

Høringsnotat

Forslag til endringer i forskrifter til folketrygdloven og spesialisthelsetjenesteloven - finansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra tannlege

Utsendt: 27. mars 2015

Høringsfrist: 8. juni 2015

Innhold

1	Innledning	3
2	Bakgrunn for forslaget	4
3	Avgrensning av problemstilling	6
4	Gjeldende rett	7
4.1	Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp	7
4.2	Forskrift om stønad til dekning av legeutgifter	8
5	Departementets vurdering	9
5.1	Hvilke tannleger bør kunne henvise til spesialisthelsetjenesten?	10
5.2	Hvilke spesialister bør tannleger kunne henvise til?	11
5.3	Informasjon til henvisende tannlege og pasientens faste lege	12
6	Økonomiske og administrative konsekvenser	13
7	Forslag til forskriftsendringer	15
7.1	Forslag til endring i forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp	15
7.2	Forslag til endring i forskrift om stønad til dekning av legeutgifter	15

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i dette høringsnotatet endringer i følgende forskrifter:

- Forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak (korttittel: forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp)
- Forskrift 25. juni 2014 nr. 872 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (korttittel: forskrift om stønad til dekning av legeutgifter).

I følge ovennevnte forskrifter må pasienten som hovedregel være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut for at godtgjørelse eller stønad (refusjon) skal ytes for undersøkelse og behandling utført i spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår å utvide dagens ordning slik at utgifter til undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten som utføres på grunnlag av henvisning fra tannlege, vil bli dekket på samme måte som når det foreligger henvisning fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Med ”spesialisthelsetjenesten” menes i dette høringsnotatet undersøkelse og behandling som utføres:

- Poliklinisk i statlige helseinstitusjoner
- Poliklinisk i private helseinstitusjoner som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak
- Hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak.

Når det gjelder undersøkelse og behandling som utføres i somatisk poliklinikk etter henvisning fra tannlege, innebærer forslaget at behandlingsutgiftene vil bli dekket helt eller delvis av staten ved de regionale helseforetakene i form av ISF-refusjon og gjennom pasientens egenandel. Når det gjelder undersøkelse og behandling hos privat legespesialist som har driftsavtale med regionalt helseforetak, medfører forslaget at utgiftene blir dekket helt eller delvis i form av stønad (refusjon) fra folketrygden og pasientens egenandel.

Forslaget betyr også at pasientens egenandel for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra tannlege, vil inngå i skjermingsordningen egenandelstak 1 og gi grunnlag for opptjening av automatisk frikort.

Henvisning fra tannlege som medfører at pasienten legges direkte inn i sykehus uten forutgående poliklinisk konsultasjon, utløser ikke refusjon og omfattes derfor ikke av forslaget i dette høringsnotatet. Henvisning til privat legespesialist uten driftsavtale med regionalt helseforetak, omfattes heller ikke forslaget i høringsnotatet siden legen ikke har rett til trygderefusjon.

Departementet har sommeren 2013 hatt på høring en tilsvarende sak med forslag til lov- og forskriftsendringer knyttet til psykologers henvisning til spesialisthelsetjenesten. Høringsnotatet inneholdt forslag til endringer i folketrygdloven § 5-7 med tilhørende stønadsforskrift, og i forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp. Den 13. februar 2015 fremmet Regjeringen et lovforslag for Stortinget, jf. Prop. 59 L (2014-2015) Endringer i folketrygdloven (henvisning fra psykolog). Regjeringen foreslår å gi psykologer adgang til å skrive henvisninger som utløser stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykologspesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Departementet tar i tillegg sikte på å få på plass nødvendige forskriftsendringer, slik at alle psykologer skal kunne skrive henvisninger til poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), med den følge at utgiftene dekkes helt eller delvis av det offentlige.

2 Bakgrunn for forslaget

I Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar* er det vist til at departementet har til vurdering et forslag om mer direkte henvisningsrutiner fra tannlege til legespesialist. Det er i stortingsmeldingen varslet at departementet vil komme tilbake til dette på egnet måte. I forbindelse med Stortingets behandling av meldingen, pekte helse- og omsorgskomiteen i sin innstilling på at tannleger har en viktig rolle i folkehelsearbeidet, blant annet ved at de kan henvise videre i helsetjenestene, jf. Innst. 478 S (2012-2013).

Refusjon av utgifter for helsehjelp som utføres poliklinisk i spesialisthelsetjenesten, forutsetter henvisning fra en av følgende yrkesgrupper: lege, kiropraktor, manuellterapeut eller optiker (til øyespesialist). Staten dekker ikke i dag utgifter til undersøkelse og behandling ved poliklinikk eller hos privat legespesialist som utføres på grunnlag av henvisning fra tannlege. For at utgiftene skal dekkes og pasientens egenandel skal omfattes av ordningen med egenandelstak 1, må tannlegen i stedet henvise pasienten til vedkommendes fastlege, som først må undersøke pasienten med det formål å vurdere behovet for henvisning og deretter eventuelt henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Denne sløyfen må tas når tannlegen mener at pasientens behov for nødvendig helsehjelp bare kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten.

