforeningen gjennomførte i 2004 en praksisundersøkelse blant tannleger med registrert e-postadresse i tannlegeforeningen. I undersøkelsen spørres det om behandlingspanorama. Svarene (gjengitt med tillatelse fra tannlegeforeningen) viser at tannlegene bruker 26 prosent av den kliniske tiden til forebyggende arbeid/undersøkelse (= motivasjon, hygieneinstruksjon, samtale, penslinger, skylling, fyllingspuss og tannrens). Nesten 60 prosent av tiden gikk til reparativ behandling (= fyllingsarbeid inkludert omlaging av fyllingstekniske grunner, periodontibehandling, ekstraksjon og annen kirurgi, protetik og lignende) og tolv prosent til estetisk/kosmetisk behandling (= skifte av fyllinger/kroner pga. farge eller form, bleking, tannsmykker, fasade/fasetter og lignende). Det er små forskjeller i tidsfordelingen i praksis hvis man sammenligner ut fra tannlegens kjønn og alder. Ser man på om det er variasjoner ut fra kommunestørrelse, er det likeledes små forskjeller i behandlingspanoramaet. Det er en liten tendens til å bruke noe mer tid på estetisk/kosmetisk behandling i de største kommunene.

5.11 Tannlegevakt

Lov om helsepersonell hjemler en forskrift om tannlegers plikt til å delta i vaktordninger. En slik forskrift er imidlertid ikke utarbeidet og heller ikke bebudet. I tannlegeforeningens etiske regler er det tatt med en formulering om tannlegevakt (§ 5): "Enhver praktiserende tannlege plikter å delta i organiserte vaktordninger etablert etter

¹ Helsedirektoratets utredningsserie 7/92, IK-2382

avtale med NTF. Lokalforeningen kan gjøre unntak fra denne bestemmelsen når særlige grunner foreligger." Det betyr at de vaktordninger som finnes, i prinsippet er basert på frivillighet. Myndighetene har ingen virkemidler for å pålegge tannlegevakt. I flere større byer og i en del fylkeskommuner er det organisert tannlegevakt som er administrert av den offentlige tannhelsetjenesten. Det har vist seg å være tilfredsstillende med

en tidsbegrenset åpningstid om dagen eller om kvelden.

Det foreligger ingen samlet oversikt over den behandling som blir utført. En rapport om tannlegevaktordningen i Oppland gir imidlertid en pekepinn om dette: Forholdet mellom prioritert klientell og betalende voksne er om lag 1:6. Halvparten av pasientene kommer fordi de har betennelser og smerter i tannnerven eller rundt tannrøttene (pulpitter eller apikale periodontitter).

Kapittel 6

Utdanning, spesialisering og kompetanseutvikling

I tannhelsetjenesten er det i hovedsak 4 yrkesgrupper: tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer og tannteknikere.

6.1 Utdanning av personell – ansvar

Universitets- og høyskoleloven og de årlige budsjettvedtak i Stortinget regulerer i hovedsak høyskolenes og universitetenes virksomhet.

6.1.1 Tannleger

Antall utdanningsplasser bestemmes av Utdannings- og forskningsdepartementet. Det gjelder antall studieplasser for både tannleger og leger og framgår av budsjettvedtak i Stortinget som danner grunnlag for tildeling av budsjettmidler til universitetene.

Innholdet i utdanningen må tilfredsstillende krav i EU-direktiv (såkalt sektordirektiv, for bl.a. leger, tannleger, jordmødre). Ut over dette er universitetene autonome når det gjelder innhold. Verken Utdannings og forskningsdepartementet eller Helse- og omsorgsdepartementet kan styre innholdet i utdanningen.

6.1.2 Tannlegespesialister

Det følger av forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell at Helse- og omsorgsdepartementet kan fastsette hvilke avgrensede deler av odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanning av tannleger og kan bestemme at søkere må gjennomgå prøve for å kunne godkjennes som spesialist.

Før departementet treffer vedtak om odontologiske spesialiteter, skal uttalelse fra Den norske tannlegeforening og de odontologiske fakultetene foreligge.

6.1.3 Tannpleiere

Tannpleiere utdannes ved tannpleierutdanningen ved henholdsvis Det odontologiske fakultet, Uni-

versitetet i Oslo og Bergen og ved Høgskolen i Tromsø.

Høgskolene (og ev. universitetene) står fritt til å opprette og nedlegge utdanninger av inntil tre års varighet innenfor budsjettet de tildeles.

Innholdet i utdanningene bestemmes av studieplaner som godkjennes av Høgskolestyret eller Universitetsstyret. Antall studieplasser er fastsatt i tildelingsbrevet fra Utdannings- og forskningsdepartementet etter budsjettbehandlingen.

6.1.4 Tannhelsesekretærer

Utdanningen er lagt til videregående skoler. Det er et fylkeskommunalt ansvar.

6.1.5 Tannteknikere

Utdanningen ligger på høyskolenivå. Høyskoletilbudet er 3-årig og knyttet til helsefaglig avdeling på Høgskolen i Oslo.

6.2 Yrkesgrupper – oppgaver

Vurdert ut fra de sentrale fagorganisasjoners profiler synes det å være aksept for følgende arbeidsdelinger på tvers av yrkesgrenser:

- Tannleger kan faglig dekke alle funksjoner
- Tannpleiere er "spesialister" på forebyggende og helsefremmende arbeid både i og utenfor klinikken. De kan også diagnostisere tannsykdom og avgjøre om henvisning videre til tannlege for behandling er nødvendig.
- Tannhelsesekretærer kan bl.a. stå for administrative støttefunksjoner, assistanse etter behov og flere andre oppgaver.

I rapporten "Tannhelsetjenesten i Norge", Helsedepartementet 5/2004 pekes det på ønsket om at oppgavene blir bedre fordelt mellom tannpleiere og tannleger. En forutsetning for optimal oppgavefordeling er at tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær jobber i team. Det er også formidlet at mange klinikker har funnet fram til en god oppgavefordeling og at dette skjer i økende grad.

Tabell 6.1 Oversikt over spesialister og tannleger med fagspesifikk videreutdanning

Fylke:	Oral kir. og oral med.	Kjeveort.	Periodonti	Pedodonti	Protetikk og bittfunksj.	Endodonti	Kjeve- og ansiktsrad.
Østfold	3	7	2	2	2	1	1
Akershus	2	14	4	3	6	8	
Oslo	14	33	21	7	17	20	3
Hedmark		6	1		2		
Oppland	2	6	2	1	1		
Buskerud	3	8	5	2	2	2	
Vestfold	1	7			1		
Telemark	1	7	1	1		1	
Aust-Agder	2	6	1				
Vest-Agder	2	8	2		2	1	
Rogaland	1	19	7		2	2	
Hordaland	11	23	16	5	7	7	2
Sogn og Fjordane	1	4	1				
Møre og Romsdal	3	8	3	1	2		
Sør-Trøndelag	1	5	2	2	2		
Nord-Trøndelag		7	1				
Nordland	1	10	1		1		
Troms	1	5	1		1	1	
Finmark	1	3					
	50	186	71	24	48	43	6

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet

6.3 Antall spesialister og personer med fagspesifikk videreutdanning

Det er fire spesialiteter i odontologi og tre fagspesifikke videreutdanninger.

Spesialitetene er:

- Oral kirurgi og oral medisin
- Kjeveortopedi ("tannregulering")
- Pedodonti ("barnetannpleie")
- Periodonti ("Tannkjøtt-, tannløsningssykdommer")

Fagspesifikke videreutdanninger (ikke spesialiteter):

- Protetikk og bittfysiologi
- Endodonti ("rotfylling")
- Kjeve- og ansiktsradiologi

Sosial- og helsedirektoratet gir anbefaling om hvilke spesialiteter en skal ha til enhver tid. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter spesialitetene. Den norske tannlegeforening er delegert godkjenningen av den enkelte spesialist.

Kjeveortopedi har det største antallet spesialister og har alene flere spesialister enn de tre andre spesialitetene til sammen.

Fordelingen av antall personer med spesialistkompetanse og andre med spesialutdanning fordeles seg ulikt mellom fylkene, se tabell 6.1.

6.4 Spesialisering

Det er viktig å finne den riktige balansen mellom faglig og akademisk spesialisering på den ene siden og klinisk spesialisering på den andre siden. Fagkompetanse på høyt vitenskapelig nivå er en viktig forutsetning både for generell faglig oppdatering, faglig rådgivning, spesialistutdanning og støtte til personer som vil oppnå særlige akademiske grader. I den grad en ikke finner grunnlag for klinisk spesialisering, kan det likevel være av betydning at utøvere i allmennpraksis har lett tilgang til å få råd i miljø med særlig kompetanse. Spesialisering må ikke føre til at allmennpraktiserendes kompetanse reduseres, men styrkes.

Utvalget har fått utarbeidet oversikter over hvor mange innbyggere det er bak hver person i vedkommende yrkesgruppe innen tannhelsetjenesten. Undersøkelsen omfatter foruten Norge også Sverige, Danmark, Finland, Nederland, Tyskland, Storbritannia, Frankrike og Sveits. Informa-

sjonen er fra Dental Liaison Committee in the EU: Manual of Dental Practice 2004.

Spesialister i Norge sammenlignet med andre land:

- Norge har middels antall godkjente spesialiteter.
- Antallet på spesialister er relativt høyt, likevel med klart mindre dekning i forhold til folketall enn i Sverige og Finland.
- Dekningen av kjeveortopedier er likevel bedre i Norge enn i Finland.
- Dekningen i oralkirurgi er i Norge relativt beskjeden.
- Norge og Sverige stiller i særklasse når det gjelder dekningsgrad i pedodonti og periodonti, likevel slik at Sverige ligger klart foran når det gjelder pedodonti.

Følgende spesialiteter forekommer i minst ett av de nevnte land:

- samfunnsodontologi (mest utpreget i Finland, men også i noen grad i Tyskland og Storbritannia)
- endodonti (Sverige og Storbritannia)
- allmennklinisk spesialisering (Finland)
- protetik (Storbritannia og Sveits), oralmedisin (Storbritannia) og oral radiologi (Storbritannia)
- i Norge er oralmedisin inkludert i oralkirurgien

For å få spredd spesialistene geografisk, slik at både befolkningen og allmenntannlegene kan få full nytte av dem, må spesialister knyttes til odontologiske kompetansesentra både under og etter endt utdanning.

6.5 Odontologiske kompetansesentra

6.5.1 TAKO-senteret

TAKO-senteret er et nasjonalt kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander med munnhuleproblemer. I tillegg til tannlegespesialister har senteret logoped og fysioterapeut. En tverrfaglig tilnærming er sentral.

Senteret får henvist pasienter fra hele landet for diagnostisk utredning og behandlingsplanlegging. Andre oppgaver er forskning, innsamling og formidling av kunnskap i form av studentundervisning, etterutdanning og kurs.

Fra 1.1.2004 er TAKO-senteret en avdeling i Lovisenberg Diakonale Sykehus.

6.5.2 Andre kompetansesentra

Utover TAKO-senteret og de odontologiske fakultetene er det foreløpig bare etablert ett odontologisk kompetansesenter. Stortinget ba i vedtak av 7. mai 1998 regjeringen om å vurdere eventuell opprettelse av slike kompetansesentra. "De bør vurderes i sammenheng med spesialistutdanning av tannleger og de odontologiske fakultetenes rolle i dette. Videre bør kompetansesentra vurderes i forhold til spesialistvirksomhet innen tannhelsetjenesten, fagutvikling og stabilitet i den offentlige tannhelsetjenesten."

Etter oppfordring fra departementet har de berørte fylkeskommunene utredet etablering av kompetansesentra slik:

- For Nord-Norge. Senter er etablert i Tromsø.
- For Trøndelags-fylkene og Møre og Romsdal.
- For Vestfold, Buskerud, Telemark og Agder-fylkene. Senter er under etablering i Arendal.

Kapittel 7

Relevant lovverk for tannhelsefeltet – og noen konsekvenser

7.1 Generelt om tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten inngår som en del av den øvrige helsetjenesten, men skiller seg likevel ut på flere områder. Den voksne befolkningen betaler stort sett selv sine utgifter til tannhelsetjenester, og tjenestene ytes i hovedsak av tannhelsepersonell i privat sektor. Dette i motsetning til helsetjenesten for øvrig hvor det er generelle stønadsordninger gjennom folketrygden, og hvor helsepersonellet i større grad er offentlig ansatt eller driver sin virksomhet etter avtale med det offentlige.

Folketrygden har imidlertid stønadsordninger for visse typer tannbehandling til enkelte grupper. Den offentlige tannhelsetjenesten har et oppsøkende og vederlagsfritt tilbud til barn og unge, og noen andre definerte grupper av befolkningen. Offentlig finansiering av tannbehandling er også aktuelt med hjemmel i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Nedenfor følger en kort beskrivelse av det mest sentrale regelverket som i dag hjemler rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Deretter beskrives forholdet mellom fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven og adgangen til stønad etter folketrygdloven og annen aktuell lovgivning. Avslutningsvis kommenteres de endringer som har skjedd i den øvrige helsesektoren og som har relevans for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

En mer inngående beskrivelse av regelverket på tannhelsefeltet finnes i vedlegg nr. 1.

7.2 Relevant lovverk

7.2.1 Lov om tannhelsetjenesten

Etter lov om tannhelsetjenesten skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Dette innebærer at fylkeskommunen har et ansvar for at det er tilfredsstillende tannlegedekning i hele fylket. Dette ansvaret kan oppfylles gjennom tjenester i den offentlige tannhelsetjenes-

ten eller tjenester fra den private tannhelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.

Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. I dette arbeidet er det lagt opp til at fylkeskommunen skal samarbeide med den øvrige helsetjenesten og den private tannhelsetjenesten. I hvilken grad de enkelte fylkene har utarbeidet egne planer for forebyggende og helsefremmende arbeid, har vært varierende. Dette kan ha sammenheng med at det fra sentralt hold ikke har vært lagt føringer for dette arbeidet. I 1987 utga imidlertid Helsedirektoratet en veileder i forebyggende tannhelsearbeid, og i 1999 kom Sosial- og helsedirektoratet med en revidert veileder i helsefremmende og forebyggende arbeid; "Tenner for livet". Det har i den senere tid vært nedlagt betydelig arbeid i implementeringen av innholdet i denne veilederen.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal, i tillegg til å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, gi et regelmessig og oppsøkende tilbud av tannhelsetjenester til bestemte grupper. De prioriterte gruppene er:

- a) barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- b) psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- c) eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- d) ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- e) andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere

Dersom ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene, legger loven opp til at prioriteringen skal følges, og at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. I departementets rundskriv I-16/2000 er det imidlertid presisert at denne bestemmelsen må tolkes i lys av forholdene i fylkeskommunene da loven trådte i kraft. Formuleringen om at tilbudet kunne avpasses i forhold til tilgjengelige ressurser var en nødvendig forutsetning for iverksettelse av loven i en

overgangsperiode inntil alle fylkeskommunene hadde fått et tilstrekkelig tilbud. Departementet fant av denne grunn ut at bestemmelsen må forstås som en hjemmel til å gi et ufullstendig tilbud inntil det ble mulig å gjennomføre tjenesten i henhold til lovens angivelse av prioriterte grupper. Det er med andre ord ikke en hjemmel som i dag gir adgang til å innskrenke tilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten under henvisning til manglende ressurser.

I § 2-2 i lov om tannhelsetjenesten og gjennom forskrift av 24. mai 1984 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten er det bestemt at gruppe a, b og c har krav på vederlagsfri behandling, mens gruppe d kan pålegges å betale inntil 25 prosent av departementets takster. For gruppe e er det opp til den enkelte fylkeskommune å bestemme vederlaget på bakgrunn av departementets eller fylkeskommunenes egne takster.

Loven angir konkret hvilke grupper som har rett til nødvendig tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, men flere av gruppene har ingen klar avgrensning. Dette gjelder bl.a. gruppe b og c. Hvem som skal defineres som psykisk utviklingshemmet, er ikke uproblematisk, og definisjonene viser store sprik. Hva som skal regnes som institusjon, er definert i merknadene til vederlagsforskriften til tannhelsetjenesteloven og bør ikke skape problemer, men begrepet "hjemmesykepleie" har ingen klar definisjon. Det avgjørende for den offentlige tannhelsetjenesten må her være om det foreligger et vedtak fra kommunen om innvilget hjemmesykepleie. Det er imidlertid forskjellig fra kommune til kommune hvilke tjenester de tilbyr som "hjemmesykepleie". Det avgjørende for rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten er hva den enkelte kommune definerer under kategorien "hjemmesykepleie".

Den enkelte fylkeskommune bestemmer om og eventuelt hvem man ønsker å prioritere utover gruppe a–d. Det er også opp til den enkelte fylkeskommune om tilbudet skal gis med eller uten egenandeler. Per i dag har ikke alle fylkene et slikt tilbud. Eksempler på grupper som er gitt tilbud, er bl.a. hjemmeboende personer med pleiebehov tilsvarende de som er i hjemmesykepleien, psykiatriske pasienter under behandling utenfor institusjon, personer som mottar 100 prosent uførepensjon på grunn av psykisk lidelse og personer som mottar uførepensjon og som pleies av pårørende.

7.2.2 Lov om folketrygd

Trygdens stønad til tannbehandling er, i motsetning til trygdens dekning til andre typer helsetje-

nester, avgrenset til visse behandlingstyper, visse tilstander og visse behandlingsgrupper. Trygdens intensjon er å gi stønad til tannbehandling for definerte tann-, munn- og kjevesykdommer, og når en bestemt lidelse eller behandling av denne lidelsen har ført til redusert tannhelse.

Trygdens ordning for tannbehandling kjenne-tegnes ved klart definerte tiltak, og utforming av forskrifter og takster. Trygdens ytelser gis i form av pengeytelser. Stønaden gis som ubetinget eller betinget pliktmessig ytelse, og som bidrag. Ubetinget pliktmessig ytelse innebærer at det kan foretas utbetaling av stønad uten at trygdekontorets forhåndsgodkjenning foreligger. Ved betinget pliktmessig ytelse og ved bidrag må trygdekontorets godkjenning foreligge før behandling iverksettes. Dette betyr at stønad til tannbehandling etter folke-trygdens bestemmelser i de aller fleste tilfellene utløser full individuell saksbehandling.

7.2.3 Lov om sosiale tjenester

Økonomisk stønad etter lov om sosiale tjenester kan innvilges til dem som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, eller til dem som trenger det for å kunne overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon.

Ved stønad til livsopphold har sosialtjenesten normalt en plikt til å inkludere utgifter til nødvendig kurativ behandling ved vurderingen av stønadsbehovet. Dette følger av departementets rundskriv I-34/2001. Dersom utgiften ikke anses å være nødvendig for søkerens livsopphold, må sosialtjenesten vurdere om det skal ytes stønad til tannhelsetjenester etter reglene om "stønad for å kunne overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon".

7.2.4 Lov om helsetjenesten i kommunene

Kommunen skal sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Dette innebærer bl.a. at kommunen skal sørge for hjemmesykepleie og sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Departementet har utgitt forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Denne forskriften kommer til anvendelse ved kommunenes gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester. Etter forskriften er kommunen pålagt å utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a. nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. Dette innbæ-

rer at personalet som til daglig gir pleie og omsorg til brukeren, skal sørge for at det daglige munnrenholdet gjennomføres. De skal også sørge for at brukeren får nødvendig behandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

For opphold i sykehjem eller boform for hel-døgns omsorg og pleie kan kommunen kreve vederlag. Kommunens rett til å kreve vederlag, samt hvilke tjenester som omfattes av vederlaget, er fastsatt i forskrift. Nødvendig tannbehandling kommer inn under de tjenestene vederlaget er ment å dekke. Dette innebærer at kommunen er økonomisk ansvarlig for beboernes utgifter til tannhelsetjenester i den grad det betales vederlag for oppholdet. I praksis kan beboeren få utført nødvendige tannhelsetjenester i privat sektor og kreve at kommunen dekker utgiften.

7.3 Forholdet mellom fylkeskommunens ansvar etter lov om tannhelsetjenesten og annen lovgivning

7.3.1 Forholdet til folketrygdens bestemmelser

I den utstrekning det offentlige yter stønad til tannbehandling etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad til tannbehandling etter folketrygdloven. Dette innebærer at folketrygdens ytelser til tannbehandling er begrenset til å gjelde der den offentlige tannhelsetjenesten ikke har et ansvar for å gi et tilbud. Ved de pliktmessige ytelser kan imidlertid trygden dekke differansen dersom trygdens dekning av behandlingsutgiftene ville oversteg det som dekkes av fylkeskommunen.

Som nevnt ovenfor, skal 19- og 20-åringer ikke betale mer enn 25 prosent av departementets takster ved behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Imidlertid er det i vederlagsforskriften fastsatt at det kan kreves vederlag for tjenester som trygdekontoret gir refusjon for. Dette kan medføre at behandling blir unødvendig forskjøvet fordi fylkeskommunen utsetter behandling til ungdommene blir 21 år og trygden overtar det økonomiske ansvaret.

Fylkeskommunen kan prioritere å inkludere andre grupper i den offentlige tannhelsetjenesten enn de definerte gruppene. Her har det vist seg å oppstå problemer i forhold til trygdens regler om bidrag. I de fleste fylkene med et slikt tilbud er det bestemt at pasientene selv må dekke de tanntekniske utgiftene ved behandlingen. Selv om de skulle fylle vilkårene for bidrag etter trygdens regler, vil de ikke ha rett til dette fordi de har et til-

bud i den offentlige tannhelsetjenesten, og da avskjæres de fra trygddekning. Dette kan i praksis bety at enkelte kan få større utgifter til tannbehandling ved å bli inkludert i den offentlige tannhelsetjenesten, enn om de stod utenfor. Dette fordi trygden ikke har samme begrensning i dekningen av de tanntekniske utgiftene.

Dersom fylkeskommunen ikke klarer å oppfylle sine forpliktelser etter loven, på grunn av f.eks. dårlig økonomi eller manglende personell, vil dette kunne medføre at prioriterte grupper ikke får den behandling de har krav på etter lov om tannhelsetjenesten. Et annet eksempel er 19-20-åringer som må betale 25 prosent av kostnadene uansett behandling. I den grad disse personene skulle fylle vilkårene for stønad etter trygdens bestemmelser, er de avskåret fra dette på grunn av deres lovbestemte rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

7.3.2 Forholdet til lov om sosiale tjenester

Økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven er en subsidiær ytelse. Den skal være et sikkerhetsnett som fanger opp tilfeller der andre muligheter er forsøkt, med andre ord der en selv ikke har betalingsevne, og der en ikke er omfattet av de prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten og ikke fyller vilkårene for stønad etter folketrygdlovens bestemmelser.

Opphold i institusjon gir i dag rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. I den grad enkeltpersoner går inn og ut av institusjon, vil de "gå inn og ut" av den offentlige tannhelsetjenesten, og ved opphold under sammenhengende tre måneder vil de ikke ha rettigheter der i det hele tatt. I denne gruppen vil det kunne være et større antall som ikke selv har økonomisk evne til å betale for nødvendige tannhelsetjenester. Her vil sosialtjenesten kunne komme inn med økonomisk hjelp når en ikke er omfattet av tilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten.

7.3.3 Forholdet til lov om helsetjenesten i kommunen

Den offentlige tannhelsetjenesten er avhengig av samarbeid med kommunehelsetjenesten for å kunne oppfylle sine forpliktelser overfor de prioriterte gruppene. Dette gjelder spesielt gruppe c.

Det har ved flere anledninger vært påpekt at den offentlige tannhelsetjenesten ikke får tilgang til lister fra kommunen over hvilke pasienter som har krav på vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, og at dette hindrer

et oppsøkende tilbud. Dette kan skyldes uklarer rundt bestemmelsene om taushetsplikt.

Som nevnt ovenfor, har pasienter i institusjon, opprettet med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven, rett til vederlagsfri tannbehandling både etter lov om tannhelsetjenesten og etter vederlagsforskriften til kommunehelsetjenesteloven. I realiteten innebærer dette at denne gruppen kommer i en særstilling i forhold til de andre prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten ved at de har anledning til å få dekket tannbehandling i den private tannhelsetjenesten. Det innebærer samtidig at denne gruppen betaler vederlag til kommunen for nødvendige tannhelsetjenester samtidig som de har rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

7.4 Endringer i organiseringen i øvrig helsesektor og endringer i enkelte lovverk som har betydning for offentlig finansierte tannhelsetjenester

Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, gruppe c. Denne gruppen er i dag betraktelig redusert i antall på grunn av endringer i organiseringen i den øvrige helsesektoren. Endringer i enkelte lovverk har også medvirket til at noen grupper i dag har fått redusert sine tidligere rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

7.4.1 Strukturendringer i pleie- og omsorgssektoren

I de senere år har det vært omfattende endringer i strukturen i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Tidligere ble pleie av eldre og syke i all hovedsak utført i institusjon, men i dag foregår denne pleien i større grad som kommunale hjelpetjenester i hjemmet. I den grad de kommunale hjelpetjenestene ikke gis som hjemmesykepleie, har endringen medført at det i dag er mange som ikke har rett til offentlig finansierte tannbehandlingstjenester. Dette er bekymringsfullt i forhold til den oppsøkende funksjon som den offentlige tannhelsetjenesten har, i og med at noen i denne gruppen har problemer med å ivareta sin egen tannhelse.

Som en konsekvens av samfunnsendringen har noen fylkeskommuner vedtatt å gi tilbud til andre grupper enn de lovpålagte prioriterte gruppene. Dette er gjerne grupper som tidligere var omfattet

av den offentlige tannhelsetjenesten, men som på grunn av endringene i pleie- og omsorgstjenesten nå faller utenfor. Som vi har nevnt ovenfor, kan dette være problematisk.

7.4.2 Opptappingsplanen for psykisk helse

I 1999 vedtok Stortinget en opptappingsplan for psykisk helse, noe som medførte en reorganisering av tjenester overfor innbyggere med psykiske lidelser, bl.a. med flere polikliniske enheter og færre institusjonsplasser. Fra 1. januar 2001 trådte lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i kraft, og det ble ved utarbeidelse av loven lagt vekt på at behandling i større grad enn tidligere skal skje utenfor institusjon.

Rett til tannbehandling er for denne gruppen knyttet opp mot institusjonsopphold eller ukentlig hjemmesykepleie i mer enn tre måneder. Psykiatriske sykehus, psykiatriske sykehjem og distriktspsykiatriske sentre faller innenfor her. Imidlertid er lengden på institusjonsoppholdene i dag ofte korte med hyppige re-innleggelses, noe som innebærer at innleggelse i institusjon ofte ikke er lang nok til å opparbeide rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

Den nye organiseringen i arbeidet innen psykisk helsevern har vist seg å medføre at mange pasienter med psykiske lidelser, som før hadde rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, nå faller utenfor loven. Det kan stilles spørsmål om dette er forenelig med det fokus som i dag er rettet mot psykisk helsevern.

7.4.3 Rusreformen

Det er kommunen som har hovedansvaret for å forebygge og avhjelpe rusproblemer i befolkningen. Fra 1. januar 2004 er ansvaret for institusjonstjenester til rusmiddelmissbrukere lagt til de regionale helseforetakene. Dette medfører at slike tjenester nå er definert som spesialisthelsetjenester. Bakgrunnen for denne reformen var et ønske om å styrke gruppens rett til helsetjenester.

Rusmiddelmissbrukere har pr. i dag ingen rett til tannhelsetjenester som gruppe, verken etter trygdens regler eller i den offentlige tannhelsetjenesten med mindre de er innlagt i institusjon. I den grad de har behov for offentlig finansierte tannbehandling, er de henvist til å søke økonomisk stønad fra sosialtjenesten. Et sentralt spørsmål er om styrkingen av denne gruppens rettigheter innenfor den øvrige helsesektoren, bør legge føringer for en eventuell styrking av retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester.

7.4.4 Individuell plan

Fra 1. juli 2001 ble det lovbestemt at alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten til individuell plan gjaldt i første omgang innenfor helsetjenesten, men fra 1. januar 2004 ble retten utvidet til også å gjelde innenfor sosialtjenesten. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern og sosialtjenesteloven. Departementet har i forskrift gitt utfyllende regler om individuell plan.

Målsettingen med individuelle planer er at alle personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester, skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette forutsetter et samarbeid på tvers av faglige og administrative skillelinjer. En annen målsetting med individuell plan er å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetakene har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. For pasienter under psykisk helsevern har institusjonen ansvar for å utarbeide individuell plan.

Både i NOU 2004:18 "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene" og i NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste" er det lagt betydelig vekt på den funksjon individuell plan kan og bør ha innenfor helse- og sosialtjenesten. På bakgrunn av dette kan en se for seg at individuell plan kan få en mer sentral plass enn den faktisk har i dag.

7.5 Andre endringer av betydning

Utviklingen har gått i retning av større valgfrihet for befolkningen i forhold til offentlige tjenester, også innen helsetjenesten. I denne sammenheng er det relevant å peke på den lovbestemte retten til fritt valg av fastlege og fritt sykehusvalg.

Innen tannhelsetjenesten er det også stor grad av valgfrihet. For den voksne del av befolkningen, som selv betaler sine utgifter til tannbehandling eller som mottar stønad fra folketrygden, er det fritt tannlegevalg. Når det gjelder de prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten, er det ikke samme valgfrihet. Rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten er knyttet til at en benytter det tannhelsepersonellet som er ansatt der eller

personell som fylkeskommunen har inngått avtale med.

7.5.1 Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført fra 1. juni 2001. Departementet har med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunen gitt forskrift om fastlegeordningen i kommunene.

Fastlegeordningen omfatter flere elementer:

- Et listesystem, forvaltet av trygdeetaten, som løpende registrerer alle innbyggere på lister til leger som har fastlegeavtale med kommune. Fastlegen har ansvaret for allmennlegetjenester til innbyggere som står på listen.
- En individuell fastlegeavtale mellom kommunen og den enkelte lege. Fastlegeavtalen inngås innenfor rammen av lov, fastlegeforskriften og det sentrale avtaleverk. De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av egne forpliktelser, legenes ansvar for innbyggerne på sine lister og eventuelle andre kommunale legeoppgaver. I henhold til fastlegeforskriften kan kommunen stille en rekke vilkår for inngåelse av fastlegeavtale, blant annet legevaktjeneste og allmennmedisinske oppgaver inntil et visst antall timer.
- Et inntektssystem der legenes inntekter har tre kilder: ca. en tredjedel fra basistilskuddet fra kommunen (per capita-tilskuddet som kommunen betaler per innbygger på listen utgjør 311 kroner pr. juni 2005), ca. en tredjedel fra trygdens ytelser og ca. en tredjedel fra pasientenes egenandeler.

Den offentlige tannhelsetjenesten er ikke ukjent med listepasientprinsippet. Hver innbygger i de prioriterte gruppene står på liste hos fylkeskommunale klinikker i definerte distrikter, og er ofte ført opp på en navngitt tannlege eller tannpleier. Listeansvaret innebærer at tannhelsetjenesten har populasjonsansvar for dem som står på listen. I tannhelsetjenesten omfatter dette også ansvar for oppsøkende virksomhet, samt helsefremmende og forebyggende arbeid. I prinsippet har det vært en valgmulighet for pasientene, men den er ikke hjemlet som en rettighet i lov, slik som retten til å velge fastlege.

For å vurdere om listesystemet i allmennlegetjenesten har relevans for tannhelsetjenesten, mener utvalget det er viktig å forholde seg til bakgrunnen og målsettingen for innføringen av ordningen for allmennleger. I tillegg må listepasientordningen vurderes i sammenheng med de andre

virkemidlene i allmennlegetjenesten, og fastlegens rolle i den samlede helsetjenesten.

Bakgrunn

Innføringen av et listesystem i allmennlegetjenesten (fastlegeordningen) var et resultat av en langvarig prosess over ca. 20 år i Norge. Ideen og ønsket om å vurdere et listesystem startet i det allmennmedisinske fagmiljøet på begynnelsen av 80-tallet, basert på erfaringer med et tilsvarende system i henholdsvis Danmark, Nederland og England. Sett fra legens side tok formålet med listesystemet utgangspunkt i at ordningen skulle bidra til å muliggjøre hovedformålene i det som etter hvert var blitt definisjonen på kjerneoppgaver innenfor allmennmedisin, med sentrale elementer som kontinuitet og forpliktelse overfor en innbyggerpopulasjon og/eller pasientgruppe.

Listesystemet ble første gang tatt opp politisk i St.meld. nr. 36 (1989–90). I Stortingets behandling påpekte flertallet i sosialkomiteen hvor viktig det er at den enkelte har en fast lege å forholde seg til, og understreket særlig såkalte svake gruppers behov for en fast lege. Våren 1991 ble det vedtatt en forsøkslov, og forsøk med fastlege ble gjennomført i fire kommuner fra mai 1993 til mai 1996 (Tromsø, Trondheim, Lillehammer, Åsnes).

Det kommunale legemarked fra 1984

Da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, fikk kommunene ansvaret for allmennlegetjenesten. Allmennlegenes tilknytningsforhold til kommunen kunne enten skje i form av et ansettelsesforhold, eller som privatpraktiserende lege med driftsavtale. Driftsavtalen forpliktet legen til en definert åpningstid for praksisen (som regel kl 08.00 – 16.00), men det var opp til legen selv hvor mange pasienter som fikk behandling. Legens forpliktelse ble kompensert av kommunen gjennom et driftstilskudd som var inndelt i tre nivåer, avhengig av blant annet antall medhjelpere i praksisen. Driftstilskuddet utgjorde et fast beløp, uavhengig av antall pasienter. I tillegg måtte leger med driftsavtale forplikte seg til å utføre offentlige legeoppgaver inntil åtte timer per uke.

I løpet av 1980- og 1990-årene omgjorde mange kommuner legestillinger med ansettelsesforhold til driftsavtalehjemler, etter eget initiativ eller på initiativ fra legene selv. Ved innføringen av fastlegeordningen i 2001 var ca. 30 prosent av allmennlegene i ansettelsesforhold, og ca. 70 prosent privatpraktiserende med driftsavtale. Etter innføringen av fastlegeordningen er fordelingen henholdsvis 10 og 90 prosent.

Utviklingen på 1990-tallet

I 1984 ble allmennlegemarkedet i prinsippet regulert slik at kun leger med driftsavtale fikk driftstilskudd fra kommunen som utgjorde drøyt en tredjedel av omsetningen.

Mot slutten av 1980-tallet og på 1990-tallet etablerte stadig flere leger seg i folkerike kommuner uten driftsavtale. Årsaken var blant annet at kommunene ikke opprettet tilstrekkelige driftsavtaler i tråd med økning i folketallet, selv om økonomien i driftstilskuddet lå som en forutsetning i rammeoverføringene fra staten. Disse legene kunne praktisere med trygderefusjon. På grunn av omfanget etableringen fikk, ble muligheten til å praktisere med trygderefusjon uten driftsavtale blokkert fra oktober 1992. Det var imidlertid både befolkningsgrunnlag og betalingsvilje i mange store byer til å drive privat legevirkosomhet med delvis, eller uten offentlig finansiering etter 1992. Det resulterte i at innbyggerne i folkerike byer fikk tre nivåer for egenandeler på legehjelp, avhengig av om legen hadde

- driftsavtale (og dermed trygderefusjon) med egenandelen fastsatt av Stortinget
- ikke driftsavtale, men rett til å praktisere med trygderefusjon dersom legen drev tilsvarende praksis før oktober 1992. Egenbetaling fastsatt av legen
- ikke driftsavtale, og heller ikke rett til å praktisere med trygderefusjon. 100 prosent egenbetaling, fastsatt av legen.

Parallelt med denne utviklingen i folkerike, sentrale byer, skjedde det en utarming i legemarkedet i distriktene. Forklaringene er flere. Det totale markedet for leger kom i ubalanse som følge av lav utdanningskapasitet. Allmennlegemarkedet utgjør bare 25–30 prosent av det samlede legemarkedet. På 90-tallet ble det opprettet flere legestillinger i sykehussektoren per år enn antall nyutdannede, medisinske kandidater. De aller fleste nyutdannede leger søkte jobb i sykehus. Både nasjonalt og internasjonalt var også allmennlegetjenesten i en krisesituasjon som følge av generelle sentraliserings- og urbaniseringstrekk i samfunnet. Situasjonen var kort sagt slik:

- distriktene hadde nok legehjemler (ca. 700–900 innbyggere per legehjemmel)
- byer og folkerike kommuner hadde ikke nok hjemler med 1400–1800 innbyggere per legehjemmel, og et økende antall leger som etablerte seg uten driftsavtale

- i mange distrikter var legedekningen preget av vikarstafetter av sykehusleger fra Norge, Sverige eller Danmark som jobbet i kortere perioder
- i byene var legetjenesten preget av at legene ikke hadde oversikt over hvem som var "deres" pasienter. Det var vanskelig for pasienter å få time (uten å ringe rundt til legekontorer, eller bli henvist til legevakt på kveldstid), stor grad av doktorshopping, og dårlig samspill mellom legevaktlege og allmennlegene. Ved utskrivning fra sykehus visste ofte ikke sykehuset hvilken allmennlege pasientens epikrise skulle sendes til.

Behovet for et listesystem i allmennlegetjenesten ble begrunnet slik:

- sikre innbyggerne en fast lege å forholde seg til
- allmennlegens portvaktrolle, dvs. at det gis ikke trygderefusjon for behandling hos kiropraktor, fysioterapeut, psykolog eller legespesialist, med mindre pasienten er henvist fra lege (som regel allmennlege)
- for pasienter som ikke hadde fast lege var det problematisk for den øvrige kommunehelsetjenesten eller for sykehusene å finne frem til ansvarlig lege for medisinsk oppfølging på allmennlegenivå etter for eksempel sykehusopphold, sykehjemsopphold, eller for pasient i hjemmesykepleien.

Listesystemet innebærer en plassering av, og en adresse for ansvar. Det er av stor betydning for den enkelte innbygger/pasient, og ikke minst for øvrig helsetjeneste i situasjoner hvor samarbeid med allmennlege er avgjørende for oppfølging og medisinsk behandling.

Spørsmålet om et eventuelt listesystem i tannhelsetjenesten

Det som kan utledes av redegjørelsen over, er at innføringen av et listesystem i tannhelsetjenesten vil få helt andre begrunnelser enn innføringen av et listesystem i allmennlegetjenesten. Det praktiseres lite "tannlegeshopping", og det er ingen underdekning av tannlegerressurser i byene. Tannlegene er heller ikke "portvakter" mot andre deler av helsetjenesten. Og de fleste privatpraktiserende tannlegene har sin avgrensede liste i form av et recallsystem. I tillegg vil tannlegemarkedet fortsatt være i ubalanse en tid framover.

Det må tas stilling til følgende utfordringer i forbindelse med vurdering av et eventuelt listesystem for tannleger:

1. Skal listesystemet omfatte hele befolkningen, eller kun innbyggere over 20 år (eller det aktuelle alderstrinnet for vederlagsfri tannbehandling)?
2. Hvordan skal gruppe- og/eller befolkningsrettede, forebyggende oppgaver ivaretas, særlig overfor pasienter i den kommunale pleie- og omsorgssektoren, rusomsorgen eller i psykisk helsevern?
3. Skal behovet for tannlegehjelp i sin helhet være basert på listesystem, eller også på at enkelte oppgaver utføres som såkalte offentlige tannlegeoppgaver på fast lønn?
4. Skal tannleger som driver allmenntannlegedvirksomhet – uansett omfang – ha rett til driftsavtale i den kommunen eller fylket de driver ved innføringen av et listesystem (slik som for legene)?
5. Hvordan skal tannpleiernes virksomhet tilpasses et slikt system?
6. Hvordan finansieres systemet?

Hvis finansieringen av et eventuelt listesystem skal ha driftstilskudd fra ansvarlig forvaltningsnivå som grunnfinansiering, vil det antagelig være naturlig med et per capita-beløp, og ikke et fast beløp, uavhengig av antall innbyggere på listen.

Et per capita-beløp vil utgjøre en del av tannlegens omsetning, dvs. inntekter. Det betyr at honorarene tannlegene tar for undersøkelse og behandling må reduseres tilsvarende. For å sikre at det faktisk skjer, må honorartakstene underlegges offentlig regulering, med maksimaltakster. Dette er med andre ord en inntektsregulering for dem som praktiserer med driftstilskudd, uavhengig av om behandlingen skal dekkes med eller uten trygderefusjon.

Et sentralt spørsmål blir hvor stort et per capita-tilskudd må være for at de fleste tannleger i for eksempel Oslo-området vil slutte seg til et offentlig organisert og regulert listesystem. Hvis beløpet eksempelvis er 300 kroner per innbygger på listen, og Oslo-tannlegene i gjennomsnitt har 800 innbyggere på sin liste, innebærer det 240 000 kroner i driftstilskudd.

Spørsmålet er om dette er tilstrekkelig for at tannlegene vil gi avkall på fri etableringsrett og fri prissetting for å sikre grunnfinansieringen. Tannleger som eventuelt sier nei til å slutte seg til, vil i så fall måtte sørge for sine inntekter med 100 prosent finansiering av pasientene. Det forutsetter igjen at pasientene er lojale mot sin tannlege, og ikke velger å gå til andre som inngår driftsavtale.

Hvis pasientene i gjennomsnitt skal betale ca. en tredjedel av kostnadene av tannbehandling (slik som i allmennlegetjenesten), vil det innebære en merkostnad for det offentlige på anslagsvis fire til fem milliarder kroner per år. Beløpets størrelse vil avhenge av om innbyggere i alderen 0–20 år skal ha vederlagsfri behandling eller ikke.

Spørsmålet er også om innbyggere i alderen 0–20 år skal inngå i listesystemet, og hvis ja, hvorvidt godtgjøring for undersøkelse og behandling skal være basert på per capita og stykkpris i kombinasjon, eller kun på per capita. Dette må vurderes i perspektiv av hva som er mest tannhelseeffektivt for å unngå sykdom som resulterer i reparasjon.

Det må også vurderes hva et listesystem kan bidra med når det gjelder geografisk fordeling av tannleger, gitt at tannlegemarkedet – i motsetning til legemarkedet – ikke vil være i vekst. Innbyggertallet vil øke i byområdene.

7.5.2 Fritt sykehusvalg

Retten til fritt sykehusvalg er hjemlet i lov om pasientrettigheter § 2-4. Retten innebærer at en pasient som blir henvist til vurdering og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten, har rett til å velge sykehus eller behandlingssted. Retten til fritt sykehusvalg gjelder all planlagt utredning og/eller behandling innenfor somatikken og psykiatrien. En kan imidlertid ikke velge behandlingsnivå, dvs. at en ikke kan velge en mer spesialisert behandling enn det man er henvist for.

