Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsnotat

Forslag til ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester mv. – ny løsning for organisering, finansiering og regulering av offentlig finansierte tannhelsetjenester

Høringsfrist: 19. januar 2027

Innhold

DEL I – OPPSUMMERING OG BAKGRUNN 18

1 Hovedinnholdet i høringsnotatet 18

1.1 Innledning 18

1.2 Om behovet for en reform 19

1.3 Sammendrag 22

2 Bakgrunn for forslagene i høringsnotatet 24

2.1 Grunnleggende prinsipper i ytelsen av offentlig finansierte helsetjenester 24

2.2 Tannhelsetjenestens utvikling og tidligere utredninger 25

2.3 NOU 2024: 18 Tannhelseutvalgets utredning 29

2.3.1 Oppsummering av utvalgets forslag 29

2.3.2 Oppsummering av høringen 30

2.4 Stortingets vedtak som følge av budsjettavtalen for 2026 31

2.5 Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2026 32

DEL II TANNHELSETJENESTENE I DAG 33

3 Dagens organisering, finansiering og bruk av tannhelsetjenester 33

3.1 Innledning 33

3.2 Organisering og finansiering tannhelsetjenesten 33

3.3 Bruk av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten 34

3.4 Privat tannhelsetjeneste 35

3.5 Befolkningens bruk av tannhelsetjenester 36

3.6 Befolkningens utgifter til tannhelsetjenester 37

3.7 Bruk av folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling 37

3.8 Udekket behov for tannhelsehjelp 39

3.9 Personell og kapasitet 40

3.10 Akutt tannhelsehjelp 43
3.11 Tannhelseforsikring 44
4 Gjeldende rett – sentrale deler av regelverket 44
4.1 Regulering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten 44
4.1.1 Innledning 44
4.1.2 Fylkeskommunens ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen (befolkningsansvaret) 45
4.1.3 Avtaler med private om å yte tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen 47
4.1.4 Særlig om fylkeskommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige odontologiske spesialisttjenester 48
4.1.5 Fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester til bestemte persongrupper (gruppeansvaret) 49
4.1.6 Rett til nødvendig tannhelsehjelp 57
4.1.7 Klage 58
4.1.8 Pasienters egenbetaling for tannhelsehjelp fra fylkeskommunen 59
4.2 Stønad etter folketrygdloven 61
4.2.1 Innledning 61
4.2.2 Stønad til tannlegehjelp – folketrygdloven § 5-6 62
4.2.3 Stønad til tannpleierhjelp – folketrygdloven § 5-6 a 64
4.2.4 Stønad ved yrkesskade – folketrygdloven § 5-25 64
4.2.5 Stønad til helsetjenester i utlandet – folketrygdloven § 5-24 64
4.2.6 Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land – folketrygdloven § 5-24 a 65
4.2.7 Egenandelstak og tannbehandling – folketrygdloven § 5-3 65
4.2.8 Stønadsordningens sekundære karakter 65
4.2.9 Utbetaling og kontroll 66
4.3 Forholdet til spesialisthelsetjenesteloven 66

4.4 Forholdet til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 67
4.5 Forholdet til folkehelseloven 67
4.6 Forholdet til sosialtjenesteloven 69
4.7 Forholdet til EØS-retten 69
4.7.1 Offentlige anskaffelser 69
4.7.2 Statsstøtte 70
4.7.3 Fylkeskommunens adgang til å yte kommersielle tannhelsetjenester 75
4.7.4 Særlig om fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester av allmenn økonomisk betydning til voksne over 28 år 76
4.7.5 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. 77
4.7.6 Retten til fri bevegelse og etableringsfrihet 78
4.7.7 Rettigheter til tannbehandling i andre EØS-land 79
4.8 Forholdet til andre bi- og multilaterale avtaler med betydning for rettigheter til tannhelsetjenester i utlandet 85
4.8.1 Nordisk konvensjon om trygd 85
4.8.2 Konvensjon om trygdekoordinering mellom Island, Liechtenstein, Norge og Storbritannia 86
4.8.3 Bilaterale trygdeavtaler med land utenfor EØS som omfatter helsetjenester 86
4.9 Forholdet til menneskerettighetene 87
5 Tannhelsetjenesten i andre land – organisering og finansiering 88
5.1 Sverige 88
5.1.1 Innledning 88
5.1.2 Gjeldende rett og organisering 88
5.1.3 Finansiering og pasientbetaling 89
5.1.4 Utvikling av tannhelsetjenesten og politiske ambisjoner 90
5.2 Danmark 92

5.2.1 Innledning 92
5.2.2 Gjeldende rett og organisering 92
5.2.3 Finansiering og pasientbetaling 93
5.2.4 Utvikling av tannhelsetjenesten og politiske ambisjoner 94
5.3 Finland 94
5.3.1 Innledning 94
5.3.2 Gjeldende rett og organisering 95
5.3.3 Finansiering og pasientbetaling 95
5.3.4 Utvikling av tannhelsetjenesten og politiske ambisjoner 96
6 Erfaringer med tannhelsehjelp i spesialisthelsetjenesten 97
6.1 Innledning 97
6.2 Om forsøksordningen med sykehusodontologi 2012-2021 og oppfølgingen av denne 97
6.3 Oppfølging av pasienter med leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander 99
6.4 Ytelse av tannhelsehjelp som del av behandling i helseforetakene i dag 100
6.4.1 Innledning 100
6.4.2 Dagens tilbud 100
6.4.3 Pasientbetaling og bruk av private tannhelsetjenester 101
6.4.4 Helseforetakenes kostnader og inntekter 102
6.4.5 Hovedfunn fra innspillene 102
6.5 Oppsummering 102
7 Tannhelsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten 103
7.1 Tannpleie i tilknytning til omsorgstjenester 103
7.2 Tannpleier i kommunen 104
8 Digitale løsninger for ytelse av tannhelsetjenester 105
8.1 Innledning 105

8.2 Beskrivelse av dagens systemer og situasjon 105
8.3 Særlig om DigiDOT 107
9 Utdanning av tannhelsepersonell og personellbehov 107
9.1 Innledning 107
9.2 Master i odontologi 107
9.3 Tannpleierutdanningen 108
9.4 Tannteknikerutdanningen 109
9.5 Tannhelsesekretærutdanningen 109
9.6 Spesialistutdanning av tannleger 109
9.7 Fremtidig behov for tannhelsepersonell 110
10 Forskning i tannhelsetjenesten 112
10.1 Forskning i tannhelsetjenesten 112
10.2 Særlig om forskning ved de regionale odontologiske kompetansesentrene 113
11 Beredskap og smittevern 116
DEL III – ALTERNATIVER OG VEIVALG I EN REFORM 118
12 Overordnet om del III 118
13 Valg av fremtidig forvaltningsnivå for ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester – lovens pliktsubjekt 118
13.1 Innledning 118
13.2 Historikk – tidligere vurderinger av forvaltningsnivå for ansvaret for offentlige tannhelsetjenester 119
13.3 Tannhelseutvalgets vurderinger 122
13.4 Departementets vurdering 125
13.4.1 Overføring til kommunalt nivå 125
13.4.2 Overføring delvis til kommunalt nivå og delvis til statlig nivå 126
13.4.3 Overføring til statlig nivå 128
13.4.4 Videreføring på fylkeskommunalt nivå 130

14 Retten til tannhelsehjelp – personkrets og rettighetens innhold og omfang 131
14.1 Innledning 131
14.2 Om prioriteringer i tannhelsetjenesten 131
14.2.1 Prioriteringsregler i tannhelsetjenesteloven 131
14.2.2 Tidligere utredninger av prioriteringskriterier i tannhelsetjenesten 132
14.2.3 Departementets vurdering 134
14.3 Hvem skal ha rett til tannhelsehjelp – avgrensning av personkretsen 135
14.3.1 Innledning 135
14.3.2 Alder som vilkår for rett til tannhelsehjelp 136
14.3.3 Avledede rettigheter – tildeling av andre tjenester som vilkår for rett til tannhelsehjelp 137
14.3.4 Konkrete diagnoser og tilstander som vilkår for rett til tannhelsehjelp 137
14.3.5 Departementets vurdering 138
14.4 Hva skal tannhelsehjelpen bestå i – rettighetens innhold og omfang 139
14.4.1 Innledning 139
14.4.2 Rett til tjenestepakker 139
14.4.3 Rett til nødvendig tannhelsehjelp – rettslig standard 140
14.4.4 Rett til en økonomisk ytelse 142
14.4.5 Departementets vurdering 143
15 Om ulike finansieringsløsninger 145
15.1 Innledning 145
15.2 Pasientbetaling 145
15.2.1 Innledning 145
15.2.2 Prosentvis pasientbetaling 147

15.2.3 Administrativt fastsatte egenandeler 147
15.2.4 Departementets vurdering 148
15.3 Finansiering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten 148
15.3.1 Innledning 148
15.3.2 Rammefinansiering 149
15.3.3 Kombinasjon av ramme- og aktivitetsbasert finansiering 149
15.3.4 Departementets vurdering 150
15.4 Finansiering av tjenesteytere 151
15.4.1 Innledning 151
15.4.2 Aktivitetsbasert finansiering 152
15.4.3 Aktivitetsbasert finansiering gjennom folketrygden 152
15.4.4 Kombinasjon av faste tilskudd og aktivitetsbasert finansiering .. 153
15.4.5 Departementets vurdering 154
15.5 Skjermingsordninger 155
15.5.1 Innledning 155
15.5.2 Prosentvis pasientbetaling 155
15.5.3 Innlemme egenandeler for tannbehandling i eksisterende frikortordning 156
15.5.4 Eget egenandelstak for tannhelsetjenester 156
15.5.5 Departementets vurdering 157
15.6 Mulige grep for raskere utrulling av nye rettigheter 158
16 Avtaler med private tjenestetilbydere i tillegg til fylkeskommunal egenregi 159
16.1 Innledning 159
16.2 Fylkeskommunen velger private tilbydere etter konkurranse 160
16.3 Pasientene velger private tilbydere i ordning for fritt tannhelsevalg 161
16.4 Krav om godkjenning eller konsesjon av private tilbydere 161

16.5 Departementets vurdering 162

DEL IV REGJERINGENS FORSLAG TIL TANNHELSEREFORM 163

17 Regjeringens forslag til samlet løsning for ytelse av offentlig finansierte tannhelsetjenester 163

17.1 Innledning 163

17.2 Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten videreføres på fylkeskommunalt nivå 164

17.3 Fylkeskommunale tannhelsetjenester finansieres gjennom rammetilskudd fra staten 165

17.4 Fylkeskommunen bestemmer bruk av private tjenesteytere 165

17.5 Dagens rettigheter etter tannhelsetjenesteloven videreføres 166

17.6 Utvidelse av personkretsen med rett til tannhelsehjelp gjøres etter alder 166

17.7 Den rettslige standarden nødvendig tannhelsehjelp utgjør rammen for rettigheten 166

17.8 Pasienters egenbetaling skal være maksimalt 25 prosent av fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenestene 167

17.9 Rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannhelsehjelp videreføres inntil videre 168

17.10 Spesialisthelsetjenestens ansvar for tannhelsehjelp som del av plikten til å tilby spesialisthelsetjenester presiseres – finansiering flyttes fra folketrygden 168

17.11 Regelverket for tannhelsetjenesten fornyes, tilpasses og moderniseres for fremtiden 169

18 Økonomiske og administrative konsekvenser 169

DEL V REGJERINGENS PLAN FOR VIDEREUTVIKLING AV EN REFORMERT TANNHELSETJENESTE 172

19 Regjeringens plan for gradvis utvikling av tannhelsetjenesten 172

19.1 Innledning 172

19.2 Tannregulering tas inn i retten til nødvendig tannhelsehjelp og i fylkeskommunens sørge-for-ansvar 172
19.3 Rett til nødvendig tannhelsehjelp utvides til flere årskull, med oppstart i de laveste aldersgruppene 174
19.4 Det tilrettelagte tannhelsetjenestetilbudet for personer med tortur- og overgrepserfaringer og odontofobi (TOO) 178
19.5 De regionale odontologiske kompetansesentrene 180
DEL VI FORSLAG TIL LOVENDRINGER 182
20 Ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester 182
20.1 Innledning 182
20.2 Valg av lovstruktur 183
20.2.1 Innledning 183
20.2.2 Én kombinert plikt- og rettighetslov 183
20.2.3 To separate lover som regulerer hhv. plikter og rettigheter 183
20.2.4 Departementets vurdering 184
20.3 Lovforslagets kapittelinndeling 185
20.4 Lovforslagets formål 186
20.4.1 Gjeldende rett 186
20.4.2 Departementets vurdering og forslag 186
20.5 Lovforslagets virkeområde 188
20.5.1 Saklig virkeområde, pliktsubjekt og begrepsbruk 188
20.5.2 Stedlig virkeområde 190
20.6 Forholdet til andre lover 194
20.6.1 Forholdet til helsepersonelloven 194
20.6.2 Forholdet til forvaltningsloven 194
20.7 Folkerettslige forpliktelser om trygdekoordinering 201
20.7.1 Gjeldende rett 201
20.7.2 Departementets vurdering og forslag 201

20.8 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester 202
20.8.1 Innledning 202
20.8.2 Fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester .. 203
20.8.3 Fylkeskommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid 207
20.8.4 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper 208
20.8.5 Fylkeskommunens ansvar for styringssystem mv. 216
20.8.6 Fylkeskommunens ansvar for tilbud til personer med midlertidig oppholdstillatelse 217
20.8.7 Fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep 218
20.8.8 Om samordning av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat sektor 219
20.8.9 Fylkeskommunens plikt til samarbeid 222
20.8.10 Om individuell plan 223
20.8.11 Regulering av avtaler med private tjenesteytere 227
20.9 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet 228
20.9.1 Forsvarlighet 228
20.9.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 230
20.9.3 Informasjon 231
20.9.4 Medvirkning 233
20.10 Særlige plikter og oppgaver 235
20.10.1 Beredskapsarbeid 235
20.10.2 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner 235
20.10.3 Politiattest 237
20.10.4 Registrering av helsepersonells virksomhet 238
20.10.5 Opplysningsplikt til fylkeskommunen 239

20.10.6 Pasienters innflytelse 240
20.10.7 Veiledningsplikt overfor den øvrige helse- og omsorgstjenesten 244
20.11 Yrkesrettet praksis, utdanning og forskning 246
20.11.1 Undervisning og yrkesrettet praksis 246
20.11.2 Opplæring, videre- og etterutdanning 249
20.11.3 Forskning 251
20.12 Finansiering og egenbetaling 253
20.12.1 Fylkeskommunens ansvar for nødvendige bevilgninger 253
20.12.2 Dekning av utgifter til tannhelsehjelp utført av private 253
20.12.3 Dekning av reiseutgifter for pasienter 254
20.12.4 Dekning av utgifter til tannhelsetjenester mottatt i annet EØS-land 255
20.12.5 Pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester 255
20.12.6 Tilskudd fra staten 259
20.12.7 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper 259
20.13 Taushetsplikt 260
20.13.1 Gjeldende rett 260
20.13.2 Departementets vurdering og forslag 261
20.14 Statlig tilsyn 262
20.14.1 Gjeldende rett 262
20.14.2 Departementets vurdering og forslag 265
20.15 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren 266
20.15.1 Gjeldende rett 266
20.15.2 Departementets vurdering og forslag 267
20.16 Melding og rapport om alvorlige hendelser 268
20.16.1 Gjeldende rett 268
20.16.2 Departementets vurdering og forslag 268

20.17 Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer .. 269
20.17.1 Gjeldende rett 269
20.17.2 Departementets vurdering og forslag 269
21 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven 270
21.1 Innledning 270
21.2 Virkeområde og personkrets (rettighetssubjekt) 271
21.2.1 Innledning 271
21.2.2 Gjeldende rett 271
21.2.3 Departementets vurdering og forslag 273
21.3 Begrepet «helse- og omsorgstjenesten» 274
21.3.1 Gjeldende rett 274
21.3.2 Departementets vurdering og forslag 275
21.4 Rettigheter til tannhelsehjelp – nytt kapittel 2A 275
21.4.1 Innledning 275
21.4.2 Gjeldende rett 276
21.4.3 Departementets vurdering og forslag 276
21.5 Krav om botid for rett til tannhelsehjelp for unge voksne med midlertidig oppholdstillatelse 277
21.5.1 Gjeldende rett 277
21.5.2 Departementets vurdering og forslag 278
21.6 Om individuell plan 278
21.7 Klage 278
21.7.1 Gjeldende rett 278
21.7.2 Departementets vurdering og forslag 280
22 Endringer i spesialisthelsetjenesteloven 281
22.1 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens ansvar for tannhelsehjelp 281

22.1.1 Innledning 281
22.1.2 Gjeldende rett og praksis 281
22.1.3 Departementets vurdering og forslag 282
22.2 Utvidelse av veiledningsplikten 284
23 Endringer i andre lover 284
23.1 Helse- og omsorgstjenesteloven 284
23.1.1 Utvidelse av veiledningsplikten 284
23.2 Helsepersonelloven 284
23.2.1 Melding om helsepersonells virksomhet 284
23.2.2 Krav om politiattest 284
23.3 Helsetilsynsloven 285
24 Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslaget 285
24.1 Merknader til forslag til ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester 285
Til § 1-1 Lovens formål 285
Til § 1-2 Lovens virkeområde 286
Til § 1-3 Forholdet til forvaltningsloven 286
Til § 1-4 Folkerettslige forpliktelser om trygdekoordinering 287
Til § 2-1 Fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester 287
Til § 2-2 Fylkeskommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid 289
Til § 2-3 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper 289
Til § 2-4 Fylkeskommunens ansvar for styringssystem mv. 293
Til § 2-5 Ansvar for tilbud til personer med midlertidig oppholdstillatelse .. 293
Til § 2-6 Fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep 293
Til § 2-7 Fylkeskommunens ansvar for samarbeid 294

Til § 3-1 Forsvarlighet 295
Til § 3-2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 296
Til § 3-3 Om informasjon 297
Til § 3-4 Om medvirkning 297
Til § 4-1 Beredskapsarbeid 298
Til § 4-2 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner 298
Til § 4-3 Politiattest 299
Til § 4-4 Registrering av helsepersonells virksomhet 299
Til § 4-5 Opplysningsplikt for fylkeskommunen 299
Til § 4-6 Pasienters innflytelse 300
Til § 4-7 Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten 301
Til § 5-1 Undervisning og yrkesrettet praksis 301
Til § 5-2 Opplæring, videre- og etterutdanning 302
Til § 5-3 Forskning 303
Til § 6-1 Fylkeskommunens ansvar for utgifter 303
Til § 6-2 Pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester 304
Til § 6-3 Tilskudd fra staten 305
Til § 6-4 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper 305
Til § 7-1 Taushetsplikt 305
Til § 7-2 Statlig tilsyn 306
Til § 7-3 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren 306
Til § 7-4 Melding og rapport om alvorlige hendelser 306
Til § 7-5 Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer 307
Til § 8-1 Ikrafttredelse 307
Til § 8-2 Eldre forskrifter mv. 307

24.2 Merknader til forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven 308
Til § 1-2 Virkeområde 308
Til § 1-3 Definisjoner 308
Til § 2A-1 Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten 308
Til § 2A-2 Krav om botid i riket for personer med midlertidig oppholdstillatelse 309
Til § 7-2 Klage mv. 309
24.3 Merknader til forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven ... 310
Til § 2-1 a De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester 310
Til § 6-3 Veiledningsplikt for den øvrige helse- og omsorgstjenesten 310
24.4 Merknader til forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven 311
Til § 5-11 Veiledningsplikt overfor den øvrige helse- og omsorgstjenesten. 311
24.5 Merknader til forslag til endringer i helsepersonelloven 311
Til § 18 Melding om helsepersonells virksomhet 311
Til § 20 a Krav om politiattest 311
24.6 Merknader til forslag til endringer i helsetilsynsloven 312
Til § 4 Tilsynsmyndighetenes oppgaver 312
25 Forslag til ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester 312
26 Forslag til endringer i andre lover 320
26.1 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven 320
26.2 Endringer i spesialisthelsetjenesteloven 321
26.3 Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven 322
26.4 Endringer i helsepersonelloven 322
26.5 Endringer i helsetilsynsloven 322

DEL I – OPPSUMMERING OG BAKGRUNN

1 Hovedinnholdet i høringsnotatet

1.1 Innledning

Regjeringen foreslår i dette høringsnotatet en tydelig retning for en tannhelsereform, hvor hovedmålet er å fornye tannhelsetjenesten og legge til rette for at rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp kan utvides til hele befolkningen på lengre sikt. Høringsnotatet følger opp Stortingets anmodningsvedtak nr. 67 (2025-2026) som ble fattet på grunnlag av budsjettavtalen for 2026. Forslagene er også en oppfølging av deler av Tannhelseutvalgets anbefalinger i NOU 2024: 18 *En universell tannhelsetjeneste – harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar.*[1] Høringsnotatet presenterer forslag til regelverksendringer for ny samlet løsning for organisering, finansiering og regulering av ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester. I tillegg beskriver høringsnotatet hvordan, med hvilke grep og prioriteringer, regjeringen mener tannhelsetjenesten bør utvikles videre mot målsettingen om å gi hele befolkningen rett til nødvendig tannhelsehjelp fra det offentlige dersom nødvendige midler bevilges.

Tann- og munnhelse er viktig for vår samlede helse, men dagens organisering av tjenesten, rettigheter og finansiering gjenspeiler ikke dette. Mens sykdommer i resten av kroppen behandles ut fra helsemessige behov i et velferdssystem dekket av fellesskapet, har tannhelsetjenesten utviklet seg på siden av den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Dette har skapt systematiske ulikheter. Høy egenbetaling fører til at mange med lav inntekt utsetter eller avstår fra nødvendig tannbehandling, til tross for at orale sykdommer utgjør en betydelig del av den samlede sykdomsbyrden. Gjeldende lovverk er fra 1983 og er i liten grad endret og oppdatert i forhold til dagens organisering og regulering av den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor på høy tid å ta grep for å revidere lovverket og tilpasse tannhelsetjenesten til dagens situasjon.

Dagens tannhelsetjeneste fungerer ikke dårlig. Tjenesten kjennetegnes tvert imot av høy faglig kompetanse og moderne utstyr, og ivaretar deler av befolkningen godt. Svakhetene ligger i rammeverket: manglende integrasjon med øvrig helsetjeneste, geografiske variasjoner i tilbudet og sosiale forskjeller i befolkningens tann- og munnhelse. Samtidig fører dagens finansieringsmodell til uforutsigbarhet for pasientene, noe som i seg selv kan hindre mange fra å oppsøke nødvendig hjelp.

Departementet har i høringsnotatet foretatt en gjennomgang av hele sektoren, og etablerer med det et utgangspunkt for videre beslutninger. Departementet drøfter i høringsnotatet sentrale, strategiske veivalg for å kunne foreslå en samlet løsning for ytelse av offentlig finansierte tannhelsetjenester som kan stå seg over tid. Det foreslås en løsning som sikrer et tydelig forvaltningsansvar, forutsigbarhet for både befolkningen og tjenesten samt god utnyttelse av de samlede ressursene i både offentlig og privat tannhelsetjeneste. Forslaget

[1] NOU 2024: 18 En universell tannhelsetjeneste – harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar

kan iverksettes innenfor gjeldende budsjettrammer, samtidig som det etablerer den nødvendige strukturen for en gradvis utvidelse av rettighetene dersom det bevilges midler til formålet.

Departementet fremmer i høringsnotatet konkrete forslag til et oppdatert regelverk, mest sentralt en ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester, samt nødvendige tilpasninger blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg skisseres regjeringens plan for utvidelse av det offentlige ansvaret for nødvendig tannhelsehjelp til større deler av befolkningen. Med dette legger regjeringen frem et solid og realistisk rammeverk for å gjøre tannhelsetjenesten til en integrert del av vår felles helsetjeneste, med mål om å sikre befolkningen et likeverdig tjenestetilbud.

Høringsnotatet sendes nå på offentlig høring, og regjeringen inviterer alle berørte aktører til å komme med høringsinnspill. En reform av hvordan offentlig finansierte tannhelsetjenester ytes kan bare lykkes dersom de samlede ressursene i offentlig og privat tannhelsetjeneste utnyttes på en god måte. Stortinget ber i sitt vedtak om at det skal legges frem en lovproposisjon høsten 2027. Departementet ser frem til å motta gode og konstruktive innspill til forslagene i dette høringsnotatet. Høringsinnspillene gir verdifulle bidrag i det videre arbeidet med regelverk for en modernisert og helhetlig løsning for tannhelsetjenesten, som kan stå seg over lengre tid.

1.2 Om behovet for en reform

Tann- og munnhelse er en del av vår helhetlige helse. Dette gjenspeiles imidlertid ikke i rettigheter til, organisering eller finansiering av tannhelsetjenestene. For sykdommer i resten av kroppen er det behovet ditt for helsetjenester som avgjør hva du har rett til, og hvem som skal tilby deg disse tjenestene. Sykdommer i munnhulen følger ikke samme logikk. Dette skillet skaper systematiske ulikheter, blant annet i hvilken egenbetaling pasienter står overfor. Mens sykdommer i resten av kroppen møtes med omfattende rettigheter og økonomiske skjermingsordninger, må voksne pasienter med stort tannbehandlingsbehov som oftest dekke utgifter på mange tusen kroner selv. Dette har ført til at mange med lav inntekt utsetter eller avstår fra nødvendig tannbehandling, med potensielt alvorlige konsekvenser for både helse og livskvalitet. I Folkehelseinstituttets sykdomsbyrdestudie fra 2023[2] var andre ikke-smittsomme sykdommer på syvende plass over årsaker til sykdomsbyrde i Norge. Andre ikke-smittsomme sykdommer er en samlegruppe der blant annet karies er en vesentlig årsak til sykdomsbyrde.

Utviklingen av tannhelsetjenesten i Norge har av historiske årsaker foregått på siden av utviklingen av den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Det har gitt egne organiserings- og finansieringsløsninger for denne tjenesten, som har ført til at tjenester i offentlig egenregi er mindre utbredt enn i den øvrige helsetjenesten, der offentlig eide og drevne tjenester dominerer. Til forskjell fra den øvrige helsesektoren, er det også i liten grad inngått avtaler mellom offentlig tannhelsetjeneste og private tjenesteutøvere. Privat

[2] Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge - FHI

tannhelsetjeneste har derfor i stor grad styrt seg selv, med folketrygdfinansiering og pasientbetaling som økonomisk grunnlag.

