

Hørings svar fra PraksiseierforeningenSPA

Det vises til høringsnotatet «Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.» med høringsfrist 1. oktober 2016. PraksiseierforeningenSPA ønsker å avgi følgende hørings svar.

Innledning

Forslaget om å forankre Tannhelsetjenesten på samme nivå som den øvrige primærhelsetjenesten er vedtatt av Stortinget og forslaget om å inkludere nødvendig innhold fra Lov om Tannhelsetjenesten i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester støttes av oss når det gjelder allmenntannlegetjenesten.

Vi mener imidlertid det er riktig å stille krav, som foreslått i Pkt. 3.2, til at kommunen skal ha tilknyttet tannlege, som én av tre nye profesjoner. Dette fordi tannlegeprofesjonen er den eneste som har kompetanse til både utredning og behandling på tannhelseområdet. Det skal understrekes at tannlegeutdanningen er et masterprogram, i motsetning til tannpleiernes bachelor. Begrepet «tilknyttet» bør gi kommunene den nødvendige fleksibilitet med hensyn til hvilket omfang som er lokalt egnet.

Tannhelsetjenestens potensiale for å avdekke omsorgssvikt, gjennom rutinemessige innkallinger av barn, er viktig. Det kan være en utfordring at innkallingene – over tid – er blitt sjeldnere fordi Den offentlige tannhelsetjenesten prioriterer betalende pasienter for å finansiere seg selv. Regulariteten i innkalling til tannhelsetjenesten innebærer imidlertid muligheten til å avdekke omsorgssvikt, og den skal tilpasses individuelt. Dette er deler av virksomheten som må videreutvikles og kvalitetssikres.

På side 203 forutsettes det at så vel allmenntannhelse- som spesialisttannhelsetjenesten vil bli organisert og finansiert av samme arbeidsgiver, og at kommunen på denne måten vil kunne styre bruken av kompetansesentrene / spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene.

Vi mener at slike spørsmål krever politisk avklaring, og ikke kan overlates til departementet gjennom forskriftshjemmel i loven.

Det er i ferd med å bli et problem at Helse- og omsorgsdepartementet har overtatt ansvaret for spesialistutdanningen av tannleger. Tiltak som gjennom de senere år er blitt presentert i offentlige dokumenter, slik som at spesialistutdanningen i økende grad skal overtas av de regionale kompetansesentrene, vil få direkte konsekvens også for grunnutdanningen av tannleger.

PeFSPA støtter forslaget om å overføre ansvaret for allmenntannlege-tjenesten til kommunene.

PeFSPA støtter innlemming av nye grupper i tannhelse-loven.

Det har gjennom flere år vært forespeilet endringer i Lov om tannhelsetjenesten av 1983. Ved en overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkene til kommunene, støttes Departementets forslag til å modernisere innholdet og implementere deler av det i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre er det naturlig ved en slik harmonisering av lovverket, å flytte pasientrettighetene til pasient- og brukerrettighetsloven. Lovfesting av kommunenes ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet støttes. Likeså lovfesting av kommunenes ansvar for tannhelsehjelp til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Som en konsekvens av dette støttes også at disse pasientenes rettigheter nedfelles i pasient- og brukerrettighetsloven.

Krav til individuell plan som også omfatter tannhelsehjelp er viktig, ikke minst med tanke på tannhelsesituasjonen for eldre i hjemmesykepleie og institusjon.

PeFSPA kjenner seg ikke igjen i virkelighetsbeskrivelsen av dagens ordning i høringsnotatet.

PeFSPA mener det er en stor svakhet ved høringsnotatet at det ikke sier noe om finansiering

Det fremstår i høringsnotatet som uavklart på hvilken måte offentlige tannhelsetjenester i fremtiden skal finansieres, og om dagens fordeling mellom rammefinansiering og HELFO-refusjoner vil opprettholdes. Prinsippet om at tjenesten skal være vederlagsfri for de gruppene som er inkludert i lov om tannhelse er foreslått tatt ut av loven. Det mener vi er bekymringsfullt. Samtidig så fremgår det ikke noe sted i notatet at dagens fylkeskommunale tannhelsetjeneste er underfinansiert og helt avhengig av å behandle voksne, betalende pasienter for å finansiere seg selv. Hvorvidt denne praksisen tenkes å videreføres ved en overføring til kommunene fremstår som uklart. Denne

virksomheten vil kunne gå på bekostning av de oppgavene som Den offentlige tannhelsetjenesten primært har. Spesiell bekymring knytter seg til tilbudet til pleietrengende i hjemmesykepleie og sykehjem

Det hevdes i høringsnotatet at det ikke vil få økonomiske konsekvenser å inkludere nye grupper i kommunenes ansvar, men disse pasientene mister sine eventuelle rettigheter etter folketrygdloven samtidig som de får nye rettigheter i helse- og omsorgsloven, og i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er viktig at de nye rettighetene ikke innebærer en reduksjon i tilbudet.