I Ot. prp. nr. 12 (1998–99) Lov om pasientrettigheter ble det ved vurderingen av innføring av fritt sykehusvalg uttalt: ”Det er et mål å sikre økt medbestemmelse for pasientene, bedre brukerservice, samt å forene likhetsverdiene med økt valgfrihet,

samtidig som styringen av de samlede helsebudsjetter og hensynet til geografisk fordeling av helsetjenesten beholdes.”

Bakgrunnen for forslaget var i første rekke på grunn av at fylkeskommunenes grenseinndeling viste seg å representere uheldige konsekvenser for pasienten. Erfaringen hadde vist at bostedet kunne være avgjørende for hva slags behandling man ble tilbudt. Det forelå forskjellige ventetider for samme lidelse avhengig av hvor i landet man bodde. Ved siden av uheldige konsekvenser for pasienten ble det ansett at en streng fylkesvis oppdeling av helsetilbudet ikke er optimalt og hensiktsmessig i et samfunnsperspektiv. Retten til fritt sykehusvalg ble vurdert som en sentral pasientrettighet som vil få betydning for tilgjengeligheten av helsetjenester for pasienten.

7.5.3 Forholdene i Sverige og Danmark når det gjelder fritt tannlegevalg

I Sverige har landstingene ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Barn og unge i alderen 0–19 år har rett til vederlagsfri tannbehandling.

I 1998 besluttet Landstingsforbundet at det ville anbefale alle landstingene å innføre fritt tannlegevalg for barne- og ungdomsgruppen. Det er med andre ord ikke en lovbestemt rettighet, men opp til det enkelte landsting om de vil innføre en slik ordning. De fleste landsting har i dag innført fritt tannlegevalg for denne gruppen.

I Danmark har kommunene bl.a. ansvaret for gruppen 0–18 år. Tjenesten er vederlagsfri. Fra 1. januar 2004 innførte danskene ved lov fritt tannlegevalg for denne gruppen. Dersom pasienten velger privat tannlege, må det betales en egenandel på ca. 35 prosent.

Kapittel 8

Utgifter til tannhelsetjenester

8.1 Innledning

Det offentlige engasjementet for tannhelsetjenester definerer i lov om tannhelsetjenesten grupper av befolkningen som skal være et særlig offentlig ansvar og gis vederlagsfrie eller subsidierte tannhelsetjenester. Folketrygdens formål er bl.a. å kompensere for særlige utgifter ved sykdom og skade som ikke dekkes av annen lovgivning. Slik sikres spesielle grupper ytelser til tannbehandling gjennom folketrygden. Til sist er det et "sikkerhetsnett" gjennom sosialstønad til tannbehandling. Ellers gjelder prinsippet om privat finansiering (pasientenes egenbetaling) av tannhelsetjenester.

Utgifter til tannhelsetjenester finansieres i hovedsak på følgende måter:

Offentlig finansiering

- Fylkeskommunenes utgifter til den offentlige tannhelsetjenesten
- Trygderefusjoner (folketrygden)
- Sosialstønad til tannbehandling

Privat finansiering

- Pasientenes egenbetaling (av tjenester som det offentlige subsidierer)
- "vanlige voksnes" normale tjenesteforbruk (uten noen offentlig subsidiering)

8.2 Totale utgifter til tannhelsetjenester

Fylkeskommunenes netto utgifter var 1,34 milliarder kroner i 2003 (KOSTRA-tall)¹. Pasientinntekter kan anslås til 350 mill. kroner ut fra tidligere år.

Det finnes ikke eksakte tall for brukernes egenbetaling til tannbehandling. Det må baseres på anslag, men det gir en indikasjon.

I 1990 ble det private forbruket til tannhelsetjenester anslått till 2,7 milliarder kroner. Det tilsvarer 3,6 milliarder 2003-kroner. Fra 1995 til 2004 er

Tabell 8.1 Utgifter til tannhelsetjenester anslås til å være slik i 2003

1. Offentlig finansiering	
Fylkeskommunene (netto)	1,34 mrd. kroner
Folketrygden	0,5 mrd. kroner
Kommunene (sosialhjelp)	0,1 mrd. kroner
Totalt offentlig	ca. 2 milliarder kroner
2. Privat finansiering	
Pasientenes egenbetaling	5,8 mrd. kroner
Totalt offentlig og privat	7,8 mrd. kroner

honorarene i privat praksis steget 69 prosent (se 5.3). Et lavt anslag kan være å anta at økningen fra 1990 til 2003 har vært den samme. Ut fra en slik betraktning blir brukernes egenbetaling 6,1 milliarder kroner. I tillegg kommer brukernes egenbetaling der behandling skjer i offentlig tannhelsetjeneste. Samtidig må trygdeutbetalinger/sosialstønad trekkes fra.

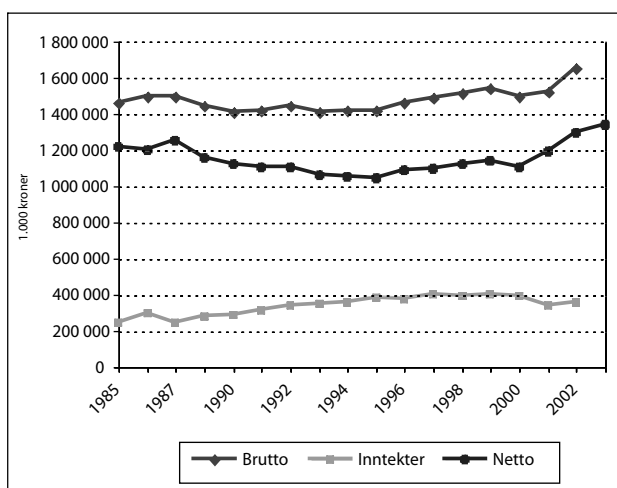
En annen betraktning er at gruppen voksne over 20 år utgjør 3,2 mill. personer. Anta at 80 prosent har vært hos tannlege og brukt i gjennomsnitt 2300 kroner. Det gir et tilnærmet samme resultat som over.

Utgifter til tannhelsetjenester fremkommer i tabell 8.1. Tabellen viser at den privatfinansierte andelen er ca. 75 prosent av utgiftene, og den har vært økende. Det er ikke store endringer i utgifter til offentlige tannhelsetjenester (8.1). Derimot har det vært betydelig økning av folketrygdens utgifter til tannbehandling (8.2).

8.3 Fylkeskommunenes utgifter

Overføringen til fylkeskommunene er en del av rammetilskuddet fra staten. Figur 8.1 viser utviklingen i fylkeskommunenes utgifter. Fra en netto reduksjon på 1990-tallet har det vært en økning de siste årene (KOSTRA-tall). I 2003 var netto utgifter 1,34 milliarder kroner.

¹ For 2003 mangler brutto utgifter for to fylkeskommuner.



Figur 8.1

8.4 Privat finansiering

Egenbetalingen er anslått til knapt seks milliarder kroner. Det er en betydelig økning fra 1990 da anslaget var 2,7 milliarder kroner (= 3,6 milliarder 2003-kroner).

Betraktningene nedenfor er fra Grytten, Skaug og Holst, "Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling i 1995 - 2004". Fra 1995 til 2004 steg utgiftene til tannbehandling fra 1275 kroner til 2253 kroner, en utgiftsøkning på 76,7 prosent. I samme tidsrom steg honorarene i privat praksis med 69 prosent. Den årlige veksten har vært jevn i hele perioden fra 1995 til 2004. Undersøkelsen viser at økningen i utgiftene nesten helt skyldes økning i priser. Dette betyr at det gjennomsnittlige konsumet av tannhelsetjenester per innbygger har vært nesten konstant fra 1995 til 2004. Økningen i pasientenes egenbetaling er i hovedsak økning i privatpraktiserende tannlegers honorarer.

Det finnes ingen data som kan si noe entydig om hva som kan forklare prisveksten. To sannsynlige forklaringer er at honorarene har økt som følge av økte investeringer i praksis, og som en følge av endret behandlingsprofil. Det kan heller ikke utelukkes at priskonkurransen svikter. Det er også slik at når en klient først har utviklet et forhold til en bestemt tannlege, skal det mye til for å skifte tannlege. Tilknytningen er derfor relativt lite prissensitiv når kontakten først er opprettet.

Tabell 8.2 viser den enkelte innbyggers utgifter til tannbehandling i 2004. 65 prosent hadde utgifter mindre enn 1500 kroner. Det er mindre enn egenandelstak 1 (tak 1 i 2004 = 1550 kroner) for helsetjenester. Utgiftene varierte med husholdningsinntekt, men det var ingen statistisk signifi-

Tabell 8.2 Utgifter til tannbehandling 2004

Utgifter 2004	Andel av befolkningen
Mindre enn kr 1000	50 %
Mellom kr 1000 og 1500	15 %
Mellom kr 1500 og 5000	22 %
Mellom kr 5000 og 10 000	10 %
Over kr 10 000	ca. 3 %

Gjennomsnitt: 2253 kr

kans mellom husholdningsinntekten og kostnadene per besøk.

I artikkelen drøftes prinsipper om egenbetaling. I diskusjonen om pasientbetaling i tannhelsetjenesten er det relevant å skjelne mellom den helsepoltiske smertegrense for hva folk skal betale av egen lomme, dvs. egenandelstak, og om inntektsforskjeller genererer vesentlige ulikheter i tannhelsetjenesteforbruk. Det konkluderes slik: "Den foreliggende undersøkelsen har vist at husholdningsinntekten ikke har betydning for behandlingsvolumet når man først går til tannlegen, i tillegg er det liten forskjell i etterspørselen mellom inntektsgruppene." Videre: "I seg selv svekker dette begrunnelsen for å innføre en universell trygdeordning for tannhelsetjenester. Hovedkonklusjonen som fester seg etter mange års forskning, er at den privatfinansierte tannhelsetjenesten ikke synes å generere særlige forskjeller i etterspørsel og forbruk av tannhelsetjenester ut fra inntekt for det store flertallet av voksenbefolkningen."

8.5 Folketrygdens finansiering av tannbehandling

Lov om folketrygd har bestemmelser om finansiering ved tannbehandling:

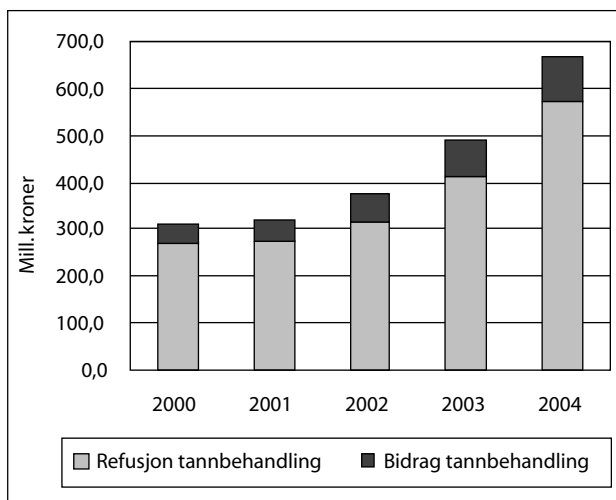
- § 5-6. *Tannlegehjelp*
Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom. Stønaden ytes etter fastsatte satser. Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen.
- § 5-22. *Bidrag til spesielle formål*
Trygden kan yte bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter denne loven eller andre lover. Departementet gir forskrifter om ytelse av bidrag.
- *Yrkesskade* – etter folketrygdlovens kapittel 13 har et medlem rett til ytelse fra trygden når vedkommende blir rammet av yrkesskade.

- *Krigspensjon* – for personer som kommer inn under lov om krigspensjonering, blir tannbehandling ansett som sykebehandling.

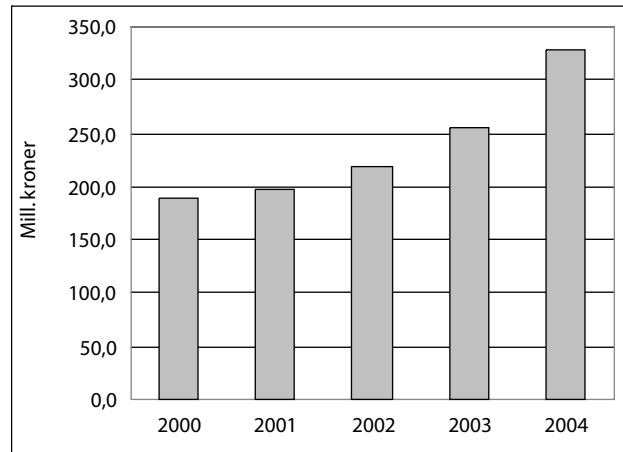
Stønad til tannbehandling er hjemlet i "Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom".

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til følgende former for undersøkelse og behandling som utføres av tannlege ved tannsykdommer, munnsykdommer og kjevesykdommer:

1. Operative inngrep
2. Behandling av sykdommer i munnens og kjevens bløtdeler
3. Periodontittbehandling
4. Taking av prøver til laboratorieundersøkelser (mikrobiologi, patologi, biokjemi og hematologi)
5. Røntgenundersøkelser
6. Undersøkelse og behandling av temporomandibulær dysfunksjon ved hjelp av bittskinne
7. Forebyggende tiltak og nødvendig tannbehandling hos medlem med sjelden medisinsk tilstand
8. Kjeveortopedisk behandling
9. Behandling som følge av ganespalte
10. Behandling av traumatiske tannskader hos medlem som lider av epilepsi, cerebral parese og andre lignende tilstander
11. Omfattende behandling hos medlem med sjelden medisinsk tilstand
12. Behandling i forbindelse med kreft i munnhulen
13. Infeksjonsforebyggende behandling
14. Rehabilitering av tannsett med protetisk behandling som følge av tap av tenner på grunn av marginal periodontitt.



Figur 8.2 Trygdeytelser til tannbehandling



Figur 8.3 Trygdeytelser til tannregulering

Stønad til tannbehandling

I 2004 ble det utbetalt 573,9 mill. kroner i stønad/refusjoner. Stønader omfatter bl.a. pliktmessige ytelser, stønad til tannregulering og pasienter med sjeldne medisinske tilstander. Pasienter med sjeldne medisinske tilstander fikk refundert 11,7 mill. kroner. Utgifter dekket ved yrkesskade (8 mill. kroner) og personer med krigspensjon (15,6 mill. kroner) inngår i totalsummen.

Bidrag til tannbehandling var 93,8 mill. kroner i 2004. Størstedelen av bidragene er tannbehandling som følge av ervervede lidelser (se vedlegg 1). Totalt utgjorde stønad og bidrag til tannbehandling 667,7 mill. kroner.

Stønad til kjeveortopedi er den største delen med 328,5 mill. kroner i 2004. Utgiftene øker betydelig. Fra 2003 til 2004 var økningen 28 prosent. Økningen fra 2003 til 2004 må til en viss grad ses i sammenheng med omlegging av oppgjørsordningen fra 1.6.2004. Dette hadde betydning for periodiseringen av utgiftene.

8.5.1 Utvidelse av folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling

Folketrygdlovens § 5-6, stønad til tannbehandling 1998

- For 1998 ble det bevilget tre millioner kroner til refusjon for grupper med sjeldne medisinske tilstander. Det ble bevilget ytterligere fem millioner kroner for 1999 (= 8 millioner helårseffekt).

2002

- Det ble innført søskenmoderasjon ved kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Ordningen innebærer at i familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedi, økes den

prosentvis refusjonen f.o.m. det andre barnet fra hhv. 75 prosent til 90 prosent og fra 40 prosent til 60 prosent.

Mai 2002

- Refusjonsordningen for periodontitt ble utvidet ved at eksisterende takster ble hevet. Rehabilitering ble ikke innført pga. manglende dokumentasjon.
- Kravet om forhåndsgaranti ved periodontittbehandling falt bort.

2003

- Innføring av egenandelstak-2-ordningen (fysisk behandling ved behandling hos fysioterapeut med driftsavtale med kommunen, opphold ved godkjent opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet i regi av Rikshospitalet samt enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling).
- Ved behandling av 2003-budsjettet (høsten 2002) vedtok Stortinget at 50 mill. kroner skulle holdes av til innføring av refusjon for rehabilitering ved tap av tannsettet som følge av periodontitt.
- Egenandelstaket for tak-2-ordningen er satt til 4500 kroner (3500 kroner fra 2005).
- 1.1.2003: Forskriften til § 5-6 ble vesentlig endret med omlegging av takstsystemet – ikke minst pga. innføringen av tak-2-ordningen med modernisering og oppjustering mht. kirurgitakster, laboratorie- og røntgentakster og periodontittbehandling.
- 1.3.2003: Ytterligere revisjon og vesentlig oppjustering av takstene til de former for tannbehandling som inngår i tak-2-ordningen.
- 1.10.2003: Innføring av stønad til rehabilitering på grunn av periodontitt.
- juli 2003: Rikstrykdeverket utarbeidet mønsteravtaler for direkte oppgjør mellom trygden og tannleger. Hensikten er at pasienten skal slippe å legge ut for den delen av tannlegehonoraret som trygden refunderer.

2004

- 1.6.2004: Nytt stykkprisbasert takstsystem for kjeveortopedibehandling. Tannpleiere fikk henvisningsrett til kjeveortoped.
- 01.07. 2004: Opprettelse av takster for implantatbehandling ifm. rehabilitering på grunn av

periodontitt. Formål var å gi en bedre geografisk spredning av tilbudet.

2005

- Forskrift og ”Generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling” – jf. Rundskriv I-16/2004 mht. endringer.

Folketrygdlovens § 5-22, bidrag

1998

- Bidrag til tannbehandling utvidet til å omfatte utskifting av tannrestaurering ved fjernreaksjoner og full dekning (etter offentlig takst) av tannbehandling for pasienter med kreft i munnhulen.

2001

- Tilbakevirkende kraft: 1. juni 2000. Full dekning etter § 5-22 av nødvendig tannbehandling som innebærer implantater, fast eller avtakbar protetikkk som følge av tenner trukket som ledd i infeksjonsforebyggende behandling (2 mill. kr som bidrag for 2002).

2002

- Tilskudd til kirurgisk behandling som utføres på de odontologiske fakultetene.

2005

- Kreft i munnhulen og Infeksjonsforebyggende overført fra § 5-22 til § 5-6. Det innebærer en sterkere rettighet for pasienten. Alle disse pasientene fikk imidlertid full dekning til tannbehandling etter offentlige takster.

8.6 Sosialstønad til tannbehandling

I 1990 rettet Helsedirektoratet en forespørsel til sosialkontorene i alle kommunene. 294 kommuner svarte. Det ble anslått at kommunenes sosialstønad til tannbehandling var 30–35 mill. kroner. Lignende forespørsel er ikke gjort senere. Omregnet til 2003-kroner tilsvarer det i underkant av 50 mill. kroner.

Det antydes nå et beløp på 100 mill. kroner. Det kan godt være rimelig ut fra økningen som ellers har skjedd i takstutvikling.

Kapittel 9

Modeller for finansiering og organisering av tannhelsetjenester

9.1 Innledning

I diskusjoner om finansieringsmodeller er det viktig å skille mellom valg av *finansieringskilde* (kombinasjonen skatt og egenbetaling) og valg av *avlønningsform* (på hvilken måte tilbyderne betales). Gjennom valg av avlønningsform vil myndighetene påvirke *tilbudet* av tannhelsetjenester, mens deres valg av finansieringskilde vil påvirke *etterspørsel og fordeling* av tannhelsetjenestene. Videre kan myndighetene gjennom lover og regler styre tilbyderne mot prioriterte områder og prioriterte grupper. I tillegg kan myndighetene gjennom sin utdanningspolitikk styre tilgangen på personell, og dermed også profesjonssammensetningen.

Et annet sentralt virkemiddel i den politiske styring av tannhelsemarkedet er hvilke organisasjonsmodeller som velges for det offentlige deltaet i tjenestetilbudet.

Nedenfor skisseres ulike finansieringsmodeller og hvilke organisasjonsmodeller som i prinsippet er *mulig*.

9.2 Finansieringsmodeller

Først presenteres en figur som viser pengestrømmer i tannhelsetjenesten. Deretter drøftes skattefinansiering og ulike ordninger for egenbetaling. Til sist drøftes modeller for det offentlige avlønning av offentlige og private tilbydere. Sentralt i drøftingene står de ulike modellens antatte virkninger på effektivitet og rettferdig fordeling.

9.2.1 Generelt om pengestrømmer i tannhelsetjenesten

En generell illustrasjon av pengestrømmene i tannhelsetjenesten tar utgangspunkt i *tre parter*:

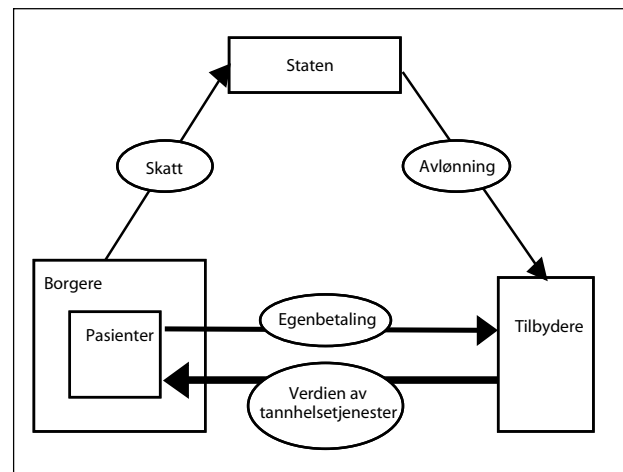
1. *borgerne*, som består av skattebetalere og pasienter
2. *staten* (og evt. forsikringsselskaper i land der det også finnes tannhelseforsikring), og;

3. *tilbyderne* av tjenestene (tannleger og øvrig tannhelsepersonell)

I et vanlig marked er pengestrømmene enklere ved at det bare er to parter der pengene i sin helhet går direkte fra bruker/etterspørre til tilbyder. I markedene for helsetjenester og tannhelsetjenester går deler av pengestrømmen *indirekte* via staten som omfordelingsinstans.

De som betaler for tannhelsetjenestene, er borgerne. De er enten i rollen som pasienter som betaler egenandeler, eller i rollen som skattebetalere der deler av skattene går til å finansiere tannhelsetjenester for seg selv eller andre. I Norge er 20 prosent av *tannhelsetjenestene* skattefinansiert, som er illustrert med de relative tykkelsene på pilene Skatt og Egenbetaling.

Pengestrømmen mellom staten og tilbyderne kan være mer eller mindre synlig. Når tilbyderne er ansatt i offentlig eide klinikker, skjer pengestrømmen som lønn og dekning av andre kostnader som det offentlige har i forbindelse med driften. Når tilbyderne er fristilte virksomheter, vil pengestrømmen være mer synlig, avhengig av gjeldende kontrakter (stykkprisfinansiering, rammefinansiering etc.). Den siste strømmen fra tilbyderne uttrykker verdien av de samlede tannhelse-



Figur 9.1 Pengestrømmen i tannhelsetjenesten

tjenester som pasientene forbruker – lik kostnadene ved å produsere tjenestene.

– *Borgerne/pasientene*

Det er hensiktsmessig å skille mellom voksne som betaler selv og ulike grupper som ut fra alder eller særgruppestatus ikke betaler selv (barn under 18 år, grupper under tilsyn/på institusjon og grupper utenfor institusjon med særlige behov).

– *Staten*

Staten innkrever skatter og viderefører penger til dem som har ansvar for den offentlige finansiering av tannhelsetjenester: den offentlige tannhelsetjenesten, trygd og sosialstønad.

– *Tilbydere*

Tilbyderne er tannleger, tannpleiere, tannhelsetesekretærer og deres medarbeidere. De jobber i den offentlige tannhelsetjenesten eller i private klinikker.

– *Egenbetaling*

For vanlige tjenester betaler voksne 100 prosent egenandel. For enkelte typer tjenester (for eksempel kjeveortopedi) er egenandelen mindre enn 100 prosent. For noen grupper pasienter er det refusjon gjennom trygd og sosialkontor slik at egenandelen blir mindre enn 100 prosent.

– *Skatter*

Skatter betales avhengig av inntekt og uavhengig av behov for tannhelsetjenester.

– *Avlønning*

Det offentlige betaler lønn og øvrige kostnader gjennom den offentlige tannhelsetjenesten i regi av fylkeskommunen, men også refusjon av enkelte pasientgruppers utgifter gjennom trygden samt noe sosialstønad. I tillegg betales private tannleger for tjenester ytt til grupper som det offentlige har et finansieringsansvar for.

9.2.2 Alternative finansieringskilder

Skattefinansiering

Det er to hovedargumenter for skattefinansiering av tannhelsetjenester. For det første gir det rettferdig sosial fordeling fordi tjenestene tildeles *uavhengig* av folks inntekt, og for det andre bidrar det til god folketannhelse ved at pasienter ikke møter økonomiske barrierer når de har behov for tannhelsetjenester.

Argumentene mot skattefinansiering dreier seg om at ordningen er ineffektiv. Først har vi den generelle innvendingen mot høyere inntektsskatter som antas å ha negative virkninger på folks arbeidstilbud. Imidlertid, den andelen av folks

samlede inntektsskatter som går til å finansiere dagens nivå på det offentlige utgifter til tannhelsetjenesten, synes så vidt liten at det neppe påvirker omfanget av arbeidstilbudet. En utvidelse av den offentlige finansiering til å gjelde flere pasientgrupper og/eller flere tjenester vil påvirke nivået på inntektsskatten og vil derved kunne få konsekvenser for arbeidstilbudet. Den samfunnsøkonomiske betydningen av dette avhenger av hvor store økninger av inntektsskatten som blir nødvendig.

En annen type samfunnsøkonomisk ineffektivitet følger av at tjenester som brukerne selv ikke var villige til å betale for, blir etterspurt når tjenestene blir tilbudt gratis – eller subsidiert. Skattefinansiering leder altså til økt forbruk av tannhelsetjenester som koster mer enn hva brukerne selv kunne være villige til å betale.

Videre vil denne økte etterspørsel etter tannhelsetjenester medføre at tilbyderne i sentrale strøk av landet får svakere økonomisk motivasjon til å flytte til de deler av landet som mangler tannleger. En overgang til offentlig finansierte tannhelsetjenester for den voksne befolkning generelt vil følgelig ikke bidra til å redusere de geografiske ulikheter i tjenestetilbudet. Det kan også lede til en dreining av tjenestetilbudet mot relativt mer forbruk av kosmetiske tannhelsetjenester i stedet for økt tilbud av nødvendige tjenester til de grupper som har svak tannhelse.

Generelt er skattefinansiering av helsetjenester begrunnet med *omfordeling* og *forsikring*. Dersom samfunnet mener at en type tjenester er så viktig for folks velferd at de bør fordeles avhengig av behov og uavhengig av inntekt, blir de finansiert gjennom skatter. Hvis det er stor usikkerhet knyttet til ens framtidige behov for en type tjenester, og det vil innebære store økonomiske utlegg om en skulle få behov for tjenestene, vil man ønske å forsikre seg. Slik forsikring kan administreres av det offentlige som obligatorisk innkreving over skattedelen.

Tannhelsetjenester er forskjellige fra andre helsetjenester i den forstand at både omfordelingshensyn og forsikringshensyn er svakere som argumenter for skattefinansiering. Det er mindre grunn til å forsikre seg fordi framtidige tannhelsetutgifter for folk flest er betydelig mer forutsigbare enn framtidige helseutgifter. I tillegg er kostnadene for de fleste tannhelsetjenester betydelig lavere enn kostnadene for kurative helsetjenester. At forsikringsargumentet for gratis tannhelsetjenester er svakere enn for helsetjenester, kan "bevise" ved det faktum at et marked for privat tannhelseforsikring er nærmest fraværende. Dersom folk hadde ønsket gratis tannhelsetjenester om de selv

skulle få behov for slike, skulle de i teorien ville kjøpe en forsikring som dekker slike utgifter. Der- som det hadde vært en etterspørsel, er det ikke lover som forhindrer tilbud av tannhelseforsikring. Det synes derfor ikke å være tilstrekkelig forsikringsargumenter for gratis offentlige tannhelse- tjenester.

Da er det bare omfordelingsargumenter igjen ved at folk kunne være villige til å betale for andres forbruk av tannhelsetjenester og gjerne for spesielle grupperes forbruk (som for eksempel de eksisterende gruppene a–e i lov om tannhelsetjenesten).

Omfordelingsargumenter følger av at det er *eksterne virkninger* i forbruket av vedkommende tjenester. I denne sammenhengen betyr det at en persons tannhelseplager har virkninger på andre folks velferd. Tannplager er ikke smittsomme og fører sjelden til nedsatt arbeidsevne. Sammenlig- net med øvrige sykdommer i kroppen synes dårlig tannhelse generelt sett å være mindre alvorlig. Der- for er omsorgsmotivet for omfordeling ikke så opp- lagt. Omfordelingsargumenter for gratis offentlige tannhelsetjenester for ”vanlige voksne” synes med andre ord å være relativt svakere enn for øvrige helsetjenester.

Det er altså ikke bare en ”historisk forklaring” på at skattefinansiering er mindre framtrødende for tannhelsetjenester enn for helsetjenester. Det er også fagøkonomiske argumenter for den ulike praksis. Likevel må ikke dette forstås som en påstand om at de eksisterende ordninger vedrø- rende delingen mellom offentlig og privat finansie- ring er optimale for *alle* helse- og tannhelsetjenes- ter. Det finnes flere typer helsetjenester der omfor- delings- og forsikringsargumentene neppe kan for- klare hvorfor de er gratis, samtidig som det finnes enkelte tannhelsetjenester som ut fra omforde- lings- og forsikringshensyn kunne være subsidiert. For noen tjenester synes sektortilhørighet å være en viktigere forklaring for den valgte finansierings- måten.

Egenbetaling

Fullstendig egenbetaling er den andre ytterlighet til fullstendig skattefinansiering. Virkningene på effektivitet og fordeling blir motsatt av skattefinan- sieringsmodellen. Egenbetaling har god virkning på effektivitet, men virker dårlig på rettferdig for- deling. Nettopp for å begrense uheldige fordelings- virkninger foreligger flere alternativer med delvis egenbetaling. Hensikten er å beskytte særgrupper med spesielle behov eller inntektsgrupper som ikke har råd til å betale alt selv. Felles for model- lene som presenteres her, er at de kan gjelde for

alle tannhelsetjenester eller et begrenset utvalg av ”nødvendige” tjenester.

- *Pasienten betaler alt opp til et tak, mens det of- fentlige betaler alt over taket*

Takhøyden kan gjøres inntektsavhengig; desto høyere inntekt desto høyere tak. Eventu- elt kan ordningen være avgrenset til å gjelde for spesielle grupper avhengig av om inntekt er under et visst nivå og/eller andre særgruppe- karakteristika (institusjon, rus, annen syk- dom).

Den åpenbare fordelene ved dette systemet er *fordelingsvirkningene*. De gruppene som nyter godt av ordningen, får ingen tannhelsetjenester over taket. Det reduserer også deres usikkerhet knyttet til høye framtidige tannlegeregninger.

Ordningen kan imidlertid føre til *overforbruk* av tjenester for dem som beveger seg over ta- ket. Etter at man har nådd taket, vil brukeren ikke ha egen økonomisk motivasjon til å be- grense forbruket fordi tjenestene da framstår som gratis. Dessuten, i situasjoner med over- skudd av tilbydere, vil tannleger ha insentiv til å anbefale et mer omfattende behandlingsopp- legg. Slikt overforbruk innebærer ineffektiv ressursbruk.

- *Det offentlige betaler opp til et tak, mens pasien- tene betaler alt over taket*

Dette systemet gir god budsjettkontroll for det offentlige. Ordningen unngår overforbruk av tjenester over taket, fordi pasientene da beta- ler alt selv. Ordningen gir gode fordelingsvirk- ninger så lenge forbruket ikke overstiger taket.

Ordningen kan imidlertid føre til overforbruk av tjenester *under* taket dersom pasienter like- vel bruker tannhelsetjenester som de selv ikke hadde vært villige til å betale for. Dette proble- met kan unngås ved å begrense ordningen til kun å gjelde nødvendige tjenester.

- *Samfinansieringen skjer fra første krone, ved at pasient betaler en prosentvis egenandel*

Hensikten med en slik ordning er å begrense det unødvendige forbruket som vil kunne fore- komme ved gratis tannhelsetjenester samtidig som man vil begrense de uheldige fordelings- virkninger som vil forekomme ved fullstendig privat finansiering. Hva som begrenses mest, avhenger av den prosentvise størrelsen på egenbetalingen.

En samfinansiering kan gjerne kombineres med de foregående to modellene ved å betale egenandel opp til taket – og fritt over taket, even- tuelt fritt under taket og egenandel over taket.

- *Stykkprisrefusjon basert på kostnadene i de mest kostnadseffektive behandlingsformer*

Hensikten med stykkprisrefusjon er å disiplinere både tilbyder og pasient. Stykkprisen er ment som et signal om hva som er "riktig pris". Dersom pasienten ønsker tilknyttede tjenester (med presumptivt høyere kvalitet), må en selv betale mellomlegget.

Hvor god denne ordningen blir i praksis, vil avhenge av om man samtidig har priskontroll på hva tilbyder kan kreve av pasienten på toppen av den offentlige stykkprisen. Uten priskontroll vil tilbyder "ta den pris markedet er villig til å betale". Desto høyere satsen er som staten betaler, desto større rom er det for tilbyderne å øke mellomlegget som pasienten betaler. Desto mer ledig kapasitet som finnes på tilbydersiden, og desto større faglige frihetsgrader som finnes til å anbefale et mer omfattende behandlingsomfang under dekke av at kvaliteten på tjenesten øker, desto dyrere behandling vil pasienten velge. Fri prisfastsetting kombinert med gitte stykkprisrefusjoner fra det offentlige vil følgelig kunne føre til prisvekst.

9.2.3 Alternative avlønningsformer

Det finnes i prinsippet fire grunnformer som det offentlige kan benytte ved avlønning av eget tannhelsepersonell eller ved betaling for tannhelsetjenester utført av private tilbydere. Disse er fast lønn, per capita-honorar, honorar pr. behandling og honorar pr. tilstand.

Fast lønn

Tradisjonelt er dette den vanligste avlønning av offentlig ansatt tannhelsepersonell. Tjenesteyter honoreres med samme beløp uansett hvor mange pasienter som behandles og hvilken behandling som gis. Ved fravær av produksjonsmål eller andre normtall for antall behandlede, vil de ansatte foretrekke en viss "slack". Systemet gir derfor ingen insentiver for å opptre effektivt.

Per capita-honorar

Tjenesteyter honoreres enten med en fast sum per pasient som er registrert i praksisen, eller med en fast sum per pasient som behandles uansett hvilken behandling som gis. Systemet gir tjenesteyter et insentiv til å velge kostnadseffektive behandlingsformer. Honorarformen kan imidlertid gi uheldige fordelingsvirkninger fordi tjenesteyter har insentiv til å være selektiv mht. utvelgning av hvilke pasienter som tas inn på listen. Man vil ønske de pasienter med best tannhelse fordi de sjeldnere har behov for behandling. Videre vil man ha insentiv til "underbehandling", med andre ord en billigst mulig behand-

ling. Slike uheldige fordelingsvirkninger kan reduseres dersom tilbyder ikke har mulighet til å velge bort de dyre pasientene, og dersom det foreligger etablerte kvalitetsstandarder.

Honorar pr. behandling

Tjenesteyters honorar avhenger av hvilken behandling pasienten får. Ved ledig kapasitet (for få pasienter) vil tilbyder ha insentiv til å anbefale en mer omfattende behandling enn nødvendig. I slike situasjoner leder systemet til "overbehandling" og derved ineffektivitet.

Honorar pr. tilstand

Her har man på forhånd estimert kostnadene knyttet til all behandling som ytes til personer med en bestemt sykdomstilstand/diagnose slik at man kommer fram til en gjennomsnittlig pris for behandling av denne tilstanden. Denne gjennomsnittsprisen gis som honorar uansett hvilken behandling tjenesteyter velger å gi pasienten. Denne typen avlønning bidrar til effektivitet, men kan lede til reduksjon i kvalitet hvis tjenesteyter gir lavkostnads- og lavverdibehandling.¹

I praksis kombineres ofte disse grunnformene (i såkalte mixed systems).² Innenfor den øvrige helsetjenesten er det mer erfaring med ulike kombinasjoner av disse avlønningsformene.

Lønnsystemer for ansatte i den offentlige tannhelsetjenesten

Dersom tannhelsetjenester finansieres gjennom rammetilskudd, er fast lønn nærliggende. En stykkprisfinansiering av tannhelsetjenester (som i prinsippet enten kan være per capita-honorar, honorar per behandling eller honorar per tilstand) vil trolig som oftest resultere i en avlønningsmodell basert på tjenesteyterens inntjening (prestasjonsavhengig lønn).

I den offentlige tannhelsetjenesten praktiseres det i dag flere ulike former for avlønning av tannhelsepersonell. I tillegg til fast lønn brukes lønnsystemer som i prinsippet er basert på stykkprisfinansiering. Eksempler på dette er *bonusbasert lønn*, *provisjonsbasert lønn* og *økt klinisk virksomhet*. Bortsett fra i de tilfeller hvor en avtale om økt klinisk virksomhet omfatter behandling av gruppe a–e, er ingen av disse lønnsystemene basert på

¹ Honorarprinsippet ligger til grunn for den innsatsstyrte finansieringen av sykehusene i Norge, hvor hver pasientbehandling plasseres i en forhåndspriset diagnoserelatert gruppe (DRG) som utløser statlig refusjon.

² Fastlegeordningen i Norge er for eksempel en kombinasjon av per capita-honorar og honorar pr. behandling.

stykkprisfinansiering av det offentliges prioriterte oppgaver.³ Den stykkprisavhengige delen av lønnen er kun knyttet til behandling av voksne som betaler 100 prosent egenandel for behandlingen. Dette viser at lønssystemene i den offentlige tannhelsetjenesten i dag er nært knyttet til hvordan tannhelsetjenestene finansieres. Ved de private klinikkene vil tjenesteyternes lønn utelukkende være basert på stykkprisfinansiering som i et marked der forbrukeren betaler "en stykkpris" for den tjenesten som kjøpes. Dette kan illustreres med en veldig forenklet versjon av figuren: to parter bestående av pasienter og tilbydere og egenbetaling (= stykkprisavlønning) = verdien av tannhelsetjenesten.

Bonusbasert lønn

Bonus utbetales i tillegg til fast lønn etter lokale avtaler. Partene i avtalen er fylkeskommunen og en bonusenhet som normalt består av tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Bonuspotten skapes av den samlede inntjening bonusenheten har fra arbeid med pasienter som selv betaler for behandlingen.

Provisjonsbasert lønn

En provisjonslønnsavtale inngås med den enkelte tannlege. Tannlegen får en prosentvis andel av sin faste lønn. Resten av lønnsutbetalingen avhenger av tannlegens inntjening ved behandling av pasienter som selv betaler for behandlingen.

Økt klinisk virksomhet

Økt klinisk virksomhet innebærer at tannlegen arbeider utover ordinær arbeidstid og får særskilt betalt for dette. Ordningen kan omfatte behandling av pasienter både i og utenfor gruppe a-e.

Rammefinansiering av lovpålagte offentlige oppgaver

En rammefinansiering av de lovpålagte offentlige tannhelseoppgavene vil trolig medføre at tjenesteyterne i offentlig sektor vil få fast lønn for utførelsen av de lovpålagte oppgavene. En rammefinansiering er effektiv i forhold til det offentliges kostnadskontroll. Et system med fast lønn for de lovpålagte oppgavene har i seg selv ingen innbygde insentiver som bidrar til effektiv behandling av de prioriterte pasientgruppene. Det kan imidlertid tenkes at systemet er effektivt i forhold til å

fremme en helhetlig tenkning rundt de lovpålagte oppgavene. Som nevnt tidligere, er fordelingsvirkningene for pasientene uklare.

Stykkprisfinansiering av lovpålagte offentlige oppgaver

En stykkprisfinansiering av den lovpålagte offentlige tannhelsetjenesten vil kunne medføre at tjenesteyterne lønnes helt eller delvis på basis av prestasjoner knyttet til offentlig prioriterte oppgaver. Et slikt lønssystem har insentiver som fremmer effektivitet i behandlingen av de offentlig prioriterte gruppene. Systemet kan ha utilsiktede virkninger som for eksempel at pasientene gis behandling av dårlig kvalitet, at de over- eller underbehandles eller at man får en selektering hvor de med størst behov for tannhelsetjenester velges bort. Systemet kan også gi utilsiktede virkninger dersom viktige offentlige oppgaver (for eksempel knyttet til utdanning) som vanskelig lar seg stykkprisfinansiere, ikke finansieres på annen måte. En stykkprisfinansiering kan også medføre økte administrative kostnader.

Kombinasjon av ramme og stykkpris

Et system som kombinerer rammefinansiering og stykkprisfinansiering av de lovpålagte offentlige oppgavene, er også mulig å se for seg. Dette vil gi en direkte åpning for at tjenesteyternes lønn knyttet til de lovpålagte offentlige oppgavene vil kunne settes sammen av en del med fast lønn og en del som er avhengig av prestasjoner knyttet til behandling av de offentlig prioriterte gruppene. Fastlønsdelen vil fortsatt ikke ha noen insentiver for effektiv pasientbehandling, men man kan tenke seg et system hvor fastlønsdelen ikke knyttes til pasientbehandling, men til andre oppgaver med spesifiserte mål.

Offentlig finansiering av lovpålagte tjenester produsert i privat sektor

Det offentlige kan bruke rammefinansiering, stykkprisfinansiering eller en blanding av begge dersom de ønsker å kjøpe tannhelsetjenester for de offentlig prioriterte gruppene fra private tilbydere. En rammefinansiering vil sikre det offentlige større kostnadskontroll. Argumentene for en rammefinansiering er imidlertid svakere fordi privat sektor ikke har samme ansvar som offentlig sektor for å utvikle et helhetlig tannhelsetjenestetilbud. Hvilken betalingsform de private tilbyderne vil være interessert i, er en annen sak. Den private tannhelsetjenesten er i utgangspunktet stykkprisfi-

³ Behandlingen av de prioriterte gruppene (a-e).

nansierte, og det er grunn til å tro at et betalingsprinsipp man kjenner fra før, vil bli foretrukket.