Behovet for en reform er ikke begrunnet i at dagens tannhelsetjeneste er i noen krise. Det er en godt fungerende tjeneste med høy produksjon og korte ventetider. Personellet er høyt kvalifisert og har moderne utstyr. Men den norske tannhelsetjenesten har mange åpenbare svakheter:

- En konsekvens av de siste tiårenes organisering og finansiering har vært at det ikke er tilstrekkelig god samhandling og integrering mellom dagens tannhelsetjeneste og resten av helsetjenesten: Pasienters tann- og munnhelse kan ha stor betydning for medisinske tilstander, og motsatt kan medisinske tilstander og legemidler gi risiko for dårlig tannhelse.
- Det er svært ulike tilbud i forskjellige deler av landet: Omfanget av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten varierer stort mellom fylkene. Samtidig er de aller fleste spesialister private næringsdrivende og konsentrert i de største byene.
- Den høye egenbetalingen for tannhelsehjelp har bidratt til sosial ulikhet i tann- og munnhelse. Blant barn og unge er det sosioøkonomiske forskjeller i hvem som får tannregulering. Blant voksne er det særlig dem med lav inntekt, lav utdanning og arbeidsuføre som har et udekket behov. En relativt stor del av alle voksne, omkring 8 prosent (2025), svarer at de ikke oppsøker tannlege fordi de ikke har råd.[3] Det er dermed et udekket behov for nødvendig tannhelsehjelp i flere grupper i befolkningen.
- Tjenesten er i for liten grad planlagt og behovsstyrt
- Det er ønskelig med mer kunnskap og bedre oversikt over tjenesten for å sikre at de offentlige midlene til tannhelsetjenesten brukes på riktig måte.

Dagens tannhelsetjenestelov ble vedtatt i 1983 og trådte i kraft 1. januar 1984. Gjeldende lovverk og tjenestens organisering er bygget på utredninger og vurderinger av befolkningens tannhelse, helsetjenestens oppbygging og øvrige samfunnsmessige forhold gjennom 1970- og begynnelsen av 1980-tallet.

I tannhelsetjenesteloven er pasientens rett til tannhelsehjelp avledet av at pasienten har rett til andre helse- og omsorgstjenester, eller at pasienten tilhører en avgrenset gruppe av befolkningen. Bakgrunnen for denne gruppetenkningen og måten å regulere retten til tannhelsehjelp på går tilbake til organiseringen av folketannrøkta, der man i 1949 vedtok å organisere regelmessig tannpleie for barn og unge mellom 6 og 18 år, med sikte på å utvide tannhelsetjenesten og utvikle tilbudet. I politiske dokumenter uttales det videre at den offentlige tannhelsetjenesten skulle utvikle tilbudet til den voksne befolkning, og ta større ansvar for «eldre, langtidssyke og funksjonshemmede», se blant annet St.meld. nr. 111 (1973-74), Innst. S. nr. 138 (1974-75) og NOU 1982: 10.

Den offentlige tannhelsetjenesten er i dag eneste gjenværende helsetjeneste organisert av fylkeskommunen, og utgjør en svært begrenset andel av fylkeskommunens

[3] SSB 2026-17. Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetenester

oppgaveportefølje. I 1984 var også sykehusene eid av fylkeskommunene og de hadde ansvar for omsorgstjenestene. Tjenesteytelsen i disse sektorene kunne dermed sees i sammenheng.

Siden 1980-tallet har den norske befolkningen gjennomgått store demografiske endringer: vi er blitt færre barn og unge, og flere eldre. Utviklingstrekkene i befolkningens tannhelse er omtalt i Tannhelseutvalgets utredning NOU 2024: 18 punkt 2.5, og peker mot økende og mer komplekse behov for tannhelsetjenester i årene framover, særlig knyttet til aldring i befolkningen. Tannstatus varierer også tydelig med sosioøkonomiske forhold: tannløshet og tanntap er betydelig vanligere blant personer med lav inntekt og lav utdanning. Når det gjelder yngre pasienter, viser befolkningsframskrivinger at det fram mot 2040 blir færre personer i aldersgruppen 0–24 år. Dette kan påvirke dimensjoneringen av tjenesten og behovet for en målrettet ressursbruk, men det endrer ikke at forebygging i barne- og ungdomsår fortsatt er avgjørende for god tann- og munnhelse gjennom livsløpet. Levevaner og livsstil har stor betydning for tann- og munnhelse i barne- og ungdomsårene. Det er avgjørende å følge opp forekomst av oral sykdom, og spesielt erosjonsskader (syreskader) og karies hos barn og unge voksne.

Siden 1980-tallet er det skjedd lite nyutvikling i den offentlige organiseringen og finansieringen av tannhelsetjenesten. Sammenliknet med utviklingen av den øvrige helsetjenesten, har det vært liten vilje til å gjennomføre reformer. Rettighetene til pasienter har i stor grad stått uendret fra 1984, og styrking av tjenestene var i mange år primært styrt gjennom styrkede bevilgninger til særtilbud. Eksempler på dette er TOO-ordningen for pasienter som har vært utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi (tannbehandlingsangst), og ordning for pasienter under LAR- behandling (legemiddelassistert rusbehandling). Ingen av disse grepene har gjort tannhelsetjenesten til en integrert del av helsetjenesten eller gitt hele befolkningen tilgang og rett til nødvendige tannhelsetjenester. Ordningene har vært viktige for pasientene som har fått tilgang til dem, men størstedelen av den voksne befolkningen har fremdeles ikke rett til tannhelsehjelp fra det offentlige og har dermed selv måttet ta ansvar for egen tann- og munnhelse, også økonomisk.

Behovet for å tenke nytt om ytelsen av tannhelsetjenester i den moderne velferdsstaten er altså tydelig. Departementet mener det er riktig å legge til rette for en gradvis utvikling og utvidelse av tannhelsetjenesten slik at organiseringen står seg for fremtiden og gir trygghet for helsen ved at tann- og munnhelse anerkjennes som en viktig del av den generelle helsen, og tannhelsetjenesten som en integrert del av helsetjenesten.

Målet er å legge til rette for at hele befolkningen på lengre sikt kan få rett til nødvendig tannhelsehjelp som del av den offentlige helsetjenesten. Tannhelsetjenesten skal være en del av helsetjenesten, slik at pasientene får et mer helhetlig helsetilbud. Behov for odontologisk behandling må være avgjørende for prioritering av nødvendig og forsvarlig tannbehandling på individnivå. Tannhelsetjenesten skal dessuten ha en sentral plass i folkehelsearbeidet, blant annet gjennom økt samhandling med den øvrige helsetjenesten. Tannhelsetjenesten må bidra i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og dette må

være en viktig del av tannhelsetilbudet til befolkningen. Målrettet helsefremmende og forebyggende arbeid bidrar til god tann- og munnhelse.

En tannhelsereform kan bare lykkes dersom de samlede ressursene i dagens tannhelsetjeneste, både offentlig og privat, utnyttes på en god måte. Tannhelsetjenesten må finansieres og organiseres på en måte som sikrer tilgjengelighet, lokale tilpasningsmuligheter og trygge rammebetingelser i tjenesten. Målet må være et likeverdig tannhelsetilbud av høy kvalitet til hele befolkningen og en utjevning av sosiale ulikheter i tann- og munnhelse.

Samtidig mener departementet at sentrale forutsetninger for å oppnå dette målet, er:

- utvidede rettigheter
- at et forvaltningsnivå får et tydelig og samlet sørge-for-ansvar
- at offentlig finansiering og rettigheter til tjenester henger sammen
- og at pasienters egenbetaling reguleres.

En tannhelsereform kan også bare lykkes dersom befolkningen forstår hva de har rett til og hva det koster dem. Usikkerhet om hva man kan pådra seg av utgifter, er etter departementets mening en viktig grunn til at mange voksne lar være å oppsøke tannhelsetjenesten. Det er behov for en reform som skaper trygghet og klargjør for den enkelte på forhånd hva han eller hun skal betale *før* man oppsøker tannhelsetjenesten. Dette får man til i dag i den øvrige helsetjenesten, der tydelig kommunikasjon om egenandeler og frikort bidrar til at pasienter vet hvilke utgifter de må regne med. Det må man også klare å få til i tannhelsetjenesten.

1.3 Sammendrag

Høringsnotatet består av seks deler. Høringsnotatet tar for seg forslag til regelverksendringer for ny samlet løsning for organisering, finansiering og regulering av ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester i Norge. Departementet mener at endringene samlet legger til rette for bedre organisering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, samtidig som de muliggjør en gradvis utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsehjelp til befolkningen. Utvidelsen må skje gradvis fordi det kreves tilføring av midler.

I tillegg har høringsnotatet meldingstekst i del V, som gir en beskrivelse av hvordan, med hvilke grep og prioriteringer, regjeringen mener tannhelsetjenesten på sikt bør utvikles videre mot målsettingen om å gi hele befolkningen rett til nødvendig tannhelsehjelp fra det offentlige når ny organisering er på plass og etter hvert som nødvendige midler bevilges.

I del I oppsummeres hovedinnholdet i høringsnotatet, med en beskrivelse av behovet for endringer i dagens organisering av offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det gis også en beskrivelse av bakgrunnen for forslagene med oppsummering av historikk, Tannhelseutvalgets rapport og relevante stortingsvedtak.

I del II beskrives ytelse av tannhelsetjenester i dag i sin bredde. I kapittel 3 gis en innledende beskrivelse av tjenesten i dag. I kapittel 4 gjøres en grundig gjennomgang av gjeldende regelverk for ytelse av tannhelsetjenester i Norge. Det tosporete systemet, med fylkeskommunalt plassert ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til bestemte grupper sammen med befolkningens rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannbehandling, beskrives i detalj. Det beskrives rettslig plassering av offentlig finansierte tannhelsetjenester opp mot andre deler av helse- og omsorgstjenesten, og forholdet til EØS-retten. Videre gis i kapittel 5 en oppsummering av tannhelsetjenesten i andre nordiske land. I kapittel 6 redegjøres det for tannhelsehjelp som ytes i spesialisthelsetjenesten i sammenheng med annen behandling helseforetakene har ansvar for, og i kapittel 7 en beskrivelse av tannhelsehjelp som ytes i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Også digitale løsninger (kapittel 8), utdanning av personell inklusive fremtidig behov (kapittel 9), forskning (kapittel 10) og beredskap og smittevern (kapittel 11) beskrives.

I del III går departementet over til å beskrive og drøfte sentrale veivalg som må gjøres i arbeidet med en reform av tannhelsetjenesten. Arbeidet gjøres under forutsetning av at en reform skjer innenfor eksisterende budsjettrammer, som innebærer at kun en begrenset del av befolkningen i dag kan motta nødvendig tannhelsehjelp fra det offentlige. Samtidig ligger det til grunn for arbeidet at det skal være mulig å gradvis utvide andelen av befolkningen som mottar offentlig finansierte tannhelsetjenester, dersom det vedtas økte bevilgninger i statsbudsjettet.

I de ulike kapitlene i del III presenteres, drøftes og avveies alternative løsninger på ulike sentrale spørsmål, som hvilket forvaltningsnivå som skal ha ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp, hvilke kriterier som skal ligge til grunn for tildeling av rett til tannhelsehjelp, hvordan rettigheter gradvis kan utvides til flere, innhold og omfang av retten til tannhelsehjelp for den enkelte, hvordan tjenestene skal finansieres, hvor mye pasientene skal betale selv og hvordan private tilbydere kan brukes ved ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester i tillegg til tjenester i egenregi. Det vurderes også mulige måter å omfordele dagens bevilgninger på.

I høringsnotatet del IV gis en oppsummering av valgene som er foretatt i de sentrale spørsmålene i del III, gjennom en beskrivelse av regjeringens forslag til samlet løsning for ytelse av offentlig finansierte tannhelsetjenester. Oppsummert er regjeringens forslag til organisering av tannhelsetjenesten som følger:

- Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten videreføres på fylkeskommunalt nivå
- Fylkeskommunale tannhelsetjenester finansieres gjennom rammetilskudd fra staten
- Fylkeskommunen kan velge mellom å yte tannhelsetilbudet selv eller inngå avtale med private tjenesteytere, samt velge om eventuelle avtaler med private skal inngås etter anbud eller om pasienten skal kunne velge i en ordning for fritt tannhelsevalg

Dagens pasientgrupper med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven videreføres

- Den rettslige standarden «nødvendig tannhelsehjelp» utgjør rammen for rettigheten

- Pasienters egenbetaling skal være maksimalt 25 prosent av fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenestene
- Rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannhelsehjelp videreføres inntil videre
- Det presiseres i spesialisthelsetjenesteloven hvilket ansvar de regionale helseforetakene har for tannhelsehjelp som del av plikten til å tilby spesialisthelsetjenester

Det gjøres også en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

I del V beskrives regjeringens plan for gradvis videreutvikling av en reformert tannhelsetjeneste, etter hvert som nødvendige midler bevilges. Dette er meldingsdelen i høringsnotatet, og til denne delen er det dermed ikke knyttet forslag til regelverksendringer. Denne delen er en beskrivelse av de videre stegene regjeringen mener bør tas i en fremtidig utvidelse av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp for hele befolkningen, dersom Stortinget vedtar økte bevilgninger. Mest sentralt er stegene som omfatter å innlemme tannregulering i retten til nødvendig tannhelsehjelp samt å utvide retten til nødvendig tannhelsehjelp til å gjelde flere årskull, med start fra de yngste aldersgruppene.

I del VI av høringsnotatet gis forslagene til lovendringer. Det foreslås ny og oppdatert lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester, som regulerer ytelsen av alle offentlig finansierte tannhelsetjenester. Videre gis forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven for å klargjøre grensegangen mot og samarbeid med andre deler av helsetjenesten. I tillegg foreslås tilpasninger i helsepersonelloven og helsetilsynsloven.

2 Bakgrunn for forslagene i høringsnotatet

2.1 Grunnleggende prinsipper i ytelsen av offentlig finansierte helsetjenester

Helse- og omsorgstjenesten er en sentral del av det offentlige velferdstilbudet, hvor målet er å dekke grunnleggende behov gjennom universelle ordninger som sikrer befolkningen lik tilgang til tjenester ved behov, uavhengig av inntekt, bosted og posisjon. (NOU 2018:16 punkt 3.2). Offentlig finansierte helsetjenester i en velferdsstat bygger på grunnleggende verdier som både begrunner et omfattende offentlig ansvar, og setter rammer for hvordan tjenestene skal ytes, fordeles og begrunnes. Verdiene er operasjonalisert i lovgivning og forvaltningspraksis.

For arbeidet med høringsnotatet her er det en overordnet målsetting å foreslå endringer som gjør tannhelsetjenester som ytes i offentlig regi mer lik ytelsen av andre helsetjenester, i samsvar med mandatet som lå til grunn for Tannhelseutvalgets utredning. Det langsiktige målet er rettigheter til tannhelsehjelp til hele befolkningen, med begrenset egenbetaling. Flere prinsipper er søkt ivaretatt gjennom alle de ulike forslagene.

I arbeidet med å utvide det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester vil det over tid bli gradvis flere pasienter som får rett til nødvendige tannhelsehjelp. Det er viktig for

departementet at systemet er forutsigbart for innbyggerne, ved at det er enkelt å forstå hvem som har rettigheter og hva rettighetene innebærer. Det skal være enkelt å identifisere hvilke pasientgrupper som har rettigheter. Rettighetene som innføres skal være forutsigbare for den enkelte. Egenbetalingen skal være begrenset og forutsigbar, og lik innenfor samme pasientgruppe.

Et mål med forslagene i dette høringsnotatet er å etablere et tydelig ansvar i offentlig sektor. Det forvaltningsnivået som pålegges dette ansvaret, må da sørge for at alle personer med lovfestede rettigheter, får tjenestene de har rett til. Dette er viktig for departementet fordi det betyr at helsehjelpen faktisk blir tilgjengelig, og at rettigheten i praksis blir mulig å få oppfylt for innbyggerne. Den samme instansen vil måtte prioritere mellom personer med rettigheter i tråd med etablerte prioriteringskriterier, slik at det er likeverdig tilgang til tannhelsehjelp. Instansen med ansvar for å sørge for tjenestene skal også motta finansieringen, for å bidra til hensiktsmessig prioritering og ressursbruk.

For departementet er det grunnleggende viktig å ha kontroll med bruken av offentlige midler ved ytelsen av helsetjenester. Dette ivaretas gjennom en tydelig plassering av ansvaret for å sørge for tjenester til befolkningen. Videre må modeller for finansiering av tjenestene gi grunnlag for oversikt over og styring av kostnadene. Dette gjelder både kostnadene i offentlige budsjetter, og pasientens egne utgifter til tjenestene gjennom egenbetaling.

Det er også viktig for departementet å legge rammer for offentlig kontroll med kvaliteten i tjenesteytelsen, og dette gjelder særlig når det benyttes private tilbydere ved ytelsen av offentlig finansierte tjenester. Dette kan ivaretas med avtaletilknytning til den instansen som har sørge-for-ansvaret, som muliggjør nærmere kontroll med den enkelte tjenesteyter ut over det som ligger i alminnelige tilsynsinstanser.

2.2 Tannhelsetjenestens utvikling og tidligere utredninger

Fra siste del av 1800-tallet økte forståelsen av tannhelsens betydning for den generelle helsen. Undersøkelser viste at tannsykdommen karies («hull i tennene») var allment utbredt, og mange hadde svært dårlig tannhelse. Det eksisterte bare privatpraktiserende tannleger, og ikke offentlige tilbud. Effektive tiltak for å bedre situasjonen ble ansett for å være så store oppgaver at de bare kunne gjennomføres ved systematisk offentlig innsats. De første tiltakene gjaldt skolebarn. Barns tannhelseproblemer utgjorde den viktigste årsaken til barns fravær fra skolen. Mangel på systematiske forebyggende tiltak og nødvendig behandling førte til sviktende tannhelse i ung alder og la grunnlaget for store tannhelseproblemer og tannløshet resten av livet.

Fra 1906 hadde private initiativtagere organisert tannpleie for skolebarn enkelte steder i landet. Fra 1910 ble kommunale skoletannpleieordninger etablert i noen av de største byene. Skoletannpleien skulle være gratis. I 1917 ble gjennomføring av skoletannpleie i byene lovfestet i lov om framhaldsskoler og grunnskoleloven. Dette var de første lovbestemmelsene som dreide seg om offentlige tannpleietiltak i landet.

Opprettelse og drift av kommunal skoletannpleie var avhengig av kommunenes økonomi og tilgang på og fordeling av tannleger. Selv om staten fra 1919 begynte å yte tilskudd, hadde mange kommuner likevel problemer med å påta seg slike oppgaver. Dette førte til store forskjeller mellom henholdsvis ressurssterke og mindre ressurssterke kommuner i utbyggingen av skoletannpleien. Tilbudet til barn ble høyst varierende fra kommune til kommune. Etter hvert ble det også satt i gang offentlig tannpleie for andre pasientgrupper. I perioden frem til ca. 1940 ble tannrøkt ved sykehus og andre typer av institusjoner ganske tilfeldig utbygget. Slike tiltak ble i mange tilfelle startet av privatpersoner og frivillige organisasjoner, og senere overtatt av det offentlige. Tanken om å følge opp småbarn og ungdom utover skolealder var også fremme. Oslo kommune startet i 1939 småbarns- og ungdomstannpleie i tillegg til skoletannpleien.

Før 1940 ble det gjort lite for å etablere alminnelig offentlig tannrøkt for voksne. Etter andre verdenskrig ble imidlertid lov om folketannrøkt vedtatt i 1949. Dette var den første loven som hadde som formål å etablere en felles offentlig tannhelsetjeneste for hele befolkningen i hele landet. Folketannrøktloven la ansvaret for den offentlige tannpleien til fylkeskommunene. Kommunale skoletannpleieordninger skulle legges inn i det fylkeskommunale systemet etter hvert som fylkeskommunene satte det i verk. Barn i alderen 6-18 år skulle få gratis, systematisk tannbehandling. Det ble bygget videre på gode erfaringer som var høstet med regelmessig oppfølging i skoletannpleien. Den øvrige befolkningen kunne tilbys behandling etter takster fastsatt av daværende Sosialdepartementet. Det var opp til fylkestingene å vedta når folketannrøkta skulle innføres i de respektive fylkene. Ifølge loven skulle ordningen være gjennomført i alle fylkeskommunene innen 15 år fra lovens ikrafttredelse. Ambisjonene og planene var store, og innføringen startet i Finnmark, Troms, Nordland og Nord-Trøndelag som fra før hadde dårligst tannlegedekning. I 1982 hadde syv fylker gjennomført ordningen fullt ut, i åtte fylker var den delvis gjennomført samtidig som kommunal skoletannpleie fortsatt bestod, mens Oslo, Akershus, Østfold og Vestfold ikke hadde begynt å etablere folketannrøkt. Disse fire fylkene hadde kun kommunal skoletannpleie.

Gjennom mesteparten av det 20. århundre har det vært mangel på tannleger i Norge i forhold til etterspørsel/behov. Ved oppstarten av folketannrøkta førte dette til store problemer med å få besatt de stillingene som ble opprettet, særlig stillinger i utkantdistrikter. Den offentlige tannrøkta kom mange steder i akutt krise fordi barnekullene i årene etter krigen var store og tannråten økende i utbredelse. I 1951 ble det derfor ved lov innført plikttjeneste, som innebar at studenter ved Norges tannlegehøgskole ved opptak måtte underskrive en erklæring hvor de forpliktet seg til etter avlagt eksamen å tjenestegjøre i inntil to år i offentlig tannrøkt, etter nærmere bestemmelser fra departementet. Da loven ble opphevet i 1972 var behovet for å «beordre» tannleger avtatt, ettersom tannlegedekningen var blitt bedre også i offentlige stillinger i distriktene.

Folketannrøkt ble aldri innført i hele landet, og bestemmelser om skoletannpleie var fortsatt gjeldende i store deler av landet fram til 1984, da tannhelsetjenesteloven erstattet lov om folketannrøkt. Frem til dette tidspunktet var den offentlige tannpleien organisert i to forskjellige systemer; fylkeskommunal folketannrøkt hjemlet i folketannrøktloven og

kommunal skoletannpleie hjemlet i grunnskoleloven. Gjennom tannhelsetjenesteloven ble kommunal skoletannpleie og fylkeskommunal/statlig folketannrøkt samlet i en enhetlig organisasjon under fylkeskommunene fra 1. januar 1984. Med tannhelsetjenesteloven ble kretsen av personer som har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste i offentlig regi utvidet. Nye grupper som ble omfattet, var barn 0-7 år og ungdom 17-18 år, psykisk utviklingshemmede over 18 år samt eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og i hjemmesykepleie. Senere har nye grupper kommet til og formet den offentlige tannhelsetjenesten slik vi kjenner den i dag.

Ved siden av den offentlige tannhelsetjenesten har det i Norge over tid utviklet seg en sterk privat tannhelsetjeneste med høy kvalitet, kort ventetid og god tannlegedekning. Den private tannhelsetjenesten er helt avgjørende for, og har tatt ansvar for, å gi tilbud om nødvendig tannhelsehjelp til den delen av befolkningen som ikke har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Tilbudet til voksne har utviklet seg uten noen offentlig styring, og den private tannhelsetjenesten mottar ingen form for offentlig finansiering til oppstart eller drift av tjenesten. Størstedelen av den voksne befolkningen betaler selv for sine egne tannhelsetjenester. Samtidig har tannhelsen i befolkningen blitt stadig bedre, år for år, og vi har i dag en befolkning hvor mange har god tannhelse.

Tannhelsetjenesten har utviklet seg på siden av helsetjenesten og er i dag lite integrert med resten av helsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten er eneste helsetjeneste på fylkeskommunalt nivå, og myndighetene har manglende oversikt over den private delen av tannhelsetjenesten. Det brukes også begrenset med offentlige midler på tannhelsefeltet. Det medfører at mange mennesker i dag har store utgifter til nødvendig tannhelsehjelp og bidrar til stor sosial ulikhet i tann- og munnhelse.

En del pasienter har rett til stønad til tannbehandling fra folketrygden. Stønaden omfatter flere sykdommer og lidelser og systemet har utviklet seg over tid.

Nedenfor gis det en oversikt over tidligere utredninger på tannhelsefeltet fra 1982 frem til Tannhelseutvalgets utredning fra 2024 som omtales særskilt under punkt 2.3. Oversikten viser hovedtrekk ved utviklingen på dette området gjennom disse årene. Utredningene vil bli nærmere omtalt under de ulike temaene i høringsnotatet.

<u>Generelle utredninger av den offentlige tannhelsetjenesten:</u>

- NOU 1982: 10 *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene mv.*
- Ot.prp. nr. 49 (1982-83) *Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)*
- NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest*
- St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.*

<u>Utredninger av forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten:</u>

- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, jf. Innst. O. nr. 18 (2000-2001)
- St.meld. nr. 12 (2006–2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*
- Meld. St. 14 (2014–2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* («Oppgavemeldingen»)
- Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*
- Prop. 71 L (2016-2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*
- Prop. 64 L (2021-2022) *Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret).*

Tiltak for å unngå ulovlig statsstøtte:

- Prop. 16 L (2014-2015) *Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå kryssubsidiering).*

Utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte fylkeskommunale tannhelsetjenester:

- Prop. 64 L (2018–2019) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven (styrking av pasient- og brukerombudsordningen mv.).*

Prioritering i den offentlige tannhelsetjenesten:

- NOU 2018: 16 *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.*
- Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten.*

Utvidelse av/begrensninger i aldersgruppene som har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen:

- Prop. 60 L (2023-2024) *Endringar i lov om tannhelsetjenesten mv. (rett til tannhelsetenester for unge vaksne, personar med rusmiddelavhengigheit mv.)*
- Prop. 101 L (2023-2024) *Endringer i integreringsloven, folketrygdloven og tannhelsetjenesteloven (innstramminger)*
- Prop. 124 L (2024-2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år).*

2.3 NOU 2024: 18 Tannhelseutvalgets utredning

2.3.1 Oppsummering av utvalgets forslag

Regjeringen oppnevnte 12. august 2022 et offentlig utvalg, Tannhelseutvalget, som fikk som mandat å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, inkludert organisering, finansiering og regulering av blant annet rettigheter. Formålet var å legge frem ulike modeller for en tannhelsetjeneste som kan bidra til bedre tilgjengelighet i hele landet. Utvalget ble særlig bedt om å utarbeide og vurdere forslag som kan sikre at tannhelsetjenester blir likestilt med andre helsetjenester. Slik likestilling kan blant annet skje ved å harmonisere og tilpasse reguleringen av tannhelsetjenester med øvrige helse- og omsorgstjenester, samt gjennom fastsettelse av egenandeler, egenbetaling og modeller for egenandelstak (skjermingsordninger). Det siste innebærer å vurdere en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester, for eksempel gjennom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, gjennom stønad til tannbehandling over folketrygden og/eller å integrere tannhelsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Utvalget ble også særlig bedt om å vurdere hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester kan gjennomføres.

