

Åpen utredning med utgangspunkt i befolkningens behov

Hvis alt går etter planen starter en utredning av det offentlige engasjementet i tannhelsetjenesten i mars. Utredningen vil ta utgangspunkt i befolkningens behov, og et relativt åpent mandat ber om forslag til løsninger både innenfor og utover den gjeldende økonomi. Det kan blant annet bety at grupper som er vant til å få gratis tannhelsetjeneste i fremtiden må betale noe, for at noen andre skal kunne bli tilgodesett. Tannlegeforeningens president synes det er interessant og på tide at verdigrunnlaget for Den offentlige tannhelsetjenesten blir utredet.



Avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i helsedepartementet er tannlege med lang erfaring fra offentlig helseforvaltning. Nå har han vært sentral i utformingen av mandatet for utredningen av det offentlige engasjement i tannhelsetjenesten i Norge.

Hva vil du si om hvor oppmerksomheten rettes i denne utredningen, avdelingsdirektør i helsedepartementet, Kjell Røynesdal?

– Utgangspunktet for utredningen er en bestilling fra Stortinget om en bred gjennomgang av tannhelsetilbudet i Norge, og i dette arbeidet skal utvalget ha regjeringens uttalte verdigrunnlag og mål for helsepolitikken som fundament. Bestillingen til utvalget er ellers nokså åpen, vil jeg si, men også eksplisitt på enkelte områder. Utredningen skal ta utgangspunkt i befolkningen, pasientene, og først og fremst se på hva norske innbyggere skal få av offentlig finansierte tjenester på tannhelseområdet og på hvilken måte denne finansieringen skal organiseres. Minst ett av forslagene skal være innenfor den gjeldende økonomi. Spesielt ønsker vi vurdert om det skal innføres nye grupper, hvor kostnadene dekkes gjennom innføring av egenandeler for de som i dag har gratistjenester.

– Hvilke andre spørsmål skal utvalget besvare?

– Hovedspørsmålet som skal besvares er om vi skal fortsette som før, eller om det skal gjøres endringer med hensyn til hvem som skal nyte godt av offentlig finansierte tannhelsetjenester. Vi har også bedt om en vurdering av i hvilket omfang tjenestene skal være fylkeskommunale og omfanget av trygdefinansiering. Vi vil at det skal utredes om det er andre grupper i befolkningen som skal få rettigheter, i tillegg til eller i stedet for de som til nå har mottatt gratis eller delvis offentlig finansierte ytelser. Og dessuten vil vi at utvalget skal se på om de som får gratis tjenester i dag kanskje i fremtiden må betale noe i form av egenandeler. Man tenker da kanskje særlig på pasienter innen kommunal pleie- og omsorgssektor, som etter hvert er blitt en ganske stor gruppe, og som har fått en helt annen

type behandlingsbehov enn tidligere. Før var dette langt på vei snakk om en gruppe der flertallet hadde innsatte tenner, men nå er det mange flere som har egne tenner, og store konstruksjoner i munnen, i form av broer og implantater som krever kostbart vedlikehold. Samtidig er det til dels stor kjøpekraft i denne gruppen. Derfor ønsker vi å se om det kan være rimelig å innføre noen grad av egenbetaling for dem som i dag får alt gratis, for så å kunne tilby noe mer til andre grupper.

Regjeringen har ikke bestilt en utredning av en generell trygdefusjonsordning for tannhelsetjenester. Stortinget har spesielt vært opptatt av driftstilskuddsordninger for å ivareta offentlig tannhelsearbeid. Det er opp til utvalget hvor langt de vil gå med sine forslag. Og jeg vil også legge til at det ikke skal legges energi i å utrede forvaltningsnivået for tannhelsetjenesten. Det spørsmålet tok regjeringen stilling til for to år siden, og det vil antagelig ikke bli berørt igjen før man eventuelt foretar en generell vurdering av fylkeskommunens rolle som sådan.

– I hvilken grad vil utvalget se på bemanningen og rekrutteringen til Den offentlige tannhelsetjenesten og eventuelle reguleringer på tannhelsepersonellsiden?

– De spørsmålene vil ikke være hovedspørsmål i denne utredningen, men vil måtte drøftes i forhold til de tingene jeg allerede har nevnt, dersom utvalget foreslår større grep som vil gripe inn i personellressursene og geografisk fordeling av disse. Ellers behandles dette med rekruttering og tannhelsepersonellressurser separat og uavhengig av utredningen. Vi følger nå opp rapporten til arbeidsgruppen som arbeidet særskilt med dette for et års tid siden. Den rapporten kom i juni i fjor og i statsbudsjettet for inneværende år har helsedepartementet varslet at det vil komme en tiltaksplan. Den vil antagelig bli presentert når forslaget til neste års statsbudsjett presenteres til høsten, sammen med det som regjeringen er villig til å satse økonomisk på dette.

Vi går nå gjennom og oppsummerer alle høringssvarene som er kommet og

ser på hva høringsinstansene synes om de forslagene som arbeidsgruppen kom med.

Aktivitetene for å avhjelpe situasjonen starter for øvrig allerede i inneværende år, gjennom statlig tilskudd til fylkeskommunale prosjekter som har økt samarbeid mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger som siktemål. Dessuten har Aetat fått i oppdrag å utrede mulighetene for å rekruttere tannleger fra de nye EU-landene, samtidig som rekruttering fra Tyskland skal utnyttes maksimalt.

– Mandatet sier at utredningen skal sammenligne norske forhold med andre land når det gjelder måloppnåelse i forhold til det offentlige engasjement. Er det særskilte land og ordninger dere har i tankene da?