Det er om lag 4500 praktiserende tannleger i Norge. Om lag 70 prosent driver privat tannlegevirksomhet. Fylkeskommunen har ansvar for det offentlige tannhelsetjenestetilbudet i fylket. Tannleger ansatt i fylkeskommunen utgjør om lag 30 prosent av praktiserende tannleger. I underkant av 10 prosent av voksne personer over 20 år som oppsøker tannlege, får behandling på fylkeskommunale tannklinikker.

Tannleger er den yrkesgruppen som har bredest generell kompetanse på sykdommer eller andre tilstander i munn, kjeve og tenner. Tannleger har et selvstendig behandlingsansvar på sine områder. Allmenntannlegen er som regel pasientens primærkontakt ved sykdom i munnhulen.

Tannleger er gjennom folketrygdens stønadsregelverk gitt vide fullmakter. I forbindelse med utredning, diagnostikk og behandling vil tannlegen kunne ha behov for å rekvirere laboratorieundersøkelser eller røntgenundersøkelser. Etter folketrygdloven § 5-5 yter folketrygden stønad til dekning av pasientens utgifter til prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser ved private røntgeninstitutter, når tannleger rekvirerer denne typen prøver/undersøkelser hos disse. For de fleste sykdommer eller tilstander som er av alvorlig odontologisk eller medisinsk karakter i munn/kjeve/tenner, yter folketrygden stønad til dekning av pasientens utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege, jf. folketrygdloven § 5-6. Eksempler på refusjonsberettigede sykdommer/tilstander er tann- og kjevebehandling ved allergiske reaksjoner, smertetilstander, alvorlige kjeveleddslidelser, akutte infeksjoner eller kreftsykdom som oppdages i munn eller kjeve. I følge Navs retningslinjer har tannleger adgang til selv å sykmelde pasienter for inntil 12 uker på grunn av tannbehandling eller sykdom i munn og kjeve. I disse tilfellene likestilles tannlegens sykmelding med sykmelding fra lege som dokumentasjon på arbeidsuførhet etter folketrygdloven § 8-7.

I de fleste tilfeller der en allmennpraktiserende tannlege vurderer at det er behov for å henvise pasienten til en behandler med spesialistkompetanse, vil pasienten i første omgang bli henvist til tannlegespesialist. Om lag 10 prosent av yrkesaktive tannleger er spesialistert innenfor til samme 7 ulike spesialiteter. Tannlegespesialisten vil som regel utrede pasienten og eventuelt gi relevant behandling, uten at det er behov for ytterligere henvisning til andre spesialister.

I enkelte tilfeller kan det være behov for at pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten for videre utredning, diagnostikk eller behandling. Som regel er pasienten først blitt henvist av allmenntannlege til tannlegespesialist, som har vurdert pasientens tilstand slik at vedkommende må henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen kan også komme direkte fra allmenntannlege. Dette gjelder primært situasjoner hvor tannlegen/tannlegespesialisten vurderer at videre utredning og behandling av pasientens tilstand krever *medisinsk spesialistkompetanse*. Det kan være tilfelle for eksempel ved mistanke om kreft i munnhulen, ved alvorlige smertetilstander, ved øre-, nese- og halssykdommer eller ved behov for større kirurgiske inngrep i kjeve/munn. I slike tilfeller kan det være av avgjørende betydning at pasienten blir henvist så raskt som mulig til spesialisthelsetjenesten, uten først å måtte bli vurdert av fastlegen for å få henvisning dit. Henvisningskravet gjelder ikke ved behov for øyeblikkelig hjelp. Praksis i akutte situasjoner er at både offentlig ansatte og private tannleger/tannlegespesialister tar direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten, uten å gå veien om pasientens fastlege.

På om lag 13 sykehus i landet er det ansatt tannlegespesialister som er spesialister i oral kirurgi og oral medisin. Innenfor flere av helseregionene finnes det ikke slike spesialister i rimelig reiseavstand for pasienten, verken i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller i privat praksis. Det eneste alternativet allmenntannlegene har innenfor pasientens bostedsregion, kan i så fall være å henvise til spesialisthelsetjenesten. Kravet om henvisning fra lege mv. gjelder ikke bare for poliklinisk helsehjelp som ytes av legespesialist, men også når pasientens tilstand krever *odontologisk spesialistkompetanse*.

som finnes hos tannlege/tannlegespesialist ved poliklinikken. Praksis er at sykehus som har ansatt tannlegespesialister tar i mot henvisningene og utreder og behandler pasienten på bakgrunn av disse, selv om vedkommende ikke er henvist fra lege.

Den norske tannlegeforening har ved flere anledninger tatt opp spørsmål knyttet til tannlegers henvisning til spesialisthelsetjenesten og påpekt uheldige utslag av gjeldende regelverk på dette området. Tannlegeforeningen viser til at det er behov for å kunne henvise direkte til sykehus, siden det i mange fylker er der den eneste oralmedisinske og oralkirurgiske kompetansen finnes. Tannlegeforeningen har også pekt på behovet for å kunne henvise direkte til ulike legespesialister ved sykehus. I følge Tannlegeforeningen er det svært ulik praksis ved sykehusene når det gjelder i hvilken grad henvisninger fra tannleger godtas.