Utvalget la frem sin utredning 26. september 2024, jf. NOU 2024: 18 *En universell tannhelsetjeneste – harmonisering, styring og utvidet ansvar.*[4] Utvalget har oppsummert sine forslag i 40 punkter, hvor hovedpunktene gjengis her. Utvalget gjør selv oppmerksom på at flere av forslagene krever ytterligere utredning.

Et samlet utvalg anbefaler at det overordnede målet bør være en universell tannhelsetjeneste, hvor alle skal ha rett til nødvendig tannhelsehjelp. Utvalget peker på at det i den forbindelse er behov for å utrede nærmere hva som skal omfattes av begrepet «nødvendig tannhelsehjelp». Utvalget foreslår at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet legges til grunn for en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret på vei mot en universell tannhelsetjeneste.

Et annet hovedmål bør ifølge utvalget være likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle. Utvalget mener dette målet kan oppnås gjennom et helhetlig og samordnet tannhelsetilbud til barn og unge, hvor de med behov også får rett til gratis og nødvendig tannregulering. Videre mener utvalget at den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for personer med særskilte behov bør utvides. Utvalget anbefaler også at alle skal ha rett til akutt tannhelsehjelp. I tillegg foreslår utvalget å utvide dagens frikortordning for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Et stort flertall i utvalget anbefaler at det innføres prisregulering av offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Når det gjelder målet om å sikre tannhelsetjenester av god kvalitet, foreslår utvalget blant annet å lovfeste et medvirkningsansvar for kommunal sektor for forskning i tannhelsetjenesten. Utvalget foreslår også å etablere kvalitetsregistre for tannbehandling, samt å samle tannhelsedata i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

[4] NOU 2024: 18

For å bidra til effektiv bruk av de samlede personellressursene, anbefaler utvalget å innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester.

Et annet mål for utvalgets arbeid har dessuten vært å tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat tannhelsevirksomhet. Et flertall i utvalget anbefaler å innføre lovfestede krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjon for klinikkdrift.

Det fremgår av mandatet at utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget har likevel valgt å vurdere dette særskilt, og er tredelt i dette spørsmålet. Et knapt flertall foreslår at kommunene får ansvar for helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenester, mens staten gjennom de regionale helseforetakene får ansvar for odontologiske spesialisttjenester og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Et mindretall på fire foreslår en samlet overføring av tannhelsetjenesten til staten ved egne regionale tannhelseforetak. Et annet mindretall på to, anbefaler en videreføring av tannhelsetjenesten på fylkeskommunalt nivå.

2.3.2 Oppsummering av høringen

Høringsinstansene uttrykker i hovedsak bred tilslutning til utredningens overordnede ambisjon om en universell tannhelsetjeneste. Det er bred enighet om at befolkningen bør gis rett til nødvendig tannhelsehjelp, og at tannhelse i større grad må likestilles med øvrige helse- og omsorgstjenester. Forslaget om å inkludere tannhelsetjenester i den ordinære egenandelsordningen (frikortordningen) støttes av tilnærmet alle instanser som uttaler seg om temaet. Videre er det bred støtte til forslaget om å innlemme orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten der dette utgjør en integrert del av medisinsk behandling. Instansene er også gjennomgående positive til lovpålagte samarbeidsavtaler, inkludering av tannhelsetjenesten i de etablerte helsefellesskapene, samt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom bedre datainnsamling og opprettelse av nasjonale kvalitetsregistre.

Når det gjelder forvaltningsansvaret for primærtannhelsetjenesten, er bildet mer sammensatt, og utvalgets forslag om den harmoniserte modellen møter betydelig motstand. Forslaget om å overføre ansvaret til kommunene frarådes sterkt av fylkeskommuner, kommuner og store arbeidstaker- og profesjonsorganisasjoner. Disse instansene advarer mot fragmentering av fagmiljøer, økt geografisk ulikhet og manglende kommunal bærekraft til å håndtere en spesialisert tjeneste. Mens kommunesektoren og arbeidstakerorganisasjonene i hovedsak ønsker å beholde tjenesten på regionalt eller fylkeskommunalt nivå, stiller de regionale helseforetakene seg positive til en kommunal og statlig (harmonisert) modell. De regionale helseforetakene begrunner dette med at en slik modell vil harmonisere tannhelsetjenesten med resten av helse- og omsorgssektoren og forenkle samhandlingen.

Et annet område med tydelig uenighet er forslaget om pris- og etableringsregulering for private aktører, inkludert krav om konsesjon. Fylkeskommuner, pasientorganisasjoner og enkelte arbeidstakerorganisasjoner støtter strengere regulering for å sikre nasjonal

kontroll, forutsigbare priser og en jevnere geografisk fordeling av tilbudet. På den andre siden er arbeidsgiverorganisasjoner, private aktører og flere profesjonsforeninger sterkt imot slike reguleringer. De argumenterer for at konsesjonskrav og prisregulering vil hemme innovasjon, ramme små aktører uforholdsmessig hardt og samlet sett redusere det totale pasienttilbudet.

Når det gjelder den trinnvise utvidelsen av det offentlige ansvaret, møter forslaget om å basere utvidelser på alderskohorter bred motstand. Et flertall av instansene som uttaler seg om innfasingsmodellen, mener at utvidelser utelukkende bør baseres på medisinske og sosiale behov. I forlengelsen av dette fremhever mange instanser behovet for å prioritere sårbare grupper, som eldre, personer med rusmiddellidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med funksjonsnedsettelser og personer med sjeldne diagnoser eller spiseforstyrrelser. Det argumenteres for at disse gruppene har et langt større behov for skjerming enn friske unge voksne.

Svært mange instanser, herunder KS og fylkeskommunene, påpeker at utredningens kunnskapsgrunnlag er for svakt til å fatte store strukturelle beslutninger. Det pekes spesielt på manglende data fra privat sektor, som i dag utfører om lag 70 prosent av tannbehandlingen. En annen gjennomgående tilbakemelding er at begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» må defineres tydeligere før man kan ta stilling til de fulle økonomiske og administrative konsekvensene av en reform. Videre uttrykkes det betydelig bekymring for at reformen vil bli uforholdsmessig kostbar, og kommunesektoren understreker at eventuelle nye oppgaver forutsetter fullfinansiering gjennom statlige overføringer. Flere instanser uttrykker også bekymring for mangel på tannhelsepersonell, særlig i distriktene, og advarer mot at en overføring til kommunene vil forsterke konkurransen om fagfolk og skape rekrutteringsutfordringer.

Høringsinstansene løfter også enkelte temaer de mener er utilstrekkelig belyst i utredningen. Flere etterlyser en sterkere prioritering av helsefremmende og forebyggende arbeid, inkludert tverrsektorielle folkehelsetiltak for å utjevne sosial ulikhet tidlig i livet. Det etterlyses også et større fokus på tannhelsesekretærenes og tannteknikernes rolle, utdanningskapasitet og betydning for pasientsikkerhet og smittevern. Videre løftes behovet for økt oppmerksomhet på sammenhengen mellom kjønn, generelle sykdommer og tannhelseutfordringer. Flere råd for personer med funksjonsnedsettelser påpeker i tillegg at manglende universell utforming av tannklinikker utgjør en fysisk barriere for likeverdig tilgang til tjenesten.

2.4 Stortingets vedtak som følge av budsjettavtalen for 2026

Som følge av budsjettavtalen som ble inngått mellom regjeringen og Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Miljøpartiet De Grønne i forbindelse med statsbudsjettet for 2026, jf. Innst. 2 S (2025-2026) og Innst. 11 S (2025-2026), fattet Stortinget 5. desember 2025 følgende anmodningsvedtak nr. 67 (2025-2026):

> «Stortinget ber regjeringen om at første skritt i oppfølgingen av anbefalingene i NOU 2024: 18 er et høringsnotat, i stedet for en stortingsmelding, med forslag til en helhetlig

tannhelsereform høsten 2026, slik at det er mulig med en oppstart i 2027. Målet er at tannhelse skal være en tilgjengelig og sosialt utjevnende del av vår felles helsetjeneste.»

Stortinget har i vedtaket gitt følgende føringer for fremdrift for en tannhelsereform:

«1. I 2026 bevilges det 20 mill. kroner for å ressurssette et arbeid som med utgangspunkt i anbefalingene fra Tannhelseutvalget (NOU 2024:18), data som foreligger fra fylkeskommunene, HELFO og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), skal utarbeide et høringsnotat. Høringsnotatet skal skissere ulike modeller for gjennomføring av en tannhelsereform. Det skal høres minimum tre modeller. Modellene skal foreslå hvordan tannhelsetjenestene kan likestilles med andre helsetjenester. Minst én modell skal stille krav til avtale med det offentlige for at private tannleger og tannpleiere skal kunne utløse refusjoner innenfor et fastsatt takstsystem der tannhelsetjenestene inkluderes i egenandelsordningen. Minst én modell skal ha en frikortordning/egenandelstak. En modell må ta utgangspunkt i dagens utgiftsnivå over statsbudsjettet, inkludert økninger for 2026, slik utredningsinstruksen krever. Det er ønskelig at modellene er skalerbare.

2. Høringsnotatet skal berede grunnen for en lovproposisjon med meldingsdel som fremmes for Stortinget i 2027.

3. Høringsnotatet skal foreslå prioriteringskriterier for tannhelsetjenesten som samsvarer og henger godt sammen med prioriteringskriteriene for den øvrige helsetjenesten; nytte, ressurs og alvorlighet.

4. Høringsnotatet skal i tillegg til nødvendig regelverk, også innebære ulike veier til en opptrapping og styrking av den offentlige tannhelsetjenesten og tannhelsetjenesten i spesialisthelsetjenesten og se på kompetansebehovet i sektoren.

5. Stortinget bevilger følgende økninger i budsjettet for 2026. Økningene skal inngå i det som ligger til grunn i modellen som tar utgangspunkt i dagens utgiftsnivå over statsbudsjettet, når høringsnotatet utformes.

a. Stortinget øker bevilgningen til TOO-ordningen med 25 mill. kroner

b. Stortinget reverserer forslaget om å fjerne takst 14 (varig nedsatt evne til egenomsorg). Bevilgningen til folketrygdens refusjonsordning over kap. 2711, post 72 økes med 35 mill. kroner.

c. Stortinget øker bevilgningene til de regionale odontologiske kompetansesentrene med 20 mill. kroner blant annet for å sikre hensiktsmessig organisering, bedret spesialistkompetanse og økt forskningsaktivitet.

d. Stortinget øker bevilgningen med 315,7 mill. kroner til HELFO for å øke tannhelsesatsene med 10 pst. Hensikten er å redusere egenbetalingen tilsvarende. Stortinget ber regjeringen overvåke prisutviklingen med mål om at økte takster for refusjon ikke motsvares av økt egenbetaling.»

2.5 Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2026

Forhandlingene om revidert nasjonalbudsjett mellom regjeringen og Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet, Rødt og Miljøpartiet De Grønne ble sluttført 7. juni 2026. Følgende verbal nr. 18 ble inntatt som tillegg til budsjettavtalen mellom disse, jf. Innst. 450 S (2025-2026) punkt 1.1:

«Disse medlemmer er enige om å påbegynne innføringen av en helhetlig tannhelsereform. Dette skal skje i tråd med framdriftsplanen beskrevet i vedtak 67 (2025-2026) og tilhørende merknader i Innst. 2 S (2025–2026), hvor det legges fram et forslag til modeller for en helhetlig tannhelsereform i et høringsnotat høsten 2026, slik at det er mulig å starte innføringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2027. En helhetlig tannhelsereform må ramme inn tannhelsetjenesten på en måte som bidrar til sosial utjevning og sikrer mer likeverdig tilgang til nødvendig tannhelsehjelp.

Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratet våren 2026 kom med definisjoner av nødvendig tannhelsehjelp og tannregulering. Dette danner et viktig grunnlag for å legge frem modeller for en helhetlig tannhelsetjeneste i tråd med merknadene til Innst. 2 S (2025–2026). Disse medlemmer er enige om at en helhetlig tannhelsereform bør ta utgangspunkt i disse definisjonene. Reformen krever gradvis innføring og opptrapping og skal henge sammen med øvrig pågående arbeider, slik at prioriteringene sikrer en helhetlig og bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste. Gradvis utvidelse av tjenestene avgjøres i det enkelte budsjettår.»

Stortinget vedtok forslagene i Innst. 450 S (2025-2026) uten endringer.

DEL II TANNHELSETJENESTENE I DAG

3 Dagens organisering, finansiering og bruk av tannhelsetjenester

3.1 Innledning

I dette punktet beskriver departementet organisering, finansiering og bruk av tannhelsetjenester i befolkningen i dag. Hensikten er å gi et bilde av ressursbruk både samlet og knyttet til ulike pasientgrupper, hvem som får tannhelsehjelp i dag samt beskrive ulike tjenesteytere og ulike sider av tannhelsetjenesten.

3.2 Organisering og finansiering tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som i hovedsak yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven), og en privat sektor som tilbyr tjenester til den øvrige befolkningen.

Fylkeskommunene har i tillegg et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for hele befolkningen i fylket.

Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester følger av tannhelsetjenesteloven, lov om folketrygd (folketrygdloven) og forskrifter til disse.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten finansieres gjennom inntektssystemet for fylkeskommunene, basert på prinsippet om økonomisk rammestyring. Pasientene som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven betaler, med enkelte unntak, ingen egenandel.

Voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven – flertallet i befolkningen – må i hovedsak selv dekke utgiftene til behandling i den private tannhelsetjenesten. I enkelte tilfeller yter folketrygden stønad, jf. punkt 3.7.

Samlet ressursbruk i tannhelsetjenesten utgjorde om lag 20,1 mrd. kroner i 2023, ifølge Statistisk sentralbyrås helseregnskap fra april 2026. Av dette utgjorde egenbetaling fra privatpersoner om lag 14 mrd. kroner eller 69 prosent av samlet ressursbruk til tannhelsetjenester.

Det er fri prissetting for tannhelsetjenester som ytes til den delen av befolkningen som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, også for behandling som omfattes av folketrygdens stønad. Tjenesteyterne fastsetter dermed prisene selv, noe som medfører at pasientenes egenbetaling varierer.

3.3 Bruk av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Befolkningens rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen fremgår av tannhelsetjenestelovens § 1-3. Retten omfatter barn og ungdom til og med året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede, brukere i institusjon eller som mottar hjemmesykepleie, unge voksne fra 19 til 28 år, personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar personlig assistanse, avlastningstiltak for pårørende eller legemiddelassistert rehabilitering, innsatte i fengsel og eventuelle andre grupper fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, se punkt 4.1.5.

For grupper med lovfestede rettigheter gis tannhelsehjelpen i hovedsak vederlagsfritt eller til redusert egenbetaling. Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg gi et tilbud til voksne betalende pasienter, men disse har ikke en lovfestet rett til hjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten og betaler selv kostnaden for behandlingen.

Om lag 34 prosent av befolkningen, eller 1,9 millioner personer, hører til prioriterte grupper som har lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven, enten vederlagsfritt eller mot en egenandel på 25 prosent. Barn og unge voksne fra 0 til 28 år utgjør flesteparten av dem som har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen.

I 2025 var 25 prosent av befolkningen eller om lag 1,4 millioner innbyggere under oppfølging av fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Under oppfølging innebærer at de var registrert hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Ikke alle undersøkes eller behandles hvert år. Fylkeskommunene undersøkte og/eller behandlet 978 000 personer i løpet av 2025. Av disse var om lag 90 000 betalende voksne pasienter.

Mange barn og unge har svært god tann- og munnhelse. Andelen som kalles inn årlig til undersøkelse eller behandling, har gått ned i takt med bedringen i tannhelsen. Det har ikke vært en tilsvarende nedgang for andre grupper med rett til nødvendig tannhelsehjelp. Antall utviklingshemmede som har vært undersøkt eller behandlet, har ligget stabilt i samme tiårsperiode. For beboere i sykehjem og for pasienter med hjemmesykepleie, har det vært en svak stigning i antall undersøkte eller behandlede i tiårsperioden. På

landsbasis var andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt eller behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2025:

- 79 prosent for eldre, langtidssyke og uføre i institusjonspleie
- 76 prosent for psykisk utviklingshemmede over 18 år
- 65 prosent for barn og ungdom 3–18 år
- 54 prosent for eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie
- 29 prosent for ungdom 19–20 år
- 23 prosent for unge voksne 21–24 år
- 17 prosent for unge voksne 25–28 år
- 41 prosent for personer med rusmiddelproblemer som mottar bestemte kommunale tjenester.

Personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep, eller som har odontofobi (alvorlig angst for tannbehandling), har i mange år fått et tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud fra fylkeskommunenes TOO-team. Tilbudet ble etablert i 2012, og fulgte opp et romertallsvedtak i Stortinget ved behandlingen av St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*. Tilbudet er finansiert gjennom tilskudd på statsbudsjettets kap. 770. Det ble bevilget 210,9 mill. kroner til ordningen i 2025.

TOO-tilbudet varierer i omfang og grad av utbygging. Det er spesielt ventetid på oppstart til tilbudet. Ingen fylkeskommuner når målene om oppstart innen maksimale ventetider. I 2025 var det rapportert 2 361 personer på venteliste til tilbudet. Antallet pasienter i behandling i tannbehandlerteam i 2025 var 1 423.

Personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ikke del av målgruppen for tilskuddsordningen. Det forutsettes at et lignende tilbud også gis til disse personene.

3.4 Privat tannhelsetjeneste

Privat tannhelsetjeneste står for tannhelsetilbudet til størstedelen av den voksne befolkningen.

Geografisk er de private tannlegene i stor grad konsentrert i byer og tettbygde strøk. Virksomhetene spenner fra solopraksiser og mindre gruppepraksiser til større klinikker og kjedeeide enheter. Det har over tid vært en utvikling mot større enheter og økt innslag av kjedevirksomhet, der eksterne eiere, herunder finansielle aktører, har kjøpt opp praksiser. Kjedene har fått en merkbar markedsposisjon, særlig i sentrale strøk.

Tjenesten er helprivat og uten offentlig finansiering av oppstart eller drift av tjenesten. Inntektene kommer fra pasientbetaling og fra offentlig finansiering gjennom folketrygdstønad til tannbehandling. Det er ingen offentlig prisregulering i privat tannhelsetjeneste. Den enkelte klinikk eller tannlege fastsetter selv sine priser, og prisene varierer mellom praksiser og mellom ulike deler av landet.

For 2023 er egenbetaling fra privatpersoner anslått til om lag 14 mrd. kroner eller 69 prosent av samlet ressursbruk til tannhelsetjenester, ifølge Statistisk sentralbyrås

helseregnskap fra april 2026. Egenbetalingen gjelder hovedsakelig, men ikke utelukkende, tannbehandling i privat sektor.

Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden blir utført i privat tannhelsetjeneste, inkludert tannregulering for barn og unge. Så godt som alle tannleger og tannpleiere i privat sektor utfører noe behandling med stønad fra folketrygden. Stønaden utgjør likevel en begrenset andel av sektorens samlede inntekt. I 2025 utgjorde folketrygdens stønad til tannbehandling totalt om lag 3 mrd. kroner. Stønaden utbetales hovedsakelig, men ikke utelukkende, for tannbehandling i privat sektor.

3.5 Befolkningens bruk av tannhelsetjenester

Kunnskapsgrunnlaget om befolkningens bruk av tannhelsetjenester i dag bygger i hovedsak på befolkningsundersøkelser, KOSTRA-rapportering fra den offentlige tannhelsetjenesten og data fra folketrygdens stønadsordninger (KUHR-databasen).

Det foreligger per i dag ikke individbaserte registerdata fra den private tannhelsetjenesten. Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble endret høsten 2022 slik at også private tannhelsetjenester skal kunne pålegges plikt til å melde opplysninger til registeret. Den offentlige tannhelsetjenesten har rapportert data til KPR fra 1. januar 2026. Folkehelseinstituttet har lagt til rette for rapportering også fra den private tannhelsetjenesten. Målet er at det i løpet av 2026 vil foreligge KPR-data fra hele tannhelsetjenesten, noe som vil styrke kunnskapsgrunnlaget om befolkningens tannhelse og bruk av tannhelsetjenester.

I den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025[5] oppga 46,7 prosent av voksne (18 år og eldre) at de hadde hatt behov for tannlege eller tannpleier de siste 12 månedene og hadde søkt hjelp. Undersøkelsens resultater viser at det er forskjeller i hvem som har søkt tannhelsehjelp. Det tydeligste mønsteret er en klar aldersgradient, og det er også forskjeller etter opplevd husholdningsøkonomi.

Andelen som hadde søkt tannhelsehjelp, var:

- 60,9 prosent blant personer 60 år og eldre, 46,8 prosent blant personer i alderen 45-59 år, 36,7 prosent blant personer i alderen 30-44 år og 34,8 prosent blant personer i alderen 18-29 år
- 47,9 prosent blant personer som opplever økonomien som lett, mot 43,1 prosent blant personer som opplever den som vanskelig.

En befolkningsundersøkelse gjennomført for Tannhelseutvalget av Vista Analyse i 2023[6] viser at 74 prosent av voksne mellom 20 og 70 år hadde vært hos tannlegen de siste 12 månedene, og 86 prosent i løpet av de siste to årene. De fleste tannlegebesøk skyldes innkalling til tannhelsekontroll, og konsultasjonene består i dag i større grad av kun

[5] Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025

[6] Rapport 2023/50 Vista Analyse: Befolkningens tannhelseutgifter og forbruksmønster

tannhelsekontroll sammenliknet med for ti år siden. For de fleste typer behandling er det en reduksjon i omfanget gjennom de siste ti årene, selv om befolkningen går om lag like ofte til tannlegen som tidligere.

3.6 Befolkningens utgifter til tannhelsetjenester

Det finnes ikke nøyaktige anslag på hvor høye utgiftene til tannhelse per person er i Norge.

Ifølge Tannhelseutvalgets gjennomgang av undersøkelser om voksenbefolkningens tannhelseutgifter, har de fleste relativt lave utgifter. Flertallet betaler under 2 000 kroner per år, og om lag to tredjedeler har utgifter under 3 000 kroner over en toårsperiode. Samtidig har anslagsvis 6 til 7 prosent utgifter som overstiger 10 000 kroner i løpet av ett til to år. De årlige gjennomsnittsutgiftene ligger på i underkant av 3 500 kroner, mens medianutgiften er på i overkant av 1 700 kroner. Utvalget peker videre på at eldre personer i gjennomsnitt har høyere utgifter til tannhelsetjenester enn yngre.[7]

I rapporten fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2026 *Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetenester*[8] vises det til Helseregnskapet som viser tannhelseutgifter totalt per innbygger i privat og offentlig sektor og en økning fra 3 047 kroner i 2015 til 3 624 kroner i 2023.

Tannhelseutgifter i privat sektor per innbygger som ikke har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten var i 2023 3 568 kroner, opp fra 2 995 kroner i 2015. Tallene gir en pekepinn på at gjennomsnittlige utgifter har økt i perioden.

3.7 Bruk av folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling

Folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a med forskrift definerer i alt 15 ulike diagnoser og tilstander (stønadspunkt) som gir rett til stønad til tannbehandling. Folketrygdens stønad til tannbehandling er kun en finansieringsordning, det følger ikke av ordningen at noen har ansvar for å tilby de tannhelsetjenestene som finansieres gjennom stønaden. Regelverket er nærmere beskrevet i punkt 4.2.

I 2025 mottok 15,6 prosent av den voksne befolkningen stønad fra folketrygden til tannbehandling. Andelen som årlig mottar stønad til tannbehandling, har økt jevnt gjennom mange år, og var til sammenlikning 12,1 prosent i 2016. Stønaden mottas i all hovedsak av den voksne delen av befolkningen. Unntaket er ved kjeveortopedi (tannregulering), som i hovedsak gis til behandling av barn og unge.

Folketrygdens stønad til tannbehandling gir kun en delvis dekning av utgifter til tannbehandling og utgjør for de fleste pasientene ikke store summer, men variasjonen er

[7] NOU 2024: 18

[8] SSB 2026 Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetjenester

stor og avhenger av behandlingsomfanget. I 2022 ble det for 94 prosent av pasientene utbetalt under 5 000 kroner i stønad. Gjennomsnittlig stønad var 3 241 kroner, median stønad var 1 575 kroner.

Totalt ble det i 2025 ble det utbetalt 3,1 mrd. kroner i stønad til tannbehandling over folketrygden. Dette er mer enn en dobling fra 2012 hvor utbetalingen var om lag 1,4 mrd. kroner. Deler av utgiftsveksten er resultat av vedtatte styrkinger og endringer, som for eksempel innføringen av refusjon for tannpleiere fra 2013 og høyning fra refusjonstakst til honorartakst for flere stønadspunkter. Utbetalingene knyttet til kjeveortopedi (tannregulering, stønadspunkt 8 *Bittanomalier*) har ligget relativt stabilt på om lag 0,5-0,6 milliarder kroner årlig gjennom hele perioden 2012–2025 (løpende priser). Veksten i stønadsbruken har følgelig vært knyttet til de resterende stønadspunktene, hvor utbetalingene økte fra 0,9 mrd. kroner i 2012 til 2,6 mrd. kroner i 2025 (løpende priser). Veksten for de øvrige stønadspunktene har vært særlig stor etter 2020.[9]

Stønadspunkt 6a (*behandling av marginal periodontitt og periimplantitt*) er det stønadspunktet det utbetales mest til, om lag 715 mill. kroner i 2025. Inkluderes de alvorligste tilfellene der pasienten har mistet tenner som følge av periodontitt og må få utført tannrehabilitering (stønadspunkt 6b *Rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt*), utgjorde stønadspunkt 6 (*periodontitt*) alene om lag 32 prosent av utbetalt stønad til tannbehandling i 2025. Tannregulering (stønadspunkt 8 *Bittanomalier*) utgjorde på sin side om lag 19 prosent.