– Ofte er det vanlig å se til nabolandene. I Finland er det nylig innført nye rettigheter til offentlig finansierte tjenester for den voksne befolkningen og i Sverige er alle over 65 år gitt betydelig offentlig støtte, i tillegg til den generelle refusjonsordningen. I Danmark pågår en diskusjon om å revidere den offentlige støtteordningen. I tillegg har de i lovs form innført prinsippet om fritt tannlegevalg for barn og ungdom. Denne rettigheten har det enkelte landsting i Sverige også innført for egen regning. Da bringer man den private sektor inn i den offentlige organiseringen og finansieringen på en helt ny måte, i et system hvor det følger penger med pasienten. Valgfriheten er blitt en sentral rettighet innen øvrig helsetjeneste også i Norge, med retten til å velge fastlege, og retten til fritt sykehusvalg. For ikke å si fritt skole-

valg. Dette er en del av den generelle samfunnsutviklingen; fritt valg – og pengene følger med deg.

– Hvem og hvor mange skal forestå utredningen, og ikke minst hvem blir lederen for dette utvalget?

– Når vi nedsetter et slikt utvalg tenker vi igjennom hvilke interessegrupper vi har med å gjøre, og inviterer dem til å foreslå medlemmer til utvalget.

I dette tilfellet vil det være yrkesorganisasjoner og pasientorganisasjoner. Videre vil vi ha medlemmer fra det aktuelle forvaltningsnivået og samarbeidspartnere, altså fylkeskommunene og primærkommunene. Det er også naturlig at Rikstrykdeverket blir bedt om å foreslå utvalgsmedlem, samtidig som vi vil ha med folk fra forskningsmiljøet. Dessuten kan det være aktuelt å oppnevne eventuelle ressurspersoner. Jeg tenker at utvalget totalt vil bestå av rundt ti personer, og sammensetningen skal være slik at det er geografisk representativt, samtidig med at begge kjønn er representert med minst 40 prosent. Når det gjelder lederen, vil vi ha en person som har bred kontaktflate og rimeleg god innsikt i helsespørsmål generelt. Videre skal vedkommende ha evnen til å innta et fugleperspektiv på tannhelsetjenesten i forhold til øvrig helsetjeneste på primærnivå. Dette taler for at lederen kommer fra et sted litt utenfor rekkene.

– Når kommer arbeidet i gang og hvor lang tid vil det ta?

– Når sammensetningen er klar vil utvalget oppnevnes av kronprinsregenten i statsråd, noe jeg håper kan finne sted i løpet av februar. Deretter kommer selve utvalgsarbeidet til å pågå et års tid. Helsedepartementet etablerer et

sekretariat for utredningsarbeidet, med minst to personer på heltid.

– Og hva skjer etter utredningen?

– Vi har lagt opp til at utvalget kan komme med konkrete lovforslag. Innstillingen vil foreligge som en NOU (Norges offentlige utredninger), som går på høring etter at den er forelagt departementet. Etter høringsrunden ser jeg for meg to alternativer: Det ene er en stortingsmelding. Det andre er en lovproposisjon (odelstingsproposisjon) med meldingsdel, slik vi gjorde det i forhold til NOU om alternativ behandling, som blant annet førte til opphevelse av kvakksalverloven og iverksettelse av ny lov om alternativ behandling fra 1. januar i år, avslutter Kjell Røynesdal, som selv er tannlege, og med en etter hvert lang fartstid i offentlig helseforvaltning.

– Vi spør også Tannlegeforeningens president hvilken kommentar han har til mandatet for utredningen av tannhelsetjenesten?

– Mandatet ser ut til ikke å være altfor omfattende, og det at man har konsentrert seg om hovedutfordringene synes jeg er fornuftig. Jeg finner det også interessant at man skal se på verdigrunnlaget for Den offentlige tannhelsetjenesten. Det er på høy tid at vi får en slik diskusjon, etter at vi, slik jeg ser det, har opplevd en redusert satsing gjennom 25 år uten at oppgavene og prioriteringene for Den offentlige tannhelsetjenesten har vært gjenstand for gjennomgang i denne perioden, sier Carl Christian Blich.

Tekst og foto: Ellen Beate Dvivi

Regjeringens verdigrunnlag i helsepolitikken

Fra St.prp. nr. 1 (2003–2004)

Regjeringens politikk bygger på:

- respekt for menneskelivet og menneskeverdet
- omsorg for svakstilte
- satsing på forebygging
- personlig ansvar for egen helse
- felleskapsansvar for et helse- tjenestetilbud til alle

Regjeringen setter pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Kvalitet i prosess

og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten utgjør helsetjenestens kjerneverdier. Informasjon, kvalitetssikring og medbestemmelse er nødvendig for riktig og effektiv behandling, og for pasientens trygghet. Alle nivåer i helsetjenesten må samarbeide aktivt for å få til dette.

Frivillige organisasjoner er betydelige bidragsytere i helsesektoren, og det er viktig for regjeringen å legge til rette for den frivillige medvirkningen. Oppfølging av St.meld. nr. 26

(1999–2000) Om verdier i den norske helsetenesta vil fortsette bl.a. gjennom den årlige kirke/helse-konferansen og inngåelse av samarbeidsavtale mellom Helsedepartementet og Kirkerådet.

Helsepolitikken skal dreies mer i retning av forebyggende helsearbeid.

En rettferdig fordeling av rettigheter og plikter er grunnleggende i helsepolitikken. Økonomisk og sosial trygghet og felles finansiering blir da viktig. Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av bosted og økonomi og den enkeltes livsfase