



**Vi må begynne
å tenke på gode og
dårlige alternativer og
hva vi egentlig vil.**

Offentlig finansiering av tannhelsetjenester – ulike scenarier

 SIGBJØRN LØES

Som alle har fått med seg har Tannhelseutvalget kommet med sin NOU, som i tannlegekreterser nå utelukkende omtales i bestemt form som «NOUen».

Lokalforeninger, spesialistforeninger, privatpraktiserende og offentlig ansatte engasjerer seg i informasjonsmøter og høringsvar. Mange er bekymret, men overraskende mange er likegyldige, muligens fordi de tror at etter neste stortingsvalg forsvinner hele NOUen ned i det store arkivet og inn i det evige karbonkretsløpet. Det kan selvfølgelig ikke utelukkes, men jeg vil likevel gruble litt over konsekvensene som følger av en «universell tannhelse» med tanke på organisering og finansiering. Prinsipielt mener jeg, som utvalget, at det er feil at tannhelsetjenesten skal stå på siden av annen helsetjeneste, og at den enkelte er prisgitt sin privatøkonomi for å få adekvat tannbehandling. Men hvilke alternativer finnes egentlig? Jeg tenkte å skjele til det øvrige helsevesenet for å se etter mulige løsninger:

1. Det heloffentlige alternativet. Stat og/eller kommunene overtar helt og holdent og tilbyr en tilnærmet gratis tannhelsetjeneste for hele befolkning-

gen. Private praksiser må da enten kjøpes ut eller skvises så hardt at tannlegene selv velger å gå over i offentlig stilling. Fordelene med dette alternativet er at det blir ganske rettferdig og at det vil harmonere med øvrig helsetjeneste. Ulempene er at fritt behandlingsvalg blir redusert (dette avhenger riktignok av hvor mye penger som legges på bordet) og, med henvisning til foregående parentes: Det blir dyrt. Kanskje ikke dyrere enn et par fregatter, men sannsynligvis for dyrt til at noen seriøse politiske partier vil gå helhjertet inn for det.

2. «Fasttannlegeordningen.» Man kan godt tenke seg en ordning à la fastlegeordningen. De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende, de får driftstilskudd og står relativt fritt med tanke på utredning og behandling. De belaster det offentlige for sine tjenester etter faste takster (ingen fri egenandel der i gården!). Ulempen er naturligvis en streng etableringskontroll. Man må ha hjemmel for å starte og drive praksis, og for pasientene kan det bli vanskelig å bytte «fasttann-

lege» hvis man ikke er fornøyd (heldigvis er de fleste fornøyde med tannlegen sin!). Ventetid kan i begge de så langt nevnte scenariene bli et problem.

3. Det offentlige betaler privatpraktiserende tannleger for å gjøre jobben. Dette er nok det mest realistiske alternativet for å unngå store strukturelle systemendringer, men det er flere muligheter her. Først må det jo nevnes at dersom tilbudet skal omfatte alt det privatpraktiserende tannleger gjør i dag, kan stat og kommune like gjerne velge alternativ 1). Forutsetningen for at det offentlige går inn for alternativ 3) må jo være at det spares tid og/eller penger. Og da har vi altså noen varianter:

3a) Privatpraktiserende tannleger fortsetter som før, men kan utføre «nødvendig tannbehandling», jf. NOUen, og få offentlig refusjon for dette. Løsningen minner mye om dagens Helfo-ordning, dvs. den ordningen Tannhelseutvalget helst vil til livs, så jeg ser egentlig dette som et lite aktuelt alternativ. Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har riktignok prøvd noen varianter for de nye halvprioriterte gruppene, der man enten har tilbudt en fast takst for enkelte oppgaver (typisk for lav til at de private gidder å ta det på seg) eller etter «send regning»-prinsippet (som DOT antagelig skjønner vil føre til

en ukontrollert utadgående pengestrøm).

3b) Anbud. Dette blir mer og mer vanlig i spesialisthelsetjenesten. Helse Bergen har for eksempel nylig inngått avtale med en privatpraktiserende aktør om å utføre 300 tonsillektomier. Det er helseforetaket som bestemmer hvilke pasienter som skal inn i det private tilbudet. Tilbyderne vurderes, som ved alle anbud, på pris og kvalitet. Her kan det offentlige få utført tjenester til en forutsigbar pris, og er en modell som klart vil være i deres interesse. Tilbyderne blir det kanskje verre for, og jeg tror kjedene, gjerne utenlandske, vil komme til å trekke det lengste strået i slike anbudskonkurranser. Utenlandske transportselskaper kjører som kjent allerede på norske jernbaneskinner. En annen risiko for tilbyderen oppstår når anbudet skal fornyes. Da går gjerne kontrakten til en ny mer tilpasningsdyktig aktør. Dette har vi sett flere ganger med private røntgeninstitutter, som typisk blir litt sure etter å ha kjøpt inn noen MR- og CT-maskiner for så å bli vraket etter kontraktsperioden.

3c) Avtalespesialister. Dette er også en vanlig greie i spesialisthelsetjenesten. Et helseforetak inngår avtale med utvalgte spesialister (eller i dette tilfellet tannleger) som da kan behandle pasienter på vegne av foretaket («det offentlige»). Ulempene blir litt de samme som i alternativ 2) og 3b), at man er enten «innenfor» eller «utenfor». Det vil derfor i

praksis bli en ganske streng etableringskontroll.

Det er sikkert flere muligheter, som jeg ikke har tenkt på, og som kanskje vil kunne fungere godt. Poenget er at vi må begynne å tenke på gode og dårlige alternativer og hva vi egentlig vil. Det er fordeler og ulemper med alt: Selv er jeg av og til indignert over utgiftene jeg har på grunn av en medfødt og høyst uforskyldt nærsynthet (der kostnadene langt overstiger mine tannlegeutgifter), men jeg er sjeleglad for at jeg selv faktisk kan velge å betale ekstra for glass med høy brytningsindeks og en innfatning som jeg forestiller meg er mer fancy enn det som ville vært den hypotetiske offentlig finansierte folkebrillen. På veien til en «universell tannhelse» er det mange spørsmål som må avklares. Dersom «nødvendig tannbehandling» defineres så snevert at kvaliteten forringes i forhold til dagens nivå, er det kanskje ikke noe å trakte etter. Med økt offentlig finansiering må vi nok akseptere mindre frihet i prissetting og kanskje også etablering, men blir systemet altfor rigid blir det hverken effektivt eller til pasientens beste.

Vi får det systemet vi fortjener. Det er oppfatningen av at dagens tannhelsetilbud er *urettferdig* som har ført til et krav om endring. Når vi nå alle er invitert til å komme med innspill til fremtidens tannhelsetjeneste, må vi se utover rene egeninteresser. Våre holdninger til fag, samfunn og helse vil bli avgjørende for om noen gidder å høre på oss.