9.3 Alternative organisatoriske modeller for den offentlige tannhelsetjenesten

Dagens organisering av den offentlige tannhelsetjenesten er eksempel på både en politisk og administrativ desentralisering av en offentlig oppgave. Prinsipielt bør en slik desentralisering være basert på en premiss om at et lokalt politisk skjønn er viktig for å løse de offentlige tannhelseoppgavene, og at andre hensyn som peker mot andre organisasjonsmodeller, er tillagt mindre vekt.

9.3.1 Retningslinjer for oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene

Oppgavefordelingsutvalget la fram sin innstilling i 2000. Mandatet var å foreta en helhetlig gjennomgang av ansvars-, oppgave- og funksjonsfordelingen mellom de tre forvaltningsnivåene stat, fylkeskommune og kommune.⁴ De baserte sine vurderinger på følgende sju retningslinjer, som også er kommentert av utvalget:

1. *Oppgaver bør legges på lavest mulige effektive nivå*

Med dette mente de at oppgaver som er rettet mot den enkelte innbygger, bør legges til det offentlige organet som er tettest på innbyggerne. Dette innebærer i praksis enten en lokalisering til kommunen eller en lokal statsforvaltning. Idealet om nærhet må avveies mot hensynet til effektivitet. Oppgaver som stiller store krav til faglig ekspertise som vanskelig lar seg framskaffe på lokalt nivå, bør legges til et nivå som har mulighet til å bygge opp fagmiljø og nødvendig spesialkompetanse.

2. *Oppgaver som krever utøvelse av lokalpolitisk skjønn og vurdering, bør legges til folkevalgte organer*

En kan forenklet si at en oppgave er politisk når det ikke er enighet om hvordan den skal håndteres, eller det er ulik oppfatning om saken. Uenigheten om saken kan gå på om oppgaven skal utføres, i hvilket omfang, med hvilken kvalitet, til hvilken kostnad og hvordan den skal utføres. En sak kan sies å være administrativ hvis det er enighet om alle disse forholdene og beslutningene har preg av å være tekniske,

regelstyrte og rutinemessige. De fleste oppgaver – også offentlige tannhelseoppgaver – kjenetegnes av at de inneholder en kombinasjon både av fag, administrasjon og politikk. Graden av de tre bestanddelene vil variere fra oppgave til oppgave. Men det er vel neppe galt å påstå at tannhelsetjenester er blant de offentlige oppgaver det har stått minst politisk strid om gjennom årene.

I de tilfeller hvor innholdet i oppgavene ikke skal variere lokalt, kan standardisering oppnås gjennom å legge oppgavene til lokal statsforvaltning. Oppgavefordelingsutvalget la følgende retningslinje til grunn for oppgaver som bør legges til det statlige nivået:

3. *Oppgaver som av ulike årsaker ikke skal la seg påvirke av lokalpolitiske oppfatninger og lokalpolitiske forhold, og som derfor er kjennetegnet av standardisering, regelorientering og kontroll, bør i utgangspunktet være et statlig ansvar*

Oppgavefordelingsutvalget la videre følgende retningslinjer til grunn for oppgaver som krever oversyn over hele landet for å få gode løsninger, som f.eks. riksdekkende infrastruktur innenfor området samferdsel og kommunikasjon, og som det av den grunn er mest hensiktsmessig å legge til statlig nivå. Dette er oppgaver som gjør krav på behandling av organer med nasjonal rekkevidde, hvilket pr definisjon utelukker kommuner og fylkeskommuner.

4. *Staten bør ha ansvaret for oppgaver som gjør krav på sentrale beslutninger og som forutsetter et nasjonalt helhetsgrep for god oppgaveløsning*

5. *Oppgaver som krever stor grad av koordinering, og/eller oppgaver som har store kontaktflater med hverandre, bør legges til samme forvaltningsorgan*

6. *Oppgaver som krever stor grad av samordning overfor brukerne, legges til samme forvaltningsorgan*

Utvalgets siste retningslinje for oppgave- og ansvarsfordelingen pekte på finansielle forhold.

7. *Det myndighetsorgan som er tillagt ansvar og beslutningskompetanse for en oppgave, skal også ha ansvaret for å finansiere utgiftene til oppgaveløsningen*

Dersom disse retningslinjene legges til grunn, er det vel liten tvil om at den brukerrettede tannhelsetjenesten bør være desentralisert. Det neste spørsmålet blir om oppgaven løses best ved å sty-

⁴ NOU 2000:22. Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune

Tabell 9.1 Kombinasjoner politisk og faglig styring

Forvaltningsnivå	Politisk styring		Faglig styring	
	Forvaltning	Foretak	Forvaltning	Foretak
Stat			Barnevern/rus	
Region				<i>RHF</i>
Fylkeskommune	<i>DOT</i>			
Interkommunalt nivå				
Kommune	Allmennlegetj.			

res av et lokalpolitisk organ, et lokalt statlig organ eller et lokalt foretak.

9.3.2 Modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten

Modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten kan beskrives langs tre dimensjoner:

- forvaltningsnivå
- grad av politisk styring
- forvaltning av eierskap

Forvaltningsnivået har en innebygd geografisk dimensjon ved at stat gjelder hele landet, region gjelder landsdel, fylke gjelder naturligvis fylkesavgrensning, interkommunalt gjelder samarbeid mellom flere kommuner, mens kommunalt gjelder den geografiske utstrekning til en kommune. Store kommuner vil kunne inndeles videre i bydeler.

Grad av politisk styring sier hvorvidt tjenesten er underlagt politisk valgte organer eller har politisk valgte representanter i sine styrever. Motsatsen til politisk styring vil være at den offentlige tannhelsetjenesten er styrt ut fra faglige hensyn. I praksis kan man velge en kombinert løsning med representasjon både ut fra politiske og faglige hensyn.

Det offentlige kan i prinsippet utøve sitt eierskap enten gjennom egen forvaltning eller ved å

skille virksomheter ut som egne foretak. Det finnes mange alternative foretaksmodeller, men her betraktes foretaksmodellen å innebære større grad av autonomi enn dagens primære ordning i fylkeskommunal regi. Foretaksmodellen innebærer et klart organisatorisk skille mellom politikk og drift i motsetning til forvaltningsmodellen hvor det er en sterk og direkte styring av virksomheten fra et overordnet politisk organ. En foretaksorganisering åpner for at tannhelsetjenesten i større grad kan fagstyres. I tabell 9.1 skisseres ulike kombinasjoner av grad av politisk og faglig styring med ulike forvaltningsmessig tilknytning. Tabellen gir 20 tenkelige kombinasjoner. I dagens situasjon er ikke alle mulig siden det ikke finnes folkevalgte politiske organ verken på regionalt eller interkommunalt nivå. Dagens offentlige tannhelsetjeneste finnes i ruten *DOT*, mens spesialisthelsetjenesten finnes i ruten *RHF* (*Regionale helseforetak*). I praksis er det nødvendigvis ikke slik at virksomheter som organiseres som foretak, alltid styres ut fra faglige hensyn. Noen virksomheter kan alternativt tenkes å bli styrt ut fra *markedshensyn*. I tabell 9.2 nedenfor er styringsvariabelen tatt ut. I stedet er det lagt inn eksisterende eksempler for å synliggjøre mulighetene på en bedre måte.

Tannhelsetjenesten er nå blitt den eneste helse-/sosialtjenesten i fylkeskommunen. Mens de tidligere var organisator for flere relaterte tjenester

Tabell 9.2 Alternativ organisering

Forvaltningsnivå	Forvaltningsmodell	Foretak
Stat	Statlige etater som Aetat, skatteetaten, trygdeetaten	Enova, Siva, Statnett, Statkraft og Statskog
Region	Ingen eksisterende fordi det ikke er forvaltningsnivå i dag	RHF
Fylkeskommune	Den offentlige tannhelsetjenesten	Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF
Interkommunalt nivå	legevaktsamarbeid - frivillige avtaler mellom kommunene	Finnes mange avfallsselskap som er fristilt som IKF
Kommune	Grunnskolen	Tannhelsetjenesten Oslo KF

(bl.a. sykehusene), har fylkeskommunen nå ingen andre oppgaver som ligner på tannhelsetjenesten.

Fra DOT-ruten kan man gå både vertikalt og horisontalt i tabellen. Det finnes argumenter for å bevege seg så vel oppover som nedover, dvs. i det vertikale planet. Dersom man har omorganiseringen av sykehus- og spesialisthelsetjenesten som forbilde, kunne det være grunner for å vurdere statliggjøring også av tannhelsetjenesten.

Imidlertid er det også faglige grunner til å gå vertikalt i tabellen. Nasjonale planer for fem regionale kompetansesentra for spesialisttannhelsetjenester tilsier større grad av samarbeid mellom fylker innenfor hver region. Befolkningsgrunnlaget i utkantkommuner er for lite til at det er grunnlag for hele stillinger til å ta seg av a-e-gruppene (lov om tannhelsetjenesten §1-3) innenfor én kommune, noe som tilsier samarbeid mellom tilbydere på tvers av kommunegrenser.

Horisontalt kan man åpne for større grad av fylkeskommunal fristilling, både styringsmessig og eierskapsmessig. Politisk styring og offentlig eierskap gir nødvendigvis ikke fleksible løsninger. Desto mindre direkte politisk styring av driften, desto mer må styringen være overordnet, prinsipiell og rammepreget. Samtidig vet man fra studier av dette reformgrepet at en annen effekt er at de presumptivt faglige synspunkter får større spillerom.

9.3.3 Organisering av tidligere fylkeskommunale helse- og sosialtjenester

Det er valgt ulik organisering av de helse- og sosialtjenester som tidligere er løftet ut av fylkeskommunen. Det omfatter sykehusene og øvrige spesialisthelsetjenester, barne- og familievern og tjenester for rusmiddelmissbrukere. Begrunnelsen for den nye organiseringen av de tidligere fylkeskommunale tjenestene var ulike.

Foretaksorganisering av sykehusene og øvrige spesialisthelsetjenester

Staten overtok eieransvaret for de offentlige sykehusene og de øvrige spesialisthelsetjenestene 1. januar 2002. Den overordnede begrunnelsen for den statlige overtakelsen var at helsetjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientens ståsted.⁵ Ønsket om større likhet i tjenestetilbudet var også en viktig begrunnelse for reformen. Fristilling i

egne foretak som organisasjonsform ble blant annet begrunnet i ønsket om å legge forholdene bedre til rette for at sykehusledere kunne utøve lederskap og ha myndighet og handlefrihet til å ta ansvar. Et annet argument for en foretaksorganisering var tempoet i beslutningsprosesser. Oppfatningen var at tempoet svekkes når saker som gjelder organisering og drift, må bringes inn til behandling i politiske organer.

Foretakene er egne rettssubjekter med arbeidsgiveransvar for egne medarbeidere, ansvar for bruken av kapital og ansvar for egen økonomi, med den begrensning at foretakene ikke kan gå konkurs.

Det ble understreket at overføring av eierskapet til staten ikke var en kritikk av fylkeskommunalt eierskap. Det var først og fremst en systemvurdering som lå til grunn for reformen. Vurderingen tilsa at det ville være lettere å gjøre noe med svakhetene dersom de grunnleggende ansvarsforholdene var klare og enkle. Dette mente man best lot seg gjøre ved å samle eieransvaret, både formelt og reelt. I praksis var det bare staten som kunne påta seg et slikt samlet eieransvar.

BUF – regionalisert etat og direktorat

Fra 1. januar 2003 overtok staten ansvaret for familievernkontorene og de barneverntjenestene som fylkeskommunen tidligere hadde ansvaret for. Denne gangen valgte man å organisere tjenesten i en statlig etat med fem regionkontor (BUFetat), styrt av et sentralt og koordinerende direktorat (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet).

Organisasjonsmodellen innebærer at den utøvende etatsledelsen er lagt til et direktorat direkte underlagt Barne- og familiedepartementet. Direktoratet er et sentraladministrativt organ som er organisatorisk atskilt fra departementet, men underlagt departementets instruksjonsmyndighet. Et kjennetegn ved slike organer er at de er tillagt oppgaver som har nasjonal rekkevidde. Styring og ledelse av den underliggende regionale virksomheten, BUFetat, er direktoratets hovedoppgave. Direktoratets modellen markerer et tydelig skille mellom statens ulike roller. Direktoratet har innen politiske opptrukne rammer frihet til å treffe beslutninger i faglige spørsmål og virkemiddelbruk.

Direktoratet har direkte instruksjonsmyndighet overfor de regionale etatene. Direktoratet har videre et overordnet ansvar for forvaltning, dimensjonering og organisering av tiltaksapparatet på landsbasis, ansvar for de regionale etatenes budsjett og oppfølging av etatenes økonomiforvalt-

⁵ Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Kapittel 2. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 6. april 2001, godkjent i statsråd samme dag.

ning, personalpolitiske retningslinjer og kompetanseutvikling, fagutvikling og kvalitetsutvikling.

De regionale etatene er tillagt ansvar knyttet til styring, planlegging og ledelse av tjenestetilbudet innenfor sitt geografiske område. En hovedoppgave er å sørge for at befolkningen i regionen får de tjenester de har krav på i henhold til lov om barneverntjenester og lov om familievernkontorer. En annen viktig oppgave er knyttet til ledelse og oppfølging av de statlig eide institusjonene og familievernkontorene.

Formålet med omorganiseringen var å sikre et kvalitativt bedre og mer likeverdig tilbud til befolkningen i alle deler av landet samtidig som forholdene ble lagt bedre til rette for en mer effektiv ressursutnyttelse. Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten var én av grunnene for omorganiseringen, en annen var endringer i ansvars- og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene, som innebærer at kommune og stat skal være de sentrale produsentene av tjenester i velferdssamfunnet og at fylkeskommunen skal være en viktig regional utviklingsaktør.⁶

⁶ *Alternative forslag til fremtidig organisering av fylkeskommunens oppgaver på barnevernområdet og familievernområdet.* Høringsnotat. Barne- og familiedepartementet. 12. februar 2002.

Rusomsorgen

Den statlige overtakelsen av sykehusene og øvrige spesialisthelsetjeneste var imidlertid også her en medvirkende årsak til omorganiseringen. De spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere som sorterer under spesialisthelsetjenesteloven, ble del i de regionale helseforetakene da de ble etablert. Dette førte til at tjenester knyttet til rusmiddelmissbrukere ble spredd på tre forvaltningsnivå (stat, fylkeskommune og kommune). De øvrige fylkeskommunale rustjenestene knyttet til institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere, ble overført til kommunalt nivå med virkning fra 1. januar 2004. Hovedbegrunnelsen for dette var å redusere tre forvaltningsnivå til to for å søke å unngå gråsoner og ansvarsfraskrivelser. Rusmiddelmissbrukere har ofte behov for koordinerte tjenester i helhetlige tiltakskjeder. To forvaltningsnivåer gir ingen garanti for økt koordinering og samlet opptreden til beste for rusmiddelmissbrukere, men sannsynligheten for å få til en samordnet innsats er større enn med et tredelt ansvar.

Kapittel 10

Internasjonal sammenligning

10.1 Hovedmodeller

Framstillingen bygger i hovedsak på Dental Liaison Committee in the EU: Manual of Dental Practice – 2004. Rapporten er utarbeidet ved Dental Public Health Unit in the University of Wales, College of Medicine, Cardiff. Grunndata er fra tidsperioden 2002–2004, alt etter land og tema, når annet ikke er opplyst¹. Rapporten omfatter alle 25 EU-land, "kandidatlandene" Romania og Bulgaria og de tre øvrige EØS-landene Island, Liechtenstein og Norge samt Sveits.

Rapportens utgangspunkt er den frie etablerings- og yrkesutøvningsrett innenfor EØS-området. Den omfatter også tannhelsepersonell. Samtidig gir den en samlet oversikt over organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i de ulike land. Det er to hovedsystemer for det offentlige engasjement.

10.1.1 Nasjonal helseservice (National Health Service type)

Den bygger på finansiering gjennom skatter og egenandeler fra klientene sin side og full privat tjenesteyting for de områder som ikke er omfattet. En kan dele denne typen opp i to underkategorier:

1. Kategoribundne ytelser:

Ordningene kan være rettet mot utvalgte befolkningsgrupper som for eksempel barn, eldre, lavinntektsfamilier. Rapporten plasserer Norge, Kypros, Danmark, Island, Irland, Malta og Spania i denne gruppen.

2. Universelle ytelser:

Etter sin ordning er ytelsene tilgjengelige for alle borgere, men behandlingstilbudet er i praksis ikke tilsvarende tilgjengelig, spesielt i noen geografiske områder, fordi de fastsatte takster i disse tilfeller ikke gir tilstrekkelige incentiver til etablering for tannhelsepersonell. Rapporten plasserer Finland, Hellas, Italia, Sveige og Storbritannia i denne gruppen.

10.1.2 Sosialforsikringstypen (sykekasser)

Kjennetegn på denne typen er pliktmessige forsikringsordninger med tilgang til subsidiert tjenesteyting, i noen land supplert med frivillige tilleggsforsikringer. Pasientene betaler egenandeler i tillegg til ytelsene fra sykekassene. Også denne hovedtypen er oppført med to underkategorier.

1. Med inntektstak:

Kriteriene knyttet til den "forsikredes" inntekt utelukker grupper av voksne fra tilgang til alle eller de fleste offentlig institusjonaliserte ordningene. I praksis innebærer det gjerne at de i stedet sikrer tilgangen til helsetjenestetilbudet gjennom andre forsikringsordninger, gjerne gjennom sin arbeidsplass tilknytning og med medfinansiering av forsikringspremien fra arbeidsgivers side. Forsikringsordningen dekker da ofte hele familien. Tjenesteytingen er hovedsakelig i privat regi, men det er innrettet en offentlig organisert tjeneste rettet mot dem som har dårlig økonomi eller spesielle grupper som for eksempel barn. Tyskland og Nederland hører til denne gruppen. I noen land er det særlige offentlige ordninger knyttet til arbeidsledighet.

2. Uten inntektstak:

Tilgangskriteriene er ikke knyttet til "forsikredes" inntekt. Kriteriene for tilgangen er knyttet til om en tilhører spesifiserte grupper som for eksempel eldre, barn, spesielle medisinske tilstander. Det kan også gis behandling til dem som ikke kan betale for seg hos privatpraktiserende. Det kan også være delvis tilgang for andre grupper.

Østerrike, Belgia, Tsjekkia, Estland, Frankrike, Ungarn, Latvia, Litauen, Luxemburg, Polen, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia og Sveits hører til denne gruppen.

Tannhelsetjenestens finansiering er gjerne integrert i bredere helseforsikringsordninger, og ordningene på området reflekterer den videre helsepolitiske tradisjon i større grad enn i Norge. I praksis kan det være betydelige avvik. De offentlig definerte hovedmodeller kan dekke over at det kan være betydelige forskjeller i egenandeler og at det mellom ulike land

¹ Dersom andre kilder velges, kan det være noe avvikende tall. Her er sammenligningen mellom landene viktig.

kan variere i hvilken grad personer faktisk er dekket av forsikringsordninger utover de pliktige ordninger. Dette medfører at blant de landene som har sykekasser som hovedmodell, finner en både landene med de mest og minst omfattende tannhelsetjenestene.

I den grad en får del i subsidieelementet uten å benytte de offentlige tjenester, har en tapt sin rett der en ikke har lyktes i å etablere denne tjenesten. Dette gjelder bl.a. i ikke-sentrale deler av Storbritannia. Men for eksempel i Norge er den offentlige tjenesten mer desentralisert enn den private.

Selv om for eksempel Storbritannia er plassert i kategorien Nasjonal helseservice og underkategorien Universelle ytelser, er det vesentlig å merke seg at egenandelskravet innen tannhelsetjenesten gradvis har økt helt opp mot 60 prosent. Sverige i samme kategori har i flere omganger strammet inn sine ordninger innen tannhelsetjenesten. Dette er gjort etter at en så virkningen av svært liberale ordninger for offentlig økonomisk medvirkning.

Selv det forsikringsbaserte og arbeidsplasztilknyttede tyske systemet har vist seg for ekspansivt slik at det er kommet under betydelig press. Forbundsmyndighetene har vedtatt innstramninger, men det framgår ikke av rapporten hvordan dette vil slå ut på tannhelsetjenestområdet.

10.1.3 Produksjonstilknytningen

Et annet viktig skille som ikke blir fanget tilstrekkelig opp av den skjematiske oversikten ovenfor, er skillet mellom offentlig finansiering og offentlig produksjon på den ene siden og privat finansiering og privat produksjon på den andre siden. I Norge er størstedelen av offentlig finansiering knyttet til offentlig tjenesteyting. Fylkeskommunen kan inngå kontrakter med privatpraktiserende om at de skal gi de tjenester fylkeskommunen er ansvarlig for, men denne muligheten blir benyttet i liten grad. Fylkeskommunen kan også bruke ledig kapasitet til å behandle voksent fullt betalende klientell, men de får da ikke del i subsidieelementet i tjenesten. Denne offentlige tjenesten kan likevel ofte være billigere for klienten enn privat sektor.

Både innenfor National Health-konseptet i Storbritannia og innenfor sykekassekonseptet i Tyskland/Nederland er den dominerende ordning at selve tjenesteytelsen gis av privatpraktiserende, til dels etter kontrakt med National Health-systemet og sykekassene/forsikringsselskapene. En vesentlig side er kontraktssystem som gir grunnlag for å

stille effektivitets- og kvalitetskrav og andre krav av forvaltningsmessig karakter. Ulempen med det britiske systemet er at det faktisk ikke oppfyller forutsetningene i sin universelle ordning. Tilgjengeligheten til tjenestene er dårlig i deler av landet. De tyske og nederlandske ordningene er differensierte med langt flere finansielle aktører. I den grad det er pliktig å tegne forsikring, kan det virke inn på konkurransesituasjonen og kostnadskontrollen. Realitetsforskjellen mellom forsikringspremier og skatt kan bli heller liten.

10.1.4 Administrative kostnader

Det er vanskelig å skaffe fram sammenligningsdata på de administrative kostnadene med de ulike ordningene. Rent generelt gjelder at universelle eller klart gruppedefinerte standardordninger medfører forholdsvis mindre forvaltningskostnader enn sterkt differensierte ordninger. Det siste gjelder både om differensieringen går på ytelser eller premiegrupper. Det innvirker også på hvilke markedsførings-/informasjonskostnader det kan bli tale om.

I EU-rapporten er det ingen omtale av helsefremmende og forebyggende tiltak. Noen land knytter ytelsene til en minstefrekvens av oppmøte i tannhelsetjenesten. Andre subsidierer en grunnpakke knyttet til hver konsultasjon. En må anta at begge disse elementer har forebyggende siktemål. Men det ligger i sakens natur at National Health-modellen har et større potensial for å innarbeide samfunnsmessige målsettinger knyttet til forebygging og helsefremmende tiltak enn forsikringsmodellene. I land med forsikringsmodellene må en i større grad supplere med andre offentlige ordninger enn det som naturlig kan inkluderes i hovedordningene for behandling. Også i land med forsikringsmodeller blir det stilt vilkår fra samfunnets side. Den store oppslutningen om tannhelseforsikringen i Nederland skyldes at den er innebygd i den langt mer omfattende helseforsikringsordningen.

10.2 Tannlegedekning og dekning av andre yrkesgrupper

Nedenfor i tabell 10.1 beskrives situasjonen i Sverige, Danmark, Finland, Storbritannia, Tyskland, Nederland og Frankrike. Tannlegedekningen uttrykt som antall innbyggere pr. tannlege, varierer sterkt. I alle de nevnte landene utenom Norden er mer enn 90 prosent av tannlegene privatpraktiserende, i Nederland er det knapt nok noen offentlig ansatte tannleger i det hele tatt. Innen Norden

Tabell 10.1 Tannlegedekning

Land	Antall innbyggere pr tannlege	Andel private tannleger	Antall tannlegeseekretærer pr tannlege	Antall tannleger pr tannpleier
Norge	1.100	70 %	0,8	5,9
Sverige	1.169	43 %	1,05	2,6
Danmark	1.097	70 %	1,5	5,5
Finland	1.098	53 %	1,3	3,1
Tyskland	1.282	Mer enn 90 %	2,2	
Frankrike	1.489	Mer enn 90 %		
Storbritannia	2.097	80 %	1,3	5,1
Nederland	2.119	Tilnærmet bare private	1,5	3,5

Kilde: Manual of dental practice 2004

er det en markert forskjell mellom Norge og Danmark på den ene side og Sverige og Finland på den andre side. I Sverige er de fleste privatpraktiserende dessuten organiserte i en "tannlegekjede". Bruken av andre yrkesgrupper i tannhelsetjenesten varierer mye. I noen land er det markert flere tannhelsesekretærer enn tannleger.

I andre land opererer en med en yrkesgruppe som blir kalt tannhygienister. Dette er en yrkesgruppe nær opp til de norske tannpleiere. For oversiktens skyld kalles de i tabellen for tannpleiere. Tannpleiere er nærmest fraværende i Tyskland. For øvrig har Norge og Danmark et forholdsvis lite innslag av tannpleiere. Det kan være verdt å merke seg at Nederland med tilnærmet bare privatpraktiserende tannleger har vesentlig større antall tannpleiere enn i Norge, men likevel på nivå med offentlig tannhelsetjeneste i Norge. Til gjengjeld er forholdstallet for privat sektor i Norge så høyt som 22, altså vesentlig mindre bruk av tannpleiere enn i Nederland. Størst bruk av tannpleiere har Sverige der innslaget av offentlig ansatte tannleger er klart størst.

10.2.1 Forholdet mellom yrkesgruppene

Det er gått nærmere inn på spesialiseringen i følgende land: Norge, Sverige, Danmark, Finland, Nederland, Tyskland, Storbritannia, Frankrike og Sveits.

Antall innbyggere pr. tannpleiere er i området fra 3100 opp til 4500 i stigende rekkefølge: Sverige, Finland og Sveits. I neste gruppe kommer Danmark (6000), Norge (6400) og Nederland (7300). Det er så et vesentlig hopp opp til Storbritannia (14 200).

Bruken av spesialister kan gi en indikasjon på den ytre spesialisering. Alle nevnte land har kjeveortopedi og alle unntatt Frankrike oralkirurgi. I Norge har en dessuten godkjent pedodonti og peri-

odonti. Pedodonti har ca. fire ganger så god dekning i Sverige, noe lavere dekning i Sveits og klart lavere i Storbritannia. Andre land har ikke denne spesialiteten.

Bare Sverige har noe bedre dekning i periodonti sammenlignet med Norge, men Storbritannia har bare ca. en femtedel så god dekning som dette. Dekningen i Tyskland er svært beskjeden. Ingen andre har denne spesialiteten.

Mellom de nevnte land har Frankrike færrest spesialiteter (1) og Storbritannia flest (9). Sammenligningen viser at Norge har høyt antall tannleger. Det viser også at oppgavene løses ulikt i de ulike landene.

10.3 Konsultasjonsfrekvens

Rapporten viser at det varierer mye mellom landene hvor ofte en konsulterer tannlege. Av landene nevnt ovenfor, er konsultasjonsintervallet i Storbritannia omtrent seks måneder, i Danmark, Frankrike og Nederland ca. ni måneder, i Tyskland og Norge ca. ett år og i Finland og Sverige ca. 18 måneder. Alle rapporterende land understreker at alt etter pasientens tilstand kan denne bli innkalt oftere. Rapporten understreker: "I nesten alle europeiske land innvirker reguleringer på pasientens betaling og private tannlegers godtgjørelser på totalt utgiftsnivå og omfanget av behandling. På grunn av at privatpraktiserende dominerer innenfor tannhelsetjenesten, vil reguleringer når det gjelder pasientbetaling, takstreguleringer og subsidiesystem innvirke på tannlegenes insentiv til å behandle og pasientens insentiv til å oppsøke behandling." Rapporten gir ikke faktaunderlag for å vurdere om slike forskjeller i konsultasjonsfrekvens er tilpasset ulik tannhelsetilstand og ulik forebyggende innsats.

10.4 Offentlig ansvar

I de landene som bygger på forsikringsordninger og sykekasser, vil offentlige myndigheter i liten utstrekning ha et direkte instrumentelt ansvar for å drive en tannhelsetjeneste. Men de må sette rammepåvilkår av ulikt slag rundt tjenesten. I *Tyskland* har forbundsmyndighetene funnet å måtte engasjere seg mot et helse- og sosialsystem (inkludert tannhelsetjenesten) som de oppfatter å ha blitt for ekspansivt. Dette illustrerer at en her er inne på så tunge sektorer at de nasjonaløkonomiske konsekvenser får en egenvekt utover de rent statsfinansielle konsekvenser.

Disse forhold vil selvsagt også ha vekt i land med et nasjonalt helsetjenestesystem. *Storbritannia* har knyttet det instrumentelle ansvaret til helseregioner som i form ligner på de norske helseforetakene. Kontraksordninger med privatpraktiserende tannleger dominerer.

I *Frankrike* har sentrale myndigheter på en noe spesiell måte intervenert i et system som er forsikringsdominert. Det bygger på en avtale mellom staten og 98 prosent av alle privatpraktiserende tannleger innenfor et rammeverk som blir kalt Convention. Alle med lovlig opphold i Frankrike kan etter Convention få fjernet tannstein og få utdelt fluortabletter gratis. Innenfor aldersgruppen 13–19 år blir det tilbudt et gratis program over tre år. En får da en årlig konsultasjon som omfatter oralhygiene, kostholdsråd, ulike forebyggende tiltak som forseglinger og nødvendig bevarende behandling. Sécurité sociale dekker kostnadene.

For bevarende og operativ behandling kan pasienten få opp til 70 prosent refusjon. Refusjonen blir gitt med utgangspunkt i offentlige takster, i en del tilfelle etter forhåndsgodkjenning. Noen takster har ikke vært regulert på 40 år. Fra år 2000 er det opprettet en egen sykekasse spesielt for å sikre svakere grupper tilgang til tannhelsetjenester. Convention regulerer også noen av de takster tannlegene kan kreve.

I *Danmark* har kommunene ansvaret for gruppen 0–18 år. Tjenesten er gratis for klientene. 200 av 275 kommuner utøver tjenesten ved egne tilsatte. Barna kan likevel oppsøke annen tannlege, men må da betale en egenandel på 35 prosent.

Amtene subsidierer voksne pasienter i samarbeid med Dansk Tandlægeforening. Amtet betaler i gjennomsnitt 20 prosent av utgiftene. Subsidiegraden er større for aldersgruppen 18–25 år. Forebygging og grunnleggende behandling har høyere subsidiegrad og særlig kostbare behandlinger, som for eksempel oralkirurgi, lavere. For de fleste voksne dekker amtet ikke utgifter til ortodonti,

kroner og broer og løse proteser. Utgiftene blir derimot dekket fullt ut dersom behandlingen forutsetter sykehusinnleggelse. Også funksjonshemmede, personer med "lav økonomisk status" og pensjonerte kan få gratis tjenester. Ellers kan kommunene yte sosialhjelp i denne sammenheng. Vanligvis vil hjemløse og rusmiddelmissbrukere på denne måten kunne få gratis tannhelsetjenester.

Ca. 25 prosent av alle voksne har tegnet sykeforsikring som i noen grad også dekker tannhelseutgifter.

I *Sverige* har landstingene ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Denne yter gratis tjenester til barn og ungdom opp til 19 år. De kan også få denne tjenesten fra andre tannleger.

Voksne og eldre kan få subsidierte ytelser enten via den offentlige tannhelsetjenesten eller ved privatpraktiserende. Takstnivået er uregulert, men subsidiebeløpet er faste summer. Slike subsidier blir gitt for grunnleggende behandling som forebygging, fyllinger og øyeblikkelig hjelp.

Langtidssyke, personer med spesielle sykdommer og de med særlig behov får et fastbeløp i støtte til tannbehandling. I 2003 ble det satt en øvre kostnadsgrænse for støtte til proteser og ortodonti tilsvarende 600 €. Over dette nivået er subsidiebeløpet en fastsum. Utenom materialkostnader får personer over 65 år dekket utgifter til proteser med en øvre grænse (pr. 2003) tilsvarende 850 €.

Noen behandlinger krever forhåndsgodkjenninger for å gi grunnlag for støtte.

I *Finland* er det kommunene som har det utøvende offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten. Finland har ikke noe forvaltningsnivå tilsvarende fylkeskommunen i Norge, men kan for noen oppgaver opprette kommuneforbund. Bruken av kommuneforbund er ikke nevnt i forbindelse med tannhelsetjenesten. Kommunene driver klinikker tilknyttet helsesentra. Det eksisterer en trygdeordning (KELA) der økonomien blir sikret av regjeringen fra skatteinntektene. Av totale tannhelseutgifter i Finland blir 36 prosent dekket av det offentlige, halvdelen av kommunene og halvdelen av staten. Av alle utgifter betaler KELA sju prosent og arbeidsgiverne én prosent. Fram til 2002 måtte voksne betale alle tannhelseutgifter, men etter den tid er også de omfattet av KELA-ordninger.

Etter 2002 kan ikke de kommunale tannklinikene nekte tilgang til tannhelsetjenestene ut fra alderskriteria. Tjenesten for aldersgruppe opp til 19 år er gratis. For voksne er tjenesten på de kommunale tannklinikene vanligvis billigere enn hos privatpraktiserende. Reell tilgang til tjenestene kan variere med geografien. Forsikringsfinansiering spiller en ubetydelig rolle.

På *Island* er grunnsystemet at alle må betale selv for tannhelsetjenester i motsetning til andre helsetjenester. Det er likevel et system for sosial sikkerhet som kan gi støtte. I praksis blir slike ytelser helst gitt til barn under 18 år, eldre over 67 år og funksjonshemmede fra fødsel av eller etter ulykke. Staten dekker utgiftene.

Norge har en ordning der fylkeskommunene er den dominerende aktør på tannhelseområdet

på offentlig side. Det aller meste av produksjonen av tannhelsetjenester innenfor ansvarsområdet er ved egne tilsatte. Privat sektor innenfor tannhelsesektoren er vel tre ganger større enn offentlig sektor. Folketrygden gir støtte til noen behandlinger på gitte vilkår. Støtten til kjeveortopedi og behandling av periodontitt gir de mest tyngende utgiftspostene.

Kapittel 11

Utvalgets vurderinger og tilrådninger

De forgående kapitlene har gitt en omfattende beskrivelse av dagens tannhelsetjeneste. Med utgangspunkt i beskrivelsen og mandatet utvalget har fått, mener utvalget at det må gjennomføres forbedringer i tannhelsetjenesten. På denne bakgrunnen gir utvalget en rekke begrunnede anbefalinger til innholdet i ny tannhelsepolitikk.

11.1 Verdier og mål i den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalgets anbefalinger bygger på verdiene og målsettingene som allerede ligger til grunn for norsk helse- tjeneste generelt, og tannhelsetjenesten spesielt:

St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier i den norske helsetenesta

- Gi likeverdig tjenestetilbud over hele landet, uavhengig av kjønn, bosted, etnisk og sosial bakgrunn og økonomisk evne.
- Sikre tilstrekkelig og god tilgang til faglig forsvarlige tjenester som tilfredsstiller internasjonale standarder.
- Helsetjenesten skal i hovedsak være offentlig finansiert, og underlagt folkevalgt styring.
- Fordeling av helsetjenester skal ikke bygge på rendyrkede markedsmekanismer, men markedsenelementene skal medvirke til en ansvarlig forvaltning av tilgjengelige ressurser og bedre service overfor den enkelte.

St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge

- Helhetlig, kontinuerlig og samordnet innsats i det helsefremmende arbeidet, herunder tannhelse.
- Bygge allianser i folkehelsearbeidet, og forplikte til politisk planlegging som tar ansvar for folkehelsen innenfor vår sektor.
- Fylkeskommunens mulighet til å innta en sentral rolle i folkehelsearbeidet ved å samordne statens, fylkeskommunens og kommunenes virksomhet på feltet.

- Bidra til sosial utjevning for å fremme folkehelsen.
- Behovet for systematisk oppbygging av kunnskap og kompetanse i folkehelsearbeidet.

St.prp. nr. 1 (2004-2005) Regjeringens verdigrunnlag i helsepolitikken som bygger på

- Respekt for menneskelivet og menneskeverdet
- Omsorg for svakstilte
- Satsing på forebygging
- Personlig ansvar for egen helse
- Felleskapsansvar for et helsetjenestetilbud til alle
- Helhetlig behandlingstilbud
- Gode helse- og omsorgstjenester gjennom informasjon, kvalitetssikring og god ressursutnyttelse
- Helse- og omsorgstilbud tilpasset den enkelte
- Økt valgfrihet og medbestemmelse for pasienter og brukere i forhold til tjenestetilbudet

Utvalget understreker målsettingen om at det hele tiden må være behovet til den enkelte pasient som skal være utgangspunktet for det offentlig finansierte tjenestetilbudet. God samhandling mellom alle nivåene i helsetjenesten skal sikre at alle opplever at helsetjenesten er til for dem, uavhengig av om det er helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene eller private som tilbyr hele eller deler av tjenesten.

11.1.1 Den offentlige tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten består av en offentlig lovforankret tannhelsetjeneste for barn og andre prioriterte grupper finansiert av det offentlige, og av en markedsbasert modell for voksne der finansieringen i hovedsak baseres på egenbetaling. For visse typer behandling gis det refusjon fra folketrygden.

Det er betydelig mindre offentlig medvirkning i organisering og finansiering av tannhelsetjenesten enn i helsetjenesten for øvrig. Av de samlede utgiftene til tannhelsetjenester i Norge, er mindre enn en fjerdedel finansiert av det offentlige. En til-

svarende andel av det samlede tjenestetilbudet er i offentlig regi. For helsetjenester for øvrig står det offentlige for 85 prosent av den samlede finansiering, og 98 prosent av det samlede tjenestetilbud. Sammenlignet med den offentlige helsetjenesten er den offentlige tannhelsetjenesten spesiell fordi den gir et oppsøkende og vederlagsfritt tilbud til definerte grupper, prioriterer forebyggende tiltak og sørger for tannhelsetjenester til hele befolkningen i områder av landet hvor det ikke er tilstrekkelig tilbud fra privat sektor

Mens virkemidlene for å nå de helsepolitiske målene har endret seg over tid, har det vært bred enighet i Stortinget de senere årene om verdi-grunnlaget og målsettingen i helse- og omsorgstjenesten i Norge. Som en integrert del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, preges lov om tannhelsetjenesten av 1983 nettopp av dette verdi-grunnlaget. Etter loven har fylkeskommunen ansvaret for offentlig virksomhet og skal:

- fremme tannhelsen i befolkningen, og gjennom tannhelsetjenesten sørge for nødvendig forebygging og behandling, spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen
- fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylkeskommunen

For grupper som ikke har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten, finansieres noe av behandlingen over folketrygden. Folketrygdlovens formål gis i § 1-1: "Folketrygdlovens overordnede formål er å gi økonomisk trygghet og bidra til utjevning".

Utvalget mener at de varige og økende rekrutterings- og stabilitetsproblemene de senere år sliter på tjenesten og bidrar til at man ikke klarer å nå vedtatte målsettinger. Det er derfor viktig at staten aktivt benytter virkemidler fremover som styrker tjenestens innhold og attraktivitet. Dette er nødvendig for at den offentlige tannhelsetjenesten skal være i stand til å sørge for at det finnes et fullverdig tannhelsetjenestetilbud i alle deler av landet og til alle grupper som trenger det. Det forebyggende arbeidet må styrkes både i privat og offentlig tannhelsetjeneste. Målrettede forebyggende tiltak må alltid vurderes, og inngå i behandlingsplanen for den enkelte pasient. Utvalget viser i den sammenhengen til St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, som peker konkret på tannhelsetjenestens viktige bidrag i forebyggende arbeid i

forhold til å redusere sosiale ulikheter i helse (kapittel 5):

"De forebyggende helsetjenestene, og spesielt helsestasjonene og skolehelsetjenestene, har en særlig viktig utjevnerende rolle. Også den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Disse tjenestene når de fleste, virker i meget liten grad stigmatiserende og har muligheten for å kombinere et primærforebyggende perspektiv med en spesiell oppmerksomhet og håndtering av utsatte og mindre privilegerte grupper."

11.1.2 Hovedutfordringene krever sterke virkemidler

Utvalget vil peke på fem hovedutfordringer for å kunne nå målsettingene for tannhelsepolitikken:

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.

Myndighetene har noen virkemidler for å løse utfordringene. Virkemidlene er penger, lover (herunder organisering) og utdanningspolitikk. Mangelen på tannleger er et problem knyttet til tilbuds-siden og kan påvirkes blant annet gjennom lønnsnivå og lønnsystemer. Videre kan myndighetene styre tilbydere mot prioriterte områder og grupper ved hjelp av lover og regler. Utdanningspolitikken kan styre tilgangen på personell, og dermed også profesjonssammensetningen. Subsidier av tjenester og stønad kan påvirke etterspørselen blant prioriterte brukere.

Utvalget mener at den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes for å være i stand til å gjennomføre hovedutfordringene vi står overfor. Styringsmuligheter til forvaltningsnivået for den offentlig tannhelsetjenesten er helt avgjørende for at vi kan få til en bedre geografisk fordeling av personell. Det vil også sikre et godt oppsøkende tannhelsetil-

bud som store grupper av befolkningen, av ulike sosiale eller medisinske grunner, har behov for.

Videre mener utvalget at intensjonene i lov om tannhelsetjenesten om en samordning av offentlig og privat virksomhet, ikke er innfridd. Dette skyldes at fylkeskommunen som har ansvaret for denne samordningen, i realiteten ikke har hatt effektive virkemidler. Samhandling basert på frivillighet har vist seg vanskelig. For å oppnå en sterkere integrasjon av offentlig og privat sektor, er det en forutsetning at det offentlige tillegges et forvaltningsansvar for en samlet sektor med tilhørende virkemidler. Forvaltningsansvar for en samlet offentlig og privat sektor kan være:

- Tilrettelegge for faglig oppdatering / etterutdanning i samarbeid med andre institusjoner og pålegge tannhelsepersonell å delta
- Stille krav om rapportering av nødvendige data
- I samarbeid med fylkeslegen og andre tilsynsmyndigheter utvikle prosedyrer og systemer for systematisk tilsyn.
- På vegne av fylkeslegen avgi faglige vurderinger ved klager
- Styre etableringen ved bruk av tannlegehjemler / bevilling i regionen
- Organisere tannlegevakt og pålegge private å delta
- Andre

Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid bør styrkes, og i større grad integreres i det generelle folkehelsearbeidet. Det forholdet at tannhelsestjenesten har regelmessig kontakt med store grupper av befolkningen, gjør den viktig som en samarbeidspartner i det helsefremmende arbeidet.

