



Det viktigste er tilgjengelighet, kvalitet og lave kostnader. Det kan vi oppnå med smarte, begrensede endringer av dagens trygdeordning. Overføring til DOT vil ikke løse noen problemer, kun skape nye.

Tilsvaret til Erik Engesæter

Det aller viktigste er at kjeveortopedi forblir trygdefinansiert

✍ TOR TORBJØRNSEN, SPESIALIST I KJEVEORTOPEDI

Engesæter kommenterer diskusjonen mellom undertegnede og professor emeritus Knut Fylkesnes sist høst, og forklarer godt hvorfor SSB-rapporten som Fylkesnes bygget sin argumentasjon på, gir et for høyt antall barn som får tannregulering med trygdestønad. Årsaken til overregistreringen har lenge vært kjent blant kjeveortopeder.

I diskusjonen med Fylkesnes valgte jeg å ikke gå nærmere inn på SSBs bruk av KUHR-tallene. Vi diskuterte primært hvor mange barn som får tannregulering i Norge sammenlignet med i de andre skandinaviske landene, og da er det andre forhold som er mye viktigere å få fram, nemlig det Engesæter kort kaller «organisatoriske forskjeller mellom landene». I Sverige og Danmark får mange barn tannregulering hos offentlig allmenntannlege, ikke av spesialist. Totalt antall som behandles er derfor betydelig høyere enn det statistikkene for behandling hos spesialist viser. I Norge utføres som kjent all tannregulering av spesialister, og det gir derfor ikke mening å sammenligne tallene for de ulike landene. Vi må sammenligne *hvilke bittfeil* som skal behandles, og der er forskjellen mellom landene små.

Fortsatt trygdefinansiering eller overføring til DOT?

Et internt utvalg i Helsedirektoratet (Hdir) har nylig lagt fram en meget viktig utredning der de forsøker å definere hva som er nødvendig tannbehandling inkludert nødvendig tannregulering for barn og unge, dvs. hvilke bittfeil det er nødvendig å behandle. Det lå ikke i oppdraget deres å utrede plassering og finansiering, kun hva som var nødvendig behandling, men likevel skriver de følgende i Vedlegg 2, «Konsekvenser for personell- og kompetansebehov av nye og utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven»:

...definisjonen av nødvendig tannregulering og Helsedirektoratets forslag til justerte kriterier i dette oppdraget, gjør at det nå er de alvorligste bittavvikene med behov for mer omfattende og komplisert behandling som vurderes som nødvendig. Dette bør utføres av spesialister i kjeveortopedi for å oppfylle kravet til faglig forsvarlighet....

...I tillegg til utilstrekkelig personell og kompetanse på kjeveortopedisk behandling, tyder også kapasitetsutfordringene i DOT jf. Punkt 1, på at allmenntannleger ansatt i offentlig tannhelsetjeneste ikke kan utføre tannregulering....

Dette er forbilledlig klar tale. Og det er meget interessant at man i Hdir åpenbart ser det som et faktum at penger og ansvar for kjeveortopedisk behandling på barn og unge vil bli overført fra trygden til fylkene og DOT som del av tannhelsereformen. Hvorfor er dette så selvsagt for Hdir at de ikke en gang finner det påkrevd å argumentere for det? Argumentene for fortsatt trygdefinansiering står nemlig i kø:

- Hdir mener i utredningen at all annen nødvendig tannbehandling fortsatt skal trygdefinansieres gjennom innføring av Frikort som for legetjenester. Det er ikke noe i veien for at gratis tannregulering også kan inntas i en slik frikortordningen.
 - Da kan man beholde dagens velfungerende refusjons- og takstsystem med elektronisk innlevering og kontroll. Ved overføring til fylkene må helt nye ordninger etableres.
 - I utredningen legger man (slik det står i sitatene ovenfor) stor vekt på at fylkene må kjøpe tjenester hos private kjeveortopedier gjennom egne avtaler. Hdir påpeker at det da må bygges opp både bestiller- og kontrollkompetanse i fylkene.
 - Fylkene er forskjellige og har utstrakt rett til selv å bestemme hvilke avtaler de inngår med hvem. Vi risikerer å innføre nye geografiske forskjeller gjennom disse avtalene.
 - Statlige midler til ordningen vil med stor sannsynlighet ikke forbli øremerket, men bli en del av fylkenes generelle rammetilskudd. Da må fylkestannlegene slåss om pengene med andre fylkeskommunale oppgaver og risikerer å måtte kutte i sin egen organisasjon for å betale kjeveortopedene de har avtale med hvis de ikke vinner fram. Det er vanskelig å tro at tannregulering er et ansvar de virkelig ønsker å få?
- Både myndighetene og NTF sier ofte at de er skeptiske til kjedenes økende dominans. Er det noen som tror at kjedene ikke vil posisjonere seg for å «vinne» avtaler (som lett kan utvikle seg til anbudsrunder enkeltklinikker ikke tør delta i...).

Lista kan lett forlenges. For eksempel skriver utvalget at tannregulering utføres som «standardiserte behandlinger med tilnærmet lik ressursbruk for forskjellige bittfeil». Her lukter det avtaler med betaling per pasient. Konsekvensen blir da lett at pasienter med store behov, dvs. kompliserte behandlinger, ikke finner noen som vil behandle dem for stykkprisen de får per capita, eller at de må behandles for enkelt og med dårlig resultat. Vi vet at Hdir ikke har egen kjeveortopedisk kompetanse, så jeg lurer alvorlig på hvem de har rådført seg med, for dette er farlig tull og tøys. En kjeveortopedisk behandling kan variere fra noen måneder til to-tre år med svært forskjellig bruk av apparatur og ressurser. For å sitere en noe frustrert tidligere leder i NKF da han av HD ble presset til å gi pris på «1 stk. kjeveortopedisk behandling»: «Hvor mye koster det å reparere en bil?» Dagens takst- og refusjonssystem sikrer både tilgjengelighet og behandlingskvalitet for pasientene, og at myndighetene får den spesialistbehandling de betaler for. Det gjør på ingen måte en per capita-tilnærming.

Det er vanskelig å forstå hvorfor det er så om å gjøre at kjeveortopedi på barn og unge skal ut av trygden og over til fylkene. Dette er en diskusjon som har pågått helt siden Folketannrøkta ble innført på 1960-tallet, og det framføres i dag ingen argumenter for en slik overføring. Da er det fristende å anta at begrunnelsen er vanemessig ideologisk av typen «alle barn bør behandles offentlig, også

når de trenger tannregulering», og så er den saken avgjort. Punktum. Men det viktigste for barna og deres familier er tilgjengelighet, kvalitet og lave kostnader, gjerne gratis hvis vi tar oss råd til det. Det kan vi oppnå mye enklere med smarte, men begrensede endringer av dagens trygdeordning. Overføring til DOT vil ikke løse noen problemer, kun skape nye.

I sitt innspill til Hdirts utredning om nødvendig tannbehandling skriver NTF flere ganger at de ikke ser noen grunn til at kjeveortopedi skal vurderes annerledes enn annen tannbehandling. Det er jeg veldig enig i. Jeg regner derfor med at NTF i fortsettelsen vil følge opp dette og arbeide helhjertet for fortsatt trygdefinansiering av nødvendig tannregulering til barn og unge.