SSB har undersøkt sosioøkonomiske og regionale forhold knyttet til den voksne befolkningens bruk av tannhelsetjenester.[10] Undersøkelsen viser blant annet at både andelen som mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling og gjennomsnittlig stønadsbeløp øker fra 30- til 70-årsalderen, for deretter å falle blant personer over 80 år. SSB antar at dette å skyldes variasjon i behandlingsbehov mellom aldersgruppene. Videre finner SSB at kvinner i høyere grad enn menn motta stønad til tannbehandling, men at menn i gjennomsnitt mottar høyere stønadsbeløp per person enn kvinner.

Når det gjelder sosioøkonomiske kjennetegn, finner SSB at sosioøkonomisk status påvirker mottak av tannhelsestønad ulikt etter alder. For aldersgruppene til og med 60-årene er mottak av tannhelsestønad generelt høyest blant personer med lav sosioøkonomisk status. Dette gjelder særlig for personer med utdanning på grunnskolenivå og personer som mottar andre trygdeytelser. Inntektsfordelingen avviker imidlertid noe fra dette mønsteret, da andelen mottakere av stønad er høyest i gruppen med nest lavest inntekt, og ikke blant dem med aller lavest inntekt. Blant personer på 70 år og eldre er bildet motsatt. I denne aldersgruppen er det personer med høy sosioøkonomisk status, definert ved høyere utdanning, høyere inntekt og fravær av andre trygdeytelser, som i størst grad mottar tannhelsestønad fra folketrygden.

[9] SSB 2026 Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetjenester

[10] Tannhelserefusjoner fra folketrygden. Utgifter og mottakere i perioden 2011-2021

SSBs undersøkelser viser at førstegenerasjonsinnvandrere i mindre grad mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling enn befolkningen for øvrig, herunder stønad knyttet til alvorlige helsetilstander. Bruksmønsteret varierer med botid, landbakgrunn og kjønn, og forskjellene er særlig markante blant menn. Det at bruken av stønad er lavere kan delvis ha sammenheng med generelt lavere registrert sykelighet og kortere botid, men det er usikkerhet knyttet til gruppens reelle behandlingsbehov. Blant personer i 20-30-årsalderen er imidlertid andelen mottakere av stønad noe høyere blant personer med innvandrerbakgrunn enn blant jevnaldrende i den øvrige befolkningen.

Når det gjelder geografiske variasjoner finner SSB at andelen mottakere av stønad til tannbehandling er større blant personer som bor i sentrale strøk med høy tannlegedekning, enn blant innbyggere i mindre sentrale strøk med lav tannlegedekning. Dette kan tyde på at tannlegedekningen har betydning for variasjon i mottak av stønad.

3.8 Udekket behov for tannhelsehjelp

Mange går regelmessig til tannlegen, men et mindretall av befolkningen oppgir at de har et udekket behov for tannhelsetjenester. SSB har på oppdrag fra departementet sammenstilt nyere kunnskap om tannhelse og udekket behov i en rapport publisert i 2026 *Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetenester.*[11] Tallene fra Levekårsundersøkelsen viser at andelen 16 år og eldre som oppgir å ikke ha råd til å gå til tannlegen i løpet av de siste 12 månedene har økt i perioden 2011 til 2025, fra 4,3 til 7,7 prosent av de spurte. I tillegg oppgir 18 prosent at de opplever utgifter til tannlege som tyngende i 2025. Tallene viser også at andelen som oppgir å ikke ha råd til å gå til tannlege er størst i grupper med lav sosioøkonomisk status, som de med lav inntekt, lav utdanning og arbeidsuføre.

Det er flest i aldersgruppen 25-44 år som rapporterer at de ikke har råd til å gå til tannlege og oppgangen har vært særlig stor i denne gruppen, fra 5,3 prosent i 2021 til 11 prosent i 2025. Økningen har også vært stor i gruppen 45-66 år, som har den nest høyeste andelen som rapporterer at de ikke har råd til å gå til tannlege, fra 3,9 prosent til 9,1 prosent.

De arbeidsuføre peker seg ut som gruppe. I 2025 oppgir 21,2 prosent av arbeidsuføre å ikke ha råd til å gå til tannlege. Til sammenligning svarer bare 2,2 prosent av alderspensjonistene det samme. Tilsvarende er tallet 7,4 prosent blant yrkesaktive.

EU-SILC- undersøkelsen (Eurostat 2026) viser at sammenlignet med de andre nordiske landene, har Norge den nest høyeste andelen som oppgir å ikke ha gått til tannlege på tross av behov i 2025, 11,8 prosent. Danmark har den høyeste andelen, 14,2 prosent og Sverige den laveste på 4,1 prosent. Finland ligger på 8,5 prosent. Den vanligste grunnen til å ikke ha oppsøkt tannlege på tross av behov er økonomiske årsaker i både Norge, Danmark og Sverige. I Finland er venteliste den klart største årsaken til at man ikke har oppsøkt tannlege til tross for behov.

[11] SSB 2026 Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetjenester

Andelen innvandrere som opplever å ikke ha råd til å gå til tannlege er større enn i resten av befolkningen fra 2012 til 2025. 10,2 prosent blant innvandrere oppgir å ikke råd til å gå til tannlege, mens tilsvarende tall er 7,2 prosent i resten av befolkningen.

Studier tyder på at det er vanligere blant innvandrere å ha dårlig tannhelse sammenliknet med øvrig befolkning. I FHIs Folkehelserapport[12] beskrives det at i folkehelseundersøkelsen i Oslo oppga et knapt flertall av innvandrere fra land i Afrika, Asia og europeiske land utenfor EU at de hadde dårlig eller svært dårlig tannhelse, mens kun en fjerdedel i øvrig befolkning oppgav det samme. Mindre studier som har undersøkt tannhelse og kunnskap om tannhelse peker i retning av at dårlig tannhelse er mer utbredt blant innvandrere. Studiene antyder at årsaken både kan ligge i mindre kunnskap, dårligere tilgang til tjenester før ankomst til Norge og språklige og økonomiske hindringer som blir barrierer til tjenester i Norge.

Andelen som rapporterer god tannhelse, er lavere blant innvandrere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre. Unntaket er innvandrere fra Norden, som ligger på omtrent samme nivå. Disse forskjellene gjelder både menn og kvinner og vedvarer uavhengig av alder og utdanningsnivå. Andelen med god tannhelse er særlig lavere blant innvandrere fra land utenfor Vest-Europa og EU-Øst-Europa.

Særlig lave andeler finnes blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, Sør-Asia og Øst /Sørøst-Asia, samt blant alle undersøkte land som er preget av migrasjon. Internasjonal forskning viser at flyktninger ofte har store problemer med tannsykdom og begrenset tilgang til tannlegetjenester.

Det er dokumentert at flyktninger som kommer til Norge har dårligere selvvurdert tannhelse enn den øvrige befolkningen.[13] Dårligere tannhelse betyr et mer omfattende behandlingsbehov og sannsynligvis også økt behov for akutt tannhelsehjelp.

Folkehelseinstituttet framhever at tannhelsetjenester er det området der økonomiske forskjeller i udekket behov er mest markerte, og der forskjeller mellom fødelandsgrupper også kommer tydeligst til syne.

3.9 Personell og kapasitet

Norge har om lag 4 550 allmenntannleger og 610 tannlegespesialister, til sammen om lag 5 160 tannleger (2025). I tillegg kommer om lag 1 170 tannpleiere, 270 tannteknikere og annet personell. Utviklingen i antall tannleger har fulgt befolkningsveksten i Norge de siste årene, slik at tannlegedekningen nasjonalt har vært stabil.

Antall avtalte tannlegeårsverk (fylkeskommunal og privat) uten spesialitet har for landet ligget på 8,0 per 10 000 innbyggere i hele perioden 2016-2024. I 2025 var antallet økt til

[12] Helse og helsetjenestebruk blant personer med innvandrerbakgrunn - FHI

[13] Helsetjenestebehov blant flyktninger fra Ukraina som kom til Norge i 2022 - FHI

8,1 årsverk per 10 000 innbygger. Det er noe variasjon mellom fylkene i antall tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere.

Tabell 3.1 Antall avtalte årsverk i tannhelsetjenesten per 10 000 innbygger, etter region, sektor og utdanning, 2025.

Fylkes-kommune	Offentlig sektor				Privat sektor			
	I alt	Tannlege uten spesialitet	Tannlege med spesialitet	Tannpleier	I alt	Tannlege uten spesialitet	Tannlege med spesialitet	Tannpleier
Østfold	6,1	1,9	0,3	1,0	16,3	5,5	0,7	0,6
Akershus	4,6	1,7	0,0	0,9	13,2	5,3	0,9	0,8
Oslo	3,1	1,1	0,0	0,7	23,1	8,2	1,7	1,2
Innlandet	7,3	2,7	0,0	1,2	14,6	4,8	0,6	1,0
Buskerud	6,4	2,3	0,0	1,2	15,9	5,6	0,9	0,8
Vestfold	6,0	2,2	0,0	1,1	18,5	6,3	0,8	0,8
Telemark	8,2	3,0	0,1	1,0	14,3	6,4	0,6	0,5
Agder	6,5	2,4	0,1	1,0	17,1	5,2	0,7	0,6
Rogaland	7,8	2,5	0,3	1,2	15,7	5,1	1,1	0,6
Vestland	7,7	2,7	0,2	1,5	16,2	5,2	1,2	1,3
Møre og Romsdal	7,3	2,8	0,2	1,1	15,3	5,9	0,8	0,5
Trøndelag	8,5	2,7	0,2	1,3	14,2	4,6	0,6	0,7
Nordland	11,2	3,8	0,2	1,6	15,4	5,0	0,5	0,8
Troms	18,7	6,1	1,0	3,0	15,8	4,5	0,6	1,6
Finnmark	18,8	5,5	0,3	3,1	8,4	3,1	0,4	1,1

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 14529 fra Tannhelsetenesta.

Tannlegespesialistene er i større grad geografisk konsentrert til de store byene enn det allmenntannlegene er, noe som medfører at en del innbyggere i Norge har betydelig reisevei til tannlegespesialist.

En fjerdedel av landets tannleger arbeider i offentlig sektor. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i noen fylker utfordringer med å skaffe personell med nødvendig kompetanse. Det gjelder særlig rekruttering av tannpleiere og tannleger, men også av tannhelsesekretærer, særlig i de nordligste og vestlige delene av landet. Utfordringene

synes i stor grad å være relatert til distriktutfordringer, og det er vanskelig å rekruttere personell til små tannklinikker.

Antall årsverk og sysselsatte tannpleiere i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har økt med henholdsvis 3,8 og 4,5 prosent fra 2024 og økt med 15 prosent sammenlignet med 2021. Antall ledige stillinger for tannpleiere per 31. desember 2025 var 35, med små regionale variasjoner.

Antall årsverk og sysselsatte tannleger uten spesialitet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har økt jevnt siden 2021. Per 31. desember 2025 var det ifølge SSB 70,1 ledige tannlegestillinger, hvorav 18,5 ledige stillinger i Vestland og 6,3 i Møre og Romsdal.

Antall årsverk tannlegespesialister i fylkeskommunal tannhelsetjeneste og privat tannhelsenæring, har økt med drøyt 7 prosent siden 2021. Det var 44 flere årsverk i 2025 enn i 2024, en økning på drøyt 4 prosent og antallet sysselsatte tannlegespesialister har økt med 6 prosent siden 2021. Særlig skiller fylkene Troms og Finnmark, Vestland, Trøndelag, Rogaland og Viken seg ut positivt her, noe som har en sammenheng med at de regionale odontologiske kompetansesentrene ligger i de respektive fylkene.

Flere fylkeskommuner har tilsatt spesialister i pedodonti finansiert med tilskudd, for å ivareta barn og unges behov for spesialisert tannhelsehjelp. Antallet sysselsatte spesialister i pedodonti har økt fra 21 i 2021 til 33 i 2025, en økning på drøyt 36 prosent. Per 31. desember 2025 var det 7,4 ledige stillinger for tannlegespesialister, hvorav 3,4 i Vestland.

Tabell 3.2 Antall avtalte årsverk i offentlig tannhelsetjeneste, etter personellgruppe, 2023.

Tannhelsesekretær	Tannpleiere	Tannteknikere	Tannlegespesialist	Tannleger uten spesialitet
1 592	641	.	91	1 337

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 11774 fra Tannhelsetenesta.

Den private tannhelsetjenesten utgjør en stor del av den samlede tannhelsetjenesten i Norge. I 2023 var det registrert i overkant av 3 600 tannlegeårsverk (inkludert tannlegespesialister) i privat tannhelsetjeneste, noe som utgjør flertallet av landets tannleger. I tillegg arbeider et antall tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannteknikere i privat tannhelsetjeneste.

Tabell 3.3 Antall avtalte årsverk i privat tannhelsetjeneste, etter personellgruppe, 2023.

Tannhelsesekretær	Tannpleiere	Tannteknikere	Tannlegespesialist	Tannleger uten spesialitet
3 374	499	375	490	3 144

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 11774 fra Tannhelsetenesta.

3.10 Akutt tannhelsehjelp

Med akutt tannbehandling forstås tannbehandling som ikke kan utsettes og der rask odontologisk hjelp kan være avgjørende for liv og helse. Dette kan eksempelvis være på grunn av sterke smerter, traumer (tann- og kjeveskader) eller akutte infeksjoner som tilsier at pasienten må få tilbud om rask konsultasjon og behandling. Slike tilstander krever adekvat medisinsk eller odontologisk hjelp uten unødig tap av tid. Akuttbehandlingen har som overordnet mål at pasientens generelle tilstand ikke blir ytterligere forverret med risiko for sykehusinnleggelse eller andre medisinske problemer, og å minimere behovet for snarlig oppfølging.

Fylkeskommunen har plikt til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for alle som oppholder seg i fylket. Dette gjelder også ved behov for akutt hjelp. Fylkeskommunene har derimot ikke en lovpålagt plikt til å organisere et tilbud om akutt tannhelsehjelp i form av tannlegevakt. Akuttmedisinforskriften omhandler ikke organisering av tannlegevakt, og det inngår derfor ikke i den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus, jf. § 2.

Dersom det oppstår større skader i ansikt/munnhule, vil pasienten bli ivaretatt på sykehus av legespesialister i maxillofacial kirurgi eller øre-nese-halssykdommer og tannlegespesialister i oral kirurgi og oral medisin.

Dersom det oppstår tannskader alene, må dette håndteres av tannhelsetjenesten.

Helsedirektoratet utførte i 2023 en enkel kartlegging av tannlegevakttilbudet, basert på informasjon på nettsidene til alle fylkeskommunene.

Flertallet av fylkeskommunene har etablert ordninger for innbyggerne som har behov for akutt tannhelsehjelp i helger, ferier og utenom ordinær arbeidstid i ukedagene. Tre fylkeskommuner har ikke tannlegevakt i egen regi og henviser til å kontakte legevakt eller privat tannlege.

Kartleggingen viser at:

- Det er geografisk variasjon og ulik tilgang til akutt tannhelsehjelp i Norge.
- Bare Oslo og Bergen har organisert tannlegevakt utenom ordinær arbeidstid på hverdager.
- Tilbudet baserer seg både på offentlig og privat tannlegevakt, og på kommunal eller interkommunal legevakt.
- I helger og på helligdager er det som hovedregel tannlegevakt noen timer. Utenom dette rådes det til å kontakte tannlege (offentlig eller privat) på privat telefon eller legevakt.

Det finnes ikke tilgjengelig nasjonal statistikk som direkte viser kontaktårsak eller symptom ved ankomst til akuttmottak, herunder henvendelser om tannsmerter eller andre tannproblemer. Akutte tannproblemer håndteres i hovedsak i tannhelsetjenesten, og bare et begrenset utvalg tilfeller vil normalt behandles i sykehusenes akuttmottak.

3.11 Tannhelseforsikring

Det finnes noen aktører som tilbyr tannhelseforsikring i det norske markedet, for eksempel Norsk tannhelseforsikring, Din Tannforsikring og Tannhelseforsikring fra Bank Norwegian. Det finnes ikke tall på hvor mange som har tegnet slik forsikring, men det er grunn til å tro at det er et begrenset antall. Tilbud om tannhelseforsikring kom på markedet i 2016. I 2024 opplyste Norsk Tannhelseforsikring om at de hadde under 100 000 kunder i Norge og Sverige samlet. Flere aktører, for eksempel If forsikring, har valgt å avvikle sitt tilbud om tannhelseforsikring, og flere arbeidstakerorganisasjoner som tidligere hadde tilbud om tannhelseforsikring har avsluttet tilbudet (for eksempel LO favør).

Tannhelseforsikringene er ulikt innrettet. Felles er at de krever at den forsikrede gjennomfører regelmessige undersøkelser (som noen ganger dekkes av forsikringen), og at de dekker enkelte typer behandling opp til en fastsatt sum årlig. Forsikringene har strenge vilkår og dekker ikke tidligere skader eller oppsamlet behandlingsbehov. Det er også restriksjoner på type behandling som dekkes. Tallene står i kontrast til antallet som har helseforsikring. Her er det mange flere tilbydere av forsikring og ved utgangen av 2024 hadde 840 000 nordmenn behandlingsforsikring ifølge Finans Norge. 740 000 av disse var dekket gjennom arbeidsgiver.

4 Gjeldende rett – sentrale deler av regelverket

4.1 Regulering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

4.1.1 Innledning

I dette punktet beskrives hovedinnholdet i de mest sentrale bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven som regulerer ansvar, rettigheter og pasientbetaling.

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven består av to «lag»; ett lag med ansvar overfor hele befolkningen og ett lag med ansvar overfor visse grupper i befolkningen.

Befolkningsansvaret består i å:

- Sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket (tilgjengelighetsansvaret)
- Fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for å organisere helsefremmende og forebyggende tiltak (folkehelseansvaret).

Gruppeansvaret består i å:

- Sørge for nødvendig tannhelsehjelp ved å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de utvalgte (prioriterte) gruppene. Det er bare disse gruppene, som er nærmere

definert i tannhelsetjenesteloven, som har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen; kostnadsfritt eller med redusert egenbetaling.

Tilgjengelighetsansvaret omtales i punkt 4.1.2 og består i å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Folkehelseansvaret består i å sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak overfor hele befolkningen, jf. punkt 4.5.

Gruppeansvaret har et klart folkehelseelement ved at det består i å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper i befolkningen som er nærmere definert i tannhelsetjenesteloven, jf. punkt 4.1.5. Det er bare gruppene som er listet opp i loven som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen, jf. punkt 4.1.6.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de samme persongruppene. Departementet gjør derfor oppmerksom på at fylkeskommunens plikter overfor bestemte persongrupper som beskrives i dette høringsnotatet, tidvis omtales som disse persongruppenes rettigheter, uten at det innebærer noen reell meningsforskjell.

4.1.2 Fylkeskommunens ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen (befolkningsansvaret)

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Formuleringen «alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket» innebærer at det fylket som vedkommende til enhver tid oppholder seg i er ansvarlig for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige også for personer som midlertidig befinner seg i fylket, selv om de er bosatt i et annet fylke. Det er sikker rett at tannhelsetjenesteloven legger oppholdsprinsippet til grunn, jf. departementets uttalelser i Prop. 71 L (2016-2017) *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* punkt 10.8.2.1. Begrepet «alle» i § 1-1 må forstås slik at fylkeskommunen skal sørge for at så vel allmenntannhelsetjenester som spesialisttannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige ikke bare for bestemte persongrupper med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, men også for den øvrige befolkningen som ikke har slike rettigheter.

Fylkeskommunens ansvar er altså begrenset til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Begrepet «tilgjengelig» er ikke konkretisert i tannhelsetjenesteloven. I Prop. 71 L (2016-2017) er dette nærmere omtalt i punkt 10.8.5.1:

> «Tilgjengeligheten kan i praksis måles på grunnlag av ulike faktorer. Dette kan for eksempel være tilgangen på tilstrekkelig kvalifisert personell, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til behov og etterspørsel hos befolkningen, reiseavstand til nærmeste tannhelsetilbud, tilbudet av offentlig transport, åpningstider, ventetid på

behandling og geografisk plassering av tannklinikker. Avgjørende for tilgjengeligheten vil i praksis ofte være at klinikkene er stabilt bemannet med kvalifisert personell. Det er opp til fylkeskommunen selv å vurdere hva som er et tilgjengelig tannhelsetilbud ut fra nevnte faktorer, og hvordan dette ansvaret kan oppfylles. Fylkeskommunen må skaffe seg oversikt over det samlede tilbudet av private og offentlige tannhelsetjenester i fylket og på det grunnlag vurdere hvorvidt tannhelsetilbudet er forsvarlig sett i forhold til hele befolkningen.»

Lovens tidlige forarbeider bidrar heller ikke til å kaste lys over hva som ligger i formuleringen om at tannhelsetjenester «i rimelig grad» skal være tilgjengelige. Det er derfor uklart hva som ligger i denne formuleringen. Dette forbeholdet har først og fremst historiske årsaker og er knyttet til at det på landsbasis var et mangelfullt utbygd offentlig tannhelsetilbud da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983. I flere fylker eksisterte det på dette tidspunktet bare kommunal skoletannpleie og ikke en folketannrøkt som også ga tilbud til den voksne delen av befolkningen, slik målet hadde vært med lov om folketannrøkt av 1949. Det ville derfor bli for stort ansvar å pålegge samtlige fylkeskommuner et ubetinget tilgjengelighetsansvar allerede første dag fra lovens ikrafttredelse. Sosialdepartementet forutsatte i Ot.prp. nr. 49 (1982-83) i stedet en gradvis iverksetting av tannhelsetilbudet til befolkningen som fulgte av lovforslaget.

Departementet legger til grunn at formuleringen «i rimelig grad» angir et visst minstenivå på tilgang på tannhelsetjenester som ligger lavere enn det som kan karakteriseres som optimal tilgjengelighet, men som ikke kan være lavere enn det som følger av det generelle helserettslige kravet til forsvarlige tjenester, jf. Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.8.2.1.

Bestemmelsen i § 1-1 er utformet som en rettslig standard. Det betyr at innholdet i bestemmelsen kan endres med endrede forutsetninger og forventninger ut fra den odontologifaglige utviklingen, utviklingen i tannhelse- og sykdomsbildet i befolkningen, endrede verdioppfatninger, den generelle samfunnsutviklingen mv.

I forslaget til tannhelsetjenestelov, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982-83) *Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)*, var det dessuten lagt inn et ytterligere forbehold i lovteksten om at fylkeskommunen kun skulle «legge forholdene til rette» for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for befolkningen. Ved Stortingets behandling av lovforslaget, jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83), la imidlertid flertallet i sosialkomitéen vekt på å sikre at en fikk en nasjonalt likeverdig tannhelsetjeneste. Flertallet i komitéen ønsket derfor å skjerpe fylkeskommunens ansvar ved å erstatte den foreslåtte formuleringen med uttrykket «sørge for».

Formuleringen «sørge for» pålegger dermed fylkeskommunen et ansvar for at tannhelsetjenester gjøres tilgjengelig for befolkningen i fylket. Sørge-for-ansvaret innebærer ikke at tjenestene må ytes av fylkeskommunens egne ansatte. Fylkeskommunen kan inngå avtale med private tjenesteytere for å oppfylle sitt ansvar. Det er likevel slik at det er fylkeskommunen som har det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud, enten fylkeskommunen yter tjenesten selv eller tjenestene ytes av andre. Plikten til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen i fylket må ses i lys av at fylkeskommunen har et ansvar for å samordne den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-4.

4.1.3 Avtaler med private om å yte tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd er fylkeskommunen pålagt ansvar for å sørge for at bestemte pasientgrupper mottar et regelmessig og oppsøkende tilbud. Se punkt 4.1.5. Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd at dette ansvaret kan ivaretas ved at fylkeskommunen selv yter tjenestene eller henviser pasienten til privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven § 4-1. Ifølge § 4-1 må privatpraktiserende tannlege ha skriftlig avtale med fylkeskommunen der vedkommende vil ha sitt kontor eller hovedvirke dersom pasientenes utgifter til tannpleie helt eller delvis skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen. Avtaler som nevnt i § 4-1 kan ikke overdras til andre.

Departementet la i Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.11.1.4 til grunn at loven slik den er formulert, i praksis er til hinder for at fylkeskommunen kan oppfylle sitt ansvar for å sørge for tilbud til bestemte persongrupper ved å inngå avtale med andre yrkesgrupper i stedet for eller i tillegg til private tannleger, som for eksempel private tannpleiere.

Lovens ordlyd da den ble vedtatt i 1983, preges av at privat tannhelsevirksomhet på dette tidspunktet kun bestod av privatpraktiserende enkelttannleger. Departementet finner imidlertid ikke støtte i forarbeidene for at det den gang var meningen å utelukke private virksomheter bestående av samarbeidende tannleger eller virksomheter som ansetter tannleger, fra å kunne inngå avtale med fylkeskommunen. Det følger også av EØS-avtalen at virksomheter som tilbyr samme tjenester skal likebehandles, med mindre det kan begrunnes at forskjellsbehandling er et egnet, nødvendig og forholdsmessig tiltak for å ivareta befolkningens liv og helse eller andre legitime formål. I dag tilbys tannhelsetjenester i det private markedet både av privatpraktiserende tannleger og virksomheter som inngår avtaler med tannleger. Departementet forstår derfor tannhelsetjenesteloven slik at den ikke er til hinder for at fylkeskommunen i dag kan inngå avtale med private virksomheter som yter tannhelsetjenester i Norge, uavhengig av hvilken juridisk form som er valgt for organiseringen av virksomheten.