Det er fremdeles et potensiale for endringer i oppgavefordelingen gjennom å tilsette flere tannpleiere i både offentlig og privat sektor. I privat sektor er potensialet betydelig, men avhenger blant annet av endringer i praksisstrukturen. Det er ønskelig at oppgavene blir fordelt mellom tannpleierer og tannleger slik at ressursene anvendes mest mulig effektivt. En forutsetning for optimal oppgavefordeling er at tannlege og tannpleier arbeider i team. I tannklinikker uten tannpleier utfører tannlegen mange oppgaver som en tannpleier kunne ha utført.

Utvalgets tilrådinger: *Utvalget mener at den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes for å kunne løse utfordringene den står overfor. En sterk offentlig tannhelsetjenesten 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 i den offentlige tannhelsetjenesten.

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 regionen.

11.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

I helsetjenesten har det vært vanlig å bruke begrepene helsefremmende og forebyggende arbeid. I praksis kan det være vanskelig å skille mellom de to begrepene, men teoretisk og metodemessig er det stor forskjell:

- Helsefremmende tiltak går ut på å bedre forholdene i samfunnet ved å øke forekomsten av faktorer som gir god helse, og svekke dem som medfører helserisiko. Strategien omfatter alle mennesker, både friske og syke, uavhengig av risikoen for sykdom.
- Forebyggende tiltak skal forhindre at det oppstår sykdom eller skade. Dette omfatter sykdom-, skade- og problemforebyggende tiltak etter vurdering av risikofaktorer.

11.2.1 Helsefremmende arbeid i befolkningen

St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge satte helsefremmende arbeid på dagsorden. Meldingen går inn for at det etableres partnerskap for folkehelse, som en strategi for å oppnå god helse i befolkningen. Partnerskapet skal bygge på klare avtaler og gjensidige forpliktelser. På sikt er det forventet at arbeidet skal gi kunnskap og kompetanse til å utvikle lokale og regionale partnerskap for folkehelsearbeidet.

En av de første utfordringene tannhelsetjenesten møter i helsefremmende arbeid, er det tradisjonelle skillet mellom helse og tannhelse. Både generell helsetilstand og tannhelsetilstand følger imidlertid det samme fordelingsmønsteret i befolkningen. Jo dårligere sosioøkonomiske betingelser man lever med, desto dårligere er tannhelsen, statistisk sett.

Rådene som helsetjenesten og tannhelsetjenesten gir for å bedre helsen er ofte sammenfallende. God munnhygiene, balansert kosthold, redusert sukkerinntak, bruk av fluorider for å forebygge karies (hull i tennene) og røykfrihet er tannhelsetjenestens viktigste anbefalinger. Utfordringen er å utvikle nye virkemidler som når målgruppene. Utvalget støtter Sosial- og helsedirektoratet sin handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse.

11.2.2 Forebyggende arbeid

I det sykdomsforebyggende tannhelsearbeidet er utfordringen god kunnskapsformidling og motivasjon, slik at den enkelte får råd og hjelp til å ta ansvar for sin tannhelse ut fra sine forutsetninger.

Tannhelsetjenesten bruker mesteparten av sine ressurser på to sykdommer - karies (hull i tennene) og periodontitt (tannløsningssykdom som bryter ned tenneses feste i kjeven). Tidligere tannreparasjoner genererer mer tannlegearbeid. En stor del av tannlegens tid går med til vedlikehold av tidligere behandlinger. Det er fortsatt et stort potensial for forebygging av de to tannsykdommene.

Foruten sosiale ulikheter i tannhelse i befolkningen, har vi noen identifiserbare grupper som, i tillegg til andre utfordringer, også har tannhelseproblemer:

- funksjonshemmede og pleietrengende
- personer med sjeldne diagnoser og kroniske lidelser
- personer under lov om psykisk helsevern
- personer som misbruker rusmidler
- småbarn med ikke-vestlig bakgrunn

Utvalget mener at det må settes inn målrettede, forebyggende tiltak for disse gruppene.

Det forholdet at tannhelsetjenesten har kontakt med hele alderskohorter av barn fra 3 – 18 år med sin oppsøkende virksomhet, er et spesielt fortrinn når det gjelder å oppdage andre alvorlige problemer i denne aldersgruppen. Utvalget mener tannhelsepersonell fortsatt bør ha en viktig funksjon i arbeidet med å oppdage problemer hos barn som må ha oppfølging hos andre instanser enn tannhelsetjenesten, gjennom et tettere samarbeid med andre etater.

11.2.3 Gjennomføring og organisering av det helsefremmende og forebyggende arbeidet

I lov om tannhelsetjenesten er helsefremmende og forebyggende arbeid prioritert. Den offentlige tannhelsetjenesten har gjort en innsats på dette området. Utfordringen er imidlertid mangel på evidensbasert kunnskap, og utvalget mener forskningen på hva som virker, bør styrkes. For å danne basis for slik forskning, må det synliggjøres og dokumenteres hvordan dette arbeidet prioriteres. Utvalget mener det er behov for visse krav til rapportering av omfang og innhold i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Formålet er å kvalitetssikre dokumentasjon på en måte som fremmer tiltak med effekt. Samarbeid med andre helse- og sosialtjenester er avgjørende. God sam-

handling er en utfordring når tjenestene er organisert på ulike forvaltningsnivåer. Det må stilles krav til god samhandling mellom de forskjellige forvaltningsnivåene i helsetjenesten, herunder tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten bør ha kompetanse til å bistå i undervisning og etterutdanning av helse- og sosialpersonell.

Utvalget mener en viktig forutsetning for å øke satsingen i dette arbeidet, er forankring i ledelsen hos partene som skal samarbeide. Ansvaret for igangsetting av helsefremmende arbeid i tannhelsetjenesten bør legges nært opp til ledelsen, som tar initiativ i helsefremmende arbeid, koordinerer innsatsen og involverer mulige samarbeidspartnere. Tiltak av mer forebyggende karakter bør også samordnes, kvalitetssikres og i stor grad initieres herfra. Med sin kompetanse har tannpleiere særlige forutsetninger for å planlegge og utføre dette arbeidet. Data på tannhelsetilstand og tannhelseresultater i befolkningen og grupper av befolkningen må være tilgjengelig til bruk i helsefremmende og forebyggende arbeid.

De viktigste arenaer for samarbeid er helsestasjoner, pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. I tillegg vil skoler, barnehager, eldreråd, sykehus, apotek, frivillige organisasjoner og næringsliv være nyttige samarbeidspartnere. Tannhelsetjenesten bør ta initiativ til tverrfaglig samarbeid og gjøre andre etater oppmerksom på mulige uheldige konsekvenser av vedtak, tiltak eller mangler i andre sektorer. Myndigheter bør også ta helsefremmende grep ved å regulere tilgjengelighet på sunne og usunne valg.

Blant tannhelsetiltakene er god tannhygiene med fluortannkrem to ganger om dagen det rådet som er best dokumentert i vitenskapelig litteratur. Dette er etter hvert et godt innarbeidet tiltak i befolkningen, men budskapet må stadig gjentas for å vedlikeholde kunnskap etter som nye generasjoner kommer til.

Helseproblemer som f.eks. overvekt, diabetes og dårlig tannhelse kan motvirkes på flere måter. Viktige tiltak kan være å gjøre godt drikkevann tilgjengelig, gjøre det mulig å velge sunn mat i kantiner, innføre skolemåltid, gjøre frukt og grønnsaker bedre tilgjengelig, ha pedagogisk fokus på sunt kosthold og munnhygiene i barnehagene og innføre røykfrie miljøer.

Utvalgets tilrådinger: *I det helsefremmende og forebyggende arbeidet mener utvalget det er 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.*

11.3 Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet

11.3.1 Hvorfor ikke generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester?

Offentlig finansiering av tannhelsetjenester innebærer at skattebetalerne betaler, fremfor brukerne. Når utvalget *ikke* går inn for en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester for den voksne befolkning, slik praksis er for helsetjenester for øvrig, skyldes det i første rekke at argumentene knyttet til omfordeling og forsikring er svakere for tannhelsetjenester enn for helsetjenester (se Kap 9). Det er mindre grunn til å forsikre seg fordi framtidige tannhelseutgifter for folk flest er betydelig mer forutsigbare enn framtidige helseutgifter. I tillegg er kostnadene for de fleste tannhelsetjenestene betydelig lavere enn kostnadene for kurative helsetjenester. Dersom folk hadde ønsket gratis tannhelsetjenester ved behov, ville de ha kjøpt en forsikring som dekker slike utgifter. Et marked for denne typen privat tannhelseforsikring er nærmest fraværende.

Sammenliknet med øvrige sykdommer i kroppen synes dårlig tannhelse å være mindre alvorlig generelt sett, og det er heller ikke smittsomt. Derfor er omfordelingsargumentet for offentlig finansierte tannhelsetjenester for "vanlige voksne" relativt svakere enn for helsetjenester.

Andre argumenter mot å gå over til generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester, er at det vil øke skattene. Det ville være rettferdig i den forstand at det er skattebetaleren, og ikke brukerne som betaler, men lavere priser ville samtidig medføre økt etterspørsel etter flere tjenester som brukerne ikke selv er villige til å betale for, noe som er samfunnsøkonomisk ineffektivt. En økt etterspørsel etter tannhelsetjenester ville dessuten medføre at tilbyderne i sentrale strøk av landet får svakere økonomisk motivasjon til å flytte til deler av landet som mangler tannleger. En overgang til offentlig finansierte tannhelsetjenester for den voksne befolkning generelt vil følgelig ikke bidra til å redusere de geografiske ulikhetene i tjenestetilbudet. Overgangen kan også lede til en dreining av tjenestetilbudet mot relativt mer forbruk av kosmetiske tannhelsetjenester i stedet for økt tilbud av nødvendige tjenester til de gruppene som har svak tannhelse.

Utvalget mener at det er uproblematisk for friske voksne å ta vare på egen tannhelse, men for folk som får behov for kostnadskrevenne tannbehandlinger som følge av spesielle årsaker, vil det fortsatt være muligheter for trygdefinansiering, se

kapittel 11.3.6. Det offentliges engasjement bør rettes mot de gruppene som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester, samt mot barn og unge og personer med funksjonstap.

Utvalgets tilrådinger: *Utvalget går av flere grunner ikke inn for en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester. Det tilrådes at det offentliges engasjement rettes mot de grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester.*

11.3.2 Endringer i organiseringen av helsesektoren

I punkt 7.4 har utvalget kort beskrevet endringer i organiseringen i øvrig helsesektor og endringer i lovverket som har hatt relevans for dagens offentlig finansierte tannhelsetjenester. Disse endringene har blant annet medført at gruppeinndelingen i den nåværende lov om tannhelsetjenesten ikke lenger er i tråd med lovens intensjon. Dette gjelder spesielt gruppen som er definert ut fra opphold i institusjon.

Tidligere ble pleie av eldre og syke i all hovedsak utført i institusjon. I dag foregår pleien stort sett i hjemmet. Dersom pleien skjer som hjemme-sykepleie gjennom den kommunale helsetjenesten, har en rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Gis pleien derimot som hjemmehjelp gjennom den kommunale sosialtjenesten, eller den utøves av pårørende eller andre, har en ikke rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

De siste årene har det vært stort fokus på psykisk helse og rusproblematikk. Dette har resultert i reformer og endringer i lovverket (beskrevet under punkt 7.4). For personer med psykiske lidelser har endringene blant annet medført at dagens behandling i større grad foregår utenfor institusjon i motsetning til tidligere, hvor behandlingen foregikk i institusjon. I tillegg er det grunn til å peke på at de som fortsatt behandles i institusjon, i de fleste tilfellene har langt kortere liggetid enn tidligere, men ofte med hyppige gjeninnleggelsler. Dette er forhold som virker direkte inn på dagens rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

Rusreformen har blant annet medført en generell styrking av helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere. Det gjelder også innenfor tannhelsetjenesten. Rusreformen innebærer blant annet at flere tjenester nå er omdefinert fra å være sosiale tjenester til å være spesialisthelsetjenester. Tjenestene reguleres av spesialisthelsetjenesteloven, og institusjoner som tilbyr spesialisert behandling for rusmiddelbruk er nå definert som helseinstitusjoner. Det innebærer at rusmiddelmissbrukere i institusjon har fått rettigheter

ter i den offentlige tannhelsetjenesten etter reformen. Rettighetene er på vanlig måte knyttet til institusjonsopphold utover 3 måneder. Men på samme måte som ovenfor, foregår store deler av behandlingen også utenfor institusjon.

Utvalget ser at utviklingen har medført at det ikke lenger er treffende å bruke institusjonelle kriterier for retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Når institusjonskriteriet ikke lenger har relevans på samme måte som tidligere, står man overfor en utfordring når det gjelder å finne andre kriterier for retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester for dem som på grunn av funksjonstap, sykdom eller andre forhold ikke selv greier å ta vare på egen tannhelse.

Når utvalget har vurdert hvilke grupper som i fremtiden skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, og hvilke inklusjonskriterier som skal gjelde, har utvalget drøftet om individuell plan kan være et egnet virkemiddel i denne sammenheng.

Innenfor både helse- og sosialtjenesten har alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan. Målsettingen med individuelle planer er at alle personer som har langvarige og sammensatte behov for tjenester skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Lovbestemmelsene om en individuell plan gir pasienten en rett til å få utarbeidet selve planen, men det foreligger ingen lovbestemt rett til å få planen gjennomført. Rettigheter i forhold til de enkelte elementene i planen er imidlertid forankret i de respektive lovverk.

Utvalget ser at mange av dem som har krav på individuell plan, også er personer som kan ha særlig behov for tannhelsetjenester. På den andre siden vil det være mange som har et særlig behov for tannhelsetjenester, men som ikke har krav på en individuell plan. Det innebærer at en individuell plan i seg selv ikke er egnet til å definere hvem som skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Derimot finner utvalget det åpenbart at nødvendige tannhelsetjenester bør inngå som en del av den individuelle planen når det utarbeides en slik plan, og tilrår at det foretas nødvendige lov-messige tilpasninger for å sikre dette.

11.3.3 Hvem bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester?

Utvalget mener at offentlig finansiering av tannhelsetjenester bør tilbys grupper med særlige behov, vurdert ut fra alder, funksjonstap, medisinske tilstander eller andre forhold. Dette vil blant annet gjelde barn og unge, personer med kognitive til-

stander som gjør at de ikke kan ta vare på egen tannhelse, personer med medisinske tilstander som manifesterer seg i munnhulen, og personer med medisinbruk som resulterer i problemer i munnhulen. Utvalget har også drøftet om nærmere definerte lidelser skal gi rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, og om økonomiske forhold skal danne grunnlag for slike rettigheter.

Barn og unge fra 0 – 18 år

De første avgjørende holdningene dannes i denne perioden. Det er viktig med forebygging, og det er viktig å oppdage tannsykdommer på et tidlig stadium. Utvalget er også opptatt av at denne gruppen skal få det samme tilbudet, uansett hvordan foreldre eller andre omsorgspersoner prioriterer nødvendigheten av tannhelsetjenester.

I dag har også 19- og 20-åringene rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Begrunnelsen for at denne gruppen fikk et tilbud da loven ble utarbeidet, var å lette overgangen til voksentannpleien. Utvalget ser imidlertid ingen grunn til at overgangen er lettere ved 20 år enn ved 18 år. Derimot vil mange fortsatt bo hjemme i 18-års alderen, og foreldre eller andre omsorgspersoner vil ha muligheter til å bistå i overgangen til voksentannpleien. Utvalget er derfor av den oppfatningen at offentlig finansierte tannhelsetjenester bør gjelde til og med 18 år.

Av praktisk administrative hensyn mener utvalget at retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester bør gjelde ut det kalenderåret pasienten fyller 18 år. Utvalget vil imidlertid foreslå at den siste konsultasjonen i offentlig tannhelsetjeneste inneholder en utvidet og individuelt tilpasset rådgivning i forhold til oppfølging av egen tannhelse. Dersom pasienten ønsker det, bør rådgivningen også omfatte assistanse med å finne frem til en klinikk for videre oppfølging.

Personer med alvorlig psykisk lidelse

Denne gruppen har i dag rettigheter knyttet til institusjonsopphold eller ukentlig hjemmesykepleie utover tre måneder. Når institusjonskriteriet ikke lenger er treffende for gruppen, må andre kriterier legges til grunn for å styrke gruppens rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Utvalget erkjenner imidlertid at grenseoppgangen ikke er enkel.

Utvalget mener at ikke alle med psykisk lidelse vil ha et spesielt behov for tannhelsetjenester, men at tilbudet må rettes mot dem med mer alvorlige psykiske lidelser. Utvalget har under punkt 5.4 omtalt tannhelsetjenester og psykiatriske pasien-

ter. I tabell 5.3 gis det et anslag på hvor mange som har *alvorlige* psykiske lidelser. Alvorlige psykiske lidelser er her definert som schizofreni og liknende tilstander, alvorlige affektive lidelser (bipolare) og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Utvalget går inn for å avgrense retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester til personer med denne typen *alvorlige* psykiske lidelser. Utvalget legger til grunn at det vil være mange i denne gruppen som har behov for hjelp til å følge opp egen tannhelse på grunn av sin sykdom. Rettigheten bør utløses på bakgrunn av erklæring fra psykiater eller psykolog.

Personer med alvorlig rusmiddelavhengighet

På samme måte som for gruppen ovenfor, har denne gruppen rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten basert på institusjonsopphold (eventuelt hjemmesykepleie) utover tre måneder. Utvalget ønsker også her å komme bort fra institusjonsopphold som inklusjonskriterium for retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Utvalget finner det åpenbart at det er mange innenfor denne gruppen med stort behov for tannhelsetjenester. Utvalget vil ikke gå inn for at rusmiddelavhengighet alene skal gi rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, men at tilbudet bør knyttes til at vedkommende er i en rehabiliteringsfase. Utvalget går inn for at gruppen avgrenses til å omfatte personer i rusmiddelomsorgen, definert i forhold til lov om sosiale tjenester kapittel 4 (sosiale tjenester mv.) og kapittel 6 (særlige tiltak overfor rusmiddelbrukere).

Personer med kroniske somatiske sykdommer, funksjonshemming eller spesielle odontologiske lidelser

Det er dokumentert blant annet ved helseundersøkelsen i 1985, at kronisk syke og funksjonshemmede i Norge har færre tenner og går sjeldnere til tannlege enn resten av befolkningen. Tendensen var den samme ved helseundersøkelsen i 1995.

Mange med kroniske tilstander kan få munnhelseproblemer knyttet til grunnlidelsen eller behandlingen av denne. Det kan skyldes utviklingsforstyrrelser i tenner, spyttkjertler eller kjever dersom tilstanden er medfødt eller ervervet i tidlig barnealder. Noen vil ha muskelsvakhet som kan påvirke både kjeveutvikling og muligheten til selv å ta vare på munnhygien. Mange tilstander er progressive med økende plager over tid, mens andre krever langvarig (ofte livslang) medikamentbehandling som kan forårsake munntørrethet eller gi reaksjoner i tannkjøttet. Pasientene kan ha

ervert lidelser eller ha allergier som vesentlig vil påvirke tannhelsen.

Ved tannsykdommer, munnsykdommer og kjevesykdommer som er spesifisert i forskrift til § 5-6 i folketrygdloven, gis det pliktmessige ytelser, dvs. de har lovbestemte rettigheter. I tillegg kan det gis bidrag etter § 5-22 når medfødt eller ervervet defekt, eller annen sykdom eller behandling av slike lidelser har medført skade eller sykdom som vesentlig forringer tannhelsen. Bidrag kan også gis hvis behandlingen antas å ville føre til en vesentlig funksjonsbedring etter svekkelse som skyldes medfødt eller ervervet somatisk sykdom.

Utvalget mener det offentlige fortsatt må sikre støtte til tannbehandling for dem som har slike lidelser. Utvalget foreslår også at regelverket forenkles, og at rettighetene styrkes ved overflytting av tannhelsetjenester fra § 5-22 (bidrag) til § 5-6 (pliktmessige ytelser), jf nærmere omtale i kapittel 11.3.6.

Psykisk utviklingshemmede

Denne gruppen har, og bør fortsatt ha rett til gratis tannhelsetjenester. Nærmere avgrensning av gruppen bør legges til departementet eller direktoratet.

Personer med funksjonstap

Denne gruppen har i dag rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten knyttet til institusjonsopphold utover tre måneder eller ukentlig hjemmesykepleie med varighet utover tre måneder. I og med at pleie av syke og eldre i stor grad skjer i hjemmet, er det i dag færre som har rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester enn da lov om tannhelsetjenesten ble vedtatt.

Utvalget ser også behovet for å fange opp personer som på grunn av sykdom eller alder, er så redusert at de ikke lenger er i stand til å oppsøke tannhelsepersonell, men som ikke er under den kommunale pleie- og omsorgsordningen.

Aldersrelatert funksjonstap og betydningen for tannhelsen er omtalt under punkt 4.2.6. Der er det beskrevet en ADL-indeks som måler omfanget av funksjonssvikt i ti grunnleggende egenomsorgsfunksjoner. Denne indeksen kan være et egnet hjelpemiddel for å avgjøre om og eventuelt når pasienten ikke lenger kan forventes å ivareta egen tannhelse. Problemet er imidlertid hvem som skal fastsette funksjonstapet. Utvalget har drøftet hvorvidt fastlegen kan være en aktør i denne sammenheng. Utvalget ser at fastlegen i liten grad vil være i stand til å vurdere odontologiske forhold, men det

er imidlertid ikke avgjørende. Det avgjørende er vurderingen av det eventuelle funksjonstapet som kan påvirke mulighetene til å ta vare på egen tannhelse. Utvalget foreslår at fastlegen, ut fra en vurdering av funksjonstap, gis rett til å henvise til offentlig finansierte tannhelsetjenester på bakgrunn av klare retningslinjer gitt av departementet i forskrift.

Tannhelsetjenester på sykehus

I Sverige finnes det sykehus-tannleger og tannpleiere på de fleste sykehus. Siden 1999 har sykehuse-sene hatt et program for "Tandvård som led i sjukdomsbehandling" som sammen med "Nødvendig Tandvård" og "Oppsøkande virksomhet", får ca. 600 mill. kroner i statlige midler pr. år. Sykehus-tannlegene har over tid opparbeidet en betydelig kompetanse omkring sykdommenes og medikamentenes negative konsekvenser for oral helse, som de i flere sammenhenger formidler til den øvrige helse- og tannhelsetjenesten. Også i Danmark blir tannhelsepersonell ansatt på sykehus.

De få tannleger som i dag er ansatt på norske sykehus, arbeider stort sett bare med kirurgi (spesialister i oral kirurgi) eller med behandling i generell anestesi på barn og voksne som ikke kan behandles på vanlig måte. Kapasiteten på slike tjenester er begrenset, og de fleste sykehus har lange ventelister for tannbehandling i generell anestesi.

Et tannhelseteam ansatt på sykehus vil kunne kartlegge oralmedisinske problemer hos innlagte personer, også de med kroniske tilstander, iverksette forebyggende tiltak, veilede annet helsepersonell i forhold til pasientenes orale helse, henvise videre for oppfølging i den offentlige tannhelsetjenesten og behandle noen grupper som ikke lar seg behandle i ambulant praksis. Det gjelder blant annet personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Utvalget mener det er behov for tannhelseteam på utvalgte sykehus og foreslår at myndighetene utreder dette, med sikte på å etablere forsøk med tannhelseteam på sykehus.

Personer med svært lav inntekt

Opplysninger utvalget har innehentet (punkt 5.10) viser at ca 20 prosent av befolkningen i aldersgruppen 20 – 70 år ikke får jevnlig tilsyn av tannhelsepersonell. Det kan være mange ulike årsaker til at ikke alle er under jevnlig tilsyn, for eksempel dårlig tilgjengelighet, lav inntekt eller preferanser (at man ikke ønsker å oppsøke tannlege). Utvalget ser svært alvorlig på at økonomiske forhold skal være

avgjørende for mulighetene til god tannhelse. I dag er de som selv ikke har anledning til å betale sine utgifter til tannhelsetjenester, henvist til å søke sosialtjenesten om økonomisk stønad.

Når utvalget ikke går inn for å innføre en generell finansieringsordning for tannhelsetjenester, finner utvalget det nødvendig å vurdere andre ordninger som kan fange opp dem med så dårlig økonomi at de ikke har råd til nødvendige tannhelsetjenester. Utvalgets utfordring er at vi står overfor en svært sammensatt gruppe. Den omfatter blant annet personer som, i kortere eller lengre tid mottar stønad til livsopphold uten at vedkommende samtidig faller inn under en av gruppene som er definert til å ha særlige behov. I tillegg har vi dem som ikke mottar stønad til livsopphold, men som mottar økonomisk stønad for å dekke utgifter til akutte tannhelseproblemer. Fordi gruppen er så sammensatt, er det vanskelig å finne målrettede ordninger.

Utvalget har på prinsipielt grunnlag drøftet om det er riktig at utgifter til helsetjenester dekkes over sosialstønadsbudsjettet. Det kan hevdes at det er uverdige å måtte gå til sosialkontoret for å få hjelp til tannlegeregningen, og at det ikke er rimelig at utgifter til tannhelsetjenester skal dekkes på denne måten når det ikke er slik for andre helsetjenester. Det kan imidlertid ikke uten videre foretas en sammenlikning mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helsetjenesten her. En må se hvordan tannhelsetjenesten er organisert i forhold til den øvrige helsetjenesten. I all hovedsak må de fleste selv betale sine utgifter til tannhelsetjenester, mens det for andre helsetjenester er en generell trygdeordning hvor pasienten kun betaler egenandel. Behovet for økonomisk stønad fra sosialtjenesten er derfor svært begrenset når det gjelder øvrige helsetjenester.

Utvalget har videre drøftet om stønad til livsopphold i seg selv skal gi rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester uten ytterligere søknadsprosedyrer og saksbehandling. Dersom en ønsker å nå de med dårligst økonomi, kan det være hensiktsmessig å la stønad til livsopphold være inklusjonskriterium. Da foreligger det allerede en vurdering fra en offentlig instans om at vedkommende har økonomiske problemer, og det kan synes unødvendig med ny søknad og ny vurdering. En vil med dette unngå en stigmatiserende individuell saksbehandling for svakt stilte grupper, og samtidig et tidkrevende byråkratisk arbeid for både søkere og saksbehandlere.

Flertallet i utvalget går inn for en generell ordning med offentlig finansierte tannhelsetjenester til personer som mottar stønad til livsopphold over

en periode på minst seks måneder. For personer som i en periode på mindre enn seks måneder mottar stønad til livsopphold og for personer som i en akutt situasjon har behov for økonomisk stønad til dekning av utgifter, må økonomisk sosialhjelp fortsatt fungere som et sikkerhetsnett.

Disse medlemmene understreker at gjennomføringen av en ordning med stønad gjennom folketrygden til tannbehandling for denne gruppen, er avhengig av at det er direkte oppgjør mellom tannlege og folketrygd, jf. også kapittel 11.3.6. Hvis ikke, vil en slik ordning kreve vesentlig manuell saksbehandling i trygdeetaten knyttet til oppgjøret, selv om det bygges på vedtak fattet i forkant. Det ville være stikk i strid med utviklingen som har vært tilstrebet de siste årene. Det legges stor vekt på å få til direkte elektroniske oppgjør mellom behandlere og folketrygden, for på den måte både å legge grunnlaget for bedre kontrollrutiner og for å frigjøre ressurser til aktiv brukeropfølging.

Dissens

Utvalgets medlemmer Magne Audun Kloster og Gro Christin Knudsen mener at en grense på seks måneder med sosialhjelp som inklusjonskriterium for fri tannhelsetjenester, er for upresis og tilfeldig. Økonomisk sosialhjelp er en viktig bestanddel i norsk velferdsordning som sikkerhetsnett, også når det gjelder hjelp til tannbehandling. Dersom det skal iverksettes tiltak som gir fri tannhelsetjeneste til personer med svært lav inntekt, må departementet utarbeide retningslinjer som er mer målrettet, og som på tryggere grunnlag fanger opp de som har manglende økonomisk evne til å oppsøke tannhelsetjenesten.

Fengselsinnsatte

Innsatte i fengsel har ingen lovbestemt rett til nødvendige tannhelsetjenester. Nødvendig tannbehandling er en mulighet begrenset av statens øremerkede tilskudd til helsetjenesten for innsatte i fengsel (herunder tannhelsetjenesten), samt rundskriv fra Statens helsetilsyn (se punkt 5.6). Slik utvalget oppfatter det, fungerer ikke dagens ordning tilfredsstillende. Det settes ikke av nok midler til tannhelsetjenester for innsatte i fengsel.

Det overordnede målet for helsetjenesten i fengslene er at den skal være likeverdig med helsetjenesten som den øvrige befolkningen har krav på. Det innebærer at den innsatte skal ha samme *tilgang* til helsetjenester som den øvrige befolkningen, men for fengselsinnsatte er det ingen egenandel, slik det er for den øvrige befolkningen. Den innsatte skal gis et helsetjenestetilbud

tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering.

Utvalget mener det er behov for et klarere regelverk på området, og tilrår at retten til tannbehandling hjemles i lov. Ved å innføre en lovbestemt rettighet, sikres innsatte i fengsel tilgang til nødvendige tannhelsetjenester. Samtidig vil en slik rettighetsfastsetting være med på å sikre finansieringen av tjenesten. Bedre tannhelseforhold og tannhelsestatus er viktige ledd i sosial- og arbeidsrettet rehabilitering for mange innsatte.

Utvalget går inn for en rett til offentlig finansiering av nødvendige tannhelsetjenester for personer som er innsatt i fengsel over seks måneder, og rett til nødvendig akuttbehandling til innsatte under 6 måneder.

Innvandrere og asylsøkere

Kommunal- og regionaldepartementet har utarbeidet retningslinjer for hva som ligger i sentrale begreper i flyktning-, innvandrings- og integreringspolitikken.

Innvandrere er definert som utenlandsfødt person med to utenlandsfødte foreldre. Barn av innvandrere som er født i Norge, går under kategorien personer med innvandrerbakgrunn. Asylsøker er definert som en person som ber myndighetene om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning.

Utvalget vil ikke gå inn for at innvandrere, eller personer med innvandrerbakgrunn som gruppe skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Dette til tross for at en vet at tannhelsen gjennomgående er dårligere hos personer i denne gruppen. Aldersgruppen 0 – 18 år vil imidlertid ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, og utvalget ønsker at det rettes et særskilt fokus mot personene i denne aldersgruppen. Utvalget mener at opplysning og forebyggende arbeid på et tidlig stadium vil være den rette veien å gå for å bedre den generelle tannhelsen i gruppen.

Når det gjelder asylsøkere går utvalget inn for at dagens ordning som nevnt under punkt 5.8 videreføres.

Personer med odontofobi

Odontologisk fakultet ved universitetene i Oslo og i Bergen antar at ca to til tre prosent av befolkningen har så sterk frykt for tannlegen at de ikke mottar den behandlingen de har behov for. I dag gir diagnosen odontofobi i seg selv ingen rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Utvalget har vurdert om odontofobi skal gi rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Her er

det to forhold som må tas i betraktning; det ene er behandlingen av fobien, og det andre er den etterfølgende odontologiske rehabiliteringen av tannsettet på grunn av et oppsamlet behandlingsbehov.

Gruppen er liten, men til gjengjeld er problemene store. Det finnes mange grader av redsel for å gå til tannlegen. Hvilken grad av tannlegeredse som kvalifiserer til diagnosen odontofobi kan være uklart. Senter for odontofobi, ved Universitet i Bergen behandler pasienter med så sterk frykt for tannbehandling at de ikke greier å gå til vanlig tannlege. Behandlingen foregår i samarbeid med psykolog.

Utvalget tilrår at personer med odontofobi ikke gis rett til offentlig finansiert tannhelsetjenester. Utvalget mener imidlertid at behandling av odontofobi bør ligge hos regionale kompetansesentra. Dette forutsetter at det her satses på en oppbygging av kompetansen på området og at det tilpasses et tilbud til denne gruppen.

Yrkesskade

Ved skade på tenner som regnes som yrkesskade etter folketrygdlovens bestemmelser, ytes det full dekning etter offentlige takster for nødvendige utgifter til tannlegehjelp. Utvalget går ikke inn for endringer på dette området.

Krigspensjonister

Krigsinvalidpensjonister har rett til gratis medisinsk behandling for skade eller sykdom som er godkjent etter en av lovene om krigspensjonering. Nødvendig tannbehandling kan dekkes etter takstene i den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget går ikke inn for endringer på dette området.

11.3.4 Hva skal tjenestetilbudet inneholde

Utvalget ser det som svært viktig at forebyggende tiltak inngår i tilbudet om offentlig finansiering av tannhelsetjenester. Det er viktig at den offentlige finansieringen kommer inn allerede når det er fare for "skade", og ikke først når "skaden" er skjedd.

Utvalget er oppmerksomt på at offentlig finansiert tannhelsetjenester uten nærmere avgrenset behandlingsinnhold kan lede til større behandlingsomfang, med mer kostnadskrevende prosedyrer enn når pasienten selv betaler. Utvalget har merket seg at det selv blant fagpersoner kan forekomme at samme tilstand gir grunnlag for ulike behandlingsalternativer. Utvalget har også merket seg at behandling med større vekt på estetisk og kosmetisk behandling er blitt mer vanlig. Dette

gjelder spesielt i sentrale områder med god tilgang på tannhelsepersonell.

Med generelt bedre tannhelse i befolkningen knytter det seg i dag større sosialt stigma til en munn preget av manglende og dårlige tenner enn tidligere. Som en konsekvens av det må vi i dag akseptere at tannbehandling ikke bare skal ha et funksjonelt siktemål, men i noen grad også estetiske siktemål. Det innebærer at det er behov for å sette nye grenser for i hvilken grad det offentlige skal finansiere slike estetiske ambisjoner, spesielt når ambisjonene går over til å bli rent kosmetisk.

Det offentliges medvirkning er i dag knyttet til "nødvendig tannbehandling", men det foreligger ingen offentlig autorisert beskrivelse av hva som ligger i begrepet. Den norske tannlegeforeningen har imidlertid utarbeidet en anbefaling til kriterier for "nødvendig tannbehandling", se vedlegg 3.

Utvalget går inn for at offentlig finansiert tannhelsetjenester i lovverket knyttes til "nødvendig tannbehandling". Utvalget foreslår samtidig at statlige helsemyndigheter utarbeider innholdet i denne rettslige standarden ved å definere hva som til enhver tid er å anse som "nødvendig tannbehandling".

Utvalgets tilrådinger: *Den offentlige finansiering av tannhelsetjenester må avgrenses til å gjelde nødvendig tannbehandling, inkludert forebygging. Statlige helsemyndigheter må utarbeide standarder som til enhver tid definere hva som er "nødvendig tannbehandling".*

11.3.5 Hvor skal rettighetene forankres - forholdet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og trygden

Utvalget er opptatt av at innsatsen fra den offentlige tannhelsetjenesten og folketrygdens ordninger supplerer hverandre på en hensiktsmessig måte. Utvalget legger vekt på å rendyrke mest mulig de to regelverkenes formål, for å unngå overlap og uklare grenseflater. Den offentlige tannhelsetjenesten har et ansvar for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen, og den skal fremskaffe tjenester til nærmere bestemte grupper. Forebygging og oppsøkende virksomhet skal stå sentralt. Som en del av et regelverk for støtte til helsetjenester rettet mot befolkningen generelt, skal folketrygdens ordninger gi støtte til tannbehandling for definerte lidelser, eller når bestemte lidelser har ført til redusert tannhelse. Ved enkelte orale sykdommer vil forebygging være nødvendig for å forhindre senere omfattende behandling av skader som følger av sykdommen. I slike spesielle

tilfeller bør forebygging kunne sies å ligge innenfor folketrygdens formål om å dekke utgifter til helsetjenester.

Når utvalget nå har drøftet og kommet med tilrådninger til hvem som i fremtiden bør få offentlig finansierte tannhelsetjenester, blir spørsmålet om tilbudet skal gis som direkte tjenesteyting gjennom den offentlige tannhelsetjenesten, eller i form av kontantstøtteordninger fra trygden. Disse to typene av offentlig støtte må vurderes opp mot hvem som er målgruppene.

Hvem bør ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten?

Den offentlige tannhelsetjenesten kjennetegnes i dag ved at den er tjenesteytende. Det er definert hvem som skal få et tilbud, og tilbudet er av oppsøkende karakter. Det innebærer at den offentlige tannhelsetjenesten plikter å formidle et tilbud, og skal sørge for at de som har rettigheter får det. Forebygging har en sentral plass, og dette er synliggjort ved at det er bestemt at forebygging skal prioriteres.

Rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten bør derfor, etter utvalgets vurdering, tilbys grupper hvor forebygging har særlig betydning for opprettholdelse av god tannhelse, og hvor det er avgjørende at tilbudet er av oppsøkende karakter.

Den offentlige tannhelsetjenesten bør fortsatt ha ansvaret for gruppen 0 – 18 år. I denne alderen dannes de første og avgjørende holdningene for god tannhelse, og det er viktig med et sterkt fokus på forebygging. Utvalget mener at denne gruppen skal få et tilbud uavhengig hvordan foreldre eller andre omsorgspersoner prioriterer nødvendigheten av slike tjenester, og finner at den offentlige tannhelsetjenestens oppsøkende funksjon bidrar til å nå dette målet. Den offentlige tannhelsetjenesten har hittil fungert svært bra for denne gruppen, og utvalget ser ingen grunn til å forslå endringer.

Den offentlige tannhelsetjenesten bør ellers ha ansvaret for grupper hvor vi av erfaring vet at det å ta vare på egen tannhelse kan være vanskelig, og at det å selv måtte ta initiativ til å oppsøke tannhelsepersonell, kan være et hinder i å få utført nødvendige tannhelsetjenester. Utvalget går inn for at personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med alvorlig rusavhengighet, psykisk utviklingshemmede, fengselsinnsatte og personer med funksjonstap bør ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

I lov om tannhelsetjenesten er det i dag hjemlet en rett for fylkeskommunen til å gi tilbud til andre grupper enn de lovpålagte. På bakgrunn av utvalgets tilrådninger når det gjelder hvilke grupper

som bør få rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten, mener utvalget at det ikke lenger er samme behov for en slik lovhjemmel. Utvalget går av denne grunn inn for å fjerne gruppe e i lov om tannhelsetjenesten.

Hvem bør ha rettigheter i folketrygden?

Folketrygdens overordnede formål er å gi økonomisk trygghet og bidra til utjevning. Stønad til helsetjenester har som formål å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til blant annet helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte. Trygdens dekning av utgifter til tannhelsetjenester gis som kontantytelse på bakgrunn av søknad, samt dokumentasjon av faktiske utgifter. Trygdens dekning gjelder i dag stort sett utgifter til kurativ behandling og i veldig liten grad til forebygging. Trygden stiller som krav at behandlingen er utført av tannlege, og ved enkelte behandlingsformer er det krav om spesialist. Utover dette er det full valgfrihet i forhold til valg av tannlege. Når det gjelder trygdens regelverk, har utvalget drøftet dette under punkt 11.3.6.

Utvalget mener finansiering gjennom trygden bør rettes mot de som har betydelig tannhelseproblemer, og dermed vesentlig høyere utgifter til tannhelsetjenester enn gjennomsnittet i befolkningen. I tillegg bør det gjelde grupper som selv er i stand til å oppsøke tannhelsepersonell.

Utvalget går inn for at personer med kroniske somatiske sykdommer eller funksjonshemming, og personer med spesielle og definerte odontologiske lidelser fortsatt bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester gjennom folketrygden. I tillegg går flertallet i utvalget inn for at personer med stønad til livsopphold på minst seks måneder, bør få rett til nødvendige tannhelsetjenester gjennom trygden.

Utvalgets tilrådninger: Utvalget mener at den offentlige tannhelsetjenesten skal ha ansvaret for gruppen 0 – 18 år, personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med alvorlig rusavhengighet under rehabilitering, psykisk utviklingshemmede, personer med funksjonstap og fengselsinnsatte.

Utvalget går inn for at personer med kroniske somatiske sykdommer eller funksjonshemming og personer med spesielle og definerte odontologiske lidelser bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester gjennom folketrygden. I tillegg går flertallet i utvalget inn for at personer med stønad til livsopphold på minst 6 måneder bør få rett til nødvendige tannhelsetjenester gjennom trygden.

Forholdet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og folketrygden

Det er et grunnleggende prinsipp i folketrygden at den ikke yter stønad når slik stønad ytes etter annen lovgivning (folketrygdloven paragraf 5-1). Dette prinsippet gjelder ikke bare ved trygdens dekning til tannhelsetjenester, men ved alle former for helsetjenester som trygden yter stønad til. Det har imidlertid i praksis vist seg at denne bestemmelsen kan skape uklare grenser mellom den offentlige tannhelsetjenesten og trygden.

I kapittel 7.3.1 er det pekt på den uklare grenseoppgangen mellom den offentlige tannhelsetjenesten og folketrygden for enkelte grupper, og hvordan dette kan slå ut i enkelttilfeller. Det er pekt på uklarhetene i forhold til gruppen med 19- og 20-åringer og dagens gruppe e i den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget går inn for at 19- og 20-åringer, ikke lenger skal ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Gruppen vil, med utvalgets tilrådning, følge folketrygdens bestemmelser fullt ut fra året etter fylte 18 år. Dermed unngår vi uønskede gråsoner for denne gruppen.

Utvalget tilrårer at gruppe e i dagens lov om tannhelsetjenesten blir tatt ut av loven. Dette innebærer at vi også her, med utvalgets tilrådning, kommer bort fra en grenseproblematikk mellom to lovverk.

Forholdet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og lov om helsetjenesten i kommunene

Som beskrevet i kapittel 7.2.4 er kommunen økonomisk ansvarlig for beboernes utgifter til tannhelsetjenester når de oppholder seg i sykehjem og boformer med heldøgns omsorg og pleie, og de betaler vederlag. Samtidig har institusjonspasienter rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget finner det lite hensiktsmessig at vi har et regelverk som for grupper av institusjonspasienter hjemler rett til vederlagsfri tannbehandling overfor to forskjellige forvaltningsnivåer avhengig av hvilken tannlege pasienten ønsker skal utføre behandlingen.

