



Fritt tannlegevalg og konsekvenser

Det er klare politiske signaler om økt bruk av offentlige midler innen tannhelsesektoren.

I slutten av november skal NTFs representantskap ta stilling til viktige tannhelsepolitiske spørsmål og binde opp foreningen for to år fram i tid.

I dag kan det offentlige Norges pengebruk til pasientrettede tannhelsetjenester deles i to kategorier:

Gruppebasert ivaretatt av den fylkeskommunale offentlige tannhelsetjenesten og finansiert via fylkeskommunenes budsjetter. Gruppene er de prioriterte gruppene etter tannhelseloven og pasienter under offentlig rusomsorg. Gruppe b, psykisk utviklingshemmede, er vel strengt tatt en diagnosebasert gruppe. Gruppe c og «ruspasientene» er også langt på veg diagnosebasert.

Diagnosebasert i hovedsak ivaretatt i privat praksis. Finansieringen skjer via NAVs 14 punkter, som for det meste er diagnosebasert. I tillegg ivaretar privat sektor de fleste sosialklienter (finansiert av kommunene) og krigspensjonister selv om disse best kan karakteriseres som «grupper». I de fleste tilfeller hvor noe av honoraret dekkes ved offentlige midler, må pasienter i privat praksis betale en egenandel. Systemet med egenandeler fungerer greit og synes fullt ut akseptert av det offentlige i dag. Inn under diagnosebasert offentlig finansiering hører også ordningen med særfradrag på skatten når egenandelen ved NAV-støttet behandling overstiger et visst beløp. Denne ordningen er imidlertid sosialt urettferdig fordi personer uten skattbar inntekt, eksempelvis studenter, faller utenfor. Dessuten er det de med størst inntekt som tjener mest på ordningen fordi disse gjennomgående velger de mest kostbare behandlingsalternativene.

Det framgår av det ovenstående at systemene for offentlig finansiering av

tannbehandling til voksne i dag synes tilfeldige og virker lite gjennomtenkte. Noe annet er kanskje ikke å forvente med så mange forskjellige aktører og systemer i sving. Behovet for forenkling og helhet vil øke ved økt offentlig finansiering. Dessuten er det på tide at prinsippet om fritt behandlervalg også må bli ivaretatt innen tannhelsesektoren, i alle fall for voksne individer.

Den historiske basisen for den offentlige tannhelsetjenesten var behovet for oppsøkende tannhelsetjenester til barn og ungdom. Det er klart at barn og ungdom ikke selv kan ha ansvaret alene for å oppsøke og finansiere tannbehandling. DOT kan vise til gode resultater i relasjon til prioritert gruppe a, og tannhelsetjenester til barn og ungdom bør med fordel fortsatt ivaretas av en offentlig tjeneste.

Når det gjelder voksne personer i de gruppene som er prioritert etter tannhelseloven (gruppe b og c) og i relasjon til pasienter under offentlig rusomsorg, er situasjonen annerledes. En må kunne forvente at voksne individer (eller verken hvor slik er oppnevnt) tar et personlig ansvar og initiativ for å skaffe adekvate tannhelsetjenester. Da er det ikke noe urimelig krav at individet selv må kunne velge behandlende tannlege på samme måte som man i dag kan velge fastlege eller sykehus. Det er klart urimelig og faglig uheldig å stille krav til personer i institusjon og mottakere av hjemmesykepleie om bytte til en offentlig tannlege, dersom man ønsker gratis behandling. Mange av disse velger derfor å fortsette hos sin faste tannlege og heller betale alt selv.

Det blir NTFs utfordring å gi de politiske myndighetene gode råd. På representantskapet til høsten vil jeg foreslå at følgende prinsipper og tannhelsepolitiske tiltak tas med i NTFs arbeidsprogram for de neste to år:

- NTF støtter økt bruk av offentlige midler til finansiering av tannbe-

handling. Nye finansieringsordninger må innføres gradvis i takt med tilgjengelige behandlingsressurser.

- Alle over 20 år (alternativt på sikt 23 år) skal ha et fritt tannlegevalg. Størrelsen på offentlig bidrag, refusjon eller støtte til voksne skal være uavhengig av valg av tannlege. Dette ivaretas best ved at alle offentlige midler til tannhelsetjenester for voksne kanaliseres gjennom NAV-systemet. Offentlig finansiering av tannhelsetjenester for tannhelselovens prioriterte grupper b og c samt pasienter under offentlig rusomsorg og eventuelt andre prioriterte grupper av voksne pasienter overføres fra DOT til NAV. Spesialistbehandling på og utenfor offentlige eller private sykehus likestilles med hensyn til offentlig finansiering.
- Ordningen med skattefradrag for visse tannhelsetjenester avvikles, og frigjorte midler overføres øremerket til NAVs finansiering av tannhelsetjenester.
- Adgang til fri honorarfastsetting i privat sektor videreføres. Således aksepteres fortsatt at pasienter må betale egenandeler der hvor NAV betaler noe av honoraret.
- Alle barn og unge til og med det året de fyller 20 år (alternativt 23 år) må få et gratis, helhetlig og oppsøkende tannhelsetilbud med særlig vekt på forebyggende tiltak i regi av en offentlig tannhelsetjeneste. Unntak for kjeveortopedisk behandling hvor dagens NAV-finansiering videreføres. Offentlig tannhelsetjeneste skal også ha ansvar for å bidra til tannhelsehelsefremmende tiltak rettet mot hele befolkningen eller utvalgte grupper. Likeledes er det naturlig at offentlig tannhelsetjeneste ivaretar et særlig samarbeid med utdanningsinstitusjonene for utdanning av tannhelsepersonell.
- I offentlig tannhelsetjeneste må arbeidsgiver for å sikre personellens kompetanse legge forholdene til rette for at de ansatte tannlegene i rimelig omfang også skal få adgang til å behandle voksne pasienter.

Kjetil Tednes