Fylkeskommunens avtaler med private tjenesteytere om å yte tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen må innrettes i tråd med den generelle lovgivningen for det offentliges samarbeid med private og finansiering av disse. Det innebærer at samarbeidet enten må innrettes slik at reglene for offentlige anskaffelser, tjenestekonsesjonskontrakter og offentlig støtte overholdes, eller slik at disse reglene ikke får anvendelse. Se omtale av de aktuelle reglene i punkt 4.7.1 og 4.7.2.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd at dersom fylkeskommunen ønsker å inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper som nevnt i § 1-3 første ledd bokstav a til g, skal den kunngjøre at interesserte kan melde seg. Videre skal avtale inngås med den som er faglig best skikket. Kravet om avtaleinngåelse med den som er faglig best skikket bygger på det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet ved utlysning av offentlige stillinger, og innebærer at den best kvalifiserte søkeren som hovedregel skal få stillingen. Prinsippet er tilpasset tilfeller hvor vederlaget for tjenesten ligger fast og det kun konkurreres på kvalitet. Parallellen til utlysning av stillinger var

naturlig ved lovens vedtakelse i 1983, i en tid hvor det ikke gjaldt generelle krav til det offentliges kjøp av tjenester, men passer ikke like godt nå som anskaffelsesloven med forskrifter stiller krav til prosessen for kjøp av tjenester og kriteriene for utvelgelse, se punkt 4.7.1. I lys av rettsutviklingen, forstår departementet loven § 4-2 slik at fylkeskommunen skal inngå avtale med den som er faglig best skikket når tilbyderne ikke konkurrerer på pris (prisen ligger fast) og fylkeskommunen gjør et valg blant flere tilbydere basert på kvalitetskriterier. Loven er derfor ikke til hinder for at fylkeskommunen kan velge å inngå avtale med den som tilbyr det beste forholdet mellom pris og kvalitet. Fylkeskommunen vil også kunne velge å inngå avtale med alle som oppfyller objektive minimumsvilkår til kvalitet mv. i en ordning hvor den enkelte pasient velger blant alle tilbydere med avtale.

Departementet kan etter § 4-2 andre ledd gi nærmere forskrifter om privat virksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten, om kunngjøring av ledig avtale, om fremgangsmåte ved valg blant søkere og om avtalevilkår. Forskriftshjemmelen gjelder bare virksomheten til private tannleger som har avtale med fylkeskommunen. Det er ikke gitt forskrifter med hjemmel i denne bestemmelsen.

4.1.4 Særlig om fylkeskommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige odontologiske spesialisttjenester

Som nevnt under punkt 4.1.1, følger det av tannhelsetjenesteloven § 1-1 at fylkeskommunen også har ansvar for å sørge for at odontologiske spesialisttjenester i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Odontologiske spesialisttjenester var ikke omfattet av forslaget til tannhelsetjenestelov i Ot.prp. nr. 49 (1982–83). I forbindelse med Stortingets behandling av lovforslaget, la flertallet i sosialkomitéen til grunn at fylkeskommunen også måtte pålegges ansvar for å sørge for nødvendig geografisk spredning av odontologiske spesialisttjenester for å sikre befolkningens behov for slike tjenester, jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83). Flertallet i komitéen føyde derfor til formuleringen «herunder spesialisttjenester» i lovteksten som ble vedtatt.

Begrepet «spesialisttjenester» er ikke nærmere definert i tannhelsetjenesteloven eller lovens tidlige forarbeider. Loven opererer heller ikke med et skille mellom allmenntannhelsetjenester eller odontologiske spesialisttjenester, hverken innholdsmessig, lovmessig, organisatorisk eller finansielt.

I Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.9.5.4 har departementet gitt en nærmere omtale av begrepet spesialisttjenester i forbindelse med fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester. Med begrepet «spesialisttjenester» menes i denne sammenheng utredning, diagnostikk, behandlingsplanlegging, behandling og nødvendig oppfølging som forutsetter kompetanse på spesialistnivå og som utføres av tannlege med spesialistgodkjenning. Personer som henvises til spesialister har ulike sykdommer eller tilstander hvor utredning og behandling krever spesialistkompetanse. Hovedtyngden av pasienter som blir henvist til spesialister, blir henvist av allmenntannleger. Odontologiske

spesialisttjenester kan utføres av tannlegespesialister ved de fylkeskommunale tannklinikkene eller av spesialister ved de regionale odontologiske kompetansesentrene.

Størstedelen av odontologiske spesialisttjenester utføres likevel av tannlegespesialister i privat tannhelsetjeneste. Det er også ansatt noen spesialisttannleger (oralkirurger mv.) ved helseforetakene. Odontologiske spesialisttjenester kan inngå som en del av behandlingen i sykehus, for eksempel som ledd i forberedelser til større kirurgiske inngrep. I tillegg tilbys spesialisttjenester ved de odontologiske lærestedene som del av spesialistutdanningen av tannleger. Slike tjenester faller utenfor fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven. Se nærmere om dette under punkt 4.3.

4.1.5 Fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester til bestemte persongrupper (gruppeansvaret)

4.1.5.1 Innledning

I tillegg til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for hele befolkningen i fylket, har fylkeskommunen ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte (prioriterte) grupper i befolkningen. Kriteriene for å omfattes av en av persongruppene er i hovedsak knyttet til alder, diagnose og avledede vilkår. Det sistnevnte vil si at en persons rettigheter til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven er avledet av at vedkommende har rett til visse helse- og omsorgstjenester etter annen lovgivning.

Følgende grupper er listet opp i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til f:

a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
d. Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 28 år.
e. Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud:
    - personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
    - avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2
    - legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16
f. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen.

I tillegg kan fylkeskommunen selv vedta at også andre grupper enn de som er nevnt i bokstav a til f skal gis et tilbud, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav g, som lyder:

g. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

«Andre grupper» kan for eksempel være personer med psykiske lidelser, personer med rusmiddelavhengighet som ikke omfattes av bokstav e, eller personer med svak økonomi.

I tannhelsetjenesteloven benyttes betegnelsene «prioriterte oppgaver», jf. § 1-3 andre ledd og «prioriterte grupper», jf. § 4-2, om persongruppene som fylkeskommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til.

Opprinnelig var det også en bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd som slo fast at gruppene nevnt i første ledd var listet opp i «prioritert rekkefølge» og at dersom ressursene ikke var tilstrekkelige for å gi et tilbud til alle gruppene, skulle denne innbyrdes prioriteringen følges. Videre var det en bestemmelse i samme ledd om at forebyggende tiltak «skal prioriteres» foran behandling. I Prop. 71 L (2016-2017) la departementet til grunn at disse prioriteringsbestemmelsene var historisk betinget fra en tid der den offentlige tannhelsetjenesten var under utbygging og det var store fylkesvise forskjeller i tannhelsetilbudet. Bestemmelsene åpnet for å gi et ufullstendig tilbud til de prioriterte gruppene i en overgangsperiode etter lovens ikrafttredelse, og var ikke en hjemmel som på permanent basis ga adgang til å innskrenke det lovpålagte tjenestetilbudet under henvisning til manglende ressurser. Ved behandlingen av Prop. 60 L (2023-2024) vedtok Stortinget å oppheve bestemmelsene i § 1-3 andre ledd om prioritering. Departementet uttaler i den forbindelse i punkt 1 i proposisjonen:

> «Denne føresegna blei innført medan den fylkeskommunale tannhelsetenesta blei bygd opp, men kan ikkje lenger seiast å vere i tråd med prinsippa om den lovfesta retten pasientane har til behandling i den offentlege tannhelsetenesta. Når føresegna blir oppheva inneber dette også å oppheve mogelegheita for fylkeskommunen til å avvise pasientar som har rett til tannhelsehjelp ut frå ressursomsyn i tenesta.»

Videre uttaler departementet i punkt 4.6.3:

> «Slik departementet ser det, må ein forstå føresegna slik at ho i ein overgangsperiode etter at loven tredde i kraft, gav heimel for å gi eit ufullstendig tilbod til dei prioriterte gruppene, og ikkje som ein heimel som på permanent basis gir tilgjenge til å innskrenke det lovpålagde teneste tilbodet med tilvising til manglande ressursar. I tida etter at loven trådde i kraft har omgrepet «rett» òg utvikla seg, noko som etter departementet si meining gjer bruken av lovføresegna enda vanskelegare. Departementet viser i denne samanhengen til prinsippavgjerda frå Høgsterett, tatt inn i Norsk Retstidende 1990 side 874 (Fusa dommen), der ein slo fast at «nødvendig helsehjelp» er ein minstestandard som kommunen ikkje kan fråvike med tilvising til dårleg økonomi. Dette taler slik departementet ser det mot å behalde slike fordelingskriterium i lov.»
>
> […]
>
> «Departementet kan ikkje sjå at dei uheldige føringane føresegna legg opp til kan løysast på annan måte enn ved å oppheve ho. Ei lovføresegn som rangerer rettane til pasientgrupper opp mot kvarandre og gir uttrykk for at ressursknappleik kan setje til side ein lovfesta rett, er, slik departementet ser det, vanskeleg å sameine med forståinga av rett til tannhelsetenester for det enkelte individet. Departementet er samd i at bruken av omgrepet prioritering i tannhelsetjenesteloven ikkje er formålstenleg, og at det skil seg frå prinsipp for prioriteringar i helsetenesta elles. Alminnelege prinsipp for prioritering i helsetenesta er knytte til faglege vurderingar av det medisinske behovet den enkelte pasienten har, og den forventa nytten behandlinga vil gi vedkomande, og ikkje om pasienten tilhøyrer ei bestemt gruppe. Departementet ønskjer med denne lovendringa nettopp i større grad å samordne omgrep og forståing i tannhelse tenesta og helsetenesta elles ved å gjere rettane for den enkelte pasienten tydelege.»

4.1.5.2 Nærmere om de enkelte persongruppene

Barn og unge fra fødsel til og med det året de fyller 18 år

Barn og unge, jf. bokstav a, har alltid stått sentralt i det offentlige tannhelsetilbudet i Norge, helt fra lovfesting av skoletannpleie i 1917 og senere med lov om folketannrøkt i 1949, hvor det ble lovfestet at barn skulle få systematisk og kostnadsfri tannbehandling. Bakgrunnen for at det offentlige er pålagt ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til barn og unge, er at det er i barne- og ungdomstiden at grunnlaget legges for en god tannhelse livet ut gjennom jevnlig innsats og forebyggende tiltak. For barn og ungdom er det et sentralt formål at tilbudet skal bidra til å etablere gode tannhelsevaner fra tidlig alder, uavhengig av de foresattes økonomi og livssituasjon. Konsekvensene av sykdommene eller av behandlingen, for eksempel ved karies og tannkjøttsykdommen periodontitt, er varige skader livet ut som innebærer risiko for annen sykdom og skader. Tilsvarende prinsipp om at barn og unge skal tilbys tannhelsehjelp enten kostnadsfritt eller med redusert egenandel, er lagt til grunn i lovgivningen også i de andre nordiske landene. I forslaget til tannhelsetjenestelov fra 1983 ble også 19- og 20-åringene innlemmet som en persongruppe med rettigheter til tannhelsehjelp mot redusert betaling. Formålet var å ta vare på den gode tannstatusen som mange unge har oppnådd ved fylte 18 år. I senere tid er aldersgruppene ytterligere utvidet til unge voksne, se nærmere om dette nedenfor.

Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon

Kriteriene for å omfattes av persongruppen psykisk utviklingshemmede, jf. bokstav b, er i hovedsak basert på diagnose. Begrepet «psykisk utviklingshemmede» er ikke nærmere definert i tannhelsetjenesteloven eller forarbeidene og begrepet har ikke et entydig innhold. Fylkeskommunens ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til personer med psykisk utviklingshemming gjelder uavhengig av om de mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten. Lovens formulering «i og utenfor institusjon» har ingen reell betydning etter ansvarsreformen innenfor HVPU som ble gjennomført på 1990-tallet. Personer med psykisk utviklingshemming bor i dag i hovedsak i egne boliger, kommunale omsorgsboliger eller i foreldrehjemmet. Bakgrunnen for at det offentlige er tillagt ansvar for den aktuelle persongruppen, er at det vanligvis dreier seg om personer som har et funksjonsnivå som medfører redusert evne til egenomsorg og som derfor trenger hjelp for å ivareta egen tannhelse, jf. Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.9.4.4.

Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie

Hverken tannhelsetjenesteloven eller lovens tidlige forarbeider angir hvilke institusjoner som omfattes av loven, hva som ligger i begrepet «hjemmesykepleie» eller hvem som regnes som «grupper av eldre, langtidssyke og uføre» i bokstav c. Når det gjelder personkrets, praktiseres loven slik at den omfatter alle personer som er innlagt i institusjon eller som mottar helsetjenester i hjemmet basert på tildelingsvedtak fra kommunen.

Forskrift 24. mai 1984 nr. 1258 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten regulerer blant annet hvilke grupper som har rett til vederlagsfri (kostnadsfri) tannbehandling av fylkeskommunen. I departementets merknader til forskriften § 2[14] er institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven nærmere definert og avgrenset. Departementet har i merknadene til forskriften lagt til grunn at med «institusjon» i denne sammenhengen menes sykehus, sykehjem, aldershjem o.l. som får sitt budsjett og regnskap godkjent av og tilskudd til drift fra en offentlig instans, eller er tatt med i kommunal eller fylkeskommunal helse- og sosialplan. Denne type planverk eksisterer i liten grad lenger.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c skal kommunen tilby plass i institusjon, herunder sykehjem. I forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 fastsatt med hjemmel i § 3-2 andre ledd, er det gitt en nærmere angivelse av begrepet «institusjon» i helse- og omsorgstjenesteloven og begrepet «institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten» som benyttes i pasientskadeloven. Som institusjon regnes etter denne forskriften:

- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Aldershjem
- Sykehjem
- Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Departementet legger til grunn at også sistnevnte forskrift kan gi veiledning til forståelsen av begrepet «institusjon» i tannhelsetjenesteloven, jf. Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.9.5.4.

Hjemmesykepleie har tradisjonelt bestått av sykepleie, i form av lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering mv. Også psykiatrisk sykepleie har vært omfattet. Begrepet «hjemmesykepleie» var nedfelt i kommunehelsetjenesteloven av 1982, men er ikke videreført i helse- og omsorgstjenesteloven av 2011. I helse- og omsorgstjenesteloven er dette begrepet erstattet med «helsetjenester i hjemmet». Hensikten med begrepsendringen har vært å tydeliggjøre at det kan dreie seg om ulike helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Bakgrunnen for at deltjenesten «sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie» i kommunehelsetjenesteloven ikke ble videreført, var at departementet i helse- og omsorgstjenesteloven tok sikte på en mer overordnet og profesjonsnøytral regulering av kommunens plikt til å tilby eller yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. I vedlegg til brev av 21. desember 2011 adressert til landets kommuner, fylkeskommuner mfl. om samhandlingsreformen og informasjon

[14] Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten - med merknader.pdf

om ikraftsetting av helse- og omsorgstjenesteloven, har Helse- og omsorgsdepartementet blant annet uttalt følgende om forholdet til tannhelsetjenesteloven:

> «Begrepet «hjemmesykepleie» er ikke videre ført i ny lov om kommunale helse- og omsorgs tjenester. I stedet benyttes blant annet begrepet «helsetjenester i hjemmet», jf. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Med «helsetjenester i hjemmet» søkes det å tydeliggjøre at det her dreier seg om ulike helsetjenester som kan ytes hjemme hos pasienten. Helsetjenester i hjemmet vil blant annet omfatte det som i dag omtales som hjemmesykepleie. I tillegg kan ergoterapi, fysioterapi og fotterapi være aktuelle tjenester. En konsekvens av dette er at det vil være en ulikhet i tjenestebegrepet i helse og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjeneste loven. Det presiseres at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke skal ha endrede rettslige eller økonomiske konsekvenser for rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen.»

Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 28

Persongruppen unge voksne som nevnt i bokstav d var ved vedtakelsen av tannhelsetjenesteloven begrenset aldersmessig til 19-21-åringer. Aldersgruppen er gradvis utvidet i flere omganger de senere årene. Stortinget fattet 2. juni 2022 anmodningsvedtak 832 (2021-2022) hvor regjeringen ble bedt om å fremme lovforslag som utvider fylkeskommunens ansvar for å tilby tannhelsetjenester til å omfatte 21- og 22-åringer, samt forskriftsfeste retten til redusert betaling for disse årskullene. I påvente av en lovfesting fikk 21- og 22-åringer i 2022 tilbud om tannhelsetjenester fra fylkeskommunen med 50 prosent egenbetaling, jf. departementets *Rundskriv I-2/2022 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2022*.

Videre fattet Stortinget 1. desember 2022 anmodningsvedtak 86 (2022-2023) om utvidelse av fylkeskommunens ansvar til aldersgruppen 23-26 år med 50 prosent egenbetaling. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ble innretningen på dette endret, slik at unge voksne fra 21 til 24 år betaler 25 prosent vederlag tilsvarende den gjeldende ordningen for 19- og 20-åringer, jf. Prop. 118 S (2022-2023). Behandlingstilbudet skulle tre i kraft straks, og på denne bakgrunnen sendte departementet ut *Rundskriv I-2/2023 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023*. Denne innretningen innebar at 25- og 26-åringene ikke fikk et tilbud i denne omgangen.

I forbindelse med Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett for 2024 ble det 21. juni 2024 fattet anmodningsvedtak 908 (2023-2024), hvor regjeringen ble bedt om å fremme forslag om å endre tannhelsetjenesteloven innen utgangen av 2024, slik at personer i alderen 25 og 26 år får rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten på lik linje med unge voksne opp til 25 år. I påvente av en lovfesting fikk 25- og 26-åringer tilbud om tannhelsetjenester fra fylkeskommunen med 25 prosent egenbetaling, jf. departementets *Rundskriv I-3/2024 Styrket fylkeskommunalt tannhelsetilbud til unge voksne i 2024*.

Ved Stortingets behandling av Prop. 60 L (2023-2024) *Endringar i lov om tannhelsetjenesten mv. (rett til tannhelsetenester for unge vaksne, personar med rusmiddelavhengigheit mv.)*, jf. Innst. 381 L (2023-2024), ble fylkeskommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud utvidet til blant annet å omfatte nye aldersgrupper. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d ble

endret slik at aldersgruppen 19-21 år ble utvidet til 24 år. Lovendringen trådte i kraft 1. juli 2024. I proposisjonen heter det om endringen blant annet i punkt 1:

> «[…]For dei unge vaksne pasientane er målet å sikre god tann- og munnhelse i eit livsløpsperspektiv, og forslaget vil bidra til det førebyggjande arbeidet på tannhelsefeltet ved å skape gode vanar for pasientane, med regelmessig tannhelsekontroll.»

I forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S for 2025 traff Stortinget verbalvedtak om at regjeringen i løpet av våren 2025 ble bedt om å fremme nødvendig lovforslag som sikrer unge voksne på 27 og 28 år de samme tannhelserettighetene som unge voksne i alderen 21 til 24 år, med ikrafttredelse senest fra 1. juli 2025. Ved Stortingets behandling av Prop. 124 L (2024-2025) *Endringer i tannhelsetjenesteloven mv. (rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer fra 25 til og med 28 år)*, jf. Innst. 458 L (2024-2025), ble fylkeskommunens ansvar ytterligere utvidet til å omfatte aldersgruppen 25-28 år. Lovendringene trådte i kraft 1. juli 2025. I proposisjonen heter det om lovforslagene punkt 4.3:

> «Departementet mener forslaget representerer et viktig skritt i en gradvis utvidelse av tannhelserettigheter til befolkningen, i tråd med regjeringens ambisjon om å styrke den offentlige tannhelsetjenesten. Det har vært innvendinger mot at forslaget ikke er i tråd med prioriteringskriteriene i helse- og omsorgstjenesten, ettersom denne aldersgruppen generelt har god tannhelse. Departementet vil understreke at tannhelsehjelp til unge voksne har en viktig forebyggende funksjon. Tannhelseutvalgets rapport viser at økonomiske barrierer fører til at en stor andel unge voksne ikke oppsøker tannlege regelmessig. Regelmessige tannlegebesøk er direkte forbundet med bedre tannhelse, både egenopplevd og klinisk. En utvidelse av rettigheter til denne gruppen vil dermed kunne bidra til både tidligere oppfølging og redusert behandlingsbehov på sikt, og bedre muligheter for å etablere gode tannhelsevaner. Departementet foreslår derfor nå å prioritere å gi flere unge voksne et behandlingstilbud til redusert pris, for å stimulere unge voksne til å gå til tannlege og ivareta egen tannhelse.»

Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar visse helse- og omsorgstjenester

Ved Stortingets behandling av Prop. 60 L (2023-2024) *Endringar i lov om tannhelsetjenesten mv. (rett til tannhelsetenester for unge vaksne, personar med rusmiddelavhengigheit mv.)*, jf. Innst. 381 L (2023-2024), ble fylkeskommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud også utvidet til å omfatte personer med rusmiddelavhengighet på visse vilkår ved tilføyelse av bokstav e i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd. Lovendringen trådte i kraft 1. juli 2024.

Fylkeskommunens ansvar etter § 1-3 første ledd bokstav e gjelder for det første personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar tilbud om personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b. Dette omfatter personlig assistanse blant annet i form av praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. For det andre omfatter fylkeskommunens ansvar tilfeller der personer grunnet rusmiddelavhengighet har pårørende som har et særlig tyngende omsorgsarbeid og behov for avlastningstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2. For det tredje omfatter fylkeskommunens ansvar personer som følge av rusmiddelavhengighet mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.

Dette innebærer i hovedsak en lovfesting og videreføring av den praksis som ble etablert i 2006 gjennom Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer, for personer med rusmiddelavhengighet som ikke oppholder seg i helseinstitusjon, jf. redegjørelsen i Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.4. Om begrunnelsen for forslaget om lovfesting heter det blant annet i punkt 1 i proposisjonen:

> «Dei andre pasientgruppene som ein foreslår å ta inn i loven har tidlegare hatt eit behandlingstilbod i den offentlege tannhelsetenesta som følgje av økonomiske tilskot i budsjetta til fylkeskommunane, men dei har ikkje hatt ein lovfesta rett til tenestene. Dette er pasientgrupper med til dels store og samansette helseutfordringar, som tradisjonelt har stått svakt, og departementet foreslår med dette å styrkje rettsstillinga deira i tannhelsetenesta. Når retten til behandling blir nedfelt i loven, kan pasientane også klage dersom dei meiner retten ikkje blir oppfylt.»

Videre uttaler departementet i punkt 4.2.3:

> «Sjølv om pasientgruppene det no er snakk om allereie skal få eit tilbod slik det er løyva midlar til og beskrive i rundskriv, vil ei lovfesting av retten styrkje stillinga til pasientane, mellom anna ved at plikta fylkeskommunane har til å gi eit regelmessig og oppsøkjande tilbod til pasientgruppene, blir gjort tydeleg. Departementet peiker på at utsegner frå høyringsinstansane kan tyde på at pasientgruppene i ulik grad faktisk har fått eit slikt tilbod om tannhelsetenester som løyvingar og rundskriv tilseier. Lovfesting av retten til tannhelsetenester vil og gi rett til å klage, og pasientane vil få rett til behandling i andre EØS-land i same omfang som pasientane har krav på i Noreg.»

Når det gjelder kritikken fra høringsinstansene mot å utforme rettigheter til tannhelsetjenester basert på avledede rettigheter til andre helse- og omsorgstjenester mv., uttaler departementet blant annet i punkt 4.4.3:

> «Pasientgruppa dette forslaget omhandlar, skal allereie få eit behandlingstilbod i den offentlege tannhelsetenesta gjennom budsjettvedtak og rundskriv, og lovfestinga gjeld dermed ikkje nye pasientgrupper. Departementet vurderer det slik at ei lovfesting av rettane no vil betre rettsstillinga til pasientgruppene saman likna med i dag. Det vil gi betre samanheng i det gjeldande regelverket på feltet, samtidig som det gjer forpliktingane til fylkeskommunane tydelege. Derfor er vurderinga til departementet at ei lovfesting av rettane for pasientgruppene ved ei utviding av dagens regelverk, med dei svakheitene dette har, samla sett er den beste løysinga medan ein ventar på det større arbeidet med å følgje opp Tannhelseutvalget.»

Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

Ved Stortingets behandling av Prop. 60 L (2023-2024) *Endringar i lov om tannhelsetjenesten mv. (rett til tannhelsetenester for unge vaksne, personar med rusmiddelavhengigheit mv.)*, jf. Innst. 381 L (2023-2024), ble fylkeskommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud i tillegg utvidet til å omfatte innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, ved tilføyelse av bokstav f i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd. Lovendringen trådte i kraft 1. juli 2024. Dette er i hovedsak en lovfesting og videreføring av etablert praksis basert på Stortingets budsjettvedtak, statlig øremerket tilskudd og departementets retningslinjer. Det vises for øvrig til begrunnelsen for lovforslaget knyttet til personer med rusavhengighet.

4.1.5.3 Et regelmessig og oppsøkende tilbud

Et av formålene med tannhelsetjenesteloven er å gi hjelp til vanskeligstilte grupper. I forarbeidene til loven er det lagt vekt på at i tillegg til barn og unge, skal ulike vanskeligstilte grupper som for eksempel psykisk utviklingshemmede og langtidssyke sikres et tilbud om organisert og oppsøkende tannlegehjelp, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–1983) punkt 1.2. Formålet med å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud er først og fremst å forebygge sykdom i munn, kjeve og tenner. Hva som nærmere ligger i uttrykket «regelmessig og oppsøkende tilbud» er blant annet omtalt i Prop. 71 L (2016-2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* punkt 10.9.2.4:

> «Et minimumskrav for at tilbudet skal sies å være «oppsøkende», må være at det offentlige tannhelsetilbudet gjøres kjent for personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunen må gjøre en aktiv innsats for at tilbudet så langt som mulig faktisk når frem til målgruppene. Hva som skal til for at plikten til å gi et oppsøkende tilbud kan sies å være oppfylt, vil blant annet avhenge av den enkeltes samlede livs- og helsesituasjon. Dersom en person kalles inn til undersøkelse ved en tannklinikk, er vedkommende gjort kjent med sin rettighet, at tilbudet finnes og vedkommende er oppfordret til å benytte seg av tilbudet.»