Utvalget mener at rett til nødvendige tannhelsetjenester etter forskriften om vederlag for opphold i institusjon bør gjelde for pasienter som ikke har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

11.3.6 Spesielt om folketrygden og tannbehandling

Folketrygdens ordninger skal dekke visse formål for hele befolkningen. Det vil si at bestemte kriterier

må være oppfylt for at en ytelse skal kunne tilstås. Folketrygden er basert på likebehandling nasjonalt av dem som oppfyller kriteriene. Folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling er regulert på forskriftsnivå, og gis som ubetinget eller betinget pliktmessig ytelse etter folketrygdlovens § 5-6, eller som bidrag etter folketrygdloven § 5-22.

Refusjon fra folketrygden er i dag preget av til dels omfattende saksbehandling med krav om forhåndsgodkjenning fra trygdekontoret før behandling iverksettes. Det har sammenheng med bestemmelsenes målrettede karakter og kravet til årsakssammenheng. I tillegg er behandlingen folketrygden gir refusjon til ofte dyr og omfattende, og det er nødvendig å føre kontroll med hvor omfattende behandling tannlegen anbefaler i det enkelte tilfelle. Når utvalget ikke går inn for en generell trygdeordning ved tannbehandling, men fortsatt tilrårer en begrenset og målrettet ordning, vil behovet for saksbehandling fortsatt være til stede. Utvalget vil imidlertid understreke at saksbehandlingen må være så effektiv, brukervennlig og lite tidkrevende som mulig. Et klarere regelverk er nødvendig. Det er dessuten behov for tiltak for å øke kunnskapsnivået i tannhelsetjenesten om regelverket. På den måten unngår vi feil og misforståelser, og saksbehandlingen kan forenkles.

Utvalget finner det vanskelig å gå inn i trygdebestemmelsene på detaljnivå, men vil tilrårer at departementet foretar en bred gjennomgang av gjeldende forskrifter og retningslinjer i samarbeid med Rikstrygdeverket, basert på følgende hovedprinsipper:

- Det skal foretas en forenkling og samling av regelverket.
- Reglene skal fortsatt ha en klar målretting.
- Det legges til rette for forenkling gjennom direkte oppgjør mellom behandler og oppgjørskontor.
- Det legges til rette for elektroniske løsninger i saksbehandling og kontroll.

Utvalget foreslår en forenkling ved å flytte flere tannhelsetjenester fra § 5-22, bidrag, til § 5-6, pliktmessige ytelser. Et slikt forslag aktualiseres av St.meld. nr. 18 (2004-2005) "Legemiddelmeldingen", med forslag om å fjerne § 5-22 i folketrygdloven. Arbeidet må ses som en del av den regelverks-gjennomgang utvalget foreslår ovenfor. Enkelte diagnoser vurderes imidlertid allerede som tilstrekkelig utredet til at en overflytting kan foretas. I tillegg til gruppene som får dekket forebyggende og reparativ behandling i henhold til listen over sjeldne medisinske tilstander, foreslår utvalget at følgende grupper får tilbud etter det samme regelverket:

1. **Autisme uten psykisk utviklingshemming:**
Denne gruppen får ikke tilbud under gruppe b i dagens tannhelseslov. Mange innenfor diagnosegruppen har imidlertid store vansker med å ta vare på egen oral helse.
2. **Anorexi/bulimi:**
Spiseforstyrrelser kan ha alvorlige konsekvenser for oral helse, blant annet er syreskader (erosjon) et stort problem.
3. **Alvorlig Cerebral parese (CP) uten psykisk utviklingshemming:**
Mange med CP får nedslitte tenner på grunn av tanngnissing. Tannskader og problemer med munnhygiene ses også hos mange.
4. **Epilepsi uten psykisk utviklingshemming:**
Alvorlig, behandlingstrengende epilepsi kan få oralmedisinske konsekvenser, blant annet grunnet medikamentbruk.
5. **Alvorlig Juvenil artritt (barneleddgikt):**
Kan medføre kjeveleddsartritt med store vekstforstyrrelser, hygienevansker ved affeksjon av hender og armer, redusert spyttsekresjon og medikamentbetingede konsekvenser for oral helse (bl.a. langvarig bruk av steroider og cytostatica) i voksenalder.
6. **Multipel sklerose og Parkinsons sykdom:**
Økende problemer med å ivareta egen munnhygiene. Tannsettet er ofte ødelagt før den MS- eller Parkinsonrammede er blitt så hjelpetrengende at et tilbud under den nåværende tannhelseslovens gruppe c er aktuelt.
7. **Sjøgrens syndrom:**
Sterkt redusert sekresjon fra blant annet tåre- og spyttkjertler gir såre, tørre slimhinner og et økende kariesproblem. Mange med diagnosen Sjögrens syndrom har også revmatisk sykdom som medfører vansker med munnhygiene.

Odontologiske tilstander

I tillegg til tannstillingsavvik som i dag er godt beskrevet og dekket gjennom gjeldende trygdelovgivning, mener utvalget at personer med

- amelogenesis imperfecta (defekt emaljedannelse),
- dentinogenesis imperfecta (defekt tannbensutvikling)
- alvorlig dentindysplasi (meget korte tannrøtter) eller
- multiple agenesier (mer enn seks manglende anlegg for permanente tenner), bør få dekket alle utgifter til utbedring av slike medfødte tannutviklingsforstyrrelser

Saker knyttet til ervervede lidelser og allergi vil omfatte et bredt spekter av til dels mer diffuse

lidelser. Det kreves derfor vesentlig videre arbeid med å finne avgrensbare kriterier før disse kan overflyttes. Utvalget har derfor ikke gått nærmere inn på dette, men foreslår at det inngår som en del av den foreslåtte detaljgjennomgangen av regelverket.

En del av de alvorlige sjeldne medisinske tilstandene er medfødt. Noen av disse vil ha behov for omfattende oppfølging fra tannhelsetjenesten. Det er en fordel at behandleren kan følge pasienten over tid. Etter utvalgets oppfatning vil det bedre tilbudet for denne gruppen om de får valget mellom å fortsette hos sine behandlere i offentlig tannhelsetjeneste, også etter fylte 18 år, eller om de ønsker å velge en privatpraktiserende tannlege når den offentlige tannhelsetjenestenes ansvar opphører. Utvalget mener at en slik ordning kan forenes med den ansvarsfordelingen som ellers legges til grunn. I stedet for at det foretas oppgjør mellom folketrygden og en privatpraktiserende tannlege, kan det for slike pasienter foretas tilsvarende oppgjør mot den offentlige tannhelsetjenesten.

Kravet til årsakssammenheng som ligger til grunn for trygdens refusjonsordninger oppfattes i en del tilfeller som komplisert. Det å ta kravet om sannsynlig årsakssammenheng helt vekk, er neppe aktuelt. Utvalget mener likevel at regelverket kan forenkles. Enkelte diagnoser vurderes å være så avgrensbare, og med så stor sannsynlighet for å medføre tannhelseproblemer, at det ikke bør være nødvendig å foreta noen nærmere vurdering av om kravet er oppfylt når diagnosen er stilt. En form for forhåndsgodkjenning av behandlingstgiften vil det likevel fortsatt å være behov for, når det dreier seg om dyr og omfattende behandling. I hovedsak vil det innebære overflytting til betingete pliktmessige ytelser.

Ved bidrag er det krav om forutgående regelmessig tannbehandling. Bakgrunnen for kravet er at det ytes bidrag når sykdom eller behandling av sykdom har medført redusert tannhelse. Det er med andre ord den bakenforliggende årsaken som utløser bidrag. Dersom tannhelsen ikke er ivarettatt, blir det vanskelig å avgjøre hva som er den egentlige årsaken til det nåværende behandlingsbehovet. Det kan være ulike grunner til at personen det gjelder ikke har gått regelmessig til tannlege. Utvalget vil trekke frem dem som ikke har hatt anledning til å oppsøke tannlege tidligere på grunn av sykdom, og dem som av økonomiske grunner har måttet utsette tannlegebesøket. Ved slik utsettelse kan behandlingsbehovet bli svært omfattende og kostbart.

Utvalget mener det ikke er rimelig at en bevisst skjødesløshet i forhold til egen tannhelse

skal gi grunnlag for bidrag, men vi er imidlertid usikre på hvor stor denne problematikken er. Det utvalget derimot ser som svært urimelig, er at denne bestemmelsen ofte rammer dem som er sykest, og dem med dårlig økonomi. De har ofte det største behandlingsbehovet. Når saken kan knyttes til forhåndsdefinerte diagnoser, vil utvalget foreslå å oppheve kravet om forutgående regelmessig tannbehandling. I slike tilfeller vil det både være en forenkling og en bedring av tilbudet for pasientene om det ikke foretas noen videre vurdering av kravet til behandling etter at diagnosen er stilt.

Trygden yter stønad til hjelpemidler som det er behov for ved enkelte former for oral behandling. Støtte til slike hjelpemidler gis i dag gjennom folketrygdens hjelpemiddelregelverk som er lite kjent blant tannhelsepersonell. Det å knytte bestemmelser for slik støtte direkte opp mot regelverket for tannhelsetjenester i kapittel 5 vil være forenkling, og bidra til å sikre at de som trenger det får slik hjelp.

Direkte oppgjør mellom tannlegen og folketrygden kan være lettere for pasienten og gir muligheter for enklere saksbehandling. En del tannleger har allerede en slik ordning gjennom den eksisterende mønsteravtalen. Dette er i hovedsak spesialister. For de fleste allmennpraktiserende tannlegene er nok omfanget av trygderefusjonene for lite til at dette så langt har vært særlig praktisk. Flere av utvalgets forslag innebærer imidlertid at en direkte oppgjørsordning kan få større praktisk betydning framover. For spesialister foreslår utvalget at direkte oppgjør gjøres obligatorisk. Forslag om en ny ordning i folketrygden for tannbehandling for langvarige mottakere av sosialstønad, samt overflytting av flere tannhelsetjenester fra bidrag til pliktmessige ytelser, aktualiserer også et slikt forslag for andre grupper av tannhelsepersonell.

Det ytes stønad etter trygdens regelverk bare dersom undersøkelsen eller behandlingen er utført av tannlege som har rett til å utøve tannlegevirksomhet i medhold av helsepersonelloven. På enkelte områder stilles det ytterligere kompetansekrav for å utføre tjenester som refunderes over folketrygdens budsjett. Det kan ytes godtgjørelse for behandling utført av hjelpepersonell, herunder *tannpleiere*, når behandlingen utføres under ansvar og oppsyn av tannlege. Regning for utført behandling skal være underskrevet av tannlegen. Det virker lite hensiktsmessig at tannleger må underskrive på behandling som annet personell har utført og har ansvar for. Utvalget går derfor inn for at tannpleiere får en selvstendig refusjonsrett fra

folketrygden for de tannhelsetjenester de er kvalifisert for å utføre.

Utvalgets tilrådinger: *Utvalget finner det vanskelig å gå inn i trygdebestemmelsene på detaljnivå, men vil tilråde at departementet i samarbeid med Rikstrygdeverket foretar en bred gjennomgang av gjeldende forskrifter og retningslinjer, basert på følgende hovedprinsipper:*

- *det skal foretas en forenkling og samling av regelverket*
- *reglene skal fortsatt ha en klar målretting*
- *det legges til rette for forenkling gjennom direkte oppgjør mellom behandler og oppgjørskontor*
- *det legges til rette for elektroniske løsninger i saksbehandling og kontroll*

Utvalget foreslår en forenkling gjennom å flytte flere tannhelsetjenester fra § 5-22, bidrag, til § 5-6, pliktmessige ytelse

Utvalget går inn for at tannpleiere får en selvstendig refusjonsrett fra folketrygden for de tannhelsetjenester de er kvalifisert for å utføre, samt rett til direkte oppgjør.

11.3.7 Prinsipper for bruk av egenandeler

Under 9.1.2. beskriver utvalget hvilke egenskaper som knytter seg til ulike egenandelsordninger. Bruk av egenandeler på helsetjenester tjener to formål; Ordningen skal bidra til å redusere forbruket av antatt unødvendige tjenester, og den skal bidra til finansiering av tjenesten.

For tannhelsetjenester er det i all hovedsak full egenbetaling. Vederlagsfrie tannhelsetjenester er forbeholdt de prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten. Når det gjelder stønad til tannhelsetjenester gjennom trygden, er hovedprinsippet at tjenestemottaker betaler en egenandel. Denne egenandelen beregnes ut fra offentlige takster fastsatt av departementet. På grunn av fri prisfastsetting i den private tannhelsetjenesten, har det utviklet seg en varierende differanse mellom de offentlige takstene og den prisen tannhelsepersonellet krever. Dette mellomlegget må pasienten betale i tillegg til egenandelen. Utvalget mener at dette er uheldig, både fordi det har en prisdrivende virkning som rammer pasientene, og fordi en slik prisfastsetting gir økt inntektsgrunnlag og dermed mindre motivasjon til å flytte til områder av landet hvor det er mangel på tannleger. Utvalget mener at denne muligheten for å belaste pasienten med et mellomlegg i tillegg til egenandelen, bør fjernes.

Den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalget har drøftet om det bør innføres en generell ordning med egenandeler for alle gruppene innenfor den offentlige tannhelsetjeneste.

Utvalget finner at dagens ordning for aldersgruppa 0-18 år har hatt en helt avgjørende betydning for tannhelsetilstanden i gruppen. Etter hvert som ordningen har eksistert i en del år, er det åpenbart at grunnlaget som legges i disse årene er avgjørende for tannhelsetilstanden resten av livet. Det er en viktig oppgave å sikre at vi når alle i denne gruppa. De er i all hovedsak avhengig av foreldrenes eller andre omsorgspersoners økonomi, og egenandeler kan sette sperrer nettopp i de grupper der skadevirkningen kan være størst.

Mot dette kan det hevdes at alle over 7 år må betale egenandel ved legekonsultasjon, men da må vi samtidig påpeke at vi har en skolehelsetjeneste som er gratis. Denne tjenesten har fellestrekk med den offentlige tannhelsetjenesten, sett i forhold til ønsket om at barn og unge skal stå under jevnlig tannhelsetilsyn.

Generelt sett finner vi ikke like tungtveiende grunner for at voksne skal slippe egenandel på tannhelsetjenester. Men går vi nærmere inn på hvilke voksne grupper som er prioritert innenfor den offentlige tannhelsetjenesten, ser vi at tannbehandling kan inngå i et videre opplegg for habilitering, rehabilitering eller integrering der det kan være urealistisk at vedkommende skal bidra med noen egenandel. At en da alternativt må finansiere denne egenandelen via sosialkontoret, vil kunne være en kritisk vanskelighet underveis.

På den annen side ser utvalget at det vil være personer med rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten, som kan betale en egenandel ut fra økonomiske betraktninger. Egenandelsprovenyet som vi kan få fra disse vil bli svært lite, og provenyet vil neppe stå i forhold til at den offentlige tannhelsetjenesten skal praktisere et egenandelsregime for enkelte prioriterte grupper. Innføring av egenandeler for enkelte grupper vil medføre høyere administrasjonskostnader. Utvalget finner det lite hensiktsmessig at det skal være ulike systemer innenfor den offentlige tannhelsetjenesten når det gjelder egenandel. Det kan også påpekes at det ikke er inntektsavhengige tjenester innenfor den øvrige helsetjenesten. Utvalget går derfor inn for at grupper med rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten ikke skal betale egenandel.

Den offentlige tannhelsetjenesten har ved flere anledninger pekt på problematikken rundt personer som ikke møter etter innkalling, og på tidstapet og de økonomiske konsekvenser dette medfører.

Innenfor andre områder av helsetjenesten kreves det imidlertid gebyr for å unnlate å møte. På dette området kan ikke tannhelsetjenesten og den øvrige helsetjenesten uten videre sammenliknes. Tannhelsetjenesten har et oppsøkende tilbud i motsetning til den øvrige kurative helsetjenesten. Dette utgjør en vesentlig forskjell i forhold til gebyr for "ikke-møtt". I tillegg må vi se på hvilke grupper som har et tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten, og det er ofte de svakeste i hver gruppe som ikke møter. Et gebyr overfor disse gruppene for å unnlate å møte, vil antagelig gjøre situasjonen enda verre.

Utvalget går inn for at de prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten ikke skal betale gebyr ved unnlatt oppmøte.

Refusjoner fra trygden

Formålet med refusjoner fra trygden er å avhjelpe dem som har vesentlig høyere utgifter til tannhelsetjenester enn vanlig. Her betales det i all hovedsak egenandeler, og enkelte av behandlingene går inn under tak 2-ordningen.

Utvalget har pekt på nivaforskjellen mellom takster tannleger tar og de som gjelder for trygden. Dette forholdet medfører at pasientene ofte må betale tannlegen et mellomlegg i tillegg til egenandelen. Utvalget mener denne muligheten for tannlegen til å heve mellomlegg bør fjernes. Under punkt 11.4.1 tilrår utvalget en innføring av generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester på linje med helsetjenester forøvrig. Dette tiltaket vil blant annet bidra til å fjerne muligheten for å kreve egenandel.

Utvalgets tilrådinger: Utvalget går inn for at grupper med rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten ikke skal betale egenandel ved behandling eller gebyr ved unnlatt oppmøte.

Utvalget går inn for at ordningen med egenandeler innenfor trygdesystemet videreføres, men at det innføres generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester som tannhelsepersonellet er bundet av, slik at mellomlegg ikke lenger kan benyttes

11.4 Tiltak for bedre fordeling av tannleger

Fordeling av tannleger er en hovedutfordring for å innfri målsettingen om rimelig tilgjengelighet til tannhelsetjenester over hele landet, uavhengig av bosted. Denne målsettingen er vanskelig å innfri

som følge av rekrutteringsproblemer for tannleger. Situasjonen de siste 15 år er at sentrale strøk av landet har et høyere antall tannleger i forhold til befolkningen og et høyt forbruk av tannhelsetjenester, mens store deler av landet mangler tannleger (se kap 3). Dagens organisering av tannhelsetjenesten i Norge med en privat sektor uten noen form for styring, verken av pris på tannhelsetjenester eller etablering i kombinasjon med en offentlig regulert tannhelsetjeneste, løser ikke utfordringen om rimelig tilgjengelighet av tannhelsetjenester uavhengig av bosted.

Den offentlige tannhelsetjenesten er i store deler av landet det eneste tannhelsetilbudet til befolkningen. Ledige stillingshjemler som har preget den offentlige tannhelsetjenesten de senere årene, innebærer at tilbudet til befolkningen i distriktet ikke er tilfredsstillende. Det har skjedd til tross for at fylkeskommunene har innført en rekke rekrutteringstiltak som økt lønn, etableringstilskudd og nedskrivning av studielån i deler av landet. Fra slutten av 1990-tallet har det pågått en kreativ konkurranse mellom fylkeskommunene for å rekruttere tannleger uten at bemanningssituasjonen er løst.

Dagens geografiske skjevfordeling er betydelig og medfører også ulik fordeling mellom offentlig og privat virksomhet. Situasjonen vil bli kritisk. I dag er 15 prosent av offentlig ansatte tannleger fra Tyskland. I tillegg er det mange eldre tannleger i distriktene i offentlig tannhelsetjeneste som snart pensjoneres. Det innebærer 30 prosent avgang de neste seks til sju årene. Tannlegeutdanningen i Tromsø startet høsten 2004. Det ventes å gi positiv effekt på sikt. I Helsedepartementets rapport om tannhelsetjenesten (rapport I-1086 B) beregnes en netto reduksjon i antall tannleger i perioden 2002-2015. Det er helt åpenbart at distrikts-Norge blir taperen.

Utenlandske tannleger redder for øyeblikket den offentlige tannhelsetjeneste, men det knytter seg en usikkerhet til hvor lenge dette varer. På 1980-tallet var det arbeidsinnvandring av danske tannleger. Deretter kom svenske tannleger, og nå tyske. Historien tilsier at denne typen løsninger ikke er varige. Situasjonen er sårbar og labil. En så stor import av utenlandske helsearbeidere fører dessuten med seg en del utfordringer i forhold til kommunikasjon og faglig integrering.

Det er grunn til å tro at tiltakene som er gjennomført i regi av fylkeskommunene så langt, har hatt en viss effekt. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet arbeidet kontinuerlig med å bedre tilgangen og fordelingen av tannleger, på bakgrunn av signaler fra Stortinget. I september 2004

ble Helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, Norsk Tannpleierforening og Den norske tannlegeforening enige om en "Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid". Den er omtalt i pkt. 3.4.4. Utvalget mener tiltakene som foreslåes er gode, men langt fra tilstrekkelige til å løse fordelingsproblemet.

11.4.1 Takster for tannhelsetjenester

Utvalget er av den oppfatning at en tilfredsstillende fordeling av personell krever tiltak i forhold til den private sektor. Den offentlige tannhelsetjenesten taper kampen om personell, mot en privat sektor helt uten noen former for regulering. Intensjonene om at fri konkurranse i privat sektor skulle medføre lavere priser og en naturlig spredning av tannleger, er ikke innfridd. Tvert i mot tyder tall fra Statistisk sentralbyrå på at prisstigningen i sentrale strøk med stor tannlegetetthet har vært større enn landsgjennomsnittet. Dermed vedvarer overetableringen i sentrale strøk av landet, på bekostning av distrikts-Norge.

Det er nødvendig med nasjonale tiltak i privat sektor for å sikre lik tilgjengelighet til tannhelsetjenester i hele landet. Tiltakene må også være mer virkningsfulle enn dem som er gjennomført til nå. Utvalget mener det er nødvendig å gjeninnføre generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester på linje med helsetjenester forøvrig. Prisregulering med maksimaltakster for tannbehandling gjør det mindre attraktivt å leve av små pasientporteføljer i store byer, og det kan gi føringer for etablering av virksomhet. I dag opereres det med ulike nivåer og uklare begreper i forhold til pasientens egenbetaling. Det er vanskelig for pasienten å orientere seg og ivareta sine interesser når forholdene er uoversiktlige. Dette bidrar til at det er vanskelig å få til et marked med reell konkurranse.

Den private sektor utgjør ca 75 prosent og har en fri prisetablering som har resultert i et utvalg av prisnivåer og systemer som det er vanskelig for pasienten å vurdere. Den enkelte fylkeskommune har frihet til selv å bestemme nivået på takstene i den offentlige tannhelsetjenesten for voksenbehandling. Nivåene varierer mellom fylkeskommunene.

I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet fastsatt takster som skal benyttes som refusjonsgrunnlag ved behandling for trygdens regning. Det vil si at pasientenes egenandeler beregnes ut fra disse honorarene. Situasjonen er imidlertid slik at tannlegene jevnt over har honorarer som ligger enda høyere. Det betyr at pasientene først må

betale egenandelen som departementet har bestemt. I tillegg må pasientene betale mellomlegget mellom honorarene som departementet har bestemt, og honoraret som tannlegen benytter. På den måten betaler pasientene i prinsippet to egenandeler. Et slikt system er tannhelsetjenesten ganske alene om å ha.

Av flere grunner mener derfor flertallet i utvalget at det er helt nødvendig å gjeninnføre generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester på linje med helsetjenester forøvrig. Dette flertallet ønsker ikke å gå nærmere inn på nivået på takstene, men vil tilråde at staten etter drøftinger med Den norske tannlegeforening og Norsk Tannpleierforening fastsetter takster. De vil imidlertid påpeke at takstene må ligge på et nivå som gjør det mulig å drive en praksis med tilfredsstillende kvalitet.

Dissens

Utvalgets medlemmer Magne Audun Kloster og Gro Christin Knudsen ønsker å komme med følgende merknader: Priskontroll i form av en honorartariff var gjeldende frem til 1995. Den viste seg å føre til underfinansiering og utarming av tannhelsetjenesten. Dette har ført til et behov for å ta igjen betydelige etterslep i investeringer i tiden etterpå. Etter medlemmenes syn er det ikke ønskelig med en generell priskontroll fordi det representerer et steg tilbake til noe som er utprøvd og erfaringsmessig uheldig. Det er også et hinder for fri konkurranse.

For trygdefinansiert behandling, og for prioriterte grupper med fritt tannlegevalg som velger behandling i privat sektor, vil disse medlemmene tilrå takstregulering. Forutsetningen for en takstregulering er at takstene jevnlig reguleres, og holder tritt med den alminnelige prisutvikling for tannhelsetjenester forøvrig.

11.4.2 Etableringskontroll / tannlegehjemler

Flertallet i utvalget mener innføring av etableringskontroll for tannleger vil medvirke til at tilgangen av tannleger begrenses i områder med høyest tannlegetetthet. Nettopp fordi der er så mange privatpraktiserende i disse områdene, er dimensjoneringen av den offentlige tannhelsetjenesten relativ beskjeden. Tiltak for å begrense tilgangen må derfor i all hovedsak rettes mot den privatpraktiserende delen av tannhelsetjenesten. Antall hjemler kan beregnes ut fra folketallet i et geografisk område.

Det er ikke uvanlig at en må ha "løyve", bevilging eller hjemmel for å starte næringsvirksomhet. For tannleger er det ingen regulering, og det er

mulig å etablere seg hvor som helst. Det er ingen forhåndsgodkjenning og i praksis er det heller ingen kontroll ved etablering av en tannlegepraksis.

Innføring av etableringskontroll vil ikke få umiddelbar effekt, men vil på sikt hindre en overetablering i sentrale strøk. Flertallet i utvalget mener likevel det er nødvendig med innføring av etableringskontroll for tannleger. Hvordan en slik ordning kan organiseres og gjennomføres, må departementet foreta en nærmere utredning om.

Dissens

Utvalgets medlemmer Magne Audun Kloster, Gro Christin Knudsen og Hilde Olsen er ikke enig i at etableringskontroll er et egnet virkemiddel for å sikre målsettingen om rimelig tilgjengelighet til tannhelsetjenester over hele landet, uavhengig av bosted. Etableringskontroll som tiltak er vurdert i Helsedepartementets rapport I-1086 B fra juli 2003, og medlemmene slutter seg til vurderingene som er gjort der. De fleste voksne betaler selv fullt ut det behandlingen koster. Det medfører at vi ikke har virkemidler mot fri etablering.

Etableringskontroll i de største bykonsentrasjonene vil neppe føre til etablering i særlig grad i områder med lav tannlegetetthet, men til nyetablering rett utenfor kontrollområdene. Tiltaket vil dessuten dempe konkurransen i områder med etableringskontroll, noe som kan føre til økte priser og økt verdiøkning av praksiser som allerede er etablert i kontrollområdet. Det vil være svært vanskelig å finne en akseptabel løsning på spørsmålet om hvilke praksiser som eventuelt ikke skal kunne videreselges, og fastsettelsen av økonomisk kompensasjon i slike tilfeller. Det vil videre ta svært lang tid å få effekt av tiltaket, og tiltaket vil kreve administrasjon. Etableringskontroll er et reguleringsiltak som det neppe er grunn til å iverksette for andre stimuleringsiltak er utprøvd.

Spesialister

På samme måte som for spesialister i helsetjenesten for øvrig, mener utvalget at det er nødvendig at private tannlegespesialister inngår avtaler med forvaltningsnivået for den offentlige tannhelsetjenesten, blant annet for å få rettigheter i forhold til trygdemidler. Det gir myndighetene et virkemiddel til en bedre geografisk styring av spesialistetableringer. Innslaget av trygdefinansiering ved spesialistbehandling er samlet sett begrenset innenfor odontologi, men er i vekst innenfor spesialitetene kjeveortopedi, kirurgi,

periodonti og protetikk. Trygdens utgifter til tannregulering utgjør i dag ca. 330 mill. kroner. De helsepolitiske begrunnelsene som lå til grunn for innføringen av systemet med spesialistavtaler/hjemler for private legespesialister, bør også gjelde for tannlegespesialister.

Dissens

Utvalgets medlemmer Magne Audun Kloster, Gro Christin Knudsen og Hilde Olsen oppfatter forslaget om å kreve stillingshjemler som en forutsetning for å etablere seg, som et forslag om etableringskontroll for spesialister, og støtter ikke forslaget. Det vises til argumentasjonen knyttet til etableringskontroll. Legetjenesten er organisert slik at man må ha avtale for å få driftstilskudd. Utvalget har kommet til at en slik driftstilskuddsordning ikke er å anbefale i tannlegetjenesten, jf. kapittel 11.6.2. Medlemmene mener at bedre spredning av spesialister bør sikres gjennom rask etablering av regionale kompetansesentra. Lønn med bindings- tid til videreutdanning bør vurderes som stimulerings tiltak for distriktskandidater. Ved opptak til spesialistutdanning skal det legges vekt på geografiske hensyn.

11.4.3 Regionale odontologiske kompetansesentra og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Etter utvalgets oppfatning er etableringen av regionale kompetansesentra et av de viktigste tiltakene for å bidra til stabilitet og spredning av kompetanse til distriktene på noe lengre sikt. Kompetansesentrene vil utgjøre et viktig løft for tannhelsetjenesten generelt, og distriktene spesielt. Hovedfunksjoner ved kompetansesentrene er

- spesialistbehandling
- kompetanseutvikling (rådgiving, veiledning og etterutdanning)
- spesialistutdanning
- forskning

Etableringen av det første kompetansesenteret i Tromsø har bidratt til å styrke den faglige kvaliteten i tannhelsetjenesten, og ikke minst medført utfordrende utviklingsoppgaver, spesielt innenfor teleodontologi. I tillegg er det observert en bedring i rekruttering av spesialister som ønsker å arbeide i et tverrfaglig miljø. Etableringen medfører også en mulighet for tannleger fra landsdelen til å gjennomføre spesialistutdanning her. På grunn av de positive ringvirkningene, vil utviklingen av regionale kompetansesentra samlet sett

være et meget viktig bidrag til en bedre rekruttering og stabilitet av tannleger i distriktene.

Erfaringene fra samarbeidet mellom Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø, de odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen, TAKO-senteret og det nyetablerte kompetansesenteret i Tromsø har vist at en målrettet utnyttelse av teleodontologi og IKT i tannhelsetjenesten bidrar til en desentralisert kompetansespredning som kommer tannhelsepersonell og pasienter i distriktene til gode. Siden høsten 2003 har samarbeidspartene i desentralisert fakultetsledet spesialistutdanning opparbeidet faglig kompetanse gjennom daglig bruk av moderne lyd/bildeteknologi og nettbaserte undervisningsverktøy. Både tannlegeforeningen og TAKO-senteret tilbyr nettbaserte undervisningsmoduler for etterutdanning av tannleger. TAKO-senteret driver også fjernveiledning mot kompetansesenteret i Tromsø ved bruk av tilsvarende lyd/bildeteknologi. Det nasjonale helsenettet bidrar sterkt til utvikling av nasjonale og internasjonal nettverk for faglig kompetanseutveksling. En målrettet statlig satsing på teleodontologi og moderne kommunikasjonsformer vil utvilsomt bidra til sterke, desentraliserte odontologiske kompetansemiljøer i distriktene som vil bedre geografisk stabilitet og fordeling av tannhelsepersonell.

11.4.4 Andre tiltak

For best mulig å styrke den offentlige tannhelsetjenesten, og tilstrebe målet om tannhelsetilbud i alle deler av landet, må det settes inn betydelige rekrutterings- og stabiliseringstiltak.

Mot slutten av 1970-tallet var lønnsnivået for mange offentlige tannleger på høyde med privat praksis. Innføringen av mindre gunstige lønnsbetingelser medvirket etter hvert til et økende antall ubesatte stillinger. For klinikker med ekstra store rekrutteringsproblemer må det kunne forhandles frem gunstige individuelle økonomiske avtaler – for eksempel mot en bindingstid på tre til fem år. En slik avtale kan også gjelde nedskrivning av normalt studielån innenfor samme bindingstid.

Arbeidsgiver må sette sterkt fokus på faglig utvikling. Det må generelt innføres gode stipendordninger. Det må gis permisjon med lønn til faglig fordypning, for eksempel et halvt år etter fem års tjenestetid. Offentlig tilsatte bør gis fortrinnsrett til spesialistutdanning etter en viss tjenestetid.

11.4.5 Turnustjeneste

Turnustjeneste for tannleger er et stadig tilbakevendende spørsmål. Dette ble også vurdert i

”Tannhelsetjenesten – Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor”, Helsedepartementet, I-1086B. I Norge er det turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, jordmødre, ortopediingeniører og kiropraktorer. Turnustjeneste for jordmødre opphører i 2005, fordi studiet utvides med ett år.

Av de nordiske landene er det bare Finland som har en obligatorisk praksisperiode etter fullført studium i odontologi. Perioden er nå ni måneder, og gjennomføres i hovedsak innen offentlig sektor.

Hensikten med turnustjeneste er å gi kandidatene nødvendig klinisk trening i selvstendig arbeid under veiledning, slik at de kvalifiseres for autorisasjon. Det skal sikre kyndighet til å arbeide som selvstendige yrkesutøvere. Turnus er en viktig ordning for mer praktisk erfaring under tilsyn. Lærestedene for tannleger gir uttrykk for at turnustjenesten må være faglig begrunnet for ytterligere mer klinisk trening, før autorisasjon.

Turnustjeneste har egenverdi i seg selv. Det må utdannes veiledere som har oppfølgingsansvar. Det gir igjen et faglig løft i tannhelsetjenesten. Det forutsettes at turnustjeneste finnes både i offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Muligheten til å rekruttere tannleger til distriktene kan bli bedre når tannlegene allerede har avtjent turnus der. Samtidig krever det betydelig organisatorisk tilrettelegging og faglige utvikling for å innføre en slik ordning. Det er vel kjent ved turnusordning for leger.

En slik ordning kan føre til at kandidater som er utdannet i Norge søker autorisasjon i EØS-land som ikke har slik ordning, og dermed omgå hele ordningen. Omfanget av dette vil antagelig være så lite at utvalget ikke legger avgjørende vekt på det.

Utvalget tilrår innføring av turnustjeneste for tannleger. Tjenesten bør være av ett års varighet før det gis autorisasjon. Utvalget vektlegger at turnustjeneste for tannleger primært skal være et tiltak for å sikre den faglige kvaliteten hos tannlegene. På den andre siden kan det ikke ses bort fra at turnustjeneste kan medvirke til bedre fordeling av tannlegene.

Utvalgets tilrådinger: *Det er behov for en rekke tiltak for å bedre fordelingen av tannleger. Flertallet i utvalget mener det er helt nødvendig med nasjonale tiltak i privat sektor for å sikre lik tilgjengelighet til tannhelsetjenester i hele landet. De tiltakene som har vært gjennomført til nå, har ikke vært virkningsfulle nok. Av denne grunn tilråder flertallet i utvalget at*

det må innføres generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester i offentlig og privat sektor.

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

På samme måte som for spesialister i helsetjenesten forøvrig 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

Opprettelse av regionale kompetansesentra er også et viktig bidrag i tiltakene for å øke stabiliteten og spredningen av kompetanse til distriktene. Staten bør derfor i sitt videre arbeid med tannhelsetjenesten følge opp dette økonomisk og prioritere regionale kompetansesentra i områder med tannlegemangel.

Utvalget går inn for innføring av 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.

11.5 Utvalgets forslag til modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten

Valg av framtidig organisasjonsmodell er et valg av virkemiddel for å møte de hovedutfordringene utvalget mener den offentlige tannhelsetjenesten står overfor (jfr. Kap 11.1).

Utvalget har vurdert en kommunal forankring av tannhelsetjenesten. Som tidligere omtalt startet den offentlige tannhelsetjenesten som skoletannpleie i 1910, noen få steder i landet. Senere ble ordningen hjemlet i skolelovene, og drevet av kommunene. Det var først og fremst i bykommunene, og i enkelte rike landkommuner (herreder) at det kom i stand skoletannpleie. Så sent som ved krigsutbruddet i 1940 var store deler av landets skolebarn uten behandlingstilbud. Situasjonen var spesielt ille i Nord-Norge og i små distriktskommuner ellers i landet. Blant fagfolk var det en alminnelig oppfatning at svært mange kommuner ikke var i stand til å etablere forsvarlige tannhelsetilbud for barn og unge, dels fordi det var mangel på tannle-

ger i store deler av landet, dels fordi økonomien i kommunene var dårlig og dels fordi det holdningsmessige grunnlag for å prioritere en slik oppgave varierte sterkt mellom kommunene. I 1946 nedsatte derfor regjeringen en komité som fikk i oppdrag å utrede spørsmålet om opprettelse av offentlig (statlig) tannrøkt i Norge. På grunnlag av innstillingen som forelå vel ett år senere, startet utbyggingen av Folketannrøkta, fra 1984 kalt den offentlige tannhelsetjenesten. Den nye etaten ble første etablert i Finnmark, deretter i Nordland, så i Nord-Trøndelag og Troms, før den gradvis etablerte seg i kyst- og innlandsfylkene i Sør-Norge, i prioritert rekkefølge i forhold til behovene. De ansatte var statsansatte, og fra 1984 fylkeskommunalt ansatt, men forvaltningen av etaten har hele tiden vært tillagt fylkeskommunene.

Ut fra faglig vurdering har Folketannrøkta/ den offentlige tannhelsetjenesten vært en suksess. Den har basert seg på systematisk tannpleie ved å satse sterkt på forebyggende tannhelsearbeid og regelmessig innkalling, kontroll og behandling. Selv om det til tider har vært stor tannlegemangel og vansker med å skaffe personell til mange distrikter utenfor storbyområdene, har man i hovedsak likevel lykkes i å bevare kontinuiteten i tilbudene gjennom organisering i stordistrikter, som oftest har omfattet flere kommuner. De første årene var det også av betydning at hele etaten utgjorde en landsomfattende avansementskrets med ansiennitetsregler som bidro til rekrutteringen, og til å knytte etaten sammen, uavhengig av fylke.

I forbindelse med at lov om folketannrøkt ble erstattet med lov om tannhelsetjenesten i 1984, vurderte daværende Sosialdepartementet å tillegge forvaltningsansvaret for tannhelsetjenesten til kommunene. Bakgrunnen var at kommunene nylig var blitt tillagt ansvaret for primærhelsetjenesten gjennom lov om kommunehelsetjenesten, og at det derfor var naturlig å samle begge etatene under samme forvaltningsledd. Videre hadde man tidligere gode erfaringer med kommunal drift i store kommuner, fortrinnsvis i de sentrale strøk av landet. Tanken ble imidlertid raskt forlatt, først og fremst fordi målgrupper, arbeidsmetoder og finansieringsordninger var vesensforskjellige innenfor legetjenesten og tannlegetjenesten. Dessuten ble det ansett som svært vanskelig å opprettholde forsvarlige behandlingstilbud i hele landet, med mindre staten engasjerte seg sterkt økonomisk og grep aktivt inn i styringen. I den forbindelse ble kommunestrukturen pekt på som et viktig hinder fordi kommunalt forvaltningsansvar ville medføre omfattende bruk av interkommunale distriktsinn-

delinger og styringsordninger. Valget falt derfor på fylkeskommunal tilknytning, også fordi det offentlige tannhelsetjenestetilbudet langt på vei ble betraktet som en spesialhelsetjeneste som, i likhet med spesialisthelsetjenestene, var best tjent med en forvaltningsordning som strakte seg ut over kommunegrensene.

Utvalget mener at begrunnelsene fra 1984 for å avvise kommunal tilknytning for den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt har gyldighet. Nærmere 60 prosent av landets kommuner har under 5 000 innbyggere. Mobiliteten i samfunnet øker, og flyttebevegelsene skjer oftest på bekostning av de små kommunene. Tannlegemangelen er fortsatt stor i distrikts-Norge, og vil vedvare i mange år fremover. Utvalget mener at det er et nasjonalt ansvar å sørge for en rimelig behandlingsdekning over hele landet. Det kan vanskelig oppnås med mindre tannhelsetjenesten fortsatt organiseres i robuste enheter under statlig, alternativ fylkeskommunal forvaltning.

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), har utvalget delte meninger om. Utvalget har konkret drøftet tre ulike modeller for framtidig organisering av den offentlige tannhelsetjenesten. I det videre gis en kort presentasjon av de tre modellene, der de ulike grupperinger begrunner sine syn.

11.5.1 Modell 1: Direktoratmodellen

I denne modellen organiseres den offentlige tannhelsetjenesten i en etatsstruktur med et antall regionale tannhelseetater underlagt et sentralt koordinerende tannhelsedirektorat, som igjen vil være direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementets instruksjonsmyndighet. Selv om denne organisasjonsmodellen refereres til som "Tannhelseledirektorat", vil den ha en størrelse som passer best som en selvstendig avdeling innenfor Sosial- og helsedirektoratet (SHdir), i stedet for et nytt selvstendig direktorat.

På sentralt nivå vil tannhelseledirektorat ha to overordnede oppgaver. Direktoratet 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 i henhold til Lov om tannhelsetjenester. De skal sørge for god geografisk fordeling av det offentliges tannhelsetjenestetilbud, men også søke å integrere privatpraktiserende tannleger i det samlede tjenestetil-

budet i regionen. Den geografiske inndelingen i regioner kan for eksempel følge samme inndeling som helseregionene, noe som vil bety fem regioner. Innenfor regionene kan man tenke seg en struktur hvor vi beholder de nåværende tannhelse-distriktene der den faglige og administrative ledelsen ivaretas på distriktsnivå.

Som faglig kompetanseorgan vil et tannhelsesdirektorat ha sin hovedoppgave i "anvendt fagutvikling". Tilsvarende Sosial- og helsedirektoratets Kunnskapssenter er det ønskelig å ha et "Nasjonalt kunnskapssenter for tannhelsetjenesten" med vekt på utvikling av retningslinjer for god "nødvendig tannbehandling". Fagarbeidet bør skje i tett samarbeid med spesialistforeninger, de odontologiske fakulteter og fagforeninger. Fagarbeidet vil også gi grunnlag for utvikling av enhetlig praktisering av regelverket. I tillegg er et tannhelsesdirektorat egnet til å stå for gjennomføring av en nasjonal satsing på helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid. Direktoratmodellen gir mulighet for å iverksette retningslinjer for en bedre oppgavefordeling mellom profesjonene; tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Modellen gir også gode forutsetninger for å bidra til en bedre samordning av den samlede, offentlige finansiering på tannhelsefeltet.

Modellen forutsetter at det økonomiske ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten overføres fra fylkeskommunene, der et tannhelsesdirektorat sørger for å fordele et samlet offentlig tannhelsebudsjett på de regionale etatene. Gjennom nasjonalt fastsatte normer for de ulike prioriterte gruppene behov for nødvendige tannhelsetjenester kan det samlede budsjettet fordeles mellom regioner, i samsvar med størrelsen på gruppene på en slik måte at den offentlige tannhelsetjenesten sikres økonomiske forutsetninger til å kunne gi et *likeverdig tjenestetilbud i hele landet*.