3 Avgrensning av problemstilling

Departementet understreker at det i utgangspunktet ikke er noen rettslige hindringer i helselovgivningen for at en tannlege kan henvise en pasient til spesialisthelsetjenesten.

Videre vil departementet presisere at tannleger i dag både *kan* og *skal* henvise til et annet behandlingsnivå eller til helsepersonell med annen kompetanse når dette anses nødvendig. Det vises til helsepersonelloven § 4 hvor det fremgår at helsepersonell plikter å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonellet skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Hvis pasientens tilstand tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid med annet kvalifisert personell. Det foreligger med andre ord ikke bare en rett til å henvise, men også i enkelte tilfeller en plikt. Det er først og fremst forsvarlighetskravet som sier noe om hvor langt tannlegens kompetanse rekker. Henvisningsplikten inntreffer når pasientens sykdomssituasjon er av en slik karakter at tannlegen ikke kan anses for å ha de nødvendige kvalifikasjoner til selv å diagnostisere eller behandle pasienten.

Utfordringen er imidlertid at i tilfeller der henvisningen er utstedt av tannlege, får ikke poliklinikken ISF-refusjon fra de regionale helseforetakene for undersøkelse og behandling av pasienten, og poliklinikken har strengt tatt heller ikke adgang til å kreve at pasienten betaler egenandel. Tilsvarende får heller ikke en privat legespesialist direkte oppgjør for pasientbehandling fra Helfo, og pasienten kan måtte betale en høyere andel av de samlede behandlingsutgiftene utover vanlig egenandel. Både pasienten, poliklinikken og den private legespesialisten kommer altså dårligere ut økonomisk i tilfeller der det ikke foreligger henvisning fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Problemstillingen i dette høringsnotatet er etter dette ikke om tannleger skal få henvisningsrett til annet helsepersonell eller annet behandlingsnivå, men om henvisning fra tannlege skal likestilles med henvisning fra lege mv. og gi grunnlag for dekning av utgifter til poliklinisk undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten og hos private legespesialister. I tilfeller der pasienten henvises direkte fra tannlege/tannlegespesialist til

oralkirurg eller spesialist i oral medisin ved sykehus, vil forslaget i høringsnotatet stadfeste dagens henvisningspraksis. Det som er nytt, er at henvisningen kan gi refusjonsinntekter for poliklinikken.

4 Gjeldende rett

4.1 Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 har departementet fastsatt forskrift 19. desember nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved følgende helseinstitusjoner (korttittel: forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp, men av pedagogiske hensyn heretter bare kalt ”poliklinikkforskriften”):

- Statlige helseinstitusjoner
- Private helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

Forskriften omfatter kun poliklinisk virksomhet og ikke behandling av pasienter som blir innlagt i sykehus, eventuelt etter en forutgående poliklinisk konsultasjon.

Forskriften gjelder godtgjørelse av utgifter til poliklinisk helsehjelp. Begrepet ”helsehjelp” er ikke forbeholdt enkelte helsepersonellgrupper. Tidligere var forskriften begrenset til godtgjørelse av utgifter til ”legehjelp”, men den er senere blitt endret som følge av at flere helsepersonellgrupper og annet fagpersonell er tillagt selvstendig behandlingsansvar innenfor den polikliniske virksomheten.

Poliklinisk virksomhet innenfor somatikk finansieres av staten gjennom ISF-ordningen. Utgifter til poliklinisk behandling innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling og laboratorie- og røntgenvirksomheter, dekkes over en egen bevilgning på statsbudsjettet (poliklinikkbevilgningen). I sistnevnte tilfelle er det Helfo som foretar direkte utbetaling til de regionale helseforetakene basert på takstene i poliklinikkforskriften.

Pasienten vil vanligvis bare betale en egenandel for poliklinisk undersøkelse og behandling, og ikke ha noen befatning med den øvrige utgiftsdekningen. Reglene om egenandel og egenbetaling gjelder også for somatisk poliklinisk behandling, selv om utgiftene til slik virksomhet dekkes via ISF-refusjon og ikke over poliklinikkbevilgningen. Det vil i første rekke være aktuelt for tannleger å henvise til den somatiske delen av poliklinisk virksomhet samt laboratorie- og røntgentjenester.

I henhold til poliklinikkforskriften § 2 første ledd skal pasienten normalt være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse ytes, og for at egenandeler kan kreves. Pasienten kan også være henvist fra optiker til øyelegespesialist eller øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus. Forskriften er endret fra 1. september 2014, slik at det nå klart fremgår at også kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste kan henvise pasienten til poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB).

Henvisningskravet gjelder som hovedregel også når undersøkelse, behandling eller kontroll i poliklinikken utføres av tannlegespesialist, tannleger uten spesialistutdanning og tannleger som er under spesialisering. Også i disse tilfellene kreves henvisning fra lege mv.