Når det særlig gjelder spørsmålet om hva som ligger i plikten til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de nye aldersgruppene som de senere årene er blitt innlemmet i tannhelsetjenesteloven, er dette omtalt i Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.3. Det vises til nærmere omtale i punkt 20.8.4.2 i høringsnotatet.

4.1.5.4 Særskilte begrensninger i fylkeskommunens ansvar for unge voksne

I tannhelsetjenesteloven § 1-3 d er det tatt inn en egen bestemmelse som avgrenser den plikten fylkeskommunen har til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til unge voksne i aldersgruppen fra 19 til 28 år etter § 1-3 første ledd bokstav d. Bestemmelsen lyder:

> «Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar etter § 1-3 første ledd bokstav d gjelder ikke for personer med midlertidig oppholdstillatelse i Norge som ikke har bodd minst fem år i riket, jf. § 2-1 a.»

Pliktbestemmelsen som nevnt over speiles av rettighetsbestemmelser i punkt 2. I § 2-1 a er det inntatt en begrensning i retten til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1 for personer med midlertidig oppholdstillatelse, i form av et vilkår om botid av en viss varighet for å få rettigheten. Bestemmelsen lyder:

> «Personer som nevnt i § 1-3 første ledd bokstav d som har midlertidig oppholdstillatelse i riket, må ha fem års botid i riket for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1.»

Dette innebærer at personer i alderen 19 til 28 år som har midlertidig oppholdstillatelse, må bo minst fem år i Norge før de har rett til nødvendig tannhelsehjelp. Botidskravet gjelder ikke for de andre persongruppene som er listet opp i § 1-3.

Det er gjort unntak fra kravet om botid for personer med midlertidig oppholdstillatelse som har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat. Rettigheter til nødvendige helsetjenester og tannhelsetjenester kan blant annet følge av EØS-avtalens forordning 883/2004 om koordinering av trygdeordninger (trygdeforordningen), eller av

andre multilaterale og bilaterale trygdeavtaler som Norge har inngått med land i og utenfor EØS.

Bakgrunnen for innføringen av bestemmelser med krav om botid for rett til tannhelsetjenester er knyttet til tiltak for å redusere ankomstene til Norge av fordrevne fra Ukraina, jf. Prop. 101 L (2023-2024) *Endringer i integreringsloven, folketrygdloven og tannhelsetjenesteloven (innstramminger)* punkt 7.

4.1.6 Rett til nødvendig tannhelsehjelp

På samme måte som fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud er begrenset til bestemte persongrupper, er retten til nødvendig tannhelsehjelp forbeholdt de samme persongruppene. Det følger av tannhelsetjenesteloven § 2-1 at alle som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen der de bor eller midlertidig oppholder seg. Det vil si at det er fylkeskommunen der pasienten oppholder seg som har ansvar for at pasientens rettigheter blir oppfylt. Retten til tannhelsehjelp gjelder i praksis overfor den fylkeskommune hvor pasienten til enhver tid oppholder seg, uavhengig av i hvilket fylke vedkommende har sitt bosted. Dette er også presisert i de spesielle merknadene til bestemmelsen i lovforarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83) punkt 9, hvor det i tilknytning til rettighetsbestemmelsen i § 2-1 heter:

> «Denne regelen inneholder hjemmel for at pasienter nevnt i § 1-3 bokstavene a-e har et rettskrav på tannhelsehjelp i det fylke de til enhver tid oppholder seg.»

Med «alle» menes i første rekke de lovpålagte gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til f. I tillegg omfattes eventuelle andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud til etter § 1-3 første ledd bokstav g.

Voksne over 28 år som ikke omfattes av bokstav a til g har rett til nødvendig tannhelsehjelp bare i den grad fylkeskommunen er pålagt å yte tjenester til denne delen av befolkningen i visse geografiske områder uten et tilstrekkelig privat tannhelsetilbud. Disse tjenestene ytes mot full egenbetaling. Se nærmere om dette i punkt 4.1.4 og 4.7.4. Voksne som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, kan ha rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier, men da begrenset til visse sykdommer og medisinske tilstander. Se nærmere om dette i punkt 4.2.

Pasientens rett etter tannhelsetjenesteloven § 2-1 speiler fylkeskommunens plikt til å tilby tjenester etter § 1-3, jf. Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.2.3. Omfanget av behandlingen som fylkeskommunen har plikt til å yte, følger av lovens formulering av rettigheten; det gis rett til tannhelsehjelp som er «nødvendig». Begrepet nødvendig tannhelsehjelp utgjør, i likhet med begrepet nødvendig helsehjelp/nødvendige helse- og omsorgstjenester, en rettslig standard som definerer nivået på behandlingstilbudet den enkelte har krav på. En slik rettslig standard innebærer at innholdet i rettsregelen kan variere over tid og knytter ikke regelen til bestemte og entydige kriterier. Departementet uttaler i Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* punkt 29.5.2 at begrepet skal tolkes slik at pasienten har krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må fastlegges etter en konkret vurdering. Samtidig

er det en minstestandard som fylkeskommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi.

For fastlegging av omfang og kvalitet på et behandlingstilbud, som her, vil et utgangspunkt være nasjonale veiledere og retningslinjer (normerende produkter), som for eksempel Helsedirektoratets veileder IS-1589/ *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* fra 2011 og nasjonal faglig retningslinje *Tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år* fra 2018, sist oppdatert i 2025. Pasienten skal få den tannhelsehjelpen som etter en individuell odontologisk vurdering er helsefaglig nødvendig. Dette vil også innebære et behandlingstilbud i tråd med det helserettslige kravet til forsvarlighet som angir et minstenivå. Helsedirektoratet bygger sin veileder på en definisjon av hva som er akseptabel oral helse. Denne definisjonen omfatter en situasjon hvor pasienten ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser, men har tilfredsstillende tyggefunksjon og evne til å kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene. I veilederen gis en nærmere angivelse av hvilke undersøkelser og behandlinger som bør inngå i nødvendig tannbehandling.

Som ledd i oppfølgingen av Stortingets anmodningsvedtak 83 og 84 (2024-2025), har Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet, utredet hva som bør regnes som «nødvendig tannhelsehjelp» og «nødvendig tannregulering». Formålet er å finne definisjoner som kan brukes til å utvide eller avgrense rettigheter til offentlig tannhelsehjelp. Direktoratet anbefaler å videreføre dagens kriterier for nødvendig tannregulering, med enkelte justeringer. Videre påpeker direktoratet at det ikke er mulig å gi en uttømmende oversikt over tannbehandling som er nødvendig eller ikke. Det må fortsatt bero på en individuell vurdering av pasientens behov, sammenholdt med prioriteringskriteriene. Behandling som omfattes er blant annet akutt tannhelsehjelp som ikke kan utsettes pga. sterke smerter, store skader eller akutte infeksjoner, undersøkelser og behandling og rehabilitering etter tap av tannsubstans og tenner, spesialistbehandling, samt regelmessige forbyggende kontroller. Behandling som faller utenfor, er blant annet kosmetisk behandling uten medisinsk/odontologfaglig indikasjon, annen behandling uten dokumentert nytte samt uforholdsmessig kostbar eller omfattende behandling der det finnes mindre ressurskrevende og jevngode behandlingsalternativer.

Tannhelsetjenesteloven § 2-1 a inneholder en særregulering av retten til nødvendig tannhelsehjelp for unge voksne i alderen 19-28 år som har midlertidig oppholdstillatelse. De må ha botid på minst fem år i Norge før de får rett til nødvendig tannhelsehjelp. Se nærmere omtale i punkt 4.1.5.4.

4.1.7 Klage

Av tannhelsetjenesteloven § 2-3 fremgår det at den som ikke får «den hjelp som er bestemt i denne lov og godkjent plan», kan påklage avgjørelsen til «det organ som fylkeskommunen bestemmer». Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages videre til statsforvalteren. Det betyr at det etter tannhelsetjenesteloven er en totrinns klageordning. Dette er en utvidelse i forhold til det generelle systemet etter forvaltningsloven med ett trinns klageordning. Etter forvaltningsloven skal klagen

fremsettes for det organ som har truffet vedtaket (førsteinstansen), og ikke for et eget organ som fylkeskommunen bestemmer (første klageinstans).

Av forarbeidene til tannhelsetjenesteloven fremgår det at bestemmelsen i § 2-3 gjelder i stedet for forvaltningslovens regler om klage, uten at dette er begrunnet nærmere. Det synes imidlertid klart at forvaltningsloven kommer til anvendelse og supplerer dagens klageregler i tannhelsetjenesteloven. Dette kommer frem av Sosialdepartementets uttalelser i St.meld. nr. 36 (1989–90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* punkt 8.2.5 side 113, vedrørende den tilsvarende bestemmelsen om klageordning i § 2-4 i kommunehelsetjenesteloven av 1982.

Klageadgangen etter tannhelsetjenesteloven er forbeholdt pasienter som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1. Det man kan klage over er at man ikke får oppfylt sin rett til nødvendig hjelp av rimelig standard, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83). Fristen for å klage etter tannhelsetjenesteloven er tre uker, jf. § 2-1 andre ledd. Dette er i samsvar med den generelle klagefristen i forvaltningsloven, men kortere enn klagefristen på fire uker etter pasient- og brukerrettighetsloven.

4.1.8 Pasienters egenbetaling for tannhelsehjelp fra fylkeskommunen

Tannhelsetjenesteloven § 2-2 regulerer adgangen til å kreve vederlag for hjelp i den offentlige tannhelsetjenesten. Bestemmelsen gjelder både når fylkeskommunen selv yter tannhelsehjelpen og når behandlingen utføres av privat tannlege etter avtale med fylkeskommunen. Det følger av § 2-2 første ledd at pasienten skal betale vederlag når dette følger av forskrift fastsatt av departementet eller fylkeskommunen. For hjelp til grupper som nevnt i § 1-3 første ledd bokstav a, b, c, e og f kan det, med unntak for kjeveortopedisk behandling, ikke kreves vederlag, jf. § 2-2 andre ledd.

Det var i Ot.prp. nr. 49 (1982-83) ikke antydet noe om hvilke grupper som eventuelt burde få rett til gratis tannhelsehjelp. Prinsippet om at tannbehandling til barn, ungdom og visse andre grupper skulle være gratis, ble tatt inn i lovforslaget ved Stortingets behandling av lovproposisjonen, jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83) side 6, hvor det ble fremhevet at:

> «Helt siden offentlig tannpleie ble innført, har prinsippet om systematisk fri behandling av barn vært en hjørnestein i norsk tannhelsepolitikk. Flertallet er derfor av den oppfatning at barn og ungdom fra 0–18 år bør ha fri tannbehandling. Flertallet er også av den oppfatning av de psykisk utviklingshemmede og bestemte grupper av eldre, uføre og langtidspasienter må sikres fri tannbehandling. På grunn av det system en har i dag for spesialisttjenester, for eksempel tannregulering, bør det i lovteksten gjøres unntak for mulig vederlag for slik behandling.»

Det betyr at barn og unge opp til 18 år, personer med psykisk utviklingshemming, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, visse personer med rusavhengighet samt innsatte i fengsler i kriminalomsorgen har en lovfestet rett til kostnadsfri tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Det er imidlertid gjort et generelt unntak for kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Mesteparten av kjeveortopedisk behandling utføres av privatpraktiserende spesialister i kjeveortopedi uten avtale med fylkeskommunen. På visse vilkår ytes det stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til

behandlingen. Kostnader utover folketrygdens refusjonsbeløp må dekkes av den enkelte pasient. Se nærmere om dette under punkt 4.2.

Henvisningen i tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd til grupper nevnt i bokstav a, b, c, e og f innebærer at unge voksne mellom 19 og 28 år og andre grupper fylkeskommunen selv har vedtatt å gi et tilbud til etter bokstav g, ikke er omfattet av det lovfestede fritaket fra betaling av vederlag.

Vederlaget kan fastsettes som egenandel eller betaling etter takst, jf. § 2-2 tredje ledd. Det følger av § 2-2 fjerde ledd at departementet fastsetter egenandeler og takster. Takster for tannbehandling er fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 andre ledd og § 5-6 a første ledd og er inntatt i Helsedirektoratets kommentarer til folketrygdloven kapittel 5 . Departementets takster gjelder direkte for folketrygdens stønadsordning. Selv om de ikke er bindende for fylkeskommunen, har takstene også betydning for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten siden vederlaget beregnes på grunnlag av disse takstene.

Det er gitt utfyllende bestemmelser om de ulike persongruppenes betaling av vederlag i forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (vederlagsforskriften).

Det følger av vederlagsforskriften § 1 at personer som ikke omfattes av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til g, skal betale fullt vederlag etter departementets fastsatte takster inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. Voksne over 28 år som ikke omfattes av noen av disse gruppene og som tilbys tannbehandling av fylkeskommunen, jf. § 1-3 andre ledd første punktum, må dermed dekke utgiftene fullt ut selv. I utkantområder av fylker der det ikke finnes et tilstrekkelig privat tjenestetilbud, har fylkeskommunen plikt til å gi et tilbud også til den voksne delen av befolkningen, jf. § 1-3 andre ledd andre punktum. Det kan kreves full egenbetaling også i disse tilfellene.

Det fremgår av forskriften § 2 første ledd at når grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har hatt institusjonsopphold eller pleie av hjemmesykepleien i sammenhengende tre måneder eller mer, skal disse gis vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider, så lenge oppholdet eller pleien vedvarer. Departementet har i merknader til forskriften Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten - med merknader.pdf presisert at for at kravet til sammenhengende pleie av hjemmesykepleien skal være tilfredsstilt, må pleien ha skjedd minst en gang pr. uke over tre måneder eller mer. Departementet har i senere tolkningsuttalelser lagt til grunn at bruk av velferdsteknologi, for eksempel i form av elektronisk styrt legemiddeldispenser i stedet for at tjenestene gis ved fysisk og regelmessig oppmøte av helsepersonell i pasientens hjem minst en gang per uke, ikke medfører at pasienter mister rettigheter til vederlagsfri tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Hverken lov eller forskrift åpner for å innfortolke et krav om at det må foreligge et vesentlig pleiebehov.

Dersom institusjonsoppholdet eller omsorgen ikke forventes å vare over tre måneder, kan fylkeskommunen kreve vederlag for tannhelsetjenester som ytes i denne perioden, jf.

forskriften § 2 andre ledd. Et unntak fra denne regelen følger av forskriften § 2 tredje ledd, hvor det fremgår at tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdommen som pasienten er innlagt for eller får pleie for, skal ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i tre måneder.

Etter vederlagsforskriften § 2a har personer med rusmiddelavhengighet som mottar visse helse- og omsorgstjenester og personer som er innsatt i fengsler i kriminalomsorgen, rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten. Dette inkluderer eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. Det er et vilkår for at tannhelsetjenestene skal være vederlagsfrie at helse- og omsorgstjenestene har en sammenhengende varighet i tre måneder eller mer. Retten til vederlagsfrie tannhelsetjenester gjelder fra oppstart av behandlingsopplegget med helse- og omsorgstjenester og så lenge dette varer. Innsatte med fengselsopphold som varer tre måneder eller lenger, skal gis vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider, så lenge fengselsoppholdet varer. Akutt tannhelsehjelp gis vederlagsfritt uavhengig av oppholdets varighet.

Det følger av forskriften § 3 at ungdom og unge voksne fra 19 til og med 28 år har rett til tannbehandling mot redusert vederlag. De skal ikke betale større vederlag enn 25 prosent av departementets fastsatte takster, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. For behandling som folketrygden gir hel eller delvis refusjon for (kjeveortopedisk behandling), kan det kreves fullt vederlag som etter § 1, jf. annet punktum. Se også § 5 som omtales nedenfor.

Når det gjelder andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, følger det av forskriften § 4 at fylkeskommunen fastsetter vederlagets størrelse som andel av departementets fastsatte takster. Denne bestemmelsen praktiseres imidlertid slik at fylkeskommunen står fritt til å fastsette størrelsen på vederlaget.

Av forskriften § 5 følger det at for kjeveortopedisk behandling og utgifter til kjeveortopedisk apparatur mv., kan det kreves fullt vederlag som etter § 1 av alle grupper av befolkningen.

4.2 Stønad etter folketrygdloven

4.2.1 Innledning

Folketrygdloven gir stønad til dekning av utgifter til tannbehandling gjennom bestemmelsene § 5-6 om tannlegehjelp, § 5-6 a om tannpleierhjelp og § 5-25 om stønad ved yrkesskade. I tillegg kommer bestemmelsene § 5-24 om stønad til helsetjenester i utlandet og § 5-24 a om stønad til helsehjelp mottatt i et annet EØS-land.

Folketrygdens stønad til tannbehandling er kun en finansieringsordning, det følger ikke av ordningen at noen har ansvar for å tilby de tannhelsetjenestene som finansieres gjennom stønaden.

Stønadsordningen skal gi hel eller delvis kompensasjon til personer som har nødvendige utgifter til helsetjenester i form av særskilte tannbehandlingsbehov knyttet til bestemte

sykdommer eller tilstander. Det er altså pasienten som har rett til stønad. Stønaden utbetales av Helfo direkte til behandlere som har avtale om direkteoppgjør etter folketrygdloven § 22-2.

Stønadsordningen er avgrenset til 15 definerte tilstander som i hovedsak kan deles inn i tre grupper:

- tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer
- tannregulering, hovedsakelig til barn og unge
- tann-/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av andre somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander.

Stønaden ytes etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, men tannleger og tannpleiere står fritt til selv å regulere sine priser. Pasienten må selv dekke eventuell differanse (mellomlegget) mellom behandlerens pris og fastsatte takster.

Det følger av folketrygdloven § 5-1 tredje ledd at det ikke ytes stønad etter kapittel 5 i den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning. Det ytes dermed ikke stønad etter folketrygdlovens bestemmelser dersom det offentlige dekker utgiftene gjennom andre ordninger, for eksempel etter tannhelsetjenesteloven.

Stortinget fastsetter et egenandelstak, som er det høyeste samlede beløpet et medlem skal betale i godkjente egenandeler per kalenderår for fastsatte helsetjenester, jf. folketrygdloven § 5-3. Egenandeler for tannlege- og tannpleierhjelp omfattes av egenandelstaket for to av de 15 stønadspunktene. Eventuell differanse mellom behandlerens pris og den fastsatte egenandelen omfattes ikke av grunnlaget for egenandelstaket.

Det ytes bare stønad hvis undersøkelsen eller behandlingen er utført av tannlege eller tannpleier som har rett til å utøve tannbehandling i medhold av helsepersonelloven. Den som gir behandling, må ha inngått avtale med Helfo om direkte oppgjør, jf. folketrygdloven § 5-1 fjerde ledd. Helfo er Helsedirektoratets ytre etat og gjennomfører veiledning, saksbehandling, utbetaling og kontroll.

4.2.2 Stønad til tannlegehjelp – folketrygdloven § 5-6

Folketrygdloven § 5-6 gir medlemmer av folketrygden rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom. De stønadsberettigede tilstandene er angitt i forskrift 16. desember 2014 nr. 1702 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, gitt med hjemmel i § 5-6 tredje ledd og § 5-6 a tredje ledd:

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig
4. Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander
5. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve

6. Periodontitt
7. Tannutviklingsforstyrrelser
8. Bittanomalier
9. Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
10. Hyposalivasjon
11. Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer
12. Tannskade ved godkjent yrkesskade
13. Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade
14. Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne
15. Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven.

Den enkelte tannlege eller tannpleier er ansvarlig for å vurdere hvorvidt et medlem/en pasient har krav på stønad etter folketrygdloven, og skal vurdere om behandlingen er innenfor rammene av nødvendig og forsvarlig behandling. Vurderingene må dokumenteres.

I forskriften er Helsedirektoratet gitt myndighet til å gi utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer for hvilke behandlinger og tilstander som omfattes av ordningen. Rundskriv til folketrygdloven § 5-6 gir slike regler.

Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege er begrenset til takster for tannbehandling fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Takstene angir stønadsbeløpet for de ulike undersøkelsene og behandlingene, og omfatter blant annet klinisk undersøkelse, røntgenundersøkelse, forebyggende behandling, konserverende behandling, kirurgisk behandling, protetisk behandling og kjeveortopedisk behandling.

Departementets takster består av honorartakst, refusjonstakst og egenandel i de tilfellene denne er fastsatt. Stønaden gis enten som honorartakst eller refusjonstakst, avhengig av hva som er bestemt under hvert enkelt stønadspunkt i rundskrivet. Honorartakst gir en høyere stønad enn refusjonstakst. Flere av takstene er knyttet opp til bestemte stønadspunkt og kan bare benyttes i sammenheng med disse. For enkelte takster framgår det av merknad at de ikke kan benyttes i sammenheng med visse stønadspunkt. Per 2026 er det 103 takster for tannbehandling. Enkelte takster kan bare utløses av godkjente tannlegespesialister, jf. § 3 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Per 2026 gjelder det for 32 takster.

Utgifter som pasienten har utover departementets fastsatte takster dekkes ikke av folketrygden.

Det foretas årlig en vurdering av behovet for endringer i regelverket, herunder takstbestemmelser og takstbeløp. Arbeidet omfatter innhenting av data om prisvekst og kostnadsutvikling, analyse av utbetalte refusjoner, dialog mellom Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet om utviklingen i utgifter til enkelttakster, samt en begrenset årlig høring mot berørte organisasjoner og institusjoner.

4.2.3 Stønad til tannpleierhjelp – folketrygdloven § 5-6 a

Folketrygdloven § 5-6 a gir medlemmer av folketrygden rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannpleier for sykdom.

Forskriften gitt i medhold av § 5-6 gjelder tilsvarende for tannpleierhjelp, og de samme 15 stønadspunktene og krav gjelder. Rundskrivet til § 5-6 a angir hvilke konkrete takster tannpleier kan benytte, og avgrenser stønadsretten til visse behandlingsformer. Per 2026 kan 8 av 103 takster benyttes av tannpleiere.

4.2.4 Stønad ved yrkesskade – folketrygdloven § 5-25

Folketrygdloven kapittel 13 gir nærmere regler for yrkesskadedekning. § 5-25 gir rett til stønad til dekning av utgifter til helsetjenester ved yrkesskade. Ved godkjent yrkesskade ytes det full dekning for nødvendige utgifter til tannbehandling hos tannlege og tannpleier. Med full dekning menes her stønad etter honorartakster fastsatt av departementet.

Den som blir rammet av en yrkesskade eller likestilt yrkessykdom som går inn under kapittel 13, vil ha rett til ytelser etter § 5-25.

4.2.5 Stønad til helsetjenester i utlandet – folketrygdloven § 5-24

Folketrygdloven § 5-24 første ledd fastsetter at det til et medlem av folketrygden ytes stønad til dekning av nødvendige utgifter til helsetjenester i utlandet etter reglene i folketrygdloven kapittel 5. Utgiftene dekkes i utgangspunktet etter de regler og satser som er fastsatt for helsetjenester som det ytes stønad til i Norge; det vil si med det samme beløpet som i Norge. Det er gitt særregler for dekning av enkelte tjenester, blant annet for sykehusopphold i utlandet.

Stønadsordningen etter folketrygdloven § 5-24 er i sin helhet nasjonale regler som ikke er en del av gjennomføringen av Norges folkerettslige forpliktelser, sml. punkt 4.7.7.

Stønadsordningen gjelder for helsetjenester i utlandet generelt, også utenfor EØS. I praksis får stønadsordningen i hovedsak anvendelse for medlemmer i folketrygden som bor eller oppholder seg over tid i land utenfor EØS. Det ytes som hovedregel ikke stønad etter § 5-24 til personer som er medlemmer i folketrygden som bosatt i Norge og som får behov for helsetjenester under midlertidige utenlandsopphold. Innenfor EØS er det trygdeforordningen og ordningen med europeisk trygdekort som får anvendelse i slike tilfeller, jf. punkt 4.7.7.1.

Enkelte medlemmer i folketrygden og deres familiemedlemmer har rett til utvidet stønad etter § 5-24, jf. forskrift om utvidet stønad til helsetjenester under opphold i utlandet. Dette gjelder blant annet personer som er norske statsborgere og arbeidstakere i den norske stats tjeneste, på norskregistrerte skip eller i norsk sivilt luftfartsselskap, norske statsborgere som er studenter i utlandet og visse grupper av pensjonister. I tillegg omfattes personer som er medlemmer i folketrygden som arbeidstakere i Norge, men som er bosatt i utlandet. Utvidet stønad innebærer blant annet at folketrygden dekker 75 prosent av nødvendige utgifter til tannlegehjelp for sykdom, med unntak for kjeveortopedisk behandling, jf. forskriften § 3.

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-24 er det fastsatt forskrifter om bortfall (avskjæring) av rett til stønad etter denne bestemmelsen for den som i henhold til gjensidighetsavtale med annet land har rett til tilsvarende stønad i avtalelandet. Slike avtaler kan blant annet være EØS-avtalens trygdeforordning og andre bi- og multilaterale avtaler som Norge har inngått med land utenfor EØS. Det er fastsatt unntak fra avskjæring for helsetjenester som er gitt i 14 av EØS-landene. Bakgrunnen for dette unntaket er at nivået og kvaliteten, inkludert pasientsikkerheten, på den offentlige helsetjenesten i de aktuelle landene ikke er vurdert å være tilfredsstillende sett med norske øyne. Det er i slike tilfeller ikke rimelig at medlemmer i folketrygden skal miste rettigheter de har etter nasjonal lovgivning. På den måten kan stønadsordningen etter § 5-24 også komme til anvendelse innenfor EØS.

4.2.6 Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land – folketrygdloven § 5-24 a

Folketrygdloven § 5-24 a første ledd fastsetter at til et medlem av folketrygden ytes det stønad til dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i et annet EØS-land. Det er gitt nærmere bestemmelser om stønadsordningen i forskrift til § 5-24 a. Det ytes blant annet stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som tilsvarer helsetjenester som er refusjonsberettiget i Norge etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a og § 5-25.

Det vises i sin helhet til omtalen i punkt 4.7.7.2.