Utvalgets medlemmer Endre Dingsør, Hilde Olsen, Jan Abel Olsen og Kari Storhaug går inn for direktoratmodellen fordi de mener den best vil kunne løse tannhelsetjenestens hovedutfordringer slik de er beskrevet i kapittel 11.1.2.

Disse medlemmene mener at direktoratmodellen sikrer en bedre *regional fordeling* av tannleger, fordi man vil kunne utarbeide koordinerte nasjonale rekrutterings- og stabiliseringsstrategier, i stedet for at fylker med rekrutteringsproblemer konkurrerer med hverandre. Videre vil en finansieringsmodell, basert på behovsjustert per capita fordeling, gi de prioriterte gruppene samme tilgang til gratis tjenester, uansett hvilket fylke de bor i, og ikke som nå, at tilgangen avhenger av hvordan den enkelte fylkeskommune prioriterer tannhelse-

tjenesten i forhold til andre fylkeskommunale oppgaver. Direktoratmodellen vil også forenkle arbeidet med å koordinere den samlede offentlige finansieringen av tannhelsetjenester. Dette vil bidra til en bedre målretting av de samlede offentlige midlene som brukes til formålet, og dermed også til bedre *sosial fordeling*.

Disse medlemmene mener at et tannhelsesdirektorat, gjennom sin vektlegging av arbeid med fagutvikling, både vil føre til en mer enhetlig praksis og til *bedre effektivitet* i den offentlige tannhelsetjenesten: Utvikling av faglige standarder på hva som skal inngå i "nødvendige tjenester" vil gjøre tjenester som det offentlige betaler for, billigere. I tillegg vil direktoratet kunne ta ansvar for å etablere retningslinjer for mer effektiv arbeidsdeling mellom profesjoner ut fra LEON-prinsippet. Direktoratet kan dermed bidra til å gjøre gode lokale løsninger og samarbeidsformer mer kjent, og dermed gi dem større gjennomslagskraft og utbredelse. Kostnadseffektiviteten vil også bli bedre ved at man unngår "lønnsspiraler" i konkurransen om knapp arbeidskraft. Gjennom sitt resultatoppfølgingsansvar vil direktoratet kunne sammenligne driftsformer i ulike enheter, og bidra til økt effektivitet samlet sett. Ved knapphet på spesialister, vil direktoratet kunne ta initiativ til å utdanne flere og gjennomføre koordinert rekrutteringsarbeid.

Gjennom sitt ansvar for gjennomføring av en overordnet tannhelsepolitikk vil direktoratet kunne skape bedre samhandling med privatpraktiserende tannleger, for eksempel gjennom mer langsiktige avtaler om å utføre offentlig finansierte ytelser. Medlemmene mener også at direktoratmodellen åpner for en betydelig bedre nasjonal koordinering av ansvaret for de spesialiserte tjenestetilbudene. Dette gjelder ulike lidelser som krever spesialisert oralmedisinsk behandling. Medlemmene forutsetter at de regionale etatene naturlig vil få ansvaret for hvert sitt regionale kompetansesenter.

Sammenliknet med de to etterfølgende modellene, vil disse medlemmene framheve at direktoratmodellen er den eneste som eksplisitt er opptatt av å sikre lik fordeling av offentlige tannhelsetjenester til de prioriterte gruppene, uansett i hvilken region eller fylke de bor. I tillegg er dette den eneste modellen som går inn for å etablere et sentralt faglig organ for tannhelsetjenesten.

11.5.2 Modell 2: Autonomt statlig tannhelseforetak

Modellen innebærer at eierskapet til den offentlige tannhelsetjenesten flyttes fra fylkeskommunen til

staten, og organiseres som statlig foretak. Hovedforskjellen mellom en statlig etat og et statlig *foretak*, er at virksomhet som organiseres som en statlig etat er en del av staten som juridisk person, mens et statlig foretak er et eget rettssubjekt hvor staten styrer virksomheten fra eierposisjon gjennom generalforsamling og styre.

Tannhelseforetakene vil selv være ansvarlige for den faglige og økonomiske styringen, samt tilbudet av tannhelsetjenester i sitt geografiske område. Tannhelseforetakene vil være egne rettssubjekter med arbeidsgiveransvar for egne medarbeidere. Som eiere vil staten ha ubegrenset eieransvar og full kontroll med tannhelseforetakene, herunder hvilke personer som sitter i foretakets ledende organer (for eksempel styret). Staten kan ikke detaljstyre tannhelseforetakene, men har det overordnede ansvaret for prioriteringer og struktur.

Den offentlige tannhelsetjenesten kan organiseres som lokale tannhelseforetak under de allerede eksisterende regionale helseforetakene. Alternativt kan den offentlige tannhelsetjenesten organiseres gjennom et antall autonome regionale tannhelseforetak. Den geografiske inndelingen i regioner kan følge samme inndeling som helseregionene, noe som vil gi fem regional tannhelseforetak i landet. De regionale helseforetakene er organisert som et konsern med underliggende lokale helseforetak. En liknende konsernmodell kan tenkes å være hensiktsmessig også for et autonomt regionalt tannhelseforetak, som da vil ha en struktur med underliggende lokale tannhelseforetak. Lokale tannhelseforetak kan dannes på basis av virksomhetene i den enkelte fylkeskommune som inngår i regionen, på basis av virksomheten i tannhelsedistriktene, eller på basis av en annen hensiktsmessig inndeling.

En foretaksorganisering er en fleksibel organisasjonsform i den forstand at den vil kunne tilpasses lokale forhold, for eksempel knyttet til tilgangen, eller mangelen på private aktører. Foretakene kan enten yte tannhelsetjenester til offentlig prioriterte grupper gjennom egen virksomhet, eller kjøpe dem fra private klinikker. En foretaksorganisering kan dermed medføre bedre samhandling og koordinering mellom offentlig og privat sektor, og på den måten bidra i forhold til en løsning av det regionale fordelingsproblemet.

Et annet argument for en foretaksorganisering er at organisasjonsformen ofte bidrar til økt kostnadsfokus, noe som kan virke positivt i forhold til effektivitetsproblemet. Et økt kostnadsfokus vil kunne bidra til en mer optimal oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere, og også til en

mer optimal klinikkstruktur. En organisering i uavhengige regionale foretak innebærer imidlertid en fare for konkurranse om arbeidskraften, noe som kan lede til en "lønnsspiral", og dermed høyere kostnader.

Erfaringene fra spesialisthelsetjenesten som har vært organisert i statlige foretak siden 2002, viser at denne modellen ikke har vært en stor suksess. Det diskuteres allerede nye organisasjonsformer. Et av de momentene som har vært sterkest kritisert, er at det har oppstått et demokratisk underskudd på regionalt nivå.

Utvalgets medlem Magne Audun Kloster går inn for en autonom foretaksmodell, og vektlegger følgende: Fylkeskommunal tannhelsetjeneste har klart å ivareta en tilpasning til de lokale forholdene på en god måte. Overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkene til staten har imidlertid gjort at tannhelsetjenesten er eneste helsetjenesteområde som er igjen i fylkene. Sammen med fylkeskommunens nye rolle som utviklingsaktør, øker dette faren for at fokus rettes mot andre områder enn tannhelsetjenesten.

Med bakgrunn i argumentene ovenfor vil det være en rett utvikling å tilrå et statlig eierskap, også fordi utfordringene utvalget har utpekt og tilrådd løsninger på, krever at staten påtar seg et økonomisk ansvar. Argumentene for statlige autonome tannhelseforetak fremfor direktoratmodellen går ut på at de ivaretar den lokale friheten på en bedre måte gjennom blant annet

- arbeidsgiveransvar for egne medarbeidere i foretaket
- ingen statlig detaljstyring
- lokal hensiktsmessig organisering
- muligheter for bedre samhandling mellom offentlig og privat sektor
- konkurransedyktig som arbeidsplass, og mer attraktiv overfor offentlig tannhelsetjeneste
- kunne iverksette egne effektiviserings tiltak

11.5.3 Modell 3: Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

Modellen innebærer at dagens organisering av den offentlige tannhelsetjenesten videreføres. I dagens modell har fylkestannlegen eller tannhelsesjefen det overordnede administrative ansvaret for tannhelsetjenestene i sitt fylke. Tjenesten er videre delt inn i tannhelsedistrikt. Hvert tannhelsedistrikt ledes av en overtannlege med administrativt og økonomisk ansvar for de offentlige klinikkene i distriktet. Tannhelsetjenesten er finansiert gjennom rammeoverføringer til fylkeskommunene, og budsjettet blir vedtatt i fylkestinget.

Den enkelte fylkeskommune står fritt til å avgjøre hvilke organer som gir den mest hensiktsmessige politiske og administrative organiseringen, tilpasset de lokale forholdene. Det er med andre ord en lokal politisk beslutning i den enkelte fylkeskommune som avgjør hvordan den offentlige tannhelsetjenesten skal organiseres i fylket. Dagens modell åpner dermed for stor valgfrihet for fylkeskommunen med hensyn til organisasjonsmodell for den offentlige tannhelsetjenesten. Mulighetene spenner fra en forvaltningsmodell/etatsmodell, via fylkeskommunale foretak, til heleide aksjeselskap og stiftelser. For den offentlige tannhelsetjenesten synes imidlertid heleide aksjeselskap og stiftelser å være lite hensiktsmessige. Forvaltningsmodellen/etatsmodellen er den som er desidert mest vanlig i dag, men det finnes også eksempler på foretaksorganisering. Denne fylkeskommunale friheten til selv å utforme lokale organisasjons- og ledelsesprinsipper for den offentlige tannhelsetjenesten ivaretar på en god måte intensjonene med lokaldemokratiet og intensjonene med en tjeneste tilpasset de lokale forhold.

Mange fylkeskommuner har i lang tid slitt med det regionale fordelingsproblemet uten å finne noen gode løsninger. Dette tyder på at det regionale fordelingsproblemet er vanskelig å løse på et lokalt nivå, uten nødvendige virkemidler fra statlig nivå.

Et argument i favør av den fylkeskommunale modellen er at gjennomføringen av en ny tannhelsepolitikk, først og fremst med bedre kvalitet på tjenestene, kan implementeres mye enklere i en organisasjon som allerede er der. En ny organisasjonsmodell vil lett ta fokuset bort fra brukerne. Erfaringene fra andre reformer, både spesialisthelserformen og rus- og psykiatireformen, viser at det krever store ressurser, både i form av tid og penger, å gjøre store organisatoriske grep. Og det tar lang tid før man ser positive resultater.

Utvalgets medlemmer Evy-Anni Evensen, Åshild Buås og Wenche Pedersen går inn for den fylkeskommunale modellen (som i dag), men selv sagt med muligheter for tilpasning til en eventuell reform der Stortinget vedtar nye regioner (geografi) med nye arbeidsoppgaver (innhold) til det regionale, folkevalgte nivået.

Den fylkeskommunale modellen er den som best ivaretar ønsket om folkevalgt politisk styring av tannhelsetjenesten, og som dermed også sikrer at man får til tjenester og struktur som er tilpasset det lokale forhold. Medlemmene understreker at det er viktig å ha hovedfokus på innholdet i og fordelingen av tannhelsetjenestene i tiden framover. I den sammenheng må staten ta noen grep sentralt.

Det gjelder spesielt utdanningspolitikken, takstsystemer og etableringskontroll. Samtidig må det legges til rette for at det regionale nivået skal kunne ivareta rollen som samordner mot de som driver privat praksis.

En fylkeskommunal modell vil være best egnet til å bidra til å minske det sosiale fordelingsproblemet. Lokal samhandling og lokal tilpasning er viktige faktorer bak god faglig samhandling på tvers av fag- og etatsgrenser. Oppgaver bør kunne løses på lavest mulig, effektive forvaltningsnivå, og de som erfarer konsekvensene av offentlig politikk skal kunne utøve innflytelse på politikken. Lokalt handlingsrom og prioriteringsfrihet må sees i sammenheng med tannhelsetjenestens prioritering av forebyggende og helsefremmende arbeid, og behov for nær samhandling med kommunal skolehelsetjeneste og pleie- og omsorgstjeneste. I dag har mange fylkeskommuner en aktiv pådriverrolle for systematisk og vedvarende positivt folkehelsearbeid i en rekke kommuner, og her er tannhelsetjenesten en naturlig og viktig samarbeidspartner.

Utvalgets medlem Gro Christin Knudsen støtter en fortsatt fylkeskommunal tilknytning for den offentlige tannhelsetjenesten. Medlemmet kan slutte seg til hoveddelen av begrunnelsen fra de øvrige, men reserverer seg mot at staten skal gjennomføre takstsystemer og etableringskontroll, og viser til merknader om dette.

Dette medlemmet har dessuten følgende tilleggsbegrunnelse for å støtte fortsatt fylkeskommunal tilknytning: Den offentlige tannhelsetjenesten har med dagens form, og med tilknytning til fylkeskommunen, i stor grad vist seg som en god måte å gjennomføre tannhelsepolitiske mål. Svakheten har i første rekke knyttet seg til for liten ressurstilgang. Medlemmet mener videre at fylkeskommunal tilknytning på ingen måte er til hinder for å utvikle organiseringsformene, og denne utviklingen er allerede i gang. I dag er forvaltningsmodellen fortsatt den mest vanlige. Den offentlige tannhelsetjenesten er imidlertid etablert som foretak flere steder, og det utvikles samarbeid på tvers av fylkeskommuner slik at man får regionale løsninger. Med andre ord er det ingen grunn til å skifte ansvarlig forvaltningsnivå for å ha fleksibilitet med hensyn til organisering av tannhelsetjenesten (fortaksmoell, etatsmoell mv.).

Dette medlemmet ønsker også å påpeke at det har vært fremholdt som et problem å få til en bedre utnyttelse av de samlede tannhelsetjenesteressurser. Med andre ord, at det er for sterke skiller mellom den offentlige og den private delen av tannhelsetjenesten. Medlemmet anser at det må gjøres

mer for å initiere samarbeid uten reguleringer av privat sektor. Det nylig gjennomførte FUTT-prosjektet der både offentlig og privat tannhelsetjeneste deltok, viser at dette kan lykkes. Erfaringer fra enkelte fylkeskommuner viser at det er mulig å oppnå samarbeid med private tannleger om løsning av offentlige oppgaver. Det er stilt midler til disposisjon for å utvikle samarbeidsformer, og medlemmet mener at mer må gjøres for å utvikle dette.

Utvalgets tilrådinger: Utvalget mener det er et nasjonalt ansvar å sørge for en rimelig behandlingsdekning over hele landet. Det kan vanskelig oppnås med mindre tannhelsetjenesten fortsatt organiseres i robuste enheter under statlig, alternativt fylkeskommunal forvaltning.

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), 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. Tannhelse- og helsedirektoratet 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.

11.6 En fasttannlegeordning – et relevant virkemiddel i tannhelsetjenesten?

11.6.1 Innledning

Utvalget har drøftet hvorvidt organisering og finansiering som gjelder i allmennlegetjenesten lar seg anvende i tannhelsetjenesten. Det sentrale

spørsmål i denne sammenhengen er om dette er hensiktsmessige virkemidler for å løse hovedutfordringene i tannhelsetjenesten beskrevet i kapittel 11.1.2.

Ved en vurdering av en fastlegeordning (dvs. listesystem) og mulig relevans for tannhelsetjenesten, er det viktig å ha som utgangspunkt den grunnleggende ulikheten i organiseringen og finansieringen av tannhelsetjenesten og helsetjenesten forøvrig. En generell offentlig finansieringsordning av tannhelsetjenester vil blant annet innebære en umiddelbar kostnadsvekst i størrelsesorden fire til fem milliarder kroner. All erfaring viser at kostnadene vil øke ytterligere, fordi etterspørselen øker når tjenester blir så mye billigere. Utvalget mener det er flere gode grunner for ikke å gå inn for en slik ordning, og redegjør for dette i kapittel 11.3.1. Organisering og finansiering av allmennlegetjenesten er blant annet et resultat av allmennlegens rolle i primærhelsetjenesten spesielt, og i helsetjenesten generelt. De er dessuten utviklet over en periode på ca 20 år i samarbeid med berørte parter.

En eventuell innføring av en fasttannlegeordning med listesystem for hele befolkningen, med generelle finansieringsordninger for tannhelsetjenester som for allmennlegetjenester, vil medføre en omfattende organisatorisk og finansiell reform. Ulikheter mellom helsetjenesten generelt og tannhelsetjenesten innebærer at det er usikkert om en slik reform vil være målrettet for å møte de viktigste utfordringene i tannhelsetjenesten.

11.6.2 Utvalgets vurderinger

Som beskrevet foran er bakgrunnen for innføringen av listesystemet i allmennlegetjenesten forankret i allmennlegenes oppgaver og rolle i den samlede helsetjenesten. Samlet sett er det utvalgets vurdering at en omfattende reform for å innføre en fasttannlegeordning med listesystem tilsvarende det man har i allmennlegetjenesten, er et lite egnet virkemiddel for å løse de hovedutfordringer tannhelsetjenesten står overfor.

En hovedinnvending er at etterspørselen etter tannhelsetjenester i de folkerike kommuner kan øke betydelig på grunn av en generell statlig subsidiert ordning av tannhelsetjenester og en påfølgende vekst av nyetableringer i sentrale strøk på bekostning av distriktene.

Etter utvalgets oppfatning er det gode muligheter for å nå målene med enklere virkemidler innenfor dagens system. De nødvendige tiltakene er beskrevet i kapittel 11.4.

Den offentlige tannhelsetjenesten er ikke ukjent med listeprinsippet. Hvert individ i de pri-

oriterte gruppene står på liste til spesifiserte klinikker i definerte distrikter og er ofte ført opp på en navngitt tannlege eller tannpleier. Listens ansvar svarer til at tannhelsetjenesten har populasjonsansvar for dem som står på listen. I prinsippet har det vært en valgmulighet for pasientene, men den er ikke hjemlet i lov slik som retten til å velge fastlege.

Under Stortingets behandling av lovforslaget om innføring av en fastlegeordning understreket flertallet i sosialkomiteen spesielt såkalte svake gruppers behov for en fast lege. Det er grunn til å understreke at i forhold til svake grupper har Stortinget langt på vei løst utfordringen innenfor tannhelsefeltet ved å tillegge den offentlige tannhelsetjenesten ansvar for nettopp svake grupper.

Spesielt om ulike former for driftstilskudd

I dag er det fylkekommunene som har ansvaret for å opprette tilstrekkelig med tannlegehjemler for å ivareta de offentlige tannhelseoppgavene. I hovedsak har tannlegene et ansettelsesforhold. Det er få privatpraktiserende tannleger med avtaler som innebærer at de ivaretar offentlige tannhelsetjenesteoppgaver ved at fylkeskommunen kjøper tjenester.

Utvalget påpeker at det i dag er fullt mulig, på linje med allmennlegetjenesten, å gi privatpraktiserende tannleger ansvaret for å yte nødvendige tannhelsetjenester og annet offentlig tannhelsearbeid til prioriterte grupper gjennom en avtale med det ansvarlige forvaltningsnivået med "sørge-for" ansvar. Utfordringen er imidlertid å utforme avtaler som omfatter alle sider ved det offentlige engasjementet slik at det ikke bare er pasienter med "enkle" og "lønnsomme" oppgaver som settes ut. I tillegg er det viktig å kvalitetssikre avtalen i et faglig perspektiv, spesielt for å sikre at den forebyggende og oppsøkende dimensjonen ivaretas.

Utfordringen er imidlertid at det ikke er noen tannleger å kjøpe tjenester av i store deler av landet. Når det gjelder å få til samarbeid med privat sektor er erfaringene delte, spesielt i deler av landet med lav tannlegedekning. I en undersøkelse, utført av Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitet i Oslo, blant tannleger i privatpraksis i Troms, fremkommer det at de ikke ønsker å ta ansvaret for de prioriterte pasientene som den offentlige tannhelsetjenesten skal ivareta. Dette skyldes at de har tilstrekkelig med voksne betalende pasienter, og sterke preferanser for å behandle denne pasientgruppen. Erfaringene fra forsøksordningen i tre fylker med utvidet tannhel-

setilbud til blant andre hjemmeboende med kommunale hjemmetjenester, viste derimot at de privatpraktiserende var interessert og deltok ved å ivareta oppgaven med å gi nødvendig tannhelsehjelp, basert på avtaleverk med fylkeskommunen. Det er utvalgets oppfatning at grunnlaget for å innføre ulike driftstilskuddsmodeller er betydelig endret fordi departementets tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid i vesentlig grad forplikter aktørene som har tilsluttet seg planen, blant dem Den norske tannlegeforening. På denne bakgrunnen kan det bli aktuelt å vurdere etablerings- og driftstilskudd som en mulighet for å gi tilbud om tjenester i områder hvor det ellers ville ha vært utilstrekkelig tannlegedekning.

Målet med å gi etablerings- og driftstilskudd vil være å stimulere tannleger til å etablere seg i distrikter eller kommuner hvor privatpraktiserende tannleger ville finne det for risikofylt å etablere seg. Det kan også være tilfeller der den aktuelle befolkningen er så liten at det ikke er hensiktsmessig å etablere både offentlig og privat virksomhet.

Tannlegens investering reduseres gjennom tilskudd til overtagelse eller etablering. Avhengig av hvor viktig det er å sørge for at det blir etablert tannhelsetjeneste på det aktuelle stedet, kan tilskuddet variere i størrelse. Det kan eventuelt bli aktuelt at alle etableringskostnadene overtas av det offentlige.

Utvalget vil påpeke at det er fullt mulig for det offentlige å ivareta sitt ansvar for offentlig tannhelsearbeid innenfor regelverket i lov om tannhelsetjenesten ved å kjøpe tjenester fra det private på ulike måter, for eksempel ved ulike former for basis/driftstilskudd. Dette er opp til den enkelte fylkeskommune å avgjøre.

Spesielt om fritt tannlegevalg

I kapittel 7.5 har utvalget kort omtalt befolkningens lovhjemlede valgfrihet når det gjelder valg av fastlege, og friheten til å velge undersøkelse og/eller behandling ved det sykehuset pasienten ønsker. I tillegg har vi kort vært inne på hvordan dette fungerer innenfor tannhelsetjenesten, og sammenlignet med det frie tannlegevalget som gjelder for barn og unge i Sverige og Danmark.

Utvalget ser at det i dagens samfunn er stadig større frihet for den enkelte til selv å velge behandler eller behandlingssted, også innenfor den offentlige helsetjenesten. Det er ansett som svært viktig at forholdet mellom den enkelte og behandlingspersonellet bygger på tillit og forståelse, og at det er viktig for den enkelte selv å være med og

bestemme. Ved innføringen av fastlegeordningen, og ved innføringen av retten til fritt sykehusvalg, har Stortinget ved sosialkomiteen uttrykt viktigheten av at den enkelte blir tatt med i avgjørelsen, og at det foreligger en valgfrihet.

Innenfor tannhelsetjenesten er det i prinsippet full frihet ved valg av tannhelsepersonell for folk flest, både for den voksne betalende del av befolkningen, og for de gruppene som har rett til stønad fra trygden. Innbyggere som har rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten står på lister til spesifikke klinikker i definerte distrikter, og er ofte oppført på en navngitt tannlege eller tannpleier. Tannhelsetjenesten har et populasjonsansvar for dem som står på listen. I prinsippet er det en valgmulighet, men den er ikke så eksplisitt som i fastlegeordningen. Dette tilsvarende i hovedsak det prinsippet en har for valgfrihet i helsetjenesten ellers, hvor det er mulig å velge mellom fastleger med avtale.

For innbyggere i de prioriterte gruppene er det også fullt mulig å velge tannhelsepersonell utenfor den offentlige tannhelsetjenesten, og tannhelsepersonell uten avtale med fylkeskommunen, men da må de selv betale for behandlingen, og en har heller ikke rett til refusjon fra folketrygden. Tilsvarende gjelder i helsevesenet for øvrig. Pasienter hos private allmennleger, eller spesialister uten avtale, har full egenbetaling.

I praksis er det tilgangen på tannhelsepersonell og demografi som i hovedsak påvirker graden av valgfrihet. I byer med høy tannlegedekning vil valgfriheten være større enn i deler av landet med store avstander, spredt bosetning og lav tannlegedekning. Tiltak fra staten som bedrer den geografiske skjevfordelingen av tannleger vil antagelig være det mest effektive bidraget til en bedring av den reelle valgfriheten, uavhengig av hvor du bor i landet.

Utvalget går inn for en sterk og styrket offentlig tannhelsetjeneste, og mener den har kvaliteter som borger for gode tjenester til nettopp de prioriterte grupper den har ansvaret for. Utvalget mener at valgfriheten er godt ivaretatt, og at det ikke er behov for å lovforankre denne. Det er fullt mulig å inngå avtaler med private tannleger for å øke valgfriheten. Men utvalget mener det er viktig med samarbeidsavtaler som kvalitetssikrer og omfatter alle sider ved tannhelsetilbudet.

En problemstilling som utvalget har drøftet, er fritt tannlegevalg vurdert i forhold til den offentlige tannhelsetjenestens oppsøkende funksjon, og tjenestens fokus på forebygging. I utvalgets vurderinger av hvilke grupper som bør ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten, er det nettopp lagt vekt på at dette gjelder personer der tjenestens

oppsøkende karakter er svært viktig, og hvor forebyggingsaspektet er særlig fremtredende.

Flertallet av utvalget mener at gruppen 0 – 18 år og de særskilte gruppene nevnt i Kap 11.3.5 bør være den offentlige tannhelsetjenestens ansvar, fordi disse gruppene har behov for et oppsøkende og forebyggende tilbud. Enkelte pasienter har et etablert forhold til en tannlege og ønsker å fortsette med det, når de får rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten bør legge til rette for at dette hensynet ivaretas i samarbeid med pasienten.

Dissens

I forhold til fritt tannlegevalg ønsker utvalgets medlemmer Magne Audun Kloster og Gro Christin Knudsen å påpeke følgende: I St.prp. nr. 1 (2004-05) – verdivalg i helsepolitikken står det blant annet: "Pasienter og brukere skal gis økt valgfrihet og medbestemmelse i forhold til tjenestetilbudet". Prinsippet om fritt tannlegevalg forankres her.

For de over 18 år som utvalget tilrår skal ha gratis tannhelsetjeneste, mener disse medlemmene at samme valgfrihet bør gjelde som for resten av befolkningen. Forankrede rettigheter i lov om tannhelsetjenesten gir det offentlige et spesielt ansvar for at rettighetene ivaretas. Disse pasientene gis rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, mens fritt tannlegevalg gis til dem som ønsker å fortsette/opprette et behandlingstilbud hos privat tannlege. Det må bli en videreføring av at den offentlige tannhelsetjenesten har ansvaret for tilsyn med kommunale institusjoner og opplæring/oppfølgning av alt personell som har behandlings- og tilsynsansvar for de angjeldende prioriterte grupper.

Fritt tannlegevalg forutsetter også en finansiering der pengene følger pasienten. To finansieringsmuligheter finnes:

- Det forvaltningsorganet som har det behandlings-/tilsynsmessige ansvaret for pasienten kjøper behandling der pasienten velger behandler. Beregnede kostnader legges inn som rammetilskudd. En slik ordning vil gi motivasjon til forebyggende ansvar.
- Det offentlige tannhelseforvaltningsorganet kjøper behandling der pasienten velger behandler. Beregnede kostnader for disse prioriterte gruppene legges inn i budsjettet.

Med bakgrunn i erfaringer fra tre fylkeskommuner med utvidet tannlegetilbud der også privat sektor deltok med tilslutning fra tannlegeforeningen, vil en løsning med fritt tannlegevalg forplikte privat

sektor til medvirkning. Fritt tannlegevalg forutsetter prisregulering (jf. mindretallsforslag om prisregulering).

Utvalgets tilrådinger: *Samlet sett er det utvalgets vurdering at en omfattende finansiell og organisatorisk reform for å innføre en fasttannlegeordning med listesystem tilsvarende det man har i allmennlegetjenesten, er et lite egnet virkemiddel for å løse de hovedutfordringer tannhelsetjenesten står overfor. En hovedinnvending er at etterspørselen etter tannhelsetjenester i de folkerike kommuner vil øke betydelig pga en generell statlig subsidiering av tannhelsetjenester.*

Tiltak utvalget foreslår for å bedre den geografiske skjevfordelingen av tannleger vil antagelig være det mest effektive bidrag til en bedring av den reelle valgfriheten uavhengig av hvor en bor i landet. Utvalget går inn for en sterk og styrket offentlig tannhelsetjeneste og mener den har kvaliteter som borger for gode tjenester til nettopp de prioriterte grupper den har ansvaret for. Valgfriheten er godt ivaretatt, og utvalget mener det ikke er behov for å lovforankre denne.

Utvalget foreslår etablerings- og driftstilskudd som en mulighet for å gi tilbud om tjenester i områder hvor det ellers ville ha vært utilstrekkelig tannlegedekning.

Kapittel 12

Økonomiske og administrative og konsekvenser

12.1 Vurdering av økonomiske konsekvenser

Utvalget har foreslått at enkelte grupper av befolkningen med særlige behov for tannhelsetjenester skal få tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten. Andre skal få nye eller forbedrede rettigheter i trygden. For utvalget har det vært vanskelig å finne eksakte tall på hva opptrappingen av det offentlige engasjement på tannhelsefeltet vil medføre av kostnader. Utvalget har likevel forsøkt å gjøre noen overslag over kostnadene ved utvalgets tilrådninger.

Nye grupper i den offentlige tannhelsetjenesten – økte kostnader:

Personer med alvorlig psykisk lidelse: 86 000 personer er et anslag over hvor mange som har alvorlig psykiske lidelser i Norge, ikke alle disse er under behandling slik at erklæring fra psykiater eller psykolog kan fremlegges. Et lite antall av disse er i fengsel eller i institusjon, og flere har stønad til livsopphold. De fleste står uten et offentlig tannhelsetilbud. FUTT-prosjektet beregnet en kostnad per pasient i denne gruppen til i gjennomsnitt å være 5800 kroner (2002-tall). Imidlertid reflekterer dette kostnadsanslaget et akkumulert behov. De årlige tannhelsetjenestekostnader pr pasient i denne gruppen etter at et gratis tilbud eventuelt blir innført, vil neppe overstige 3000 kroner. *Dersom alle mottar tilbudet vil kostnaden bli ca 250 mill. kroner.*

Personer med alvorlig rusmiddelavhengighet under rehabilitering / behandling anslåes av utvalget på bakgrunn av FUTT – prosjektet til å være mer enn 5000 kroner. Kostnad per pasient i denne gruppen ble i dette prosjektet beregnet til å være i gjennomsnitt 7100 kroner. *Økte kostnader anslåes til 35 mill kroner.*

Personer med funksjonstap: Ifølge St. meld. nr. 31(2001-2002) er det ca. 200 000 som mottar pleie- og omsorgstjenester i landet, ca. 163 000 av disse

mottar hjemmetjenester (praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie) mens de gjenværende ca. 40 000 har sykehjemsplasser. SSB oppgir at 55 000 mottar praktisk bistand i hjemmet (unntak hjemmesykepleie), og at ca 18 % av disse kommer inn under rus/psykiatrigruppen. I dag gis et tilbud til eldre, syke og uføre på institusjon som vil falle inn under denne gruppen. Totalt er 61 000 under tilsyn i denne gruppen. Det er meget vanskelig å anslå hvor mye økningen i denne gruppen vil utgjøre med det nye inklusjonskriteriet funksjonstap. Antallet under tilsyn i denne gruppen har gått ned med 17 000 (22 %) pga endringer i organiseringen i kommunene. Et anslag kan være at denne gruppen vil øke med 30 %. *Økte kostnader anslåes til 40 – 80 mill. kroner.*

Fengselsinnsatte over 6 mnd: Til enhver tid sitter ca 3200 i fengsel. 70 % har en soningstid på under 3 måneder. De fleste har rus eller psykiatri problemer og fanges opp i kostnadsberegningene for disse. Andre innsatte over 6 mnd anslåes til å utgjøre 5 % av de innsatte. *Økte kostnader, utover de 5,9 mill. kroner som i dag bevilges til tannhelsetjenester til innsatte i fengsel, anslåes til å være ca 4 mill kroner.*

Endringer i trygderettigheter – økte kostnader:

Personer med sosialstønad over 6 mnd: I 2004 mottok 51 000 personer sosialhjelp over 6 mnd. Introduksjonsstønad er inkludert i tallene. Mange i denne gruppen har psykiske lidelser eller er rusmiddelmissbrukere, og flere er mottakere av andre kommunale tjenester.

UDI har i rapporten "Kommuners iverksetting av introduksjonsordning for nyankomne. Statusrapport pr. 31.12.04" opplyst at 4300 var omfattet av ordningen. I rapporten blir det opplyst at 10-30 prosent av disse har behov for supplerende sosialstøtte. Rapporten sier ikke noe om for hvor lang tid de mottar slik støtte. Vi vet ikke hvor mange av de 4300 som mottok introduksjonsstønad lenger enn 6 måneder.

Kostnadene til tannhelsetjenester dekket av sosialkontorene er i dag 100 mill kroner. Dersom

sosialstønadsmottakere får rettigheter i trygden, må det forventes økning av etterspørselen av tannhelsetjenester. På den annen side er behandlingen knyttet opp mot nødvendig behandling og takster. *Utvalget anslår – etter å ha justert for stønadsmottakere som er blitt inkludert i tallene ovenfor for rus og psykiatri – at antallet nye brukere som fanges opp gjennom dette forslaget er 25 000. Dersom alle benytter seg av tilbudet, og de årlige kostnader pr pasient anslås til 3000 kroner, medfører dette en samlet økning i det offentliges kostnad for denne gruppen på 75 mill kroner.*

Endringer i folketrygden

Utvalget fremmer også noen forslag om endringer i folketrygdens bestemmelser for støtte til tannbehandling. Det er ikke grunnlag for presise beregninger av kostnaden ved disse forslagene. Mye vil avhenge av den nøyaktige utformingen av det nye regelverket, men dagens utgifter og saksmengde gir likevel grunnlag for å antyde den kostnadsmessige dimensjonen av forslagene.

Overflytting av stønad for medfødte lidelser og ervervede lidelser fra § 5-22, bidrag, til § 5-6, pliktmessige ytelser, kan isolert sett gi om lag 35 mill.kr i økte utgifter på grunn av at dagens egenandeler bortfaller. Hvis en i tillegg bruker forhåndsdefinerte diagnoser som kriterium for stønad dvs. at en slakker på dagens krav om årsaksammenheng mellom lidelse og tannhelse, vil utgiftene under Ervervede lidelser øke betydelig. Vi anslår ut fra dagens situasjon at utgiftene vil kunne øke med om lag 40-50 mill.kr som følge av dette. *Samlet vil endringene som er foreslått i kapittel 11.3.6 kunne koste om lag 80 mill – 100 mill kroner.*

Turnus for tannleger

En organisert turnusordning for tannleger vil innebære at en må opprette ca 100 nye turnusstillinger og tilsvarende antall tannhelsesekretærstillinger. I tillegg må det kompenseres for areal, utstyr og tapt produksjonstap for veileder. *Dersom turnuskandidaten tjener inn lønnen sin, vil kostnadene utgjøre ca 60 mill kroner.*

Stimuleringstiltak

Utvalget mener at det må settes inn betydelige rekrutterings- og stabiliseringstiltak for å tilstrebe målet om tannhelsetilbud i alle deler av landet. *Utvalget anslår at kostnader i forbindelse med slike tiltak vil være ca 50 mill kroner*

Reduksjon i kostnader

Utvalget foresår at 19 – 20 åringer mister sitt tilbud til subsidierte tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. *Kostnadsreduksjonen utgjør ca 54 mill kroner.*

Utvalgets samlede forslag gir økte netto kostnader på ca 560 mill kroner.

12.2 Administrative konsekvenser

Organisasjonsmodeller

Utvalget er delt i oppfatningen av hvilken organisasjonsmodell som best kan møte de utfordringene tannhelsetjenesten står overfor.

Dersom dagens fylkeskommunale modell opprettholdes medfører det ingen umiddelbare administrative konsekvenser. En tilpasning til et nytt regionalt folkevalgt nivå vil antagelig føre til en gjennomgang av strukturen og administrasjonen av tjenesten. Direktoratmodellen forutsetter en faglig og administrativ stab i direktoratet. På den annen side vil direktoratmodellen muliggjøre en overordnet og nasjonal tilnærming til organisatoriske endringer i den ytre etat. En autonom foretaksmodell vil utløse et behov for å bygge opp en regional administrasjon på bekostning av dagens fylkeskommunale. Etableringen av foretak vil antagelig også medføre en vurdering av dagens organisasjon. Det vil ved denne modellen være behov for en sentral statlig eierskapsfunksjon.

12.3 0 - alternativet

De økonomiske konsekvenser av utvalgets forslag mht samlede merutgifter for det offentlige er vanskelig å anslå presist. Imidlertid er det utvalgets oppfatning at disse merutgiftene må vurderes som relativt beskjedne. Utvalget har nemlig *ikke* gått inn for generelle ordninger med offentlig finansiering av tannbehandling for den voksne befolkning, ei heller har vi foreslått "aldersutvidelser" i form av høyere alder for når unge ikke lenger skal ha rett til offentlig tannbehandling. I stedet har utvalget foreslått å *avvikle* ordningen med offentlig delfinansiering av aldersgruppen 19-20 år.

De økte offentlige utgifter gjelder finansiering av behandling for grupper som utvalget mener bør få gratis behandling pga deres særlige behov. Merutgiftene skyldes imidlertid til en viss grad at utvalget anbefaler inkludering av noen grupper som tidligere regelverk har *ment* skulle få gratis behand-

ling, men som har falt ut pga at regelverket ikke har blitt tilpasset den senere tids overgang fra institusjonstilknytning til hjemmebasert omsorg. For andre grupper med særlige behov har vi foreslått generelle ordninger med klare rettighetskriterier – heller enn finansiering basert på individuell søknad og skjønn. For disse vil utgiftene øke, men samtidig mener utvalget at saksbehandlingskostnader vil kunne spares.

For å løse det regionale fordelingsproblemet vil det være utgifter forbundet med ”positive stimulerings tiltak”. Slike utgifter kan imidlertid begrenses dersom man også innfører tiltak som gjør at det blir mindre lønnsomt å etablere privat praksis i byområder med stor tilgang på tannleger.

Utvalget kan vanskelig se for seg at de samlede netto merutgifter av våre forslag vil overstige 600 millioner kroner årlig for det offentlige. Når vi er bedt om å komme med et 0-alternativ, der vi skal foreslå hvordan disse utgiftene kan dekkes av inntekter *innenfor* den offentlige tannhelsetjenesten, vil det måtte bli innføring av egenandeler for de store grupper (de under 18 år og eldre med funksjonstap), eventuelt lengre innkallingsintervall for barn. Dette er ikke en politikk som utvalget tilrår, men gitt mandatet om å trekke fram et 0-alternativ, ser vi ingen andre måter å finansiere et utvidet tannhelsetjenestetilbud til grupper med særlige behov.

12.4 Utvalgets tilrådninger og konsekvenser for gjeldende lovverk

Utvalget har nedenfor pekt på de mest sentrale endringer som må gjennomføres i lov eller forskrift som en følge av utvalgets tilrådninger. Det kan også være aktuelt med andre endringer regelverket som utvalget ikke har kommet inn på her.

Lov om tannhelsetjenesten

§ 1-2 Tannhelsetjenestens formål

Utvalget mener at samarbeidet mellom forvaltningsnivåene er avgjørende i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og at tannhelsetjenesten må være en mer synlig aktør i folkehelsearbeidet. Etter utvalgets mening må dette fremkomme klarere i loven.

§ 1-3 Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalget går inn for at nye grupper skal ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten, samt at de nåværende gruppebetegnelseene bør endres. Utvalgets tilrådning er at barn og unge fra 0 til 18 år, per-

soner med alvorlig psykisk lidelse, personer med alvorlig rusmiddelavhengighet under rehabilitering, personer med funksjonstap, psykisk utviklingshemmede og innsatte i fengsel over 6 måneder skal ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Bestemmelsen om prioritering etter ressurser bør etter utvalgets mening tas ut av loven. Denne bestemmelsen har ikke lenger relevans, men kan i praksis skape ulike tolkninger av regelverket. Utvalget mener også at bestemmelsen om at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling, bør tas ut av loven. Tannhelsetjenestens sitt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid bør sterkere forankres i § 1-2 ”Tannhelsetjenestens formål”.

Utvalget går inn for at dagens gruppe d og e ikke lenger skal ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

§ 1-4 Samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor

Fylkeskommunen har i dag ansvaret for samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. For å bedre denne samhandlingen mener utvalget det er en forutsetning at forvaltningsnivået for den offentlige tannhelsetjenesten tillegges et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor. Den offentlige tannhelsetjenesten må derfor tillegges en myndighet og effektive virkemidler for å kunne utøve denne rollen. Det er behov for å presisere i loven både hva forvaltningsansvaret skal innebære og hvilke virkemidler en har til rådighet for å utøve denne funksjonen forsvarlig. I tillegg bør den offentlige tannhelsetjenestens samarbeid og ansvar i forhold til fylkeslegen formaliseres. Forvaltningsansvaret for en samlet offentlig og privat sektor kan være å:

- Tilrettelegge for faglig oppdatering / etterutdanning i samarbeid med andre institusjoner og pålegge tannhelsepersonell å delta
- Stille krav om rapportering av nødvendige data
- I samarbeid med fylkeslegen og andre tilsynsmyndigheter utvikle prosedyrer og systemer for systematisk tilsyn.
- På vegne av fylkeslegen avgi faglige vurderinger ved klager
- Styre etableringen ved bruk av tannlegehjemler / bevilling i regionen
- Organisere tannlegevakt og pålegge private å delta
- Andre

Virkemidler kan etableres i samarbeid med andre statlige institusjoner eller tillegges forvaltningsnivået for tannhelsetjenesten. I den grad forvalt-

ningsansvaret beskrives konkret i lov / forskrift bør også virkemidlene og konsekvenser ved ikke å følge pålegg beskrives.

§ 2-2 Vederlag for tannpleie i den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalget går inn for at de gruppene som tilrådes rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten ikke skal betale vederlag, med unntak for kjeveortopedisk behandling som helt eller delvis refunderes gjennom folketrygden. For voksent betalende klientell skal det fortsatt betales fullt vederlag.

Utvalgets tilrådninger og de konsekvenser de har for lov om tannhelsetjenesten medfører også at det må gjennomføres nødvendige endringer i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.