I høringsnotatet fremheves det at sentralisering og utvidelse av offentlige klinikker, har ledet til oppbygging av større fagmiljøer ved den enkelte klinikk. Dette har medført styrket kvalitet på tilbudet, og har sannsynligvis også bidratt til rekrutteringen av personell. Tidligere befant mange av landets offentlige tannklinikker seg i områder der det ikke var driftsgrunnlag for privatpraktiserende tannleger.

Samtidig beskriver høringsnotatet aktiviteten i DOT i 2014, der faktisk en så stor andel som snaut 20 % av de undersøkte / behandlede var betalende pasienter uten rettigheter etter loven.

Det bør, i lys av de store endringene som har skjedd gjennom de siste 10 – 15 årene, vurderes om en gratis overføring av offentlige tannklinikker til kommunene de er lokalisert i, vil kunne virke konkurransevridende overfor privat virksomhet i samme område.

Vi stiller også spørsmål ved om overdragelsen som er omtalt i § 13-4, vil være i henhold til ESA-regelverket. Det vises i høringsnotatet til overdragelsen av ansvaret for sykehjemmene fra fylkene til kommunene i 1988, men på det tidspunkt forelå ikke dagens ESA-regelverk.

I høringsnotatet påstås følgende: *«Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte utvidelser av kommunenes plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag.»* Videre skriver departementet: *«Lovforslaget viderefører i store trekk pasientenes rettigheter til tannhelsehjelp slik disse i dag er nedfelt i tannhelsetjenesteloven, med enkelte justeringer som følge av endret begrepsbruk mv.»*

Stortinget har gitt signaler om at pasientenes rettigheter ikke skal svekkes. Hvorvidt det legges opp til å opprettholde tilbud som i dag er uten vederlag, vil først vise seg når den omtalte forskriften om vederlag foreligger.

PeFSPA støtter ikke forslaget i høringsnotatet om at loven gir departementet ytterligere hjemmel for å utferdige forskrifter for privatpraktiserende tannleger som ikke har avtale med kommunen.

Det kan være gode grunner for stortinget til å delegere myndighet til departementene gjennom forskriftshjemler i lovverket. Sitat fra høringsnotatet: «Det må imidlertid kreves klare holdepunkter i loven eller forarbeidene for å pålegge private plikter».

Tannhelsepersonellet i Norge er underlagt en rekke lover, forskrifter, rundskriv, retningslinjer og veiledere.

Tilgjengelige statistikker, brukerundersøkelser og opinionsmålinger peker i retning av at tilbudet til befolkningen er godt.

70 % av tannlegene arbeider overfor voksne betalende pasienter. Dette skiller tannhelsetjenesten fra øvrig primærhelsetjeneste, og er resultat av stortingsvedtak gjennom årtier. Disse tannlegene driver for egen regning og risiko, uten vesentlig offentlig finansiering til pasientene. Tannleger som vil bidra med tjenester som kommunene får ansvar for, vil måtte inngå bindende avtaler, eller kommunen kan velge å la pengene følge pasienten, så kan de fritt velge behandler uavhengig om den er offentlig eller privat. Dersom man velger å kjøpe tjenester av private eller lar pengene følge pasientene, så trenger ikke det offentlige eie og drive klinikker selv, dersom tannlegedekningen er god nok uten. En modell hvor man lar pengene følge pasienten vil også kunne gi bedre fordeling av de tyngre, offentlige oppgavene fordi offentlige tannklinikker vil da ikke være eneste tjenestetilbyder til disse gruppene. Hjemmelen som foreslås også å gjelde privatpraktiserende tannleger uten kommunal avtale, er til nå ikke benyttet for øvrige helsetjenester. Skulle det oppstå endringer i tannhelsetilbudet som krever ytterligere behov for offentlig styring av privat sektor, bør dette skje etter politisk behandling. Vi kan ikke se hensiktsmessigheten i at forskriftshjemmelen i Helse- og omsorgsloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum også kan gis anvendelse for tannhelsetjenester som utføres av private som ikke har avtale med kommunen. Behovet for å regulere privat tannhelsevirksomhet etter folketrygdloven er allerede ivare tatt gjennom departementets hjemmel til å lage forskrift og rundskriv.

Det skal forøvrig bemerkes at økonomiske og administrative konsekvenser, dersom en slik hjemmel skulle bli realisert, ikke bare vil ramme privatpraktiserende tannleger. De vil også ramme voksne betalende pasienter og kommunene.

På dette grunnlag støtter vi ikke forslaget i høringsnotatet om at loven gir departementet ytterligere hjemmel for å utferdige forskrifter for privatpraktiserende tannleger som ikke har avtale med kommunen.

PefSPA foreslår at kompetansesentrene knyttes til de regionale helseforetakene.

PeFSPA mener tannlegespesialistene bør forankres på samme måte som legespesialistene.

PeFSPA mener spesialistutdanningen og forskning bør skje på fakultetene.

Kvaliteten på grunnutdanningen henger i stor grad sammen med spesialistutdanningen, og var historisk grunnen til tilleggs- og spesialistutdanning av tannleger. Dette skjedde for å sikre bedre kompetanse hos undervisningspersonalet.