4.2.7 Egenandelstak og tannbehandling – folketrygdloven § 5-3

Av folketrygdloven § 5-3 fremkommer at Stortinget fastsetter et egenandelstak for helsetjenester. Når et medlem har betalt egenandeler opp til det fastsatte egenandelstaket i løpet av et kalenderår, har medlemmet rett til frikort for helsetjenester. Trygden dekker ytterligere egenandeler resten av kalenderåret. I 2026 er egenandelstaket 3 278 kroner.

Egenandeler for to av de 15 stønadspunktene inngår i frikort for helsetjenester:

5. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve
6. Periodontitt.

Stønadspunkt 6 Periodontitt er inndelt i *a) Behandling av marginal periodontitt og periimplantitt* og *b) Rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt*. Det er kun egenandeler under *a) Behandling av marginal periodontitt og periimplantitt* som inngår i frikort.

Det eventuelle mellomlegget mellom det tannlegen eller tannpleieren krever betaling for, og det beløpet folketrygden dekker (de fastsatte takstene), må pasienten betale selv. Mellomlegget regnes ikke som egenandel etter § 5-3 og teller ikke med i grunnlaget for egenandelstaket. Det gjelder også dersom pasienten har frikort, da må pasienten fortsatt betale det eventuelle mellomlegget.

4.2.8 Stønadsordningens sekundære karakter

Det følger av folketrygdloven § 5-1 tredje ledd at det ikke ytes stønad etter kapittel 5 i den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning. For tannbehandling er dette

særlig relevant i forholdet til tannhelsetjenesteloven. Personer som mottar tannbehandling gjennom den offentlige tannhelsetjenesten, kan ikke samtidig motta stønad fra folketrygden for den samme behandlingen. Det innebærer at i den grad fylkeskommunen dekker utgiftene til tannhelsehjelp, har medlemmet ikke krav på stønad etter reglene i folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6a.

4.2.9 Utbetaling og kontroll

Helfo foretar oppgjør med tannleger og tannpleiere som har direkte oppgjørsavtale, og kontrollerer at oppgjørskrav fra behandlere er korrekte og i samsvar med regelverket.

Helfo gjennomfører kontroller på flere nivåer. Automatiserte kontroller fanger opp åpenbare feil og avvik i oppgjørskravene før utbetaling. I tillegg gjennomfører Helfo etterkontroller av allerede utbetalte oppgjørskrav. Etterkontrollene kan være basert på risikovurderinger, stikkprøver eller konkrete tips om mulig feilpraksis.

Ved etterkontroll kan Helfo innhente dokumentasjon fra behandleren, herunder journaler, røntgenbilder og annen relevant dokumentasjon som underbygger at vilkårene for stønad var oppfylt på behandlingstidspunktet. Behandleren har plikt til å gi Helfo tilgang til nødvendig dokumentasjon.

Dersom kontrollen avdekker at det er utbetalt stønad i strid med regelverket, skal Helfo fatte vedtak om tilbakekreving av feilutbetalt stønad, jf. folketrygdloven § 22-15 a. Tilbakekrevingsvedtak skal rettes mot behandleren som har fremsatt kravet. Helfo kan også fatte vedtak om tap av retten til direkte oppgjør dersom behandleren gjentatte ganger eller grovt har fremsatt urettmessige krav.

4.3 Forholdet til spesialisthelsetjenesteloven

De regionale helseforetakene har ansvaret for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Staten eier de regionale helseforetakene. Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 annet ledd. Begrepet «spesialisthelsetjenester» er ikke nærmere definert i spesialisthelsetjenesteloven. I § 2-1 a gis det en opplisting av enkelte tjenester som regnes som spesialisthelsetjenester. Opplistingen er ikke uttømmende, og også andre tjenester enn de som er uttrykkelig nevnt i bestemmelsen kan inngå i de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar.

I den grad tannhelsehjelp er en nødvendig og integrert del av behandlingen i spesialisthelsetjenesten, vil slik behandling måtte ytes av spesialisthelsetjenesten som del av plikten til å tilby spesialisthelsetjenester. Denne tannhelsehjelpen kan være mer eller mindre omfattende, og av ulik art. Det kan for eksempel være alminnelig tannbehandling i form av infeksjonssanering i munnhulen før kirurgi, eller behandling fra tannlegespesialist i form av protetisk behandling som del av oppfølging etter kreftbehandling. Det må vurderes konkret når tannhelsehjelp utgjør en så integrert del av behandlingen at den

omfattes av det regionale helseforetakets ansvar. Vurderingen er skjønnspreget, og det er risiko for at praksis i hva pasientene tilbys er ulik i ulike deler av landet. Utfallet av vurderingen er imidlertid av stor betydning for den enkelte pasient. Det skyldes at de fleste voksne pasienter ikke har, eller kun har begrensede rettigheter til tannhelsehjelp etter annet regelverk, og dermed selv må betale fullt ut for tannhelsehjelpen dersom den ikke ytes av spesialisthelsetjenesten.

Videre har fylkeskommunen ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det innebærer blant annet å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til «eldre, langtidssyke og uføre i institusjon». Det betyr at fylkeskommunens ansvar for ordinær tannhelsehjelp i prinsippet strekker seg inn i institusjoner underlagt statens ansvar.

Dersom pasienter under innleggelse i sykehus har behov for tannhelsehjelp må det avklares i det enkelte tilfelle om det er tannbehandling som henholdsvis de regionale helseforetakene eller fylkeskommunen har ansvar for. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for tannbehandling når det er en forutsetning for, en integrert del av eller en konsekvens av behandling i spesialisthelsetjenesten, mens fylkeskommunen har ansvar for ordinære tannhelsetjenester til personer i institusjon. Likevel vil det etter departementets erfaring være slik at de fleste opphold i sykehus er av kortere varighet, og at det derfor i praksis ikke oppstår mange tvilstilfeller rundt ansvarsplasseringen.

4.4 Forholdet til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, blant annet ved å tilby helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon, herunder sykehjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 første ledd og 3-2 første ledd nr. 6 a og b. Lovens formål er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne samt sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, jf. § 1-1 nr. 1 og 4.

Med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2 er det gitt forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene mv. («kvalitetsforskriften»). Etter forskriften er kommunen pålagt å utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Dette omfatter blant annet nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. Det innebærer at personellet som til daglig yter omsorgstjenester til brukeren, skal sørge for at det daglige munnrenholdet gjennomføres. De skal også sørge for at brukeren får tilgang til nødvendig tannbehandling, at brukeren får muligheten til å benytte seg av et eventuelt tilbud fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller fra privat tannhelsetjeneste.

4.5 Forholdet til folkehelseloven

Helsefremmende og forebyggende arbeid står sentralt i tannhelsetjenesteloven. Etter tannhelsetjenesteloven har fylkeskommunen et ansvar for folkehelsearbeid knyttet til

tannhelse både overfor befolkningen generelt (befolkningsansvaret) og overfor enkeltpersoner (gruppeansvaret).

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-2 at «fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling». Videre skal fylkeskommunen spre opplysning om, og øke interessen for, hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Dette kan for eksempel være råd om god munnhygiene, balansert kosthold, begrenset sukkerinntak, vann som foretrukket tørstedrikk for å unngå syreskader, bruk av fluorider for å forebygge hull i tennene og røykfrihet. Av de spesielle merknadene til bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-2, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83), går det frem at i tillegg til å forebygge og behandle tannsykdom eller skade, har fylkeskommunens tannhelsetjeneste også som oppgave å påvirke forhold i nærmiljø og samfunn for derved å fremme tannhelsen. Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd første punktum skal den offentlige tannhelsetjenesten organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. I tillegg skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper i befolkningen, jf. § 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til g. Dette gjøres blant annet gjennom regelmessig innkalling til tannhelseundersøkelse og gjennom oppsøkende virksomhet i barnehager, i skoler og på institusjoner.

Bestemmelsene i folkehelseloven kapittel 4 pålegger fylkeskommunen et generelt ansvar for folkehelsearbeid. Av folkehelseloven § 20 første ledd framgår at fylkeskommunen skal fremme befolkningens helse og livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Det følger av § 20 andre ledd at ansvaret skal ivaretas innenfor de oppgavene og med de virkemidlene som fylkeskommunen er tillagt. Fylkeskommunen skal også understøtte folkehelsearbeidet i kommunene i fylket, jf. § 20 femte ledd. Dette innebærer å tilrettelegge og formidle data/kunnskap (folkehelseprofiler og statistikk) til kommunenes eget oversiktsarbeid, bidra med rådgivning, kompetanse og veiledning, samt å fremme nettverk og samarbeid mellom kommuner og andre regionale aktører, som helseforetak, frivillige organisasjoner mv.

Det følger av folkehelseloven § 21 at fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket på populasjonsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.

Videre følger det av folkehelseloven § 21 a at oversikten over fylkets folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens arbeid med regionale planer hvor det skal fastsettes mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte fylkets folkehelseutfordringer. I dette ligger at fylkeskommunen skal integrere folkehelseperspektivet i den regionale planleggingen, og sikre at folkehelseutfordringer i fylket løses på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer («helse i alt vi gjør»).

I praksis vil det ikke alltid gå et klart skille mellom tiltak som følger av henholdsvis folkehelseloven og tannhelsetjenesteloven. De lovpålagte pliktene er dels overlappende, blant annet for å sikre at viktige helseutfordringer møtes i nødvendig grad av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

4.6 Forholdet til sosialtjenesteloven

Den som ikke selv kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad (sosialhjelp), jf. lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) § 18. Retten til økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven gjelder bare i den grad vedkommende ikke har rettigheter etter annen lovgivning, det vil si at den er subsidiær. Retten til økonomisk stønad gjelder uansett årsaken til hjelpebehovet.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har utarbeidet et rundskriv til sosialtjenesteloven, R35-00, hvor det er gitt nærmere retningslinjer om hvordan loven og tilhørende forskrifter skal forstås og praktiseres. Av rundskrivet fremgår det at utgifter til tannbehandling står i en særstilling, da behandlingen i liten grad dekkes av folketrygden eller av andre offentlige ordninger og utføres av det offentlige. Videre presiserer rundskrivet at nødvendig konserverende eller kurativ tannbehandling, som ikke dekkes av andre ordninger, inngår i livsoppholdet etter § 18. Det er nødvendig behandling i tråd med gjeldende faglige og forsvarlige anbefalinger som kan dekkes. Prisforskjellen mellom tannleger kan være store, og stønaden kan beregnes til å dekke et rimelig alternativ. Utgifter til kosmetisk behandling ligger vanligvis utenfor livsoppholdet, men det kan unntaksvis tas hensyn til slike utgifter etter en konkret vurdering.

For å ha rett til stønad til tannbehandling må pasienten oppfylle vilkårene for rett til økonomisk sosialhjelp, det må fremlegges et skriftlig behandlings- og kostnadsoverslag fra tannlege og behandlingen som skal utføres må være nødvendig. Søknaden vurderes av kommunen, og avgjørelse om stønad tas som oftest på bakgrunn av en anbefaling fra en tannlege som er tilknyttet kommunen (rådgivende tannlege). Det må gjøres en individuell vurdering av behovet.

4.7 Forholdet til EØS-retten

4.7.1 Offentlige anskaffelser

Fylkeskommunens avtaler med private virksomheter om å yte offentlig finansierte tannhelsetjenester til befolkningen, skal i utgangspunktet inngås i overensstemmelse med anskaffelsesloven. Det innebærer at avtalene må oppfylle kravene til konkurranse i anskaffelsesforskriften eller konsesjonskontraktforskriften, med mindre avtalene faller utenfor reglenes virkeområde og det derfor er tilstrekkelig å overholde de grunnleggende EØS-rettslige kravene til likebehandling, ikke-diskriminering og gjennomsiktighet mv.

En kontrakt i anskaffelsesrettslig forstand er en gjensidig bebyrdende avtale som en oppdragsgiver inngår skriftlig med en tjenesteyter, jf. anskaffelsesforskriften § 4-1 a.

Normalt legges en kontrakt opp slik at oppdragsgiveren forplikter seg til å yte et pengevederlag mot å få tjenesteytelser tilbake fra tjenesteyteren. I en tjenestekontrakt består vederlaget enten utelukkende av retten til å utnytte tjenestene eller en slik rett sammen med betaling, og driftsrisikoen er overført fra oppdragsgiveren til tjenesteyteren.

Forskriftene kommer til anvendelse når leveransens verdi overstiger såkalte terskelverdier. Det er også forskriftsfestet en rekke unntak hvor forskriftene ikke gjelder. Disse reglene omtales ikke her.

Av særlig betydning for vurderingene i dette høringsnotatet, er at reglene om anskaffelser og tjenestekonsesjoner kun gjelder når det offentlige selv velger hvilke tjenesteytere som kan levere helse- og omsorgstjenester mot betaling. De gjelder ikke når det offentlige utelukkende gir virksomheter som oppfyller bestemte krav til tjenestene rett til betaling for tjenester som brukerne selv har valgt å benytte seg av (fritt valg av tannlege og tannpleier). I slike tilfeller gjelder bare EØS-avtalens grunnleggende prinsipper om likebehandling, ikke-diskriminering og gjennomsiktighet mv., noe som blant annet forutsetter en form for offentliggjøring slik at tjenesteytere kan melde sin interesse. Bakgrunnen for dette er å finne i EU-domstolens saker C-410/14 *Falk Pharma* og C-9/17 *Tirkkonen*. I begge sakene var det tale om et system for levering av tjenester hvor det offentlige inngikk identiske avtaler på forhåndsfastsatte vilkår med alle tjenesteytere som oppfylte minstekravene for å bli godkjent som tjenesteyter. Valget av hvilken tjenesteyter som skulle utføre tjenesten i det enkelte tilfelle var derimot overlatt til brukeren. Se omtale i Prop. 56 L (2014-2015) og Prop. 116 L (2020-2021) punkt 4.4.

4.7.2 Statsstøtte

4.7.2.1 *Oversikt*

EØS-avtalen artikkel 61 (1) oppstiller et forbud mot offentlig støtte (statsstøtte):

> «… støtte gitt av EFs medlemsstater eller EFTA-statene eller støtte gitt av statsmidler i enhver form, som vrir eller truer med å vri konkurransen ved å begunstige enkelte foretak eller produksjonen av enkelte varer, være uforenlig med denne avtales funksjon i den utstrekning støtten påvirker samhandelen mellom avtalepartene.»

Det kan utledes seks vilkår som alle må være oppfylt for at et tiltak skal defineres som offentlig støtte (vilkårene er kumulative):

1. Tiltaket er gitt av offentlige midler som må tilregnes staten ("statsmiddelkriteriet").
2. Tiltaket innebærer at mottakeren oppnår en økonomisk fordel ("fordelskriteriet").
3. Tiltaket er selektivt, f.eks. kun gitt til bestemte foretak ("selektivitetskriteriet").
4. Tiltaket er gitt til en mottaker som driver økonomisk virksomhet ("foretakskriteriet").
5. Tiltaket er egnet til å vri konkurransen ("konkurransevridningskriteriet").
6. Tiltaket er egnet til å påvirke samhandelen innenfor EØS ("samhandelskriteriet").

Dersom alle vilkårene er oppfylt, innebærer EØS-avtalens forpliktelser i utgangspunktet at tiltaket ikke lovlig kan iverksettes med mindre støttetiltaket på forhånd er notifisert til og

godkjent av EFTAs overvåkningsorgan (ESA). Dersom et av vilkårene ikke er oppfylt, er ikke tiltaket eller tilskuddet offentlig støtte. Vilkårenes innhold utdypes nedenfor.

Når vilkårene for at det foreligger statsstøtte etter EØS-avtalens artikkel 61(1) er oppfylt, må det undersøkes om noen unntaksbestemmelser kommer til anvendelse slik at støtten kan gis som lovlig statsstøtte.

EØS-avtalen artikkel 59 nr. 2 åpner for at forbudet mot offentlig støtte kan fravikes dersom det er nødvendig for å få utført oppgaver av allmenn økonomisk betydning (SGEI). Tjenester av allmenn økonomisk betydning kan defineres som visse økonomiske tjenester som myndighetene anser som særlig viktige for innbyggerne og som ikke vil bli levert på en tilfredsstillende måte av markedet alene. Det offentlige kan ha ønske om å tilby en annen type tjeneste, tjenester av et annet omfang eller til en annen pris eller kvalitet. For å oppnå disse behovene kan myndighetene pålegge foretak visse forpliktelser mot kompensasjon. Finansiering av tjenester av allmenn økonomisk betydning kan for det første innrettes etter de såkalte Altmark-vilkårene, fastlagt i rettspraksis, slik at vilkåret om økonomisk fordel ikke anses oppfylt. Det forutsetter at foretakene enten er valgt ved en offentlig anskaffelsesprosedyre eller på grunnlag av en analyse av omkostningene hos et sammenlignbart veldrevet foretak. Tjenestene kan også lovlig finansieres selv om kompensasjonen anses som statsstøtte etter EØS-avtalen artikkel 61 nr. 1, enten etter notifikasjon til ESA, gruppeunntak for tjenester av allmenn økonomisk betydning eller regelverket for bagatellmessig tilskudd. [15]

Såkalt bagatellmessig støtte kan normalt utgjøre inntil 300 000 euro til et foretak over en flytende tre års periode, men inntil 750 000 euro til foretak som leverer tjenester av allmenn økonomisk betydning (SGEI). Reglene for bagatellmessig støtte finnes i Kommisjonsforordning 2023/2831 og Kommisjonsforordning 2023/2832, som er tatt inn i norsk rett gjennom lov 4. mars 2022 nr. 7 om saksbehandlingsregler i saker om offentlig støtte § 2. Det er stilt krav til prosedyrer og saksbehandling. Tildelingene skal registreres i Støtteregisteret.

4.7.2.2 *Statsmiddel*

EØS-avtalen artikkel 61(1) gjelder kun støtte som er gitt av staten eller av statsmidler. Begrepet «staten» tolkes vidt og omfatter både sentrale, regionale og lokale myndigheter, samt foretak som kvalifiseres som offentlige. EU-domstolen har slått fast at støtten enten direkte, indirekte eller potensielt må belaste offentlige budsjetter i form av utgifter eller reduserte inntekter. Både direkte tilskudd til foretak og fritak fra økonomiske byrder vil normalt stamme fra statsmidler.[16]

[15] Se Nærings- og fiskeridepartementets veiledning på regjeringen.no om støtte til tjenester av allmenn økonomisk betydning (SGEI).

[16] Se NFDs veileder om offentlig støtte punkt 15.2.

4.7.2.3 *Økonomisk fordel*

EØS-avtalen artikkel 61 omfatter støtte gitt i «enhver form». Støttebegrepet tolkes vidt og omfatter i utgangspunktet alle økonomiske fordeler som tilfaller mottakeren og som denne ikke ville ha oppnådd på normale markedsmessige vilkår.

Offentlig støtte kan også gi fordeler til andre enn den som direkte mottar støtten. Det vil ifølge Kommisjonens veiledning foreligge en relevant *indirekte økonomisk fordel* der den påregnelige økonomiske effekten av tiltaket kanaliseres mot bestemte foretak eller grupper av foretak. Dette er tilfellet blant annet der den direkte støtten til forbrukere gis på vilkår om at det kjøpes tjenester eller varer fra bestemte virksomheter. Et eksempel er støtte til de som vil bytte ut forurensende oppvarmingskilder. ESA konkluderte med at støtten til forbrukerne utgjorde en indirekte fordel for produsentene av varmepumper og pelletsovner fordi disse gjennom tilskuddene til kjøperne ville øke salget av sine produkter. Andre eksempler på støtte som ESA har regnet som indirekte støtte er skattefritak for forbrukere ved kjøp av elbil og nullmoms for elektroniske nyhetstjenester.[17]

Spørsmålet om økonomisk fordel kommer først og fremst på spissen i saker der det inngås en kontrakt mellom det offentlige og private parter om utveksling av ytelser, enten der offentlige aktører inngår avtaler og andre transaksjoner i et marked eller ved det offentliges kjøp av såkalte tjenester av allmenn økonomisk betydning.

Når det offentlige inngår avtaler med private, må det vurderes nærmere om det offentliges aktiviteter faller inn under det såkalte markedsaktørprinsippet. Da må man vurdere nærmere om kontrakten er gjensidig bebyrdende og balansert i den forstand at det offentliges transaksjoner og ytelser er markedsmessige. Det skal ikke betales mer enn det sammenlignbare kunder betaler for samme tjeneste. Markedspris kan normalt fastsettes ved bruk av anbudskonkurranse som er åpen, transparent, ikke-diskriminerende og uforbeholden.[18]

Når det offentlige gir kompensasjon for utførelse av pålagte tjenester av allmenn økonomisk betydning, vil det, ifølge sak C-280/00 Altmark, ikke foreligge en økonomisk fordel for den som utfører tjenestene hvis følgende fire vilkår er oppfylt:

1. Foretaket er pålagt en tjeneste av allmenn økonomisk betydning, og disse forpliktelsene er klart definert.
2. Kriteriene for beregningen av kompensasjonen er fastlagt på forhånd på en objektiv og gjennomsiktig måte.
3. Kompensasjonen overstiger ikke utgiftene til oppfyllelsen av forpliktelsene.

[17] Se Kommisjonens Notice on the Notion of State aid (NoA) av 19. juli 2016 punkt 4.3 og NFDs veileder om offentlig støtte punkt 15.3.2.

[18] Se NFDs veileder om offentlig støtte punkter 15.3 og 24.5.4.

4. Kompensasjonens størrelse bestemmes enten etter en offentlig anskaffelsesprosedyre eller på grunnlag av en analyse av omkostningene hos et sammenlignbart veldrevet foretak.

Når det offentlige selv selger tjenester i et marked, må kryssubsidiering av de økonomiske aktivitetene forhindres. Det krever blant annet innføring av separate regnskaper mellom ikke-økonomisk aktivitet og økonomisk aktivitet, eller utskilling av den økonomiske aktiviteten i et eget rettssubjekt. Det må også undersøkes om det offentlige har andre økonomiske fordeler, som ikke avhjelpes ved tiltakene mot kryssubsidiering, og som i så fall må nøytraliseres på annen måte.

4.7.2.4 *Økonomisk aktivitet – foretaksbegrepet*

EØS-retten skiller mellom å utøve økonomisk aktivitet og å tilby sosiale funksjoner til sine borgere. Finansiering av økonomisk aktivitet kan rammes av statsstøtteregelverk, mens finansiering av sosiale funksjoner ikke gjør det. EØS-retten gir grunnlag for å oppstille to kumulative vilkår for når helse- og omsorgstjenester ikke skal regnes som økonomisk aktivitet, men som et tilbud som det offentlige gir for å ivareta befolkningens behov:[19] For det første skal tilbudet ha et sosialt formål og være en del av et offentlig helsetjenestesystem som er basert på prinsippene om solidaritet og universalitet. For det andre skal tilbudet være helt eller i hovedsak finansiert av offentlige midler.

Hvor stor andel av kostnadene pasienten dekker er et moment i vurderingen. Hvis staten tilbyr tannhelsetjenester kostnadsfritt, vil det normalt være tale om en sosial funksjon. Risikoen for å bryte statsstøtteregelverket øker desto mer av utgiftene pasientene selv dekker. Det er klart at aktiviteter der egenbetalingen utgjør mer enn 50 prosent ikke oppfyller kravet til at tilbudet «i hovedsak» skal være finansiert av det offentlige, og at aktiviteten da anses som økonomisk. Det er ut over dette rettslig uavklart hvor høy egenbetalingen kan være før et tilbud anses som økonomisk aktivitet. En høy grad av egenbetaling taler for at det offentliges formål ikke er å oppfylle sine offentlige forsyningsforpliktelser, men å drive med økonomisk aktivitet. Ved innretningen av finansieringen av den offentlige tannhelsetjenestens tilbud til personer mellom 21 og 24 år, har departementet lagt til grunn at en egenandel på 25 prosent ikke vil gjøre tilbudet til en økonomisk aktivitet.[20]

Departementet legger til grunn at det ikke er avgjørende for vurderingen av økonomisk aktivitet om tilbudet ytes av offentlige organer, offentlig eide virksomheter eller private virksomheter.[21] Det avgjørende er organiseringen og finansieringen av det tilbudet som

[19] Se Kommisjonens Notice on the Notion of State aid (NoA) av 19. juli 2016 punkt 2.4, avsnitt 24. Se ESAs vedtak i sak 113/14/COL om formålstjenelige tiltak for tannhelsetjenester avsnitt 19 og 20.

[20] Se høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 12. juni 2023 om endringar i lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) og enkelte tilhøyrande forskrifter, punkt 4.1.2.

[21] Se blant annet sak C-74/16 Congregación, premiss 42.

pasientene mottar, ikke avtaleforholdet mellom det offentlige og en privat tjenestetilbyder.[22]

4.7.2.5 *Selektivitet*

EØS-avtalens regler om offentlig støtte gjelder bare tiltak som favoriserer enkelte foretak, vare- og tjenestegrener, sektorer eller regioner. Dette omtales som selektivitetskriteriet.

Selektive tiltak kjennetegnes ofte ved at tildelingen av økonomisk støtte krever oppfyllelse av kriterier som ikke alle foretak kan oppfylle. Det kan være vilkår om lokalisering, produksjonsprosesser, størrelse på foretaket eller annet som bidrar til å skille ut eventuelle støttemottakere. Støtteordninger som i utgangspunktet er åpne for alle, og som baserer seg på objektive, ikke-diskriminerende og etterprøvbare kriterier, vil normalt ikke favorisere enkelte foretak og derfor ikke være selektive. Generelle tiltak er eksempelvis infrastruktur og skatteordninger som behandler alle likt. Dersom det er en grad av diskresjon/skjønnsfrihet ved støttetildelingen kan dette likevel tale for at tiltaket rent faktisk ikke er generelt, selv om ordningen tilsynelatende er generelt utformet. Dette gjelder også der en fordelaktig ordning i praksis bare kan benyttes av enkelte foretak. Det er altså tiltakets faktiske effekt som er avgjørende for om tiltaket kan anses for å være av generell karakter.[23]

Domstolen har på generelt grunnlag presisert at støtte bare er selektiv hvis den gir en økonomisk fordel til enkelte virksomheter blant alle de virksomhetene, enten de er i samme eller ulike sektorer, som med hensyn til formålet med støtteordningen befinner seg i samme faktiske og rettslige situasjon.[24] Vurdering av selektivitet forutsetter derfor tre trinn: For det første identifisering av formålet med tiltaket; for det andre identifisering av alle foretak som er i en sammenlignbar situasjon, sett i lys av formålet med tiltaket; og for det tredje forskjellsbehandling eller utelukkelse av noen av de sammenlignbare foretakene fra fordelene som det aktuelle tiltaket gir.[25]

4.7.2.6 *Konkurransevridning*

Støtte rettet til en bedrift eller en sektor vil i utgangspunktet påvirke konkurransen fordi bedriftene vil oppnå en konkurransemessig fordel i forhold til sine konkurrenter. Rettspraksis viser at det skal lite til før en anser et støttetiltak for å vri eller true med å vri konkurransen. Når det foreligger en økonomisk fordel for visse tjenestetilbydere, skal det lite til for at denne fordelen vrir konkurransen. Det er tilstrekkelig at tiltaket truer med å vri konkurransen, en faktisk konkurransevridning er ikke nødvendig. I praksis vurderes kriteriet samlet med kriteriet om påvirkning av samhandelen.[26]

---

[22] Se omtale i NOU 2020: 13 Private aktører i velferdsstaten punkt 6.5.2.3.