Det er gjort enkelte unntak fra kravet om henvisning, jf. forskriften § 2 andre ledd. Dette gjelder ved øyeblikkelig hjelp og der det ved undersøkelse foretatt ved en poliklinikk i en hovedspesialitet viser seg at pasienten har en sykdom av en helt annen art som krever full undersøkelse ved poliklinikk i en annen hovedspesialitet, uten sammenheng med utredning eller behandling av den første sykdomstilstanden.

Det følger videre av forskriften § 2 tredje ledd at pasienten etter endt behandling skal tilbakeføres til henvisende instans med epikrise. Dette er også presisert i bestemmelsen i helsepersonelloven § 45a som er nærmere omtalt under punkt 5.3 nedenfor.

Dersom det ikke foreligger henvisning fra en av yrkesgruppene som nevnt over, får helseforetaket ikke refundert utgifter til poliklinisk undersøkelse og behandling, og pasienten kan heller ikke avkreves egenandel. Det kan likevel kreves betaling av pasienten for utgifter til bandasjemateriell og bedøvelsesmidler mv. Slik pasientbetaling er ikke godkjent som egenandel og inngår dermed ikke i ordningen med egenandelstak 1.

4.2 Forskrift om stønad til dekning av legeutgifter

Etter folketrygdloven § 5-4 yter trygden stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Stønaden ytes etter fastsatte satser. Med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 fjerde ledd har departementet fastsatt forskrift 25. juni 2014 nr. 872 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (korttittel: forskrift om stønad til dekning av legeutgifter, men av pedagogiske hensyn heretter kalt "normaltariffen").

Foruten leger som har fastlegeavtale med kommunen, omfatter forskriften privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Private legespesialister uten slik avtale omfattes ikke av forskriften.

Utgifter til legehjelp dekkes over folketrygdens budsjetter og etter takster fastsatt i normaltariffens kapittel II. For å kunne kreve spesialisttakster er det en forutsetning at den private legespesialisten har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak, jf. forskriften § 2. Vanlig egenandel ved konsultasjon hos legespesialist er p.t. 320 kroner. Dersom pasienten ikke har henvisning fra (annen) lege, kiropraktor, manuellterapeut eller optiker, kan pasienten avkreves et tillegg for konsultasjonen på 170 kroner.

For at legespesialisten skal kunne innkreve takster fra folketrygden utover konsultasjonstakster og tilleggstakster, må pasienten ha henvisning fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Øyespesialist kan i tillegg innkreve takster dersom pasienten har henvisning fra optiker. Henvisningskravet gjelder blant annet for bruk av tilleggstakster for fullstendig undersøkelse hos flere typer godkjente legespesialister, samt ved førstegangs undersøkelse av nyhenvist pasient.

Kravet om henvisning fremgår ikke direkte av en paragraf i normaltariffen, men av merknader (merknad B3 og B4) til takstene som er inntatt i et eget kapittel i forskriften. Innholdet i disse merknadene har like fullt karakter av å være regelverk, siden henvisningskravet innebærer et tilleggsvilkår for å få rett til stønad fra folketrygden som ikke fremkommer direkte av folketrygdloven § 5-4. Forslag til endringer i ordlyden i takster og merknader som er av materiell betydning, må derfor sendes på alminnelig høring på lik linje med endringer i paragrafer i forskriften.

I likhet med poliklinisk behandling som gis i henhold poliklinikkforskriften, kreves det etter normaltariffen ikke henvisning ved øyeblikkelig hjelp.

Det fremgår i tillegg av merknad B4 at legespesialisten skal sende skriftlig rapport (epikrise) til henvisende behandler, og under forutsetning om tilsagn fra pasienten eller dennes verge, også til pasientens faste lege. Rapporten skal redegjøre for diagnose, behandling og vurdering.

Private legespesialister som er omfattet av normaltariffen har normalt inngått avtale om direkte oppgjør med Helfo. Det betyr at legespesialisten får utbetalt refusjonsbeløpet fra Helfo (folketrygden). Ordningen innebærer en forenklet oppgjørsordning ved at pasienten slipper å legge ut for behandlingsutgiftene og deretter kreve refusjon fra Helfo. Pasienten betaler i stedet bare egenandelen til legen.

5 Departementets vurdering

Henvisningsreglene er utformet med tanke på at pasientens tilstand først bør vurderes av en behandler på primærnivå. Tradisjonelt har (allmenn-)leger vært tillagt rollen som primærbehandler, men over tid er det i regelverket blitt tilføyd flere helsepersonellgrupper som vurderes å ha et selvstendig behandlingsansvar og som er gitt vide fullmakter blant annet gjennom folketrygdens stønadsregelverk, som for eksempel kiropraktorer og manuellterapeuter.

For pasienten er det viktig å kunne unngå unødige ventetid eller unødige mellomledd via fastlegen før de kommer til rette behandlingsinstans. Forslaget er ment å omfatte tilfeller der tannlegen ikke vurderer det som nødvendig med en generell medisinsk vurdering fra pasientens fastlege for eventuelt å utelukke annen underliggende sykdom eller tilstand som leger er kompetente til å vurdere. Dersom tannlegen for eksempel får mistanke om kreft i munnhulen, er det avgjørende at pasienten kommer raskt til spesialisthelsetjenesten for diagnostisering og avdekking av mulig spredning til andre organer. Hvis pasienten i slike tilfeller skal måtte gå om fastlegen for å få henvisning, vil denne ekstra sløyfen kunne medføre økte kostnader og tidstap for pasienten, siden det som regel ikke er behov for en generell medisinsk utredning før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det vises til helsepersonelloven § 6 som pålegger helsepersonell en plikt til å påse at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Forslaget i høringsnotatet vil dermed gjøre det enklere og tryggere for pasienten, samt gi større forutsigbarhet når det gjelder rettigheter til refusjon av behandlingsutgifter og betaling av egenandel.