Odontologi er et lite fagmiljø og det er bekymringsfullt hvis universitetsmiljøene blir utvannet på grunn av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Universitetet i Oslo strategiske plan (Strategi 2020) slår fast at undervisningen skal være forskningsbasert. Dette krever at undervisningen drives av fagfolk med høy vitenskapelig og klinisk kompetanse. For å sikre dette bør grunn-, spesialist- og forskerutdanning organiseres i samme institusjon. Derfor må ansvaret for faglig kompetanse og forskning ved ROKer, i tilknytning til fakultetene, ligge hos lærestedene ved universitetene

Vi ønsker med dette å understreke betydningen av en god grunnutdanning av tannleger, rettet mot samfunnets behov. God og relevant klinisk praksis er i denne sammenheng også viktig. Det er lite som peker i retning av at offentlig tannhelsetjeneste skal vokse vesentlig, og når om lag 70 % av tannlegeårsverkene arbeider i privat sektor, er det viktig at utdanningen gjøres relevant for arbeidsoppgavene der. Den utredning som omtales i høringsnotatet, eller deler av den, må følgelig skje før det tas stilling til eventuell utvidelse av praksisperioden i kommunesektoren.

Kvalitet i forskning på internasjonalt nivå krever målrettet satsing, og at det vil være problematisk dersom tilgjengelige, og erfaringsmessig begrensede, midler «smøres for tynt utover». Regjeringens satsing på forskning må også gjelde for odontologien. Det hevdes i høringsnotatet at «kompetansesentrene opplever en økende interesse fra privat tannhelsevirksomhet om deltakelse i forskning, blant annet gjennom å gjøre pasientdata tilgjengelig for forskning». Dette er en påstand som vi ikke finner verken sannsynlig eller dokumentert.

Vi mener de odontologiske kompetansesentrene bør ha en regional forankring med henvisning til at de i navn og gavn er regionale.

De regionale kompetansesentrene skal i stor grad samhandle med Den offentlige tannhelsetjenesten om oppgaver overfor pasienter med rettighet til utredning og behandling i kommunene. Kommunelovens § 27 beskriver at to eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner, eller én eller flere kommuner og én eller flere fylkeskommuner, kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Dette er vel og bra når antallet samarbeidspartnere er av moderat størrelse. Det synes derimot, som beskrevet i høringsnotatet (s. 233), å være krevende administrativt for kommunen der kompetansesenteret er lokalisert, å skulle ha så vel eier- som driftsansvaret for et slikt senter, og administrere driften med et større antall kommuner av varierende størrelse som i dag inngår i tre-fire fylker. Videre vil tilgang til pasienter med behov for avansert behandling kreve stadig større befolkningsgrunnlag i fremtiden. Dette, ikke minst på grunn av den bedrede tannhelsen i befolkningen. Det er med andre ord så vel faglige som administrative

grunner til at kompetansesentrenes regionale forankring vil få ytterligere betydning i fremtidens tannhelsetjeneste. Det vil være bedre at ansvar for eierskap og drift av de regionale kompetansesentrene legges regionalt, hvilket i dagens situasjon vil innebære de regionale helseforetakene.

Begrunnelsen departementet gir for å overføre spesialisttannhelsetjenesten til kommunene er at tannlegespesialister i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene. På side 88 understrekes det at «*Dette omfatter spesialisttannhelsetjenester for grupper med rettigheter og øvrig ansvar for spesialisttannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven*». De foreslåtte lovendringene stiller ikke andre krav til kommunene enn at de skal sørge for rimelig tilgjengelighet av spesialistkompetansen.

Kommunene kan, i likhet med fylkene i dag, ansette spesialister. Den øvrige spesialisttannhelsetjenesten drives privat og får, med unntak av kjeveortopedi, i hovedsak henvist pasienter fra primær(tann)helsetjenestens selvstendig næringsdrivende tannleger. Dette kan sidestilles med private legespesialister som får henvist pasienter fra primærhelsetjenestens selvstendig næringsdrivende fastleger. Kjeveortopedene er i en særstilling blant tannlegespesialistene, da disse i hovedsak får pasientene henvist fra Den offentlige tannhelsetjenesten.

Fra 1. Juli 2015 fikk tannlegene rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Tannleger henviser med andre ord ikke bare til spesialisttannhelse-tjenesten, men også til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor vanskelig vanskelig å følge logikken i høringsnotatet der det tas til orde for at lege- og tannlegespesialister skal forankres forskjellig. Forskjellen mellom henvisende allmenntannleger og fastleger ligger først og fremst i finansieringen. Legespesialister som får pasienter henvist fra kommunale fastleger, vil i stor grad ha sin virksomhet offentlig finansiert. Tilsvarende varierer blant tannlegespesialistene, der virksomheten finansieres med offentlige og private midler.

Den faglige begrunnelsen i høringsnotatet for å forankre tannlegespesialistene kommunalt, fremstår imidlertid ikke som overbevisende.

All den stund tannlegespesialistene, i likhet med legespesialistene, får sine henvisninger fra primærhelsetjenesten, vil vi igjen ta til orde for at stortinget nå benytter anledningen til å harmonisere den forvaltningsmessige forankringen av disse.

På vegne av styret i PraksiseierforeningenSPA

Kari Odland

leder