§ 4-1 Privat tannhelsevirksomhet og § 4-2 Inngåelse av avtale med privat tannlege

Bestemmelsene regulerer forholdet der private tannleger utfører offentlige oppgaver. Enkelte pasienter har et etablert forhold til en tannlege og ønsker å fortsette med det av spesielle grunner, når de får rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget ønsker at den offentlige tannhelsetjenesten skal legge forholdene til rette slik at pasienten kan fortsette hos den tannlegen de har et etablert forhold til. Slik avtalebestemmelsene er formulert i dag kan de være til hinder for en hensiktsmessig gjennomføring av en slik ordning. Utvalget mener at det i lovverket bør åpnes for en mer effektiv måte å inngå avtaler på.

Lov om folketrygdlov

Stønad til tannbehandling dekkes etter § 5-6 og 5-22. Nærmere kriterier er gitt i forskrift. Utvalget går inn for at flere tannhelsetjenester flyttes fra § 5-22 (bidrag) til § 5-6 (pliktmessige ytelser). Dette gjør det nødvendig med endringer i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom og forskrift om bidrag til visse helsetjenester, samt endringer i Rikstrygdeverkets rundskriv. Utvalget går også inn for at personer med stønad til livsopphold mer enn 6 måneder skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester gjennom trygden. Dette må forankres i forskriften til § 5-6. Utvalget mener videre at hjelpemidler som det er behov for ved enkelte former

for oral behandling må forankres i forskriften til § 5-6.

Utvalget går inn for at tannpleiere bør få en selvstendig refusjonsrett for de tannhelsetjenester de er kvalifisert til å utføre, og samtidig få anledning til å inngå avtale om direkte oppgjør. Dette må følges opp ved endringer i forskriften om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom som bestemmer at stønad bare ytes dersom undersøkelse og behandling er utført av tannlege.

Lov om helsepersonell

Utvalget går inn for en innføring av turnustjeneste for tannleger. I lov om helsepersonell er departementet gitt hjemmel til i forskrift å bestemme turnustjeneste for rett til autorisasjon. Departementet må foreta nødvendige endringer i forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for helsepersonell, slik at forskriften også omfatter tannleger.

Lov om helsetjenesten i kommunen og forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v.

Utvalget mener at rett til nødvendige tannhelsetjenester etter forskriften bør gjøres avhengig av at pasienten ikke har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Det må vurderes hvilken betydning det eventuelt skal få for størrelsen på det vederlaget den enkelte betaler for oppholdet.

Takster

Flertallet i utvalget mener det er behov for en prisregulering og at det bør innføres generelle nasjonale takster på tannhelsetjenester. Staten må fastsette bindende generelle takster ved lovregulering etter drøftinger med Den norske tannlegeforening og Norsk Tannpleierforening.

Etableringskontroll

Flertallet i utvalget mener det bør innføres en etableringskontroll for tannleger og ber departementet utrede hvordan en slik ordning kan organiseres og gjennomføres. Det må i en slik utredning foretas en nærmere vurdering om ordningen krever et eget regelverk eller om ordningen eventuelt kan forankres i lov om tannhelsetjenesten.

Referanser

- Ambjørnsen, Eirik, Axell, Tony og Henriksen, Birgitte M. Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror? NTF's Tidende 2002: 112: 272-4
- Dental Liaison Committee in the EU: Manual of dental practice – 2004. Dental Public Health Unit in the University of Wales, College of Medicine, Cardiff.
- Eriksen, Harald M., Hansen B. Frode, Bjertress, Espen og Berset, Gry. Tannhelsen hos 35-åringene i Oslo. NTF's Tidende 1996: 106: 732-5.
- Fafo. Levekår blant innsatte. Fafo-rapport 429
- Grytten, Jostein, Skaug, Irene og Holst Dorthe. Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling i 1995 – 2004. NTF's Tidende 2004: 114: 744-7
- Hansen, B. Frode. Diagnostikk av periodontale sykdommer. NTF's Tidende 2004:114:20-8
- Helsedepartementet. Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Rapport I-1086B 2003
- Helsedepartementet. Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. I14/2004
- Hesledirektoratet. Tannhelsetjenesten i Norge. Utredningsserie 7/92
- Helsetilsynet. Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra. Utredningsserie 5/99.
- Helsetilsynet. Tannhelsetjenesten i Norge – omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten. 5/2004
- Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene – tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport 10/2003
- Helsetilsynet. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Utredningsserie 10/2000
- Helsetilsynet. Tannlegestabilitet og kvalitet i Nordnorsk tannhelsetjeneste 1995-1997. Evalueringsrapport 1998.
- Holst, Dorthe, Schuller, Annemarie A og Gimmetad, Anne. Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial. NTF's Tidende 2004: 114: 86671
- Innst. O. nr. 86 (1982-83) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om tannhelsetjenesten
- Lunder, Nils. Tannhelse- og behandlingsbehov for psykisk utviklingshemmede i Oppland. NTF's Tidende 1995: 105: 976-9
- Lunder, Nils. Kariesbomben – finnes den? Utvikling av sekundærkaries i perioden 18 til 25 år. NTF's Tidende 1998: 108: 308-11
- NOU 1986: 25 Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid
- NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune
- NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial og helsetjenesten
- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste
- Oslo kommune. Rapport fra undersøkelse for rusmiddelstaten vedrørende behov for tannbehandling. 2003
- Ot. prp. nr. 49 (1982-83) Om lov om tannhelsetjenesten
- Ot. prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 (fastlegeordningen)
- Ot. prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Ot. prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell
- Ot. prp. nr. 31 (1998-99) Om lov om erstatning ved pasientskader
- Ot. prp. nr. 66 (2000-01) Om lov om helseforetak m.m.
- Ot. prp. nr. 3 (2002-2003) Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere
- Ot. prp. 4 (2002-2003) Om lov om endringer i folketrygden (egenandelstak 2)
- Ot. prp. 54 (2002-2003) Rusreform II og rett til individuell plan
- Rømøren, Tor Inge. Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos menn over 80 år. Gyldendal akademisk 2001
- SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning. Opptrappingsplan for psykisk helse – statusetter fire år. Evalueringsrapport 2003
- Slåttilid, M., Espelid, I., Skaare, A.B. og Gimmetad, A. Caries pattern in an urban, preschool population in Norway. European Journal of Paediatric Dentistry 2004
- Sollund, Arne. Den norske tannlegeforening gjennom 100 år.

- Sosial- og helsedirektoratet. Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud omtannhelse-tjenester 2001-2004 (Futt-prosjektet)
- Sosial- og helsedirektoratet. Tenner for livet. Hel-sefremmende og forebyggendearbeid
- St. meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.
- St. meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedrehelsetjeneste
- St. meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet
- St. meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier i den nor-ske helsetenesta
- St. meld. nr. 6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattig-dom
- St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge
- St. meld. nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktige legemidler (Legemiddelpolitikken)
- St. prp. nr. 1 (2004-2005) Regjeringens verdigrunn-lag i helsepolitikken
- Universitet i Oslo, Seksjon for samfunnsodonto-logi, Odontologisk fakultet. Etterspørsel etter og utgifter til tannbehandling i den voksne befolkningen (2004-undersøkelsen)
- Universitetet i Tromsø, Seksjon for samfunnsodon-tologi. Kartlegging av tannhelsetjenesten i Troms – tannhelsepersonellens holdninger og synspunkter på arbeidsforhold og ulike finan-sieringsformer. 2001
- Wang, Nina J. og Schiøth, Jan Th. Ekstraksjoner og pulpabehandling på grunn avkaries i perma-nente tenner hos barn og unge. NTF's Tidende 2004: 114: 22832
- Åstrøm, Anne Nordrehaug, Klepp, Knut-Inge og Samdal, Oddrun. Konsum av sukretmineral-vann og søtsaker blant norske skoleelever: sterk økning fra 1989 til 2001. NTF's Tidende 2004: 114: 816-21
-

Vedlegg 1

Gjeldende rett – relevant lovverk på tannhelsefeltet

1 Innledning

I Norge betaler den voksne befolkning i all hovedsak sine utgifter til tannhelsetjenester selv. Lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 gir imidlertid rettigheter til prioriterte grupper i befolkningen og folketrygdloven av 28. februar 1997 har stønadsordninger for enkelte typer behandling til enkelte grupper. Gjennom lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 kan det på visse vilkår ytes økonomisk stønad til utgifter til tannhelsetjenester, og med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 er det i forskrift om vederlag for opphold i bl.a. sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie, fastslått at nødvendig tannbehandling omfattes av vederlaget.

Nedenfor følger en beskrivelse av gjeldende lovverk på tannhelsefeltet. Det er lagt vekt på ovennevnte lover med tilhørende forskrifter, men også annet relevant lovverk er omtalt.

2 Lov om tannhelsetjenesten

2.1 Generelt

Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten ble samlet under fylkeskommunen fra 1.1.1984. Før dette var den offentlige tannhelsetjenesten dels et statlig ansvar ved folketannrøkta og dels et kommunalt ansvar ved skoletannpleien. Formålet med endringen var bl.a. et ønske om en rasjonell drift og en likeverdig tjeneste på landsbasis. Det ble også sett på som hensiktsmessig å samle både sektoransvaret, eierskapet til virksomhetene og driften av den offentlige tannhelsetjenesten på ett og samme forvaltningsnivå. Lov om tannhelsetjenesten har flere særtrekk. Loven pålegger en del av den offentlige helsetjenesten, m.a.o. tannhelsetjenesten, å drive oppsøkende virksomhet overfor definerte pasientgrupper. Dette innebærer at tannhelsetjenesten skal dekke et tannhelsefaglig definert behov framfor etterspørsel. I tillegg gir loven prioritering av definerte oppgaver, og angir også prioriteringsrekkefølgen. Forebyggende virksomhet vektlegges sterkt, idet forebygging skal prioriteres foran behandling.

2.2 Regelverket

Etter lovens § 1-1 skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen har avsvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjenester som utføres på de gruppene som er nevnt i § 1-3, enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.

Fylkeskommunen er, jf. § 1-3a, pålagt å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonellet skal kunne oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Ved siden av "sørge for-ansvaret" for tilgjengeligheten av tannhelsetjenester skal fylkeskommunen, jf. § 1-2, fremme tannhelsen og organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den har også et ansvar for regelmessig og oppsøkende tilbud av tannhelsetjenester til bestemte grupper av befolkningen som er innbyrdes prioritert. De prioriterte gruppene etter § 1-3 er:

- a) barn og unge fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- b) psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- c) grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- d) ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret og
- e) andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

I tillegg til de prioriterte oppgavene kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser. Gruppene a–e er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelig for tilbud til alle gruppene, legger loven opp til at denne prioriteringen skal følges. Forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Hvem som er omfattet av de ulike gruppene, kan være noe uklart. For gruppe a) er definisjonen presis og ska-

per ingen problemer, gruppen omfatter barn fra 0 år og til og med det kalenderåret de fyller 18 år. Hvem som er omfattet av gruppe b), er imidlertid mer problematisk fordi definisjonen er upresis. Det framkommer ingen veiledning verken i loven eller i forarbeidene om avgrensningen. Helsedirektoratet foretok en tolkning i 1985 og avgrenset gruppen til å gjelde: psykisk utviklingshemmede som er registrert i fylkesteamet for HVPU som hjelpetrengende, psykisk utviklingshemmede som mottar uførepensjon, eventuelt grunn- eller hjelpestønad fra folketrygden og psykisk utviklingshemmede som mottar sosialhjelp. Dette innebærer at tilhørighet til gruppen var knyttet til om vedkommende var registrert som psykisk utviklingshemmet ved en offentlig etat. Etter HVPU-reformen med oppstart i 1991 framstår det igjen uklart hvem som er omfattet av denne gruppen. Gruppe c) er som et utgangspunkt presist definert i loven, men forskrift av 24. mai 1984 § 2 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjeneste begrenser gruppen til å gjelde de som er i institusjon eller mottar pleie av hjemmesykepleien og dette har vart eller forventes å ville vare i sammenhengende tre måneder eller mer. Hva som skal defineres som institusjon og hjemmesykepleie, kan likevel være uklart. I merknader til forskriften står det at institusjon skal forstås som sykehus, sykehjem, aldershjem og lignende som får sitt budsjett og regnskap godkjent av og tilskudd til drift fra en offentlig instans eller er tatt med i kommunal eller fylkeskommunal helse- og sosialplan.

Gruppe d) omfatter ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. I praksis har det vist seg at denne definisjonen har åpnet for ulike tolkninger. Spørsmålet har vært om denne gruppen omfatter ungdom til den dagen de fyller 20 år, ut det kalenderåret de fyller 20 år eller fram til de fyller 21 år. Sosial- og helsedirektoratet har tolket bestemmelsen til å gjelde ungdom t.o.m. det året de fyller 20 år.

Lovens paragraf 2-1 gir alle nevnt i § 1-3 rett til nødvendig tannhelsehjelp. Denne retten korresponderer med fylkeskommunens plikt til regelmessig og oppsøkende tilbud i § 1-3, 1. ledd. Voksne betalende klientell må være inntatt i fylkets tannhelseplan for at de skal ha rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, jf. § 1-3, 2. ledd.

For hjelp i den offentlige tannhelsetjenesten skal mottakeren, jf. § 2-2, betale vederlag når dette følger av forskrift fastsatt av departementet eller fylkeskommunen. Vederlaget kan fastsettes som egenandel eller betaling etter takst. For hjelp til gruppe a, b, og c kan det, med unntak for kjeveortopedisk behandling, ikke kreves vederlag. Depar-

tementet har i forskrift av 24. mai 1984 utarbeidet regler for vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Etter forskriftens § 1 skal personer som ikke går under § 1-3 a, b, c, d og e i lov om tannhelsetjenesten, betale fullt vederlag etter fylkeskommunens egne takster eller etter departementets takster. Fylkeskommunens mulighet til å fastsette egne takster kom 1. juli 2001. Før dette var de forpliktet til å benytte departementets takster. Ungdom fra det året de fyller 19 til og med det året de fyller 20, skal ikke betale større vederlag enn 25 prosent av departementets fastsatte takster inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider, jf. § 3, 1. ledd. Men dersom trygdekontoret gir hel eller delvis refusjon for behandlingen, kan det kreves vederlag som under § 1 også for denne gruppen. For gruppe e fastsetter fylkeskommunen vederlagets størrelse som en andel av egne takster eller departementets takster.

3 Lov om folketrygd

3.1 Generelt

Folketrygdens formål er definert i folketrygdloven § 1-1. Den skal gi økonomisk trygghet til folketrygdens medlemmer ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall. Folketrygdloven kapittel 5 omfatter stønad til helsetjenester og formålet er å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd. Det ytes imidlertid ikke stønad til inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn og heller ikke til behandling av påregnelige følger av slike inngrep. I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter folketrygdloven kapittel 5. Denne bestemmelsen innebærer bl.a. at ved rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten bortfaller rett til stønad etter trygdens regler. Forholdet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og folketrygden vil bli nærmere drøftet under pkt 3.3. Stønad til tannbehandling inngår som en del av den generelle stønadsordningen i kapittel 5. Stønaden er avgrenset til visse behandlingstyper, visse tilstander og visse behandlingsgrupper. Trygdens intensjon er å gi stønad til tannbehandling for definerte tann-, munn- og kjevesykdommer og når en bestemt lidelse eller behandlingen av denne lidelsen har ført til redusert tannhelse. Dette medfører at trygdens dek-

ning til tannbehandling framstår som noe begrenset sammenlignet med de andre formene for helsetjenester. Trygdens ordning ved tannbehandling kjennetegnes ved klart definerte tiltak, og utforming av forskrifter og takster. Trygdens ytelser gis i form av pengeytelser. Dette i motsetning til ytelser etter lov om tannhelsetjenesten som gis som en ren tjenesteytelse.

Regelverket bygger på lovens §§ 5-6 og 5-22, forskrift gitt av departementet og rundskriv utarbeidet av Rikstrygdeverket som presiserer forskriften.

3.2 Regelverket

3.2.1 Pliktmessige ytelser

Trygden yter, jf. § 5-6, stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom. Stønaden gis etter fastsatte satser. Departementet har i forskrift gitt utfyllende bestemmelser. Forskriften definerer hvilke former for undersøkelse og behandling ved tann-, munn- og kjevesykdommer som gir rett til stønad. Departementet har i rundskriv I-16/2004 samlet denne forskriften og forskriften om generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling, samt kommentarer til takstene. Takstsystemet vil bli nærmere omtalt under pkt. 3.2.2.

Stønad etter § 5-6 er en pliktmessig ytelse (en rettighet) som utløses når medlemmet fyller vilkårene som er gitt i lov og forskrift. Stønaden deles i ubetinget og betinget pliktmessige ytelser. Ubetinget pliktmessig ytelse innebærer at det kan foretas utbetaling av stønad uten at trygdekontorets forhåndsgodkjenning foreligger. Ved betinget pliktmessige ytelser må trygdekontorets forhåndsgodkjenning foreligge før behandlingen iverksettes. Dette innebærer at det for de betinget pliktmessige ytelsene må framsettes en individuell søknad som vurderes og eventuelt godkjennes av trygdekontoret før behandlingen kan iverksettes. Eksempler på ubetinget pliktmessige ytelser er operative inngrep, periodontittbehandling og nødvendig tannbehandling hos medlem med sjeldne medisinske tilstander. Eksempler på betinget pliktmessige ytelser er kjeveortopedisk behandling, behandling av traumatiske skader hos medlemmer som lider av epilepsi, cerebral parese og lignende tilstander, omfattende behandling ved sjeldne medisinske tilstander, behandling i forbindelse med kreft i munnhulen, infeksjonsforebyggende behandling og rehabilitering av tannsett med protetisk behandling som følge av tap av tenner på grunn av marginal periodontitt.

Forskriften omfatter ikke konserverende tannbehandling, for eksempel tannfylling i forbindelse med karies og rotbehandling, profylaktisk (forebyggende) behandling, tannteknisk arbeid som ikke er forordnet av tannlege eller tannrensing. Det er imidlertid gjort unntak for personer med sjeldne medisinske tilstander, her dekkes også forebyggende tannhelsetiltak, ukomplisert behandling av tannkjøtt sykdom, tannråte og lignende. Dette innebærer at trygdens dekning til tannbehandling er sterkt begrenset sammenlignet med de øvrige helsetjenestene som trygden gir hel eller delvis dekning til, idet generelle undersøkelser, profylaktisk, konserverende og protetisk behandling i hovedsak faller utenfor ordningen.

Rikstrygdeverket har, med hjemmel i forskriften § 4, 3. ledd, gitt nærmere retningslinjer for hvilke sjeldne medisinske tilstander som er omfattet. Med sjeldne medisinske tilstander menes enkelt diagnoser som forekommer i antall opp til 1:10 000 individer eller totalt maksimum ca. 500 personer i Norge. Rikstrygdeverket har i sitt rundskriv presisert at det er et krav om årsakssammenheng mellom den sjeldne medisinske tilstanden og forverret tannhelse for rett til stønad fra trygden. Dette innebærer et vilkår om at tilstanden og dens behandling må ha ført til – eller mest sannsynlig vil føre til – vesentlig nedsatt oral helse. Det er i tillegg satt som vilkår at den sjeldne tilstanden som påvirker den orale helsen, må være varig. Det er imidlertid uklart om et slikt vilkår kan utledes av ordlyden i forskriften om tannbehandling. Rikstrygdeverket legger imidlertid til grunn at kravet om årsakssammenheng mellom ytelse og lidelse er et av folketrygdlovens grunnleggende prinsipper og hjemler kravet der. Inntil videre er det bestemt at kravet til årsakssammenheng skal gjelde. Rikstrygdeverket har utarbeidet en diagnoseliste over hvilke sjeldne medisinske tilstander som er omfattet av bestemmelsene. Listen blir revidert fortløpende. Spørsmål om å inkludere sjeldne medisinske tilstander i denne listen må forelegges Rikstrygdeverket for avgjørelse. Diagnose og medisinsk tilstand bekreftes ved erklæring fra spesialist eller sykehusavdeling. Rikstrygdeverket forelegger saken for Tannhelsekompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander (TAKO-senteret) for uttalelse, hvoretter Rikstrygdeverket eventuelt innfører lidelsen i sin diagnoseliste.

For å få stønad til tannbehandling etter trygdens regler er det, jf. forskriftens § 3, et krav at undersøkelsen eller behandlingen er utført av tannlege som har rett til å utøve tannlegevirksomhet i medhold av lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. I tillegg er det ved noen behandlings-

former ytterligere krav til kompetanse. For eksempel er det et krav ved kjeveortopedisk behandling at behandlingen er utført av tannlege som er spesialist i kjeveortopedi, eller av annen tannlege under veiledning av slik spesialist. Utgifter til implantatforankret tannprotetisk behandling dekkes bare hvis den kirurgiske innsettingen av odontologiske implantater er utført av spesialist i oral kirurgi og oral medisin eller spesialist i kjevekirurgi og munnhulesykdommer, og den protetiske behandlingen må være utført av tannlege med spesialutdanning i protetik eller likverdig utdanning.

Ved implantatforankret tannprotetisk behandling var det tidligere et krav for stønad at konvensjonell protetisk behandling (kroner/ broer, proteser) ikke hadde gitt eller kunne forventes å gi et akseptabelt behandlingsresultat. Dette kravet er fra 1. januar 2005 fjernet. Folketrygdens stønad til tannbehandling har de siste årene vært gjenstand for flere endringer. Nye støtteordninger er innført og andre er tatt ut. Som eksempel kan nevnes at fra 1. januar 1990 ble bestemmelsen om refusjon ved enkel tannuttrekning tatt ut, samt trygdens dekning til undersøkelse av tannstatus hos gravide. Fra samme tidspunkt ble reglene for kjeveortopedisk behandling vesentlig endret og fra 1. mai 2002 ble stønadsordningen til behandling av periodontitt utvidet. Fra 1. oktober 2003 ble det innført en helt ny ordning med stønad til erstatning av tenner tapt på grunn av marginal periodontitt. Stønad gis her til rehabilitering av tannsettet, som for eksempel innsetting av implantater, proteser og lignende.

3.2.2 Takstsystemet

Departementet har med hjemmel i lov om tannhelsetjenesten § 2-2 og i lov om folketrygd § 5-6 og 5-22 gitt forskrift om "Generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling". I tillegg inneholder forskriften om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom egne takster.

Alle takstene blir nå ensidig fastsatt av departementet. Fram til november 1995 ble takstene fastsatt gjennom forhandlinger mellom den norske tannlegeforening og staten. Alle medlemmer av foreningen var i utgangspunktet forpliktet til å følge denne tariffen, men i praksis viste det seg at den i stor grad bare fungerte som veiledende. Denne tariffen ble også benyttet ved beregning av stønad fra trygden. Fra og med november 1995 ble det fri prisfastsettelse i privat sektor og det ble ikke lenger forhandlet fram en tariff.

Utgifter utover de takster som er fastsatt av departementet, dekkes ikke. Dette innebærer at

departementets takster fungerer som maksimaltakster og dersom tannlegen har fastsatt sine priser høyere enn disse takstene, må pasienten betale det overskytende selv (mellomlegg).

Tidligere het det i § 4 i forskriften at stønad til tannbehandling i det enkelte tilfelle ikke skulle overstige det som rimelig forsvarlig tannbehandling ville ha kostet. Dette er fjernet fra 1. januar 2005, men det ligger imidlertid i bunn av folketrygdloven, jf. § 5-1, at det er nødvendige utgifter som helt eller delvis skal dekkes. I tillegg er det i § 4 i helsepersonelloven et krav til forsvarlighet og i § 6 et krav til ressursbruk, som også gjelder for tannhelsetjenesten (nærmere omtalt under punkt 6.2). Dette innebærer at endringen i forskriften ikke medfører noen endring i realiteten.

Begrepet "nødvendig behandling" brukes både i den offentlige tannhelsetjenesten, i forbindelse med økonomisk sosialstønad og i folketrygden. Hva som ligger i begrepet, vil over tid endre seg og kan derfor være noe uklart. Tannlegeforeningen har imidlertid utarbeidet normer for hva som er å anse som nødvendig behandling. Disse normene brukes som veiledende ved behandling av søknader innenfor trygden og sosialtjenesten. Utvalget er informert om at Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en nærmere definisjon av begrepet.

3.2.3 Kjeveortopedisk behandling

Trygdens regler for kjeveortopedisk behandling er nedfelt i forskriftens § 1 nr. 8. Stønad til kjeveortopedisk behandling er inndelt i tre grupper vurdert ut fra alvorlighetsgrad, hhv. gruppe a, b og c. Dette gjenspeiler seg i trygdens refusjonssystem som er gradert på en slik måte at de med størst behandlingsbehov får mest refusjon. Bestemmelsene inneholder detaljerte objektive kriterier som må være oppfylt for at stønad skal kunne innvilges. Gruppe a) omhandler de med svært stort behov for kjeveortopedisk behandling, gruppe b) de med stort behov for kjeveortopedisk behandling og gruppe c) de med klart behov for kjeveortopedisk behandling. Ved tilstander som nevnt under bokstav b) og c) er det et krav at behandlingen må være påbegynt senest det året pasienten fyller 18 år. Utgifter til behandling av pasienter i gruppe a) dekkes fullt ut av trygden. For gruppe b) dekkes utgiftene med 75 prosent av behandlingsutgiftene og for gruppe c) dekkes 40 prosent av behandlingsutgiftene. Trygdens stønad beregnes ut fra takstene i forskrift om generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling. I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveorto-

pedisk behandling av bittavvik som kommer inn under gruppe b) eller c), økes refusjonen i gruppe b) fra 75 prosent til 90 prosent, og i gruppe c) fra 40 prosent til 60 prosent fra og med det andre barnet. Ordningen ble innført fra 1. januar 2002. Bakgrunnen for innføringen var et ønske om å redusere utgiftene til familier med to eller flere barn med behov for kjeveortopedisk behandling. Kostnadene her kan bli betydelige ved at en prosentandel skal betales av den enkelte og i tillegg kommer eventuelt mellomlegg mellom trygdens takster og den betaling kjeveortopeden krever.

3.2.4 Egenandelstak 2

Helsedepartementet fremmet i Ot.prp. nr. 4 (2002–2003) forslag om å etablere et utgiftstak på 4500 kroner per kalenderår for samlet egenbetaling for enkelte helsetjenester som ikke var omfattet av gjeldende frikortordning etter folketrygdloven § 5-3. Fra 1. januar 2005 ble dette taket senket til 3500 kroner. Hensikten bak forslaget var et ønske om å skjerme kronikere og storforbrukere av helsetjenester.

Ordningen med egenandelstak 2 ble iverksatt fra 1. januar 2003 og bestemmelsen er plassert i § 5-3, 2. ledd. Den omfatter til dels ulike typer helsetjenester som: tannlegehjelp, fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser). Ordningen innebærer at når et medlem i et kalenderår har betalt godkjente egenandeler opp til egenandelstak 2, dekker trygden utgiftene til godkjente egenandeler for helsetjenester som nevnt, resten av kalenderåret.

Departementet har i forskrift bestemt hvilke utgifter som skal medregnes under egenandelstakene. Etter forskriften gjelder ordningen bl.a. godkjente egenandeler for tannlegehjelp ved tannsykdommer, munnsykdommer og kjevesykdommer, med unntak for kjeveortopedisk behandling og protetisk rehabilitering av tannsett ved tap av tenner forårsaket av marginal periodontitt. I praksis innebærer dette at ordningen omfatter kirurgi og periodontittbehandling. Tannlegene er, som tidligere nevnt, ikke bundet av departementets takster og de vil i mange tilfeller kreve et høyere beløp fra pasientene. Mellomlegget mellom departementets takster og den pris tannlegen faktisk krever, faller ikke inn under egenandelstak 2.

3.2.5 Bidrag

I tillegg til rettighetsbestemmelsene i § 5-6 har trygden en bestemmelse om bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester, herunder tannbehand-

ling. Dette er en "kan-bestemmelse" som hjemler fritt skjønn. Det innebærer at det ikke foreligger noen rett til bidrag, men en mulighet. Det er et vilkår for bidrag at utgiftene ikke dekkes etter andre bestemmelser i folketrygdloven eller andre lover. Departementet har gitt egen forskrift om ytelse av bidrag. Med hjemmel i forskriften har Rikstrygdeverket fastsatt nærmere retningslinjer om bidrag, og disse er å anse som uttømmende. Bidragsbevilgningen i trygdebudsjettet er en rammebevilgning som omfatter diverse formål i sammenheng med sykebehandling. Dette innebærer at beløpet som står til rådighet, er begrenset, og retningslinjene må tilpasses etter dette. Bidraget beregnes på grunnlag av "Generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling". Utgifter utover disse takstene dekkes ikke. På samme måte som under de pliktmessige ytelsene i § 5-6, ytes det kun bidrag til nødvendig og forsvarlig behandling, men dersom sykdom eller sykdomsbehandling gjør det nødvendig å velge en mer omfattende behandling enn det som ellers ville være nødvendig, kan merutgiftene dekkes. Der vilkårene for bidrag er oppfylt, ytes det bidrag først når utgiftene har oversteget 1600 kroner i kalenderåret. Det ytes bidrag til dekning av 90 prosent av de utgifter som overstiger beløpet på 1600 kroner. For personer med en samlet inntekt som ikke overstiger grunnpensjon etter folketrygdloven med særtillegg, forsørgertillegg og kommunalt tillegg, kan det ytes bidrag også til egenandelen. Det er her et krav at medlemmet har store utgifter på grunn av sykdom som ikke dekkes av trygden.

Etter Rikstrygdeverkets retningslinjer kan bidrag til dekning av utgifter til tannbehandling ytes når: medfødt eller ervervet defekt eller annen sykdom eller behandling av slik defekt/sykdom – har medført skade eller sykdom på tenner eller støttevev med vesentlig forringelse av tannhelsen og/eller – behandlingen antas å ville føre til en vesentlig funksjonsbedring etter svekkelse som skyldes medfødt eller ervervet somatisk defekt/sykdom. Det ligger her er en forutsetning for bidrag til tannbehandling at annen sykdom enn karies og/eller periodontitt, skade eller lyte er årsak til den nedsatte tannhelsen. Det er en forutsetning at sykdom, skade eller lyte foreligger, men det er ikke tilstrekkelig for bidrag. Det er i tillegg et vilkår om årsakssammenheng mellom den nedsatte tannhelsen og defekten/ sykdommen, eller der tilstrekkelig tyggeevne antas å føre til en vesentlig funksjonsbedring. Det ytes ikke bidrag til dekning av utgifter til behandling som i det vesentlige skyldes at pasienten ikke har ivaretatt sin tann-

helse (oppsamlet behandlingsbehov). Bakgrunnen for dette er at bidrag til tannbehandling ytes der sykdom eller sykdomsbehandling i det vesentlige har forringet tannhelsen. Det betyr at det er en bakenforliggende årsak som utløser bidrag. Der medlemmet ikke har ivaretatt sin egen tannhelse, blir det vanskelig å avgjøre hva som er årsak til den reduserte tannhelsen, dvs. om det er sykdom eller sykdomsbehandling som er den mest sannsynlige årsak til den reduserte tannhelsen.

Rikstrygdeverket har i sine retningslinjer gitt utfyllende eksempler på tilstander hvor bidrag er en mulighet. Det kan være medfødte lidelser som amelogenesis imperfecta (ufullstendig emaljedannelse), dentinogenesis imperfecta (ufullstendig tannbensdannelse) og tannagenesier (medfødt manglende tannanlegg). Dette dreier seg om utviklingsfeil ved tenneses antall og/eller kvalitet som er eller mest sannsynlig antas å ville bli av vesentlig betydning for funksjon og estetikk. Det kan være ervervede lidelser, som omfattende skader som følge av ulykke og som ikke omfattes av bestemmelsen om yrkesskade. Anorexia nervosa og bulimi er sykdommer som åpenbart kan påvirke tannhelsen. Xerostomi (munntørrhet), som følge av f.eks. Sjøgrens syndrom, strålebehandling mot spyttkjertler eller bruk av legemidler o.l. gir økt risiko for karies. Bidrag her ytes som hovedregel til løpende kariesbehandling, men dersom tenner går tapt til tross for regelmessig behandling hos tannlege, kan også utgifter til protetisk behandling dekkes. Bidrag kan være aktuelt ved alvorlig psykisk lidelse der manglende evne til egenomsorg har medført dårlig tannhelse. Dette må eventuelt dokumenteres i form av en erklæring fra spesialist i psykiatri og i slike tilfeller gjøres det unntak fra vilkåret om at det ikke ytes bidrag ved oppsamlet behandlingsbehov. For personer med betydelig nedsatt evne til å opprettholde tilfredsstillende munnhygiene, f.eks. på grunn av revmatisme, lamelse eller hjerneskada, vil årsakssammenheng anses å foreligge. Tilfredsstillende tyggeevne er nødvendig ved mage-/tarmreseksjon (fjernelse av deler av magesekken/tarmen) som har resultert i varige problemer med næringsopptak eller kronisk betennelse, forsnevring eller sår dannelse i spiserøret. Ved enkelte allergiske reaksjoner og andre materialreaksjoner kan det ytes bidrag. I retningslinjene er dette nærmere presisert.

Tidligere ble det gitt bidrag til nødvendig infeksjonsforebyggende tannlegebehandling i forbindelse med enkelte kirurgiske inngrep og medisinske tilstander, for eksempel hjerteoperasjoner, dialysebehandling, organtransplantasjoner og hiv/aids. Bakgrunnen var at infeksjonsspredning i

disse tilfellene kan medføre en alvorlig og livstruende risiko, og det er ansett særlig viktig med infeksjonsforebyggende tiltak. Ved kreft i munnhulen og tilgrensende vev, hvor kreften eller dens behandling har ført til eller mest sannsynlig vil føre til vesentlig nedsatt tannhelse, kunne det også tidligere ytes bidrag til utgifter til nødvendig tannlegehjelp (herunder forebyggende tannhelsetiltak). Fra 1. januar 2005 er behandling i forbindelse med kreft i munnhulen og infeksjonsforebyggende behandling flyttet til § 5-6 som betinget pliktsmessige ytelser.

3.3 Forholdet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og trygden

Det framgår av folketrygdloven § 5-1, 3. ledd at det ikke ytes stønad etter kapittel 5 i den utstrekning slik stønad ytes etter annen lovgivning, og i § 5-22 står det at trygden kan yte bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Kapittel 5 i folketrygdloven har med dette flere berøringspunkter mot annen lovgivning.

Relevant i denne sammenheng er forholdet mellom lov om tannhelsetjenesten og folketrygdloven. Bestemmelsen i folketrygdloven § 5-1, 3. ledd og § 5-22 innebærer at stønad til tannbehandling etter folketrygden er begrenset til å gjelde der den offentlige tannhelsetjenesten ikke har et ansvar for å gi et tilbud.

For gruppe d, dvs. personer som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, kan fylkeskommunen kreve fullt vederlag for behandling som helt eller delvis dekkes av folketrygden etter bestemmelsene for de pliktmessige ytelser, jf. § 3 i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette innebærer at 19- og 20-åringer som omfattes av bestemmelsene i forskriften til § 5-6, vil måtte betale fullt vederlag for behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, men de vil ha krav på stønad etter folketrygdloven. Det må her presiseres at bestemmelsen kun gjelder for dem med rett til pliktmessige ytelser.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et tilbud om vederlagsfri tannbehandling til de prioriterte gruppene. Dersom det skulle forekomme at fylkeskommunen ikke klarer å oppfylle sine forpliktelser etter loven, på grunn av f.eks. dårlig økonomi eller manglende personell, vil dette kunne medføre at prioriterte grupper ikke får den behandling de har krav på. På bakgrunn av bestemmelsen i folketrygdloven § 5-1, 3. ledd vil disse imidlertid heller

ikke ha krav på stønad fra folketrygden selv om de fyller vilkårene etter dette regelverket.

Personer i gruppe c i den offentlige tannhelsetjenesten vil ofte fra tidligere ha en tilknytning til en privat tannlege. Det er ingen plikt til å motta nødvendig tannlegehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten, og dersom en ønsker å fortsette hos sin private tannlege, har en full anledning til det mot selv å betale for behandlingen. Heller ikke her vil det være aktuelt med stønad fra trygden fordi en faktisk har et tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten.

Fylkeskommunen kan vedta å prioritere andre grupper enn de som er omfattet av gruppe a–d. Det er fylkeskommunen selv som for denne gruppen fastsetter vederlagets størrelse på bakgrunn av departementets takster. Det finnes eksempler på at fylkeskommunen har bestemt at behandling skal dekkes fullt ut med unntak av tanntekniske tjenester. Det gjelder det samme for denne gruppen, som for de andre gruppene, at de på bakgrunn av sine rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten ikke vil ha rettigheter etter trygdens regler.

4 Lov om sosiale tjenester

4.1 Generelt

Formålet med lov om sosiale tjenester er bl.a. å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Lovens kapittel 5 omhandler økonomisk stønad.

Økonomisk sosialhjelp tar i første rekke sikte på å sikre alle et forsvarlig livsopphold. Utgangspunktet er likevel at hver enkelt først skal utnytte egne muligheter eller hjelpeordninger for å kunne forsørge seg selv. Dersom alle aktuelle muligheter er utnyttet fullt ut, men ikke strekker til, har man krav på hjelp uansett årsaken til behovet. Dette innebærer at økonomisk sosialhjelp er en subsidiær ytelse og en midlertidig ytelse.

Søknader om økonomisk stønad skal avgjøres etter en konkret og individuell vurdering. Sosialtjenesten har både en rett og en plikt til å utøve skjønn når det vurderes om det skal ytes stønad, og ved utmålingen av eventuell stønad. Imidlertid har departementet utarbeidet rundskriv til kapitlet om økonomisk stønad som skal gi veiledning ved vurderingen.

4.2 Regelverket

Etter § 5-1 har de som ikke kan sørge for sitt livsopphold, gjennom arbeid eller ved å gjøre gjel-

dende økonomiske rettigheter, krav på økonomisk stønad. I særlige tilfeller, selv om vilkårene i § 5-1 ikke er til stede, kan sosialtjenesten yte økonomisk hjelp til personer som trenger det for å kunne overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon, jf. §5-2. Sosialtjenesten har med andre ord en plikt til å yte stønad til utgifter til søkers livsopphold. Men begrepet "livsopphold" er imidlertid ikke entydig. Det er ikke nærmere presisert i loven hvilke utgifter som omfattes av begrepet. Loven gir heller ingen veiledning om nivået på den økonomiske hjelpen som gis, men det er forutsatt at alle skal sikres et forsvarlig livsopphold. Departementet har i Rundskriv I-34/2001 gitt en oversikt over utgifter som ligger i kjerneområdet av livsoppholdsbegrepet. Dette er utgifter som sosialtjenesten alltid har plikt til å ta med i vurderingen av stønadsbehovet og ved utmåling av stønad. Det er også nevnt spesielle utgifter som avhengig av den konkrete situasjonen, kan være en del av livsoppholdet. Kjerneområdet omfatter de helt grunnleggende behov som mat, klær, bolig og oppvarming. Spesielle utgifter er som nevnt avhengig av den konkrete situasjonen og kan være en del av livsoppholdet. Tannbehandling er nevnt som en slik type utgift. Sosialtjenesten har normalt en plikt til å inkludere utgifter til nødvendig konserverende behandling eller kurativ behandling ved vurderingen av stønadsbehovet. Særlig kostbar behandling ligger i utgangspunktet utenfor det loven er ment å dekke. Dette innebærer at foreligger det et rimeligere alternativ som er faglig forsvarlig, kan stønaden begrenses til en slik løsning. Sosialtjenesten kan ikke pålegge søkeren å benytte bestemte tannleger, men dersom det i kommunen er store prisforskjeller for samme behandling, kan stønaden begrenses til å dekke et rimeligere alternativ. Dersom utgiften ikke anses å være nødvendig for søkerens livsopphold, må sosialtjenesten vurdere om det skal ytes stønad etter § 5-2. Denne bestemmelsen skal fange opp ulike behov for hjelp som ikke dekkes gjennom stønad til livsopphold. Bestemmelsen er en utpreget skjønnsmessig bestemmelse, den gir vide rammer for når hjelp kan gis, men ingen nærmere veiledning. Dette er ingen pliktmessig ytelse, men det kan være åpenbart urimelig ikke å yte hjelp. Ved denne bestemmelsen kan sosialtjenesten legge mindre vekt på de økonomiske forholdene og mer på andre hensyn enn ved vurderingen etter § 5-1; det kan for eksempel legges vekt på fysisk eller psykisk helse. Tannbehandling kan også dekkes etter denne bestemmelsen.

5 Lov om helsetjenesten i kommunen

5.1 Generelt

Kommunene har en hel del lovpålagte oppgaver. De skal bl.a. sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. lov om helsetjenesten i kommunen.

5.2 Regelverket

Etter loven skal kommunen bl.a. sørge for sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, jf. § 1-3, 2. ledd pkt. 6.

Departementet har i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten gitt retningslinjer som kommer til anvendelse ved kommunenes gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester. Etter forskriften er kommunen pålagt å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov, og med dette menes bl.a. nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. Dette innebærer at personalet som til daglig tar hånd om pleien og omsorgen for brukeren, skal sørge for at det daglige munnrenholdet kan gjennomføres. De skal også sørge for at brukeren får nødvendig behandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Etter lovens § 2-3, 2. ledd kan kommunen ved opphold i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie kreve vederlag av den enkelte. Departementet har i forskrift gitt nærmere regulering av vederlaget. I forskriftens § 7 defineres hvilke tjenester som omfattes av vederlaget: kost, losji, nødvendig tannbehandling, medisiner mv. samt helsetjenester som kommunen organiserer etter lov om helsetjenester i kommunen. Dette innebærer at kommunene her er økonomisk ansvarlig for beboerens nødvendige utgifter til tannbehandling.

6 Lov om helsepersonell

6.1 Generelt

Lov om helsepersonell med tilhørende forskrifter trådte i kraft 1. januar 2001. Loven erstatter de tidligere profesjonslover som regulerte helsepersonell, deriblant lov om tannleger.

I Ot.prp. nr.13 (1998–1999) Om lov om helsepersonell står det at lovrevisjonen tar sikte på å samle reguleringer av helsepersonell i en felles lov for på bedre måte å ivareta kravet til kvalitet og pasienters sikkerhet i helsetjenesten og motvirke uakseptabel profesjonskamp.