Videre gjør faglige hensyn at eventuell merverdi ved først å få henvisning fra fastlege er begrenset, siden tannleger har spesialkompetanse på sykdom og andre tilstander i munn, kjeve og tenner, samt generell kompetanse på sammenhenger mellom symptomer i munnen og annen sykdom. Tannlegers kliniske virksomhet er i liten grad overlappende med andre yrkesgrupper, som for eksempel leger. Tannleger har selvstendig behandlingsansvar på sine områder og er gitt vide fullmakter gjennom folketrygdens regelverk. Allmennpraktiserende tannleger fungerer i hovedsak som en førstelinjetjeneste for pasienter med behov for behandling av tenner og sykdommer i munn og kjeve, ved at vedkommende oppsøkes direkte av pasienten ved behov for undersøkelse eller behandling.

I akutte og andre alvorlige tilfeller er praksis ofte at allmenntannlegen eller tannlegespesialisten tar direkte kontakt med relevant fagområde i spesialisthelsetjenesten, uten å gå om pasientens fastlege. Vanligvis tar spesialisthelsetjenesten i mot henvisningen og utreder pasienten, selv om vedkommende ikke er henvist fra lege. Selve de aktuelle polikliniske undersøkelsene og behandlingene finansieres allerede i dag av det offentlige via takstsystemet, men finansieringen er da basert på at det foreligger henvisning fra annet helsepersonell enn tannleger. Tannleger har spesialkompetanse på sykdomstilstander i munnhulen. Det er derfor ikke noen grunn til at henholdsvis poliklinikkens, legespesialistens og pasientens kostnader ved behandling i spesialisthelsetjenesten bør være høyere når tannleger er henvisende instans. Forslaget stadfester derfor dagens henvisningspraksis.

Etter departementets vurdering vil endringer i finansieringsregelverket som legger til rette for direkte henvisning fra tannlege til spesialisthelsetjenesten, innebære en forenkling og avbyråkratisering som vil bidra til en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling og effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Dette er i tråd med Regjeringens politiske plattform. Ved å utvide kretsen av helsepersonell som kan skrive refusjonsutløsende henvisning, forenkles veien inn til spesialisthelsetjenesten slik at pasienten unngår unødig ventetid. I kraft av å henvise på samme vilkår som andre yrkesgrupper, vil tannlegen kunne bli en del av en helhetlig samarbeidsstruktur som bidrar til kontinuitet, kvalitet og forsvarlighet i behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Slik kan pasientens orale helse ses i sammenheng med den medisinske helsetilstanden.

Departementet understreker at forslaget i høringsnotatet ikke er til hinder for at tannlegen konsulterer pasientens fastlege før pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten, dersom tannlegen vurderer at det er behov for slik konsultasjon. Dette inngår som en del av kravet til faglig forsvarlighet.

I punkt 5.1 og 5.2 nedenfor drøfter departementet om det bør være begrensninger i hvilke henvisninger fra tannleger som kan danne grunnlag for utgiftsdekning.

5.1 Hvilke tannleger bør kunne henvise til spesialisthelsetjenesten?

Den som henviser må ha norsk autorisasjon eller lisens og ha rett til å kalle seg "tannlege", jf. helsepersonelloven §§ 48, 49 og 74 første ledd. Også personer som har rett

til å utøve yrket som tannlege midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, kan bruke denne yrkesbetegnelsen, jf. helsepersonelloven § 74 andre ledd.

Som nevnt driver om lag 70 prosent av praktiserende tannleger i Norge privat tannlegepraksis. Disse behandler om lag 90 prosent av alle voksne over 20 år som årlig oppsøker tannlege. Det er i tillegg en liten andel av de private tannlegene som har inngått avtale med fylkeskommunen om å utføre tannhelsetjenester på vegne av det offentlige. Av denne grunn finner departementet at det ikke bør oppstilles krav om at henvisende tannlege er ansatt i fylkeskommunen eller har en annen form for offentlig tilknytning. Det vises også til at enhver tannlege som henviser til spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvor vedkommende er ansatt, vil utøve helsehjelp og således være underlagt reglene i helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Dette tilsier at det vil være kunstig å differensiere mellom tannleger kun ut fra hvilken virksomhet de arbeider innenfor. Helsepersonelloven stiller uansett krav til helsepersonells yrkesutøvelse, blant annet om faglig forsvarlig praksis, taushetsplikt og journalføring.

Departementet legger etter dette til grunn at både henvisninger fra allmenntannleger og tannlegespesialister i privat praksis samt fra tannleger ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, bør kunne utløse refusjon for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten. Også tannleger tilknyttet de odontologiske lærestedene ved universitetene som behandler pasienter som en del av den kliniske undervisningen ved fakultetet, vil omfattes av forslaget. I tillegg vil for eksempel tannleger som yter helsehjelp innenfor Forsvaret og studenthelsetjenesten mv. være omfattet.

Etter departementets vurdering har tannleger som sådan den nødvendige kompetanse til å vurdere om en pasient trenger ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten innenfor relevante fagområder. Departementet finner derfor ikke grunn til å oppstille begrensninger i henvisningsadgangen knyttet til arbeidssted eller krav om klinisk virksomhet. Dette innebærer at alle tannleger i kraft av sin kompetanse bør ha adgang til å henvise pasienter til relevante deler av spesialisthelsetjenesten, med den følge at behandlingsutgiftene dekkes helt eller delvis.

5.2 Hvilke spesialister bør tannleger kunne henvise til?

Det vil i praksis være mest aktuelt for en tannlege å henvise til relevante legespesialister for eksempel innen onkologi, øre-nese-hals, nevrologi (for eksempel smertebehandling ved mistanke om trigeminusneuralgi), hudsykdommer (for eksempel ved mistanke om allergiske reaksjoner i munnhulens slimhinner) mv. Videre vil det kunne være aktuelt både for allmenntannlege og tannlegespesialist å henvise til poliklinisk behandling hos tannlegespesialist ansatt i spesialisthelsetjenesten. Det vises til at en stor andel av spesialistene innenfor oralkirurgi arbeider i spesialisthelsetjenesten. Oral- ansikts- og kjevekirurgisk behandling gis både poliklinisk og i forbindelse med innleggelse i sykehus. Det vil også være relevant å henvise til poliklinisk behandling hos andre tannlegespesialister som arbeider ved sykehus, som for eksempel spesialister i protetikk og bittfysiologi.

Etter poliklinikkforskriften knyttes henvisningen til godtgjørelse av utgifter til poliklinisk helsehjelp. Forskriften var tidligere begrenset til ”legehjelp”, men dette er altså senere endret til ”helsehjelp”. Utgangspunktet er dermed at en tannlege kan henvise til alt helsepersonell og annet personell i godkjent fagstilling som yter helsehjelp i poliklinikken. Det er i første rekke forsvarlighetskravet som angir den ytre rammen for hvem tannlegen bør kunne henvise til etter poliklinikkforskriften.

Departementet finner det på denne bakgrunn ikke hensiktsmessig å begrense tannlegens henvisning til å gjelde bare visse spesialiteter og prosedyrer som omfattes av takstene i poliklinikkforskriften.

5.3 Informasjon til henvisende tannlege og pasientens faste lege

Fastlegen har et helhetlig ansvar for å yte allmennlegetjenester til innbyggerne på sin liste. Fastlegen skal tilstrebe å ha oversikt over innbyggere på egen liste og deres behov for medisinskfaglig oppfølging og koordinering av tjenester. Oversikten skal baseres på foreliggende journalinformasjon. Det vil si at fastlegen skal bruke tilgjengelig informasjon fra egne konsultasjoner, data fra mottatte epikriser eller andre opplysninger fra spesialisthelsetjenesten mv. på en systematisk måte. Videre skal fastlegen ivareta medisinskfaglige koordineringsoppgaver og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dette følger av §§ 17 og 19 i forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene. Disse bestemmelsene pålegger imidlertid ikke fastlegen en plikt til på egen hånd å innhente annen informasjon enn den som til enhver tid finnes i legens journalsystem. Fastlegen kan derfor ikke forventes å ha oversikt over tannbehandling som pasienten har mottatt, eller medisinsk behandling hos annet helsepersonell/på annet behandlingsnivå initiert av tannlege.

Departementet mener at det av denne grunn er viktig at epikrise sendes direkte fra poliklinikken/legespesialisten til henvisende tannlege og pasientens faste lege slik at disse holdes orientert. Videre bør også kopi av tannlegens henvisning gå til pasientens faste lege.

En lovfestet plikt til å sende epikrise følger allerede av helsepersonelloven § 45a som trådte i kraft 1. juli 2013. Lovendringen innebærer en rettskildemessig forsterkning ved at reguleringen av epikriseutsending er løftet fra forskrift (pasientjournalforskriften) til lov. Lovendringen innebærer i det vesentlige en videreføring av gjeldende rett. Av bestemmelsen i § 45a første ledd fremgår det imidlertid nå klart at epikrisen *skal* sendes til innleggende helsepersonell, henvisende helsepersonell og pasientens faste lege. Betegnelsen ”faste lege” tar høyde for at pasienten kan ha valgt å benytte en annen lege som sin primærkontakt, enn en lege som har fastlegeavtale med kommunen. Dette kan være aktuelt dersom pasienten har valgt ikke å benytte seg av retten til å stå tilmeldt en fastleges liste eller overhodet ikke har rett til å stå på fastleges liste fordi vedkommende ikke er registrert i folkeregisteret som bosatt i en norsk kommune. Epikrise skal sendes til de tre nevnte personellgruppene, uavhengig av om pasienten skrives ut etter innleggelse i helseinstitusjon, etter poliklinisk behandling i helseinstitusjon eller etter behandling hos privat legespesialist.