Helsepersonelloven må ses i sammenheng med annen lovgivning som trådte i kraft på samme tidspunkt: lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, lov om pasientrettigheter og lov om spesialisthelsetjenesten. Dette nye lovverket skal bl.a. bidra til å fremme en organisering som gir bedre koordinering av ressursbruken og sterkere fokus på pasienten.

Nedenfor følger en kort omtale av de bestemmelsene som er de mest sentrale for yrkesgruppene på tannhelsefeltet.

6.2 Regelverket

Ifølge lovens § 3 er helsepersonell definert som personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49. Tannhelsesekretær, tannlege, tannpleier og tanntekniker er omfattet av autorisasjonsordningen etter loven, jf. § 48. Det skiller ikke mellom dem som driver i privat eller offentlig regi.

Helsehjelp er definert som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.

Etter lovens § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det står i loven at helsepersonellet skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Ved slikt samarbeid skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient. Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Helsepersonell kan, jf. § 5, overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Innenfor tannhelsetjenesten er dette særlig relevant for muligheten til å delegere oppgaver til tannhelsesekretærer uten autorisasjon. I slike tilfeller vil tannlegen være ansvarlig for sekretærens arbeid, i motsetning til arbeid utført av tannhelsesekretærer med autorisasjon som selv er ansvarlig i yrkesutøvelsen.

Helsepersonellet skal, jf. § 6, sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift, og etter § 7 er det plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Den som yter helsehjelp, skal, jf. § 10, gi informasjon til den som har krav på det, etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. Det er pasienten selv, pasientens nærmeste pårørende eller mindreårige pasienters foreldre eller andre med foreldreansvar som skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i pasientens helsetilstand og innholdet av helsehjelpen. Denne informasjonen må være tilstrekkelig slik at pasienten kan medvirke ved valg av eventuelle alternative behandlingsmåter og mulige risikoer ved selve behandlingen samt risikoen ved å velge å ikke la seg behandle.

Etter kapittel 8 i loven har helsepersonellet dokumentasjonsplikt. Dette innebærer at det skal føres journal for hver enkelt pasient, som bl.a. skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Tannhelsepersonellet vil etter dette måtte dokumentere hva som var formålet med undersøkelsen, objektive funn og subjektive symptomer, undersøkelse og prøver som er tatt, diagnose og aktuell behandling og eventuelle komplikasjoner under behandlingen. Det skal gis innsyn i journalen etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven § 5-1. Det er de samme som har rett til innsyn i journalen som har rett til informasjon.

Bestemmelsen i § 20 om forsikring blir nærmere beskrevet nedenfor under punkt 9.3.3.

6.3 Taushetsplikt

Det er flere lover som inneholder bestemmelser om taushetsplikt. For helsepersonell gjelder bestemmelsene i helsepersonelloven § 21 flg. Sosialtjenesteloven har bestemmelser om taushetsplikt for ansatte i sosialtjenesten og forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for alle som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan. Profesjonslovgivningen og spesiallovgivningen går noe lenger i kravet til taushetsplikt enn forvaltningsloven.

Tannhelsepersonellet er omfattet av den profesjonsbestemte taushetsplikten etter helsepersonelloven, og gjelder uavhengig om de er ansatt i offentlig eller privat sektor. Bestemmelsen innebærer at tannhelsepersonellet aktivt skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten i helsetjenesten verner om private interesser, og dens begrunnelse er ønsket om beskyttelse av enkeltindividers personlige forhold og sfære. Taushetsplikten utgjør et sentralt element av personvernet. Formålet med bestemmel-

sene er å verne pasientens integritet og skal sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonellet. Pasientene skal være trygge på at de opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelpen, ikke blir benyttet i andre sammenhenger. Etter helsepersonelloven § 22 kan pasienten samtykke til at opplysninger gjøres kjent for andre. Og etter § 23 kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg dette.

For utvalget er det særlig interessant å se i hvilken grad det enkelte helsepersonell har anledning til å gi opplysninger videre til andre profesjonsutøvere, etater eller andre. For eksempel hvordan taushetspliktsbestemmelsene eventuelt virker inn på et mulig samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

Departementet uttaler i Ot.prp. nr 13 (1998–99) Om lov om helsepersonell at det er et grunnleggende prinsipp ved all medisinsk og helsefaglig virksomhet at faglig bistand i form av behandling og tiltak overfor pasienter beror på frivillighet fra vedkommendes side, slik at samtykke normalt må foreligge ved ulike former for faglig, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Dette innebærer at også utveksling av opplysninger må skje med utgangspunkt i pasientens medvirkning og samtykke. Departementet gir videre uttrykk for at det vil representere et brudd på disse grunnleggende prinsippene dersom helsetjenesten, på generelt grunnlag, samarbeidet med andre etater om navngitte personer uten å ha informert og innhentet samtykke fra den berørte.

I forsøksordningen med utvidet fylkeskommunalt tilbud i tannhelsetjenesten (FUTT-prosjektet) ble tilbudet organisert slik at informasjon om pasienten først ble overlevert tannhelsetjenesten når pasienten hadde samtykket til ordningen og var tilstrekkelig informert om den. Dette for å ivareta taushetspliktsbestemmelsene.

7 Lov om pasientrettigheter

7.1 Generelt

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 skal bidra til å sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Loven skal i tillegg bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Som nevnt innledningsvis under punkt 6.1 må loven ses i sammenheng med annen lovgivning

som berører helsetjenesten. En kan si at helsepersonelloven og pasientrettighetsloven speiler hverandre ved at helsepersonelloven pålegger helsepersonellet plikter, mens pasientrettighetsloven gir pasientene rettigheter.

Det vil nedenfor gis en kort oversikt over bestemmelser av særskilt relevans for tannhelsetjenesten.

7.2 Regelverket

Loven gir pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. En viktig side ved en rettighet er at det stilles krav om oppfyllelse, og i denne sammenheng medfører det at helsetjenesten vil stå som pliktsubjekt for disse rettighetene. Av denne grunn ble det i lovforarbeidene lagt opp til at "helsetjenesten" bør defineres i loven. I § 1-3 bokstav d) er helsetjenesten definert som primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

I Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-12/2004 er begrepet "helsetjenester" definert som den virksomhet primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten er lovpålagt å sørge for. Dette omfatter virksomhet som er offentlig eid, privateid og offentlig drevet, og privateid og privatdrevet med avtale med stat, fylke eller kommune. Rent private institusjoner eller helsetilbydere kan ikke pålegges plikt til å sørge for å sikre befolkningen lik tilgjengelighet til helsetjenester. En del av rettighetene i loven kan derfor ikke gjøres gjeldende overfor det private helsevesenet som ikke har avtale med stat, fylke eller kommune. Lovens kapittel 2 om rett til helsehjelp og transport må derfor avgrenses til å gjelde overfor offentlig helsetjeneste eller overfor privat helsetjeneste som har avtale med stat, fylke eller kommune.

Denne avgrensningen vil ha større betydning innenfor tannhelsetjenesten enn innenfor den øvrige helsetjenesten. I tannhelsetjenesten foregår i all hovedsak behandlingen hos private utøvere uten avtale med det offentlige (fylkeskommunen). Plikten til å yte forsvarlig virksomhet vil imidlertid gjelde både den private og den offentlige tannhelsetjenesten. Personellet i slik virksomhet er pålagt mange plikter i henhold til pasientens rettigheter, jf. helsepersonelloven, på samme måte som tannhelsepersonell ansatt i offentlig virksomhet. Her er det tannhelsepersonellet som er forpliktet til å sørge for oppfyllelse av rettighetene og ikke tannhelsetjenesten som sådan. De fleste rettigheter knyttet til behandling og undersøkelse vil derfor også gjelde i forhold til privat virksomhet, blant annet journalinsyn, informasjonsreglene og samtykkebestemmel-

sene. Det er da uten betydning om det er den private eller den offentlige tannhelsetjenesten som utfører undersøkelse og gjennomfører behandling.

Etter lovens § 2-1 har pasienter i den offentlige helsetjenesten rett til øyeblikkelig hjelp. Bestemmelsen kan ses i sammenheng med helsepersonelloven § 7 som pålegger tannhelsepersonellet en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Kapittel 3 gir bestemmelser om rett til medvirkning og informasjon. Pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av tannhelsehjelpen, jf. § 3-1. Pasienten har rett til å medvirke bl.a. ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 3-2 som sier at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet av helsehjelpen, herunder informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Tannhelsepersonellet er etter helsepersonelloven § 10 forpliktet til å gi informasjon etter disse bestemmelsene i pasientrettighetsloven.

Det er et generelt krav om at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Dette er nå lovfestet i § 4-1. Det er pasienten og ikke tannhelsepersonellet som må ta den endelige beslutningen om behandling skal iverksettes eller videreføres. Dette forutsetter at pasienten har fått tilstrekkelig og adekvat informasjon om diagnose og behandling.

Dersom pasienten blir påført en skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette, og samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning. Dette gjelder kun for den offentlige tannhelsetjenesten, noe en kommer tilbake til under punkt 9.3.2.

8 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

8.1 Generelt

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten og sosialtjenesten i landet, jf. hhv. § 1 i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 og § 2-7 i lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991. Det relevante i denne sammenheng er tilsynet med tannhelsetjenesten, og den videre beskrivelse vil av denne grunn kun omhandle tilsynets oppgaver overfor helsetjenesten.

Organiseringen av tilsynet med helsetjenesten har vært endret flere ganger. En av de siste store endringene skjedde fra 1. januar 2002 da Sosial- og helsedirektoratet ble opprettet. Denne nye organiseringen medførte at Statens helsetilsyn fikk mindre omfattende saksområde da mange oppgaver ble overført til det nye direktoratet. Omorganiseringen innebar at Helsetilsynet fikk en styrket tilsyns- og kontrollfunksjon.

Statens helsetilsyn er den sentrale tilsynsmyndigheten for helsetjenesten. Dette kan både være planlagte tilsyn og behandling av enkeltsaker med spørsmål om svikt i helsetjenesten. Slike enkeltsaker kan bli satt i gang på grunnlag av klager fra pasienter, medieoppslag, henvendelser fra andre deler av helsetjenesten o.a.

8.2 Regelverket

Som nevnt innledningsvis har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten i landet, også tannhelsetjenesten. Tilsynsmyndigheten skal utøves i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

I hvert fylke skal det være en fylkeslege. Denne er tillagt myndighet som Helsetilsynet i fylket i lover og forskrifter og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn. Etter § 2 skal Helsetilsynet i fylket føre tilsyn med alt helevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.

Helsetilsynet i fylket skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse. Helsetilsynet i fylket skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner etter disse bestemmelsene.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester, har etablert internkontrollsystem og at de fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten. Hvis virksomheten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene.

Med hjemmel i § 6-2 i lov om tannhelsetjenesten skal Statens helsetilsyn føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte, og se til

at lover og forskrifter for tannhelsetjenesten blir kjent og overholdt. Uten hinder av taushetsplikt kan Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet, kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter som er påkrevd for oversikt, kontroll og tilsyn. Det foretas inspeksjon og undersøkelser også av journal og oppteget mv. Denne myndigheten er delegert til Helsetilsynet i fylket.

Etter § 2-3 i lov om tannhelsetjenesten er Helsetilsynet i fylket klageorgan i saker om nødvendig tannhelsehjelp. En kommer ikke nærmere inn på dette her, men viser til beskrivelsen av klageordningen under punkt 9.2. Det samme gjelder bestemmelsen i § 7-2 i pasientrettighetsloven om at Helsetilsynet i fylket er klageorgan for saker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter loven.

For hvert enkelt år får Statens helsetilsyn oppdrag gjennom regjeringens forslag til statsbudsjett og Stortingets behandling av budsjettet. Oppdraget formidles gjennom departementets tildelingsbrev. Som eksempel kan nevnes at det i departementets tildelingsbrev til Helsetilsynet for 2003 framgikk at Helsetilsynet i 2003 bl.a. skulle fokusere på om prioriterte grupper i den offentlige tannhelsetjenesten fikk det de hadde krav på. På bakgrunn av dette framla Helsetilsynet i 2004 en rapport om "Tannhelsetjenesten i Norge" (rapport fra Helsetilsynet 5/2004).

Helsetilsynet i fylket er tillagt flere oppgaver med hjemmel i helsepersonelloven. Som beskrevet under punkt 6.2 er tannhelsesekretær, tannlege, tannpleier og tanntekniker omfattet av helsepersonelloven. Dette innebærer at tannhelsepersonell, jf. § 17, plikter på eget initiativ å gi tilsynsmyndighetene opplysninger om forhold som kan sette pasienters helse og liv i fare. For eksempel at enkeltpersoner som på bakgrunn av manglende personlige eller faglige kvalifikasjoner representerer en alvorlig fare for pasientens sikkerhet. I § 55 er pasienten gitt rett til å anmode Helsetilsynet i fylket om å vurdere om tannhelsepersonellet har brutt plikter fastsatt i helsepersonelloven eller bestemmelser fastsatt i medhold av denne. Slik tilsynssak behandles av Helsetilsynet i fylket. Der de mener det kan være grunnlag for en reaksjon, for eksempel advarsel, tilbakekall eller suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, skal saken oversendes til Statens helsetilsyn.

I Statens helsetilsyns årsrapport for 2003 ser vi at av totalt 199 klagesaker om pasientrettigheter i helsetjenesten avsluttet av Helsetilsynet i fylkene i 2003, gjelder fire saker rett til nødvendig tannhelsehjelp etter lov om tannhelsetjenesten § 2-1. I to av sakene fikk klager medhold. Når det gjelder til-

synssaker om reaksjoner mot helsepersonell behandlet av Statens helsetilsyn i 2003, er det i 59 saker gitt advarsel. To av disse sakene gjaldt tannleger. I 56 saker har Statens helsetilsyn i 2003 fratatt helsepersonell autorisasjon, og to av disse var tannleger. Helsetilsynet oppsummerer med at tilsynssakene har blitt flere og mer alvorlige de senere årene og dette gjenspeiles i reaksjonene som tilsynet gir til helsepersonell, bl.a. er det flere som mister autorisasjonen.

9 Klage- og erstatningsrettigheter innenfor tannhelsetjenesten

9.1 Innledning

Utvalget har valgt å samle beskrivelsen av forbruker-, klage- og erstatningsrettigheter innenfor tannhelsetjenesten i et eget kapittel. Beskrivelsen nedenfor gir en kort oversikt over dagens regelverk.

9.2 Klagerettigheter

9.2.1 Generelt

Pasienters adgang til å komme med generell kritikk og med konkrete klager er et svært viktig prinsipp. Det er variasjoner i pasienters klagemuligheter, noe som skyldes ulikheter i lovgrunnlag, klage tema og rettslig kompetanse for de ulike klageinstansene.

Pasienters ønske om å klage kan skyldes at en er misfornøyd med tannhelsepersonellet, med selve behandlingen eller eventuelt manglende behandling, eller med mangelen på informasjon. I den offentlige tannhelsetjenesten kan det også klages på at lovebestemte rettigheter ikke er oppfylt, og i den private tannhelsetjenesten kan prisen være gjenstand for klage. I den videre beskrivelsen vil en kort se på relevant lovverk som inneholder bestemmelser om klagerettigheter, og avslutningsvis vil Den norske tannlegeforenings lokale klagenemnder bli omtalt.

9.2.2 Klagebestemmelser etter lov om tannhelsetjenesten

Etter lov om tannhelsetjenesten er nærmere angitte grupper gitt rett til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Dersom denne retten ikke oppfylles, kan en etter § 2-3 klage til det organ fylkeskommunen bestemmer. Går avgjørelsen her imot eller avvises klagen, kan avgjørelsen klages inn til Helsetilsynet i fylket. Av forarbeidene til loven framgår det at klagetemaet her er begren-

set til å gjelde manglende rett til tannbehandling, usaklig forskjellsbehandling eller at tannhelsetjenesten ikke holder et rimelig minstemål.

Klagerettighetene her gjelder overfor den offentlige tannhelsetjenesten som har ansvaret for at loven oppfylles. Men der fylkeskommunen har inngått avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av disse gruppene, vil bestemmelsen også få sin anvendelse.

Det er fremmet svært få klager i medhold av denne bestemmelsen. Dette kan ha sammenheng med andre viktige klageordninger på området, for eksempel klagerettigheter etter pasientrettighetsloven eller helsepersonelloven.

9.2.3 Klagebestemmelser etter folketrygdloven

Folketrygdloven § 5-6 og 5-22 inneholder bestemmelser om henholdsvis stønad til dekning av utgifter til tannbehandling og bidrag til tannbehandling. Trygdekontoen fatter her vedtak etter søknad. Med hjemmel i § 21-12 kan trygdekontoens vedtak påklages dersom søker har fått avslag eller bare delvis har fått innvilget det omsøkte. Fylkestyrekontoen er klageinstans. For saker etter bestemmelsen i § 5-6 kan fylkestyrekontoens vedtak ankes videre til Trygderetten, men saker etter bestemmelsen § 5-22 er unntatt anke til Trygderetten og stopper ved fylkestyrekontoen.

9.2.4 Klagebestemmelser etter lov om helsepersonell

Etter helsepersonelloven § 55 har pasienten rett til å anmode tilsynsmyndighetene om å vurdere en hendelse, en situasjon, et forhold m.m. for å avklare om det foreligger brudd på helsepersonelloven. Helsetilsynet i fylket vurderer forholdene, og dersom en kommer fram til at reaksjoner kan være aktuelt, skal saken oversendes Statens helsetilsyn. Pasienten selv har ingen rett til å anmode om at tilsynsmyndighetene skal gi en administrativ reaksjon.

Dette dreier seg ikke om klager i vanlig forstand, da det ikke er knyttet en omgjøringsadgang for tilsynsmyndighetene i forhold til det påklagede forhold. Klager vil med andre ord ikke få oppfylt eventuelle rettigheter ved å klage på helsepersonellet til Helsetilsynet i fylket. I Ot.prp. nr. 13 (1998–99) uttaler departementet at formålet med bestemmelsen om pasienthenvendelser angående pliktbrudd er å forhindre at det inntreer lignende pliktbrudd senere.

Klage på tannhelsepersonell etter bestemmelsene i helsepersonelloven gjelder uavhengig av om personellet arbeider i offentlig eller privat sektor.

9.2.5 Klagebestemmelser etter lov om pasientrettigheter

Lov om pasientrettigheter innebærer en forankring av pasienters rettigheter overfor helsetjenesten, inkludert tannhelsetjenesten. For at rettigheter skal oppleves som reelle, må de også ha prosessuell beskyttelse, dvs. de må kunne håndheves gjennom klage eller andre overprøvingsregler. Etter pasientrettighetsloven § 7-1 kan pasienten anmode den som yter helsehjelpen, om at nærmere definerte rettigheter blir oppfylt. Det gjelder bl.a. rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, rett til medvirkning, rett til informasjon og rett til innsyn i egen journal. Dersom anmodningen etter § 7-1 blir avvist eller rettighetene anses oppfylt, kan pasienten klage til Helsetilsynet i fylket, jf. § 7-2.

Bestemmelsene her vil i all hovedsak få sin anvendelse overfor den offentlige tannhelsetjenesten og der den private tannhelsetjenesten har avtale med fylkeskommunen. Som nevnt under punkt 7.2 kan ikke den rent private tannhelsetjenesten pålegges de samme plikter som den offentlige tannhelsetjenesten. Dette innebærer at klagebestemmelsene her bare er relevante, for pasienter i den private tannhelsetjenesten, i den grad bestemmelser i loven gir pasienten rettigheter også overfor den rent private tannhelsetjenesten.

9.2.6 Tannlegeforeningens lokale klagenemnder

Den norske tannlegeforening har opprettet lokale klagenemnder som behandler klager vedrørende den faglige utførelsen av behandling i den private tannhelsetjenesten. Det er et vilkår for klagenemndsbehandling at behandlende tannlege er medlem av Den norske tannlegeforeningen.

Det er lokalforeningenes generalforsamling som velger en klagenemnd på tre til fem medlemmer og to varamedlemmer. Tidligere var det en forbrukerrepresentant med, men fra 1990 bestemte Forbrukerrådet at de ikke lenger skulle delta i dette arbeidet. Avgjørelsen skyldes i første rekke et ressurs spørsmål, men det ble ved vurderingen også lagt vekt på at pasienten, etter deres oppfatning, fikk en saklig og objektiv behandling i klagenemndene.

Klagen kan gjelde diagnose, behandlingsplan, utførelse og informasjon, eventuelt manglende informasjon. Tidligere kunne nemndene også vurdere pris, men på grunn av den frie prisfastsettelse i privat sektor fra 1995 ble dette vanskelig. Klage som kun gjelder pris må nå overlates til forbrukerkontorene.

Klagenemndens kompetanse er begrenset til saker som fullt ut kan løses ved at klagen under-

kjennes, honoraret nedsettes eller tilbakeholdes, eller tannlegen med pasientens samtykke pålegges å korrigere arbeidet eller gjøre det om. Hvis pasienten reiser krav ut over nedsettelse eller tilbakebetaling, må saken avvises som hørende under de vanlige domstoler. Dette innebærer at klagenemndene ikke har kompetanse til å stilling til krav om erstatning. Tannlegen er forpliktet til å følge klagenemndens avgjørelse, men kan anke den inn for Tannlegeforeningens sentrale ankenemnd. Pasienten derimot er ikke bundet av avgjørelsen og kan fortsatt klage til Helsetilsynet i fylket, eller forfølge saken videre via domstolene.

I 2002 fikk de lokale klagenemndene til sammen 404 henvendelser, hvorav 154 ble behandlet. 68 saker gikk i tannlegens favør, og 48 saker i pasientens favør. I 2003 er tallene 354 henvendelser, hvorav 141 behandlet, av disse gikk 64 saker i tannlegens favør og 43 saker i pasientens favør.

9.3 Erstatningsrettigheter

9.3.1 Generelt

Dersom en pasient ved behandling i tannhelsetjenesten blir påført en skade som medfører økonomisk tap, kan en ha krav på erstatning. Det er her en vesentlig forskjell om skaden blir påført ved behandling i den offentlige eller den private tannhelsetjenesten.

For den offentlige tannhelsetjenesten er tannhelsepersonellet forsikret gjennom sin arbeidsgiver ved at behandling i offentlig sektor er omfattet av lov om erstatning ved pasientskader. Tannhelsepersonell i den private tannhelsetjenesten er forpliktet til å tegne egen ansvarsforsikring etter lov om helsepersonell § 20.

Nedenfor følger en kort beskrivelse av bestemmelsene om erstatningsrettigheter ved tannbehandling, først i den offentlige og deretter i den private tannhelsetjenesten.

9.3.2 Erstatningsrettigheter ved behandling i den offentlige tannhelsetjenesten

I Ot.prp. nr. 31 (1998–99) ble det fremmet forslag om lov om erstatning ved pasientskader. Bakgrunnen for lovforslaget var at en ved en gjennomgang av alminnelig erstatningsrett kom fram til at dette ikke ga tilstrekkelig vern for personer som ble skadet ved ytelse av helsetjenester. Dels hadde det i praksis vist seg å være vanskelig for skadelidte å bevise at vilkårene for å kreve erstatning var oppfylt, og dels at det ofte var en langvarig og ressurs-

krevene prosess å føre sak om pasientskadeerstatning for domstolene.

Lovforslaget bygde på den midlertidige erstatningsordningen for pasientskader som trådte i kraft 1. januar 1988 og som da gjaldt behandling i offentlig sykehus, samt deres poliklinikker. Fra 1. juli 1992 ble ordningen utvidet til også å gjelde behandling i kommunelegetjenesten. Viktige deler av helsetjenesten, som tannhelsetjenesten og leger uten kommunal driftsavtale, falt utenfor.

Forslaget til ny lov innebar at dekningsområdet etter den midlertidige ordningen ble utvidet til å gjelde hele den offentlige helsetjenesten, samt den private helsetjenesten. Dette medførte at ordningen ville omfatte både den offentlige og den private tannhelsetjenesten.

Hensikten med å innlemme også den private helsetjenesten i loven var et ønske om å sikre at alle pasienter skulle få erstatning vurdert og beregnet på bakgrunn av de samme vilkår, uavhengig om de var behandlet av offentlig eller privat helsetjeneste. Loven trådte i kraft fra 1. januar 2003, men bare for den offentlige helsetjenesten. Bakgrunnen for dette var at forsikringsbransjen nektet å forsikre helsepersonell i privat sektor med de vilkårene som pasientskadeloven oppstilte.

Til den offentlige helsetjenesten regnes virksomheten til staten, fylkeskommunen og kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse. Dette innebærer at, i tillegg til fylkeskommunens tannhelsetjeneste, omfattes behandling i den private tannhelsetjenesten der den utfører oppdrag etter avtale med fylkeskommunen.

Pasientskader kan være skader voldt under bl.a. veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, prøvetaking, røntgen, mv. Ansvarsgrunnlaget er objektivt, det vil si at pasienten kan ha krav på erstatning selv om skaden skyldes en svikt som ingen kan lastes. Det objektive ansvaret gjelder ved svikt i ytelsen av helsehjelpen, ved teknisk svikt ved apparater, redskap eller annet utstyr, ved smitte eller infeksjon og vaksinasjon. Unntaksvis kan det ytes erstatning når det har skjedd en pasientskade som er særlig stor eller uventet, og som ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere.

Dersom årsaken til en skade ikke kan bringes på det rene, og skaden sannsynligvis skyldes ytre påvirkning på en pasient under behandlingen, skal det normalt antas at skaden skyldes feil eller svikt ved ytelsen av helsehjelpen.

Erstatningen skal beregnes etter skadeserstatningslovens alminnelige tapsutmålingsregler. I praksis vil de vesentligste kostnadene ved feilbe-

handling være at behandlingen må gjøres om eller at det har blitt en ny skade som må behandles.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er ansvarlig for skader voldt i den offentlige helsetjenesten og behandler krav om erstatning etter pasientskadeloven. NPE er et uavhengig forvaltningsorgan opprettet med hjemmel i pasientskadeloven. I tillegg til å behandle erstatningskrav er NPE sekretariat for Pasientskadenemnda.

Pasientskadenemnda er også et uavhengig forvaltningsorgan opprettet med hjemmel i pasientskadeloven. Nemnda behandler klager over vedtak fattet av NPE, og i tillegg behandler den enkelte prinsipielle saker, samt en del saker vedrørende erstatningsutmålinger.

9.3.3 Erstatningsrettigheter ved behandling i den private tannhelsetjenesten

I helsepersonelloven § 20 stilles det et generelt krav om forsikringsplikt for det økonomiske ansvaret som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med yrkesutøvelsen, for helsepersonell med autorisasjon/lisens og som driver privat virksomhet. Dette innebærer at tannhelsepersonell i privat sektor er forpliktet til å tegne egen ansvarsforsikring.

For medlemmer i tannlegeforeningen gjelder en obligatorisk ansvarsforsikring, hvor premien beregnes særskilt og innbetales til foreningen i tillegg til ordinær kontingent. For pasienten innebærer dette, ved behandling hos medlemmer i tannlegeforeningen, en garanti for at gyldig forsikring foreligger. Ikke-medlemmer må tegne individuell forsikring.

For å få tilkjent erstatning ved svikt i behandlingen i den private tannhelsetjenesten må de alminnelige erstatningsrettslige vilkår være oppfylt; det må foreligge en skade som har gitt et erstatningsmessig tap, det må foreligge et ansvarsgrunnlag og det må være årsakssammenheng mellom den ansvarsbetingede handlingen og skaden.

Ansvarsgrunnlaget her er skyld eller uaktsomhet. Dette innebærer et krav både til at handlingen ikke burde vært foretatt og at tannhelsepersonellet burde skjønt dette. Dette innebærer at pasienten må føre bevis for at tannhelsepersonellet har vært uaktsomt eller begått en faglig feil. Krav om erstatning etter behandling i den private tannhelsetjenesten må, der en ikke kommer til enighet, føres for de ordinære domstoler.

Dette innebærer at det skal mer til for å få erstatning ved behandling i den private tannhelsetjenesten enn i den offentlige tannhelsetjenesten hvor det kun er et krav om at det har oppstått en

svikt i behandlingen som har ledet til skade, uavhengig om noen har skyld i svikten.

10 Organiseringen av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

10.1 Generelt

I dette kapitlet beskrives kort organiseringen av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I Norge er det et offentlig helsevesen, med delvis unntak av tannhelsetjenesten, som skal sikre at hele befolkningen har et likeverdig tilbud uavhengig av økonomisk eller sosial status. Rammebetingelsene for helsevesenet er gitt ved lov. Departementet har det overordnede ansvaret for helsetjenesten og legger de økonomiske og administrative premissene for helsepolitikken. Ansvaret for helsetjenesten er fordelt mellom kommune og stat.

10.2 Organisering av primærhelsetjenesten

Landets kommuner skal sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Dette innebærer at kommunene har ansvaret for det en kaller primærhelsetjenesten. Ansvarsområdet er regulert i lov om helsetjenesten i kommunene. Etter loven skal kommunen sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, fysioterapitjeneste, helsesøstertjeneste, hjemmesykepleie og jordmortjeneste. Kommunen har også ansvaret for medisinsk habilitering og rehabilitering, og for sykehjem eller boformer med hel-døgns omsorg og pleie.

De kommunale helsetjenestene finansieres gjennom statlige overføringer til kommunen, kommunal egenfinansiering, stykkprisrefusjon fra folketrygden og pasienters egenandeler.

Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av organiseringen av legetjenesten.

10.3 Organiseringen av legetjenesten

Av særlig interesse for utvalget er organiseringen av legetjenesten. Som nevnt ovenfor, skal kommunen sørge for allmennlegetjenesten. Før 1. juni 2001 ble denne tjenesten organisert ved at kommunen ansatte leger på fast lønn og ved at kommunen inngikk avtaler om kommunalt driftstilskudd med privatpraktiserende leger.

Fra 1. juni 2001 ble fastlegeordningen innført. For næringsdrivende erstattet den individuelle fastlegeavtalen den tidligere avtalen om driftstilskudd. Leger i fastlønnsstillinger hadde rett til å

fortsette i slik stilling og fastlegeavtalen ble her tatt inn som en del av arbeidsavtalen.

Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at de innbyggerne som ønsker det, skal få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet og tilgjengelighet til allmennlegetjenester, og bidra til kontinuitet i lege-pasientforholdet.

Departementet har med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven gitt forskrift om fastlegeordning i kommunene. Etter forskriften har enhver som er bosatt i en norsk kommune, rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for dem som står på listen. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Innbyggerne på fastlegens liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Fastlegen skal prioritere personene på listen foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp-henvendelse og andre pålagte forpliktelser.

Når en person kommer på institusjon med organisert legetjeneste, overtar institusjonen det ansvaret fastlegen har, men personen fortsetter å stå på fastlegens liste. Ved utskrivning overtar fastlegen igjen ansvaret. Etter helsepersonelloven skal, med mindre pasienten motsetter seg det, epikrise og opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig legehjelp og oppfølging, gis fastlegen ved utskrivning. Eventuelt skal opplysninger gis den tid i forveien som er nødvendig for at fastlegen kan tilrettelegge videre oppfølging.

Næringsdrivende fastlege mottar et tilskudd for hver person som står oppført på listen (per capita-tilskudd). Tilskuddet gis uavhengig av i hvilket omfang de på listen benytter seg av fastlegen. I tillegg mottar fastlegen aktivitetsbaserte ytelser for arbeid som honoreres etter normaltariffen i form av egenandel fra pasienten og refusjon fra trygden.

Kommunen plikter på sin side å gi innbyggerne en mulighet til å være tilknyttet en fast lege og det er kommunen som skal tilrettelegge fastlegeordningen. For å kunne innfri sine forpliktelser overfor innbyggerne må kommunen inngå avtale med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen. Hovedmodellen i fastlegeordningen er at det skal inngås fastlegeavtaler med leger som næringsdrivende, men som nevnt innledningsvis er det forutsatt at kommunalt ansatte allmennleger skal

kunne fortsette å være kommunalt ansatt i en fastlegeordning.

Kommunen må også sørge for at offentlige legeoppgaver, mottak og veiledning av turnusleger samt legevakt blir ivaretatt. Dette må gjøres i forbindelse med inngåelse av fastlegeavtalene. Innholdet i de fastlegeavtalene kommunen inngår, vil av denne grunn være avgjørende for kommunens mulighet til å innfri sine samlede forpliktelser for legetjenester etter kommunehelsetjenesteloven.

Av denne grunn er kommunen gitt anledning til å stille vilkår for inngåelse av avtale. Det kan for det første stilles vilkår om at fastlegen må påta seg listeansvar for inntil et nærmere bestemt antall personer. Utgangspunktet er at listetak fastsettes i avtale mellom kommunen og den enkelte fastlege etter en konkret vurdering, men at kommunen kan stille vilkår om at fastlegen påtar seg listeansvar for et visst antall personer. For det andre kan kommunen stille som vilkår at fastlegen deltar i allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Med dette menes offentlige legeoppgaver som for eksempel lege ved helsestasjon, lege i skolehelsetjenesten, lege ved sykehjem og lege ved fengselsanstalter. For det tredje kan kommunen stille som vilkår at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid. Og for det fjerde kan kommunen stille som vilkår at fastlegen deltar i veiledning av turnusleger.

Fastlegeordningen er som vi har sett, delvis regulert i lov og forskrift, men nærmere regulering må skje i avtaleverket. Det er ingen formelle grenser for partenes frihet til å foreta regulering i avtaleverket, så lenge avtalene ikke er i strid med lov eller forskrift.

10.4 Organisering av spesialisthelsetjenesten

Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Ansvarsområdet er regulert i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Ansvaret omfatter sykehus tjenester, herunder poliklinisk virksomhet, lege- og psykologspesialist tjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten og transport av behandlingspersonell.

Før 1. januar 2002 hadde fylkeskommunene ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Men med

virkning fra 1. januar 2002 ble ansvaret overført til staten. Det ble etablert en foretaksstruktur med et regionalt helseforetak i hver helseregion med staten som eneste eier. De regionale helseforetakene er eier av helseforetakene i sin region.

Norge er delt i fem helseregioner, og det er de regionale helseforetakene som på vegne av staten planlegger og organiserer spesialisthelsetjenesten og legger til rette for forskning og undervisning.

De regionale helseforetakene finansierer sin virksomhet gjennom ulike statlige overføringer. Overføringene kan gis som basistilskudd som tildeles etter særskilt fordelingsnøkkel med utgangspunkt i antall innbyggere, alderssammensetning, geografi o.l. Den kan gis som innsatsstyrt finansiering, som er en stykkprisrefusjon for innlagte pasienter og dagkirurgi basert på et system med inndeling i diagnoserelaterte grupper. Og den kan gis som et tilskudd til poliklinisk virksomhet. Innenfor disse rammene må de regionale helseforetakene organisere sine foretak slik at lovpålagte oppgaver blir oppfylt. De regionale helseforetakene kan inngå driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister. Enkelte helsetjenester utenfor institusjon finansieres helt eller delvis gjennom folketrygdens stykkprisrefusjon til privatpraktiserende behandlere.

10.4.1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern trådte i kraft 1. januar 2001. Loven kom sammen med lover om spesialisthelsetjenesten, helsepersonell og pasientrettigheter, og skulle sammen fremme helse- og velferdspolitikken. I 1999 vedtok Stortinget en opptrappingsplan for psykisk helse, noe som medførte en reorganisering av tjenester overfor innbyggere med psykiske lidelser, bl.a. med flere polikliniske enheter og færre institusjonsplasser. Psykisk helsevern er i loven definert som spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever. Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Den sentrale enheten innen psykisk helsevern er distriktskykiatriske senter (DPS) som omfatter poliklinikk, dagavdelinger og døgnavdelinger. Høyt spesialiserte funksjoner ivaretas på psykiatriske sykehusavdelinger, mens praktiserende spesialister i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og klinisk psykologi ivaretar mange behandlingsoppgaver som går over tid. Tjenestetilbudet skal ha som

mål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å meste eget liv.

Personer i denne gruppen har rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten dersom de er i institusjon eller mottar hjemmesykepleie, og dette varer utover tre måneder. Opptrappingsplanen har dermed medført at færre innenfor psykiatrien i dag har rett til vederlagsfri tannbehandling da behandlingen ved psykiske lidelser nå i stor grad skjer utenfor institusjon.

10.4.2 Rusreformen

Kommunen har hovedansvaret for å forebygge og avhjelpe rusproblemer, jf. sosialtjenesteloven § 3-1 og 6-1. Fra 1. januar 2004 har de regionale helseforetakene fått overført ansvaret for spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Dette ansvaret lå tidligere hos fylkeskommunen. Overføringen innebærer at disse tjenestene nå er å anse som spesialisthelsetjenester og dette gir rusmiddelbrukerne pasientrettigheter i forhold til behandling for sitt rusmiddelbruk.

Rusmiddelmissbrukere under behandling på institusjoner er av denne grunn å anse som pasienter og tjenestetilbudet er definert som spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven. Ved opphold i institusjon utover tre måneder vil denne gruppen ha rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Denne retten er

direkte knyttet til institusjonsoppholdet og ved utskrivelse herfra har en ikke lenger rett til vederlagsfri tannbehandling. Dette gjelder selv om behandlingen ikke er avsluttet og fortsetter som spesialisthelsetjeneste utenfor institusjon eller ved behandling i det kommunale hjelpeapparatet.

10.5 Individuell plan

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet er i pasientrettighetsloven § 2-5 gitt en rett til å få utarbeidet individuell plan. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

Departementet har i forskrift gitt utfyllende regler om individuell plan.

Formålet med utarbeidelse av individuell plan er bl.a. å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og bl.a. å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetakene har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. For pasienter under psykisk helsevern har institusjonen ansvar for å utarbeide individuell plan for vernet.

Vedlegg 2**Prognose befolknings sammensetning**

I hele tusen vil utviklingen i de ulike aldersgrupper på spesifiserte år bli som nedenfor etter SSBs midlere prognosealternativ:

Tabell 2.1 Aldersgruppen 0-20 år

0-5 år	6-16 år	17-18 år	19-20 år	0-20 år
2000				1220*
2005	347	681	113	1250
2010	334	672	128	1261
2015	332	648	128	1236
2020	344	632	120	1224

*Tilnærmet tall pga. avvikende periodisering i grunnmaterialet.

Tabell 2.2

Aldersgruppen 20-27 år	Aldersgruppen 20-23 år	Aldersgruppen 24-27 år
Pr. år 2005	219	226
Pr. år 2010	240	229
Pr. år 2015	259	256
Pr. år 2020	259	266

Tabell 2.3 Aldersgruppen 20-70 år

	20-27 år	27-50 år	50-70 år
2000*	490	1480	950
2005	445	1526	1276
2010	469	1511	1045
2015	515	1498	1057
2020	525	1489	1164

* Tilnærmede tall pga. annen periodisering i SSB

Tabell 2.4 Aldersgruppen 70-80+ år

	70-79 år	80 år+	70 år+
I år 2000	324	190	514
I år 2005	293	212	505
I år 2010	287	192	479
I år 2015	331	208	539
I år 2020	427	213	640

Det samlede tallet for aldersgruppen 0–20 år når en topp rundt 2010 for så å avta gjennom følgende år fram til 2020 til omtrent samme nivå som i år 2000. Aldersgruppene 0–5 år og 19–20 år vil derimot øke eller holde seg stabilt i årene etter 2010. For gruppen 0–5 år vil en nesten nå opp igjen til det høye nivået fra 2005, mens gruppen 19–20 år har en vesentlig økning jamført med 2005-nivå.

Tallene for gruppene 20–27 år viser en nedgang fra 2000 til 2005 for så å stige forbi 2000-nivå noe etter 2010. Tallene viser fortsatt stigende tendens. Gruppen 28–50 år når en topp rundt 2005 for så å falle gradvis.

Fram til 2020 vil tallet på eldre øke i betydelig grad, mest blant gruppen under 80 år, men også markert i gruppen over 90 år.

Vedlegg 3**Kriterier for nødvendig tannbehandling**

Den norske tannlegeforening anbefaler at følgende kriterier legges til grunn ved utbetaling av sosialstønad og annen tredjepartsfinansiering til tannbehandling:

Helsemål

Akseptabel oral helse innebærer at brukeren:

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- har tilfredsstillende tyggefunksjon
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene
(Statens helsetilsyn, 1999)

Kriterier

1. Akuttbehandling.
2. Klinisk undersøkelse inkludert røntgenbilder i den utstrekning det anses nødvendig, diagnose og behandlingsalternativer. Pasienten skal informeres og delta i en diskusjon av behandlingsalternativene innenfor de gitte økonomiske rammer.
3. All kirurgisk behandling som er nødvendig for å fjerne patologiske tilstander i kjeve og munnhule.
4. Forebyggende behandling er en nødvendig del og forutsetning for enhver vellykket tannbehandling. Dette innbefatter både informasjon og instruksjon i munnhygiene og at pasienten får forståelse av eget ansvar for sin tannhelse.
5. Tannkjøttsbehandling forutsetter at hygiene-fase fullføres før en ev. korreksjonsfase. Etter omfattende behandlinger er det viktig med vedlikehold av behandlingen. Tannkjøttsbehand-

ling skal, dersom det er nødvendig, alltid være utført før restorativ behandling.

6. Konvensjonell fyllingsterapi benyttes der det er faglig forsvarlig, og valg av fyllingsmaterialer foretas etter anerkjente faglige retningslinjer. Dersom vanlig fyllingsterapi er vanskelig å utføre og prognosen usikker, bør kroner være et alternativ.
7. Fast erstatning er førstevalg ved mindre og enkeltstående luker i front- og premolarregionen, men hvis bro eller ev. implantat skal velges, må prognosen for pilartenner og de hygieniske forhold være gode. Støpt partiell protese kan være et tilfredsstillende alternativ. Klammerproteser benyttes bare som en overgangsprotese, der pasienten innen relativt kort tid må forventes å få en helprotese.
8. Helprotese er førstevalg for tannløse, men implantatforankret protetikk kan i spesielle tilfeller være et alternativ.
9. Rotbehandling av molarer vurderes ut fra tannens betydning for tannsettet.
10. Behov for tannregulering er definert gjennom folketrygdens gruppeinndeling, der gruppe b og c gir rett til refusjon opp til 18 år, mens gruppe a ikke har noen slik begrensning.

Godt dokumentert faglig argumentasjon kan føre til valg av andre løsninger enn her skissert. Pasientens behov, ønsker og medvirkning i valg av behandling står sentralt. På den annen side må tannlegens vurdering av pasientens evne til oppfølging og vedlikehold legges til grunn for prognosevurderingen.