Helsepersonelloven § 45a forutsetter ikke at pasientens samtykke er innhentet før epikrisen sendes ut. Av merknad B4 i normaltariffen for leger fremgår det derimot at epikrise bare skal sendes ut ”under forutsetning om tilsagn fra pasienten eller dennes verge”. Departementet ser derfor behov for å endre normaltariffen på dette punkt, slik at forskriften harmoniseres med den nye lovbestemmelsen.

Helsepersonelloven § 45a pålegger heller ikke behandlingsinstansen en plikt til å sende epikrisen til pasienten. Dette ble drøftet i forarbeidene til lovforslaget, jf. Prop. 87 L (2012-2013) *Endringar i helsepersonellova m.m. (utsending av epikrisar og utlevering av teiepliktige opplysningar til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring m.m.)* punkt 3.4 side 14, hvor departementet blant annet viste til at dersom pasienten eksplisitt ber om å få tilsendt epikrisen, har vedkommende allerede i dag krav på det etter bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 om rett til innsyn i egen pasientjournal. I tillegg la departementet vekt på at en eventuell lovfesting av en plikt til alltid å sende epikrise også til pasienten, vil kunne fremstå som omstendelig og ressurskrevende. Av § 2 i poliklinikkforskriften følger imidlertid en plikt for helseinstitusjonen til å sende epikrisen med pasienten etter endt behandling.

Departementet finner det på denne bakgrunn hensiktsmessig at innholdet i de eksisterende bestemmelsene om utsending av epikrise i poliklinikkforskriften og i normaltariffen, tilpasses bestemmelsen i helsepersonelloven § 45a. Dette for å sikre helhet og sammenheng i regelverket og for at det klart skal fremgå også av de nevnte forskriftene at pasienten har mulighet til å motsette seg utsending.

Departementet foreslår i tillegg at det tas inn en bestemmelse i poliklinikkforskriften og normaltariffen som oppstiller en plikt for henholdsvis poliklinikken og den private legespesialisten til også å sende kopi av henvisningen til pasientens faste lege.

Det vises i sin helhet til forslagene til forskriftsendringer i kapittel 6.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget innebærer en utvidelse av dagens ordning når det gjelder hvilke personellgruppers henvisning som gir grunnlag for finansiering av undersøkelse og behandling innenfor spesialisthelsetjenesten.

Tannlegens plikt til å henvise til et annet behandlingsnivå ut fra forsvarlighetskravet, ligger der i dag. Forslaget endrer ikke tannlegens faglige indikasjoner for å henvise til spesialisthelsetjenesten. Forslaget gir heller ingen økonomiske insentiver for henvisende tannlege. Det samlede antall henvisninger til og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten vil derfor neppe øke. Forslaget innebærer at poliklinikken og legespesialisten vil få refusjonsinntekter for pasientbehandling basert på tannleges henvisning, i stedet for leges henvisning. Det foreligger ikke statistikk over antall henvisninger fra tannleger som enten blir fulgt opp eller avvist i spesialisthelsetjenesten, eller hvor pasienten først må gå via fastlegen. Omfanget av pasienter som henvises fra tannlege på årsbasis vil likevel være begrenset sammenlignet med antall henvisninger fra fastleger. Praksis er at de fleste pasienter i dag blir henvist til spesialisthelsetjenesten direkte fra tannlege der det er

relevant. Det er kun i enkelte tilfeller at tannleges henvisning vil erstatte henvisning fra lege.

De aktuelle undersøkelsene og behandlingene finansieres allerede av det offentlige i dag gjennom takster i poliklinikkforskriften og normaltariffen, men da basert på henvisning fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Likevel får vanligvis pasienter som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten tilgang på slik behandling, basert på tannlegens henvisning. På denne bakgrunn legger departementet til grunn at forslaget ikke vil føre til merforbruk av spesialisthelsetjenester og økte kostnader for staten (de regionale helseforetakene og folketrygden). Mengden av epikriser som skal sendes fra poliklinikken/den private legespesialisten vil dermed heller ikke øke nevneverdig. Plikten til å sende epikrise til henvisende personell og pasientens faste lege følger av gjeldende lovgivning.

Forslaget om plikt til å sende kopi av tannlegens henvisning til pasientens faste lege vil i seg selv neppe medføre vesentlig merarbeid for poliklinikken eller den private legespesialisten.

For pasienten betyr forslaget en forenkling og kostnadsbesparing, ved at tannlegens henvisning i en del tilfeller kan erstatte fastlegens henvisning. Pasienten slipper dermed en ekstra konsultasjon hos fastlegen med betaling av egenandel for å få henvisning. Pasienten vil betale samme egenandel for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten som ved henvisning fra lege. Egenandelen vil omfattes av ordningen med egenandelstak 1 og gi grunnlag for opptjening av automatisk frikort. Forslaget gir dermed større forutsigbarhet for pasienten.

For fastlegen vil forslaget innebære en avlastning i arbeidsmengde og tidsbruk i form av unødvendige konsultasjoner. Fastlegens koordineringsansvar ivaretas i dag ved at fastlegen mottar epikrise fra spesialisthelsetjenesten. Med forslaget vil fastlegen også få tilsendt kopi av tannlegens henvisning, og vil dermed fortsatt kunne holde oversikt over pasientens behandlingsforløp.

Det er mulig at en reduksjon av antall konsultasjoner hos fastlege for å få henvisning til spesialisthelsetjenesten, vil medføre noe reduserte kostnader for folketrygden i form av lavere utbetalinger av refusjoner til allmennlege og refusjoner til pasient som har nådd egenandelstaket for frikort. Som følge av dette er det heller ikke grunn til å tro at antall frikort vil øke nevneverdig ved at pasientens egenandel for behandling i spesialisthelsetjenesten (basert på henvisning fra tannlege) vil falle inn under ordningen med egenandelstak 1. Det er vanskelig å anslå mulige effekter og eventuelle innsparinger for folketrygden og Helfo som følge av forslaget. Det legges uansett til grunn at de økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget vil være marginale.

7 Forslag til forskriftsendringer

7.1 Forslag til endring i forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp

§ 2

Første ledd skal lyde (endringer i kursiv):

Pasienten skal normalt være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut *eller tannlege* utenfor sykehus for at godtgjørelse ytes, og for at egenandeler etter denne forskriften kan kreves. Pasienten kan også være henvist fra optiker til øyelegespesialist/øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus. Videre kan pasienter være henvist til poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste.

Tredje ledd skal lyde (endringer i kursiv):

Pasienten skal etter endt behandling tilbakeføres til henvisende instans med epikrise. *Det skal også sendes epikrise til pasientens faste lege, med mindre pasienten motsetter seg det. For pasienter henvist fra tannlege skal i tillegg kopi av henvisningen sendes til pasientens faste lege.*

7.2 Forslag til endring i forskrift om stønad til dekning av legeutgifter

I kapittel II Takster for allmennpraktiserende lege og privatpraktiserende spesialist, under punkt B. Konsultasjoner og sykebesøk, gjøres følgende endringer (endringer i kursiv):

Takst 3c skal lyde:

Tillegg for pasient som ikke har henvisning fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, optiker *eller tannlege*. Taksten refunderes ikke av folketrygden. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt 3a.

Merknad B3 skal lyde:

For at legespesialisten skal kunne innkreve takster utover 3a og 3c og egenbetalingstakstene 5, 8 og 10a-d, må pasienten ha henvisning fra lege, kiropraktor, manuellterapeut *eller tannlege*. Dette gjelder også ved psykoterapi. Øyelegespesialist kan i tillegg innkreve takster utover 3a og 3c dersom pasienten har henvisning fra optiker. Det kreves ikke henvisning ved øyeblikkelig hjelp og nødvendig oppfølging av denne tilstanden. Med øyeblikkelig hjelp menes arbeid innenfor spesialiteten som ikke kan utsettes til neste dag. En henvisning gjelder til behandlingen for den aktuelle sykdomstilstanden er avsluttet. Henvisningen skal følge første regningskort for behandlingen. Der henvisningsopplysningene går frem av regningen, slipper legen å sende henvisningene til HELFO. Kravene til henvisning gjelder ikke for pasienter hos leger som omfattes av overgangsordningen etter § 2 punkt 1 i forskrift om rett til trygderefusjon (dvs. leger som hadde refusjonsrett per 1. juli 1998 og er over 70 år per 1. juli 2006) eller

for pasient som hadde et fast etablert pasientforhold til spesialist i gynekologi før 1. juni 2001. Spesialist i pediatri og barne- og ungdomspsykiatri kan kun utløse takst for behandling av pasienter under 18 år. I særlige tilfeller kan konsultasjonstaksten likevel benyttes ved behandling av pasienter over 18 år i en overgangsperiode. Grunnlaget for en slik behandling må i så fall fremgå av diagnose og journalnotat.

Merknad B4 skal lyde:

Det må foreligge henvisning fra lege, kiropraktor, manuellterapeut *eller tannlege*. For øyelegespesialist gjelder dette også ved henvisning fra optiker. Henvisningen skal følge regningskortet. Der henvisningsopplysningene går frem av regningen, slipper legen å sende henvisningene til HELFO. Undersøkelsen skal omfatte nøyaktig opptak av sykehistorie samt fullstendig status presens for den respektive spesialist. *Spesialisten skal sende skriftlig rapport (epikrise) til henvisende behandler og til pasientens faste lege, med mindre pasienten motsetter seg det. For pasienter henvist fra tannlege skal kopi av henvisningen også sendes til pasientens faste lege.* Rapporten skal redegjøre for diagnose, behandling og vurdering. Takstene 4a1 eller 4b1 kan benyttes inntil én gang per kalenderår (inntil 3 ganger av nevrolog eller psykiater) for samme sykdom/skade/tilstand. Det kreves ikke henvisning for å benytte takst 4c ved øyeblikkelig hjelp. Ved øyeblikkelig hjelp må problemstillingen anføres på regningskortet. Regelen om fullstendig undersøkelse og rapport til pasientens faste lege forutsettes fulgt.