[23] Se NFDs veileder om offentlig støtte punkt 15.4.1.

[24] Se sak C-693/21 EDP Espana om støtte til kullkraftverk, premiss 71.

[25] Se artikkelen «Selectivity», 2. januar 2024 i State Aid Uncovered.

[26] Se NFDs veileder om offentlig støtte punkt 15.5.

Støtte inntil 300 000 euro per foretak som oppfyller vilkårene for bagatellmessig støtte i Kommisjonsforordning 2023/2831, er så liten at den ikke regnes for å påvirke konkurransen eller handelen mellom EØS-land.

4.7.2.7 *Samhandelspåvirkning*

Samhandelen i EØS kan påvirkes på ulike måter av en økonomisk fordel som vrir eller truer med å vri konkurransen, for eksempel ved at det blir mindre attraktivt å reise til naboland for å få tjenesten, at det blir mer attraktivt å motta tjenesten i Norge eller at det blir mindre attraktivt å etablere seg i Norge.

Terskelen for når man mener at samhandelen påvirkes i EØS-rettslig forstand er i rettspraksis fra EU-domstolen lav. Forvaltningspraksis fra EU-kommisjonen har i senere år lagt en noe høyre terskel til grunn for når det kan anses at samhandelsvilkåret er oppfylt. ESA har gitt retningslinjer for vurderingen av samhandelspåvirkning:[27] Det er i utgangspunktet tilstrekkelig at det kan antas at støtte av statsmidler styrker en virksomhets stiling sammenlignet med andre konkurrerende virksomheter innenfor EØS. Påvirkningen på samhandelen kan likevel ikke være helt hypotetisk. EU-kommisjonen og ESA har i en rekke avgjørelser siden 2014 ut fra sakenes spesielle omstendigheter funnet at tilskuddet har kun lokal effekt og dermed ikke påvirket samhandelen i EØS. Vedtakene illustrerer at man i statsstøtterettslige vurderinger av om samhandelsvilkåret er oppfylt gjerne skiller mellom spesialiserte helsetjenester, som kan utløse pasientmobilitet (for eksempel pga. forskjeller i kvalitet) og standard helsetjenester der formålet er å gi et tilbud til lokalbefolkningen.

Samhandelskriteriet egner seg først og fremst til å vurdere tilskudd og finansiering av enkeltstående eller på annen måte geografisk og aktivitetsmessig klart avgrensede virksomheter. Det uklare rettskildebildet, variasjon i faktiske markedsforhold i ulike deler av landet, store kostnadsforskjeller og muligheten for endringer i den faktiske samhandelspåvirkningen over tid, innebærer at det er vanskelig å basere finansieringsordninger med nasjonalt virkeområde på vurderinger av hvordan samhandelen påvirkes.

4.7.3 Fylkeskommunens adgang til å yte kommersielle tannhelsetjenester

Voksne over 28 år som ikke omfattes av noen av persongruppene som er listet opp i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til g eller som er omfattet av vedtak fra fylkeskommunen etter andre ledd, faller i utgangspunktet utenfor fylkeskommunens ansvar. Voksne som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, er i hovedsak henvist til å oppsøke private tannleger og må selv dekke behandlingsutgiftene basert på tannlegens frie prissetting. Voksne som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, kan ha rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier, men da begrenset til visse sykdommer og medisinske tilstander. Se nærmere om dette i punkt 4.2.

[27] ESAs retningslinjer om begrepet statsstøtte (2017), punkt 6.3.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd første punktum at i tillegg til de prioriterte oppgavene (å sørge for et tjenestetilbud til de bestemte persongruppene som nevnt i første ledd), kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser. Ved ledig kapasitet kan fylkeskommunen yte tjenester mot betaling til pasienter som ikke omfattes av persongruppene som nevnt i første ledd, eller tjenester til pasienter innenfor persongruppene som ikke ytes vederlagsfritt eller mot en begrenset egenandel. Dette gjelder for eksempel kjeveortopedi, hvor fylkeskommunen kan kreve fullt vederlag av alle grupper av befolkningen.

Fylkeskommunen kan altså velge å yte tjenester mot betaling fra pasienter, på like vilkår som private tannlegevirksomheter (kommersielle tannhelsetjenester). Det innebærer blant annet at det må føres separate regnskaper for den økonomiske aktiviteten, med fordeling av inntekter og kostnader, og at fylkeskommunen må stille krav om en rimelig kapitalavkastning.

Når fylkeskommunen som markedsaktør handler på samme måte som en sammenlignbar, rasjonell og profittorientert privat aktør ville ha gjort under lignende omstendigheter i markedet, utfører fylkeskommunen en vanlig markedstransaksjon. Den aktuelle virksomheten (de offentlige tannklinikkene) mottar da ikke en økonomisk fordel den ikke ville ha oppnådd under normale markedsforhold. Siden mottakelsen av en økonomisk fordel er ett av seks kumulative vilkår for støttebegrepet etter EØS-avtalen artikkel 61 nr.1, vil dermed ikke tilbudet utgjøre offentlig støtte.

Med hjemmel i tannhelsetjenesteloven § 5-3 er det gitt forskrift om føring av atskilte regnskaper, blant annet med det formål å sikre at det offentlige tjenestetilbudet ikke subsidierer et kommersielt tjenestetilbud. Forskriften gjengir krav som følger av EØS-avtalens regler om offentlig støtte ved føring av atskilte regnskaper for de forskjellige delene av fylkeskommunenes tannhelsevirksomhet og ved allokering av kostnader og inntekter i den forbindelse. For kommersielle tannhelsetjenester stiller forskriften også krav om rimelig kapitalavkastning som følger av statsstøtterettens markedsaktørprinsipp. Se nærmere om krav til føring av separate regnskaper i punkt 4.7.5.

4.7.4 Særlig om fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester av allmenn økonomisk betydning til voksne over 28 år

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd andre punktum gir departementet hjemmel til å forskriftsfeste en særlig plikt for fylkeskommunen til å sørge for å tilby tannhelsetjenester til voksne pasienter mot betaling, i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud. Departementet kan også fastsette forskrift om pliktens varighet og geografiske omfang. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens generelle ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for hele befolkningen. Bestemmelsen er en presisering av det samfunnsoppdraget som fylkeskommunen er tillagt gjennom tilgjengelighetsansvaret, samt en tilpasning til det som følger av EØS-retten. I Prop. 16 L (2014-2015) *Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå kryssubsidiering),* uttaler departementet blant annet i punkt 1:

> «Dette er gjerne tynt befolkede områder hvor det er særskilt behov for et offentlig tannhelsetilbud som følge av mangel på private tjenesteytere eller manglende behandlingskapasitet hos de få som finnes. Fraværet av konkurranse fra private tjenesteytere betyr normalt at det ikke vil være et fungerende marked for tannhelsetjenester i slike områder. Bestemmelsen i § 1-3 klargjør fylkeskommunens ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til den voksne delen av befolkningen i distriktene. Forslaget omfatter behandling som tilbys voksne personer som ikke har rett til helt eller delvis vederlagsfrie tannhelsetjenester. Forslaget til § 1-3 innebærer at det i områder uten et fungerende marked vil være adgang til å yte offentlig subsidierte tjenester til betalende pasienter uten å komme i konflikt med EØS-avtalens forbud mot statsstøtte.»

Om plikten og behovet for lovfesting av denne, uttaler departementet blant annet i punkt 6.3.3 i proposisjonen:

> «I lys av statsstøtteregelverket og ESAs avgjørelse ser departementet imidlertid behov for å presisere at fylkeskommunen også skal sørge for at det tilbys tjenester til voksne som ikke er omfattet av de lovpålagte gruppene. Denne plikten vil være begrenset til å gjelde tynt befolkede utkantområder hvor det kan være et reelt behov for offentlige tannhelsetjenester til voksne som følge av mangel på private tjenesteytere. Offentlig subsidierte tjenester kan være et nødvendig virkemiddel for at hele befolkningen skal være sikret mest mulig lik tilgang på tannhelsetjenester til en rimelig pris. Slik tjenesteyting utgjør en naturlig del av fylkeskommunens kjerneoppgaver sett på bakgrunn av ansvaret for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester til alle innbyggere som bor eller oppholder seg innenfor fylkesgrensene. For at finansieringen av disse tjenestene skal kunne unntas fra statsstøtteforbudet i henhold til bestemmelsen i EØS-avtalen artikkel 59 (2), må fylkeskommunen være betrodd med et klart definert tjenesteoppdrag på vegne av det offentlige, det vil si «a clearly defined public service obligation». Denne tjenesteforpliktelsen må være rettslig forankret i en «entrustment act» som en del av nasjonal rett.»

Tjenestene tilbys mot full eller tilnærmet full pasientbetaling og kategoriseres EØS-rettslig som «tjenester av allmenn økonomisk betydning». Fylkeskommunen kan dekke de kostnadene ved tilbudet som ikke dekkes av pasientbetalingen, i tråd med reglene om kompensasjon til foretak som er tillagt oppgaven å utføre tjenester av allmenn økonomisk betydning, se forskrift 2. januar 2023 nr. 2 om unntak fra notifikasjonsplikt for offentlig støtte § 3.

Det er gitt nærmere bestemmelser om plikten til å yte slike tjenester i forskrift om føring av atskilte regnskaper, samt veiledning i departementets rundskriv I-6/2024. Det følger av forskriften § 4 at fylkeskommunen skal tilby nødvendige tannhelsetjenester av allmenn økonomisk betydning i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud fra private tjenesteytere, det vil si områder hvor det ikke er et fungerende marked. Fylkeskommunen bestemmer selv i hvilke områder det kan ytes subsidierte tjenester. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på befolkningstetthet og tjenestebehov, tilgjengelighet til private tannhelsetilbud, reiseavstand til nærmeste behandlingstilbud og hensynet til hensiktsmessig klinikkdrift.

4.7.5 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv.

Som nevnt under i punkt 4.7.3 er det i tannhelsetjenesteloven § 5-3 en bestemmelse som omhandler plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. Bestemmelsen er utformet som en

fullmaktsbestemmelse som gir departementet hjemmel til å gi forskrift om føring av separate regnskaper, krav til fordeling av inntekter og utgifter, regulering av overskudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendige for å unngå kryssubsidiering mellom tannhelsetjenester som fylkeskommunen tilbyr der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere. Det er gitt utfyllende regler i forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

Formålet med disse reglene er å pålegge fylkeskommunen plikt til å iverksette tiltak for å unngå mulig kryssubsidiering mellom de forskjellige delene av fylkeskommunenes tannhelsevirksomhet (ikke-økonomiske tjenester som ytes til bestemte persongrupper vederlagsfritt eller mot en begrenset egenandel, tjenester av allmenn økonomisk betydning - SGEI og andre kommersielle tannhelsetjenester), samt å fastsette andre rammer for organiseringen av fylkeskommunenes tannhelsevirksomhet som er i samsvar med EØS-avtalens regler om offentlig støtte, jf. EU-kommisjonens beslutning av 20. desember 2011 (2012/21/EU).

Lovendringene er nærmere omtalt i Prop. 16 L (2014–2015). I departementets rundskriv I-6/2024 til landets fylkeskommuner av 20. januar 2025, har departementet gitt nærmere veiledning til praktiseringen av bestemmelsene i forskriften om krav til føring av atskilte regnskaper.

4.7.6 Retten til fri bevegelse og etableringsfrihet

Det følger av EØS-avtalen en rett til fri bevegelse av personer, tjenester, kapital og tjenester. Retten til fri bevegelse omfatter også regler om etableringsrett. EØS-avtalen artikkel 31 slår fast at det ikke skal være noen restriksjoner på etableringsadgangen. Retten gjelder både for fysiske personer og for selskaper. Bestemmelsen om etableringsfrihet forutsetter et grensekryssende element; bare foretak med tilstrekkelig tilknytning til en annen EØS-stat kan påberope seg vernet. Nært forbundet med retten til etablering, er retten etter EØS-avtalen artikkel 40 til å investere i virksomhet i Norge. Det innebærer at tiltak som er egnet til å hindre eller gjøre det mindre attraktivt å investere i virksomhet i Norge, som et utgangspunkt ikke er tillatt.

I praksis anses tiltak som kan hindre eller gjøre det mindre attraktivt å etablere seg som restriksjoner, også uten diskriminering; blant annet er eierbegrensninger, begrensninger i antall virksomheter og visse lokaliseringsforbud vurdert som restriksjoner. Krav om forhåndsgodkjenning eller tillatelse for å etablere virksomhet vil som hovedregel være en restriksjon.

For at et tiltak som krav om godkjenning skal være forholdsmessig, må det være begrunnet i tvingende allmenne hensyn, egnet til å virkeliggjøre de formålene det forfølger og ikke gå lenger enn nødvendig for å oppnå dette. Folkehelse er et traktatfestet hensyn. Etableringskontroll som har til formål å sikre at virksomhetene kan yte forsvarlige helsetjenester vil kunne være begrunnet i hensynet til folkehelsen. Rettspraksis aksepterer også tiltak for å sikre et godt og tilgjengelig helsetilbud og for å motvirke ineffektiv ressursbruk eller vern mot alvorlige inngrep i trygdeordningens økonomiske likevekt.

Forhåndskontroll må bygge på objektive, ikke-diskriminerende og forhåndskjente kriterier, med tilgjengelige saksbehandlingsregler, behandling innen rimelig tid og adgang til rettslig overprøving. Se nærmere omtale i Prop. 114 L (2024-2025) punkt 3.7.

4.7.7 Rettigheter til tannbehandling i andre EØS-land

4.7.7.1 Forordning 883/2004 om koordinering av trygdeordninger (trygdeforordningen)

Forholdet mellom folketrygdloven kapittel 5, helselovgivningen og EØS-avtalens trygdeforordning er omtalt i punkt 4 i Prop. 71 L (2021-2022) *Endringer i folketrygdloven mv. (synliggjøring av folkerettslige forpliktelser til trygdekoordinering).* Nedenfor gjengis kun hovedinnholdet.

Trygdeforordningen regulerer blant annet rettigheter til helsetjenester for EØS-borgere som er omfattet av en EØS-stats trygdeordning under opphold, arbeid og bosetting i andre EØS-stater. Grunnlaget for forordningen er EØS-avtalen artikkel 28 om fri bevegelighet for arbeidstakere. Forordningen får anvendelse også for ikke-yrkesaktive, som for eksempel studenter og pensjonister.

Forordningen omfatter all lovgivning om trygd som gjelder ytelser ved sykdom. Stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5, herunder §§ 5-6 om stønad ved tannlegehjelp og § 5-6 a om stønad ved tannpleierhjelp, faller dermed inn under forordningens saklige virkeområde i artikkel 3. Dette fremgår også direkte av folketrygdloven § 5-1 a, hvor det heter at stønad ved helsetjenester er ytelser ved sykdom etter trygdeforordningen.

Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester som er en del av kommunenes, fylkeskommunenes og de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, regnes i hovedsak også som ytelser ved sykdom etter trygdeforordningen og klassifiseres som naturalytelser. Tjenester etter disse lovene er omfattet av Norges erklæring om lovgivning som omfattes av det materielle virkeområdet for trygdeforordningen og som Norge plikter å sende inn til EFTAs overvåkingsorgan (ESA). Trygdeforordningen har dermed ikke bare betydning for helsetjenester som omfattes av folketrygdens stønadsordninger, men også for tjenester som omfattes av helselovgivningen.

Trygdeforordningen og tilhørende gjennomføringsforordning 987/2009 er gjennomført i norsk rett og gjelder som lov, jf. folketrygdloven § 1-3 a første ledd. Bestemmelsen i § 1-3 a andre ledd inneholder en forrangsregel som innebærer at bestemmelser som er gitt i eller i medhold av folketrygdloven, skal fravikes i den utstrekning det er nødvendig for å overholde folkerettslige forpliktelser som følger av forordningene. Det er inntatt likelydende forrangsregler (folkerettsmarkører) i de enkelte stønadskapitlene i folketrygdloven, herunder i kapittel 5 om stønad ved helsetjenester, samt i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-3, tannhelsetjenesteloven § 1-8, spesialisthelsetjenesteloven § 1-3 og pasient- og brukerrettighetsloven §1-4.

Betydningen av lovvalg

Trygdeforordningen har regler om lovvalg som peker ut hvilket land den enkelte skal ha sin trygdetilknytning til. Prinsippet er at en person bare skal ha trygdetilknytning til én EØS-stat. Forordningen harmoniserer i all hovedsak ikke innholdet i de enkelte landenes lovgivning, men gir koordineringsregler om hvilket lands nasjonale regler som skal få anvendelse når det gjelder rettigheter til helsetjenester i ulike grensekryssende situasjoner.

Lovvalgsreglene og klassifiseringen av helsetjenester som naturalytelser, innebærer blant annet at helsetjenester som hovedregel skal gis av oppholdsstaten etter denne statens nasjonale lovgivning, men for den kompetente statens regning. Trygdeforordningen har dermed betydning både for rettigheter til helsetjenester og utgiftsdekningen av den aktuelle helsehjelpen.

Den kompetente staten vil vanligvis være den staten man er trygdedekket i, for eksempel som medlem i folketrygden. EØS-borgere som er bosatt i en EØS-stat, men som arbeider i en annet EØS-stat, skal vanligvis være omfattet av arbeidslandets lovgivning (lex loci laboris). Det vil i praksis være lovgivningen i det landet man mottar den aktuelle behandlingen i som avgjør hvilke helsetjenester man konkret har krav på og hvilke egenandeler mv. man må betale. EØS-borgere, herunder norske borgere, som mottar pensjon fra Norge og som er bosatt i en annen EØS-stat enn Norge, har som hovedregel rett til helsetjenester i bostedsstaten etter denne statens lovgivning, men for Norges regning. Kompetent stat er i disse tilfellene den staten som utbetaler pensjonen. Dette gjelder selv om pensjonisten som følge av flyttingen ikke lenger er medlem i folketrygden, men i stedet blir omfattet av trygdeordningen i bostedsstaten. Ikke-yrkesaktive personer skal som hovedregel være omfattet av bostedsstatens lovgivning (lex loci domicilis).

Betydningen av likebehandling

Trygdeforordningen artikkel 4 inneholder et forbud mot å forskjellsbehandle EØS-borgere basert på nasjonalitet. Prinsippet om likebehandling innebærer blant annet at norske statsborgere ikke kan avkreves høyere egenandeler for helsetjenester mottatt i andre EØS-stater enn oppholdsstatens egne borgere som er omfattet av trygdeforordningen.

Rett til helsetjenester under midlertidig opphold i en annen EØS-stat enn den kompetente staten

Artikkel 19 gir EØS-borgere som er omfattet av trygdeordningen i en EØS-stat, rett til helsetjenester som blir nødvendige under midlertidig opphold i en annen EØS-stat. Retten til tjenester må dokumenteres ved å fremlegge europeisk helsetrygdkort som utstedes av den kompetente staten; i Norge av Helfo. Ved vurderingen av hva som anses som «nødvendige helsetjenester», må man ta i betraktning helsehjelpens art og hvor lenge oppholdet er forventet å vare. Formålet er å sikre den frie personbevegeligheten ved at vedkommende ikke skal måtte avbryte oppholdet og dra hjem før planlagt tid for å få nødvendig behandling. Hvilken type helsehjelp som anses nødvendig i det enkelte tilfellet, avgjøres av behandlingsstaten etter denne statens nasjonale lovgivning. Artikkel 19

omfatter ikke tilfeller der en EØS-borger reiser til en annen EØS-stat med det formål å motta planlagt behandling. Dette reguleres av artikkel 20.

Reise til en annen EØS-stat enn den kompetente staten med det formål å motta helsetjenester under oppholdet (planlagt behandling)

Artikkel 20 gir på visse vilkår rett til å få innvilget tillatelse fra den kompetente staten for å reise til en annen EØS-stat for å motta planlagt behandling. I Norge fremsettes søknad om slik tillatelse for Helfo. Søknaden bør fremsettes før avreisen og senest før den aktuelle behandlingen starter. Det er imidlertid ikke et absolutt vilkår om at slik tillatelse foreligger på forhånd, og i henhold til EU-domstolens praksis kan ikke en søknad avslås med den begrunnelse at den er fremsatt etter at den planlagte behandlingen er utført. Det er et vilkår for tillatelse etter artikkel 20 at det i den kompetente staten finnes et godkjent behandlingstilbud som tilsvarer den omsøkte behandlingen. Videre er det et vilkår at den aktuelle behandlingen ikke kan gis i den kompetente staten innen medisinsk forsvarlig ventetid, sett hen til pasientens helsetilstand og det sannsynlige sykdomsforløpet. I tillegg må den aktuelle behandleren eller helseinstitusjonen være tilknyttet den offentlige helsetjenesten i behandlingsstaten.

Refusjonsoppgjør mellom behandlingsstaten og den kompetente staten

Pasienten betaler eventuelle egenandeler for behandlingen direkte til tjenesteyter i behandlingsstaten i henhold til behandlingsstatens nasjonale lovgivning. Trygdeforordningen har regler om etterfølgende refusjonsoppgjør på landnivå mellom behandlingsstaten og den kompetente staten. To eller flere stater kan i stedet avtale refusjonsavkall, noe som innebærer at hvert land dekker egne utgifter til behandling av det andre landets borgere. Se her omtale av Nordisk konvensjon om trygd i punkt 3.4.

4.7.7.2 Direktiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester (pasientrettighetsdirektivet)

Norges EØS-rettslige forpliktelser innebærer at pasienter på gitte vilkår kan oppsøke helsehjelp i andre EØS-land og få refusjon for utgifter dersom refusjonsvilkårene er oppfylt, uten krav om forhåndsgodkjenning fra norske myndigheter. Når EØS-landene utformer sine helsetjenester, må de holde seg innenfor grensene som EØS-avtalen setter. Når det gjelder fri bevegelighet av tjenester, må reglene utformes slik at de ikke kommer i strid med i EØS-avtalen artikkel 36, jf. EU-traktaten (TEUV) artikkel 56. For helsetjenester følger det av praksis fra EU-domstolen og EFTA-domstolen at det vil utgjøre en restriksjon dersom den nasjonale regelen gjør det vanskeligere å yte tjenester over landegrensene mellom EØS-landene enn å yte tjenester internt i et land. Tilsvarende gjelder dersom regelen gjør det vanskeligere for pasienter å motta tjenester i et annet EØS-land enn i hjemlandet.

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-24 a er det fastsatt forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i et annet EØS-land. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2011. Det ble dermed etablert en ny refusjonsordning for utgifter som pasienter har hatt til helsehjelp i andre land innenfor EØS. Formålet med ordningen

var å gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelpen i Norge eller i andre EØS-land. Det vises til omtale i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) *Om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land).*

Bakgrunnen for innføringen av den nye stønadsordningen var at EU-domstolen gjennom en rekke avgjørelser fra slutten av 1990-tallet hadde slått fast at prinsippet i EU-traktaten (TEUV) artikkel 56 til 62 om fri bevegelighet for tjenester gjelder for helsetjenester, og at det også medfører rettigheter for pasienter som tjenestemottakere. Det vises blant annet til domstolens avgjørelse fra 1998 i sak C-158/96 *Kohll*. Saken gjaldt en person bosatt i Luxembourg som fikk avslag på søknad om å få refundert utgifter til spesialisert tannbehandling for datteren i Tyskland, som følge av at vedkommende ikke i forkant hadde innhentet tillatelse til behandlingen fra myndighetene i bostedslandet. EU-domstolen slo fast at helsetjenester, herunder tannhelsetjenester, må regnes som en «tjeneste» i traktatens forstand. Domstolen kom til at nasjonale regler som krever forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til behandling i andre land kan være en restriksjon i retten til fri bevegelighet av tjenester. I tillegg hadde EFTAs overvåkingsorgan (ESA) tatt opp med departementet at Norge ikke hadde etablert en slik refusjonsordning for helsehjelp som regnes som «ikke-sykehusbehandling».

Tannhelsetjenester er omfattet av refusjonsordningen etter § 5-24 a på lik linje med andre helsetjenester. Dette gjelder både behandling som ville blitt dekket av folketrygden og behandling til bestemte persongrupper som ville blitt tilbudt og dekket av fylkeskommunen, dersom behandlingene hadde blitt utført i Norge. Det vises til departementets vurderinger i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) punkt 7.2.3:

> «Departementet ser at det er visse trekk ved tilbudet til prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven som skiller tjenestene fra mange andre typer helsetjenester. Det kan særlig pekes på det forhold at det drives oppsøkende virksomhet ved at prioriterte grupper innkalles til jevnlig tannhelsekontroll, at tjenestene gjennomgående er forbeholdt visse grupper, og at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Fylkeskommunene har naturligvis behov for å planlegge og dimensjonere tjenestetilbudet i forhold til innbyggertall mv. innenfor gitte økonomiske rammer, ikke minst når det gjelder organisering av forebyggende tiltak. Departementet har likevel kommet til at pasienter innenfor de lovpålagte prioriterte gruppene som nevnt i bokstav a til d bør omfattes av refusjonsordningen slik at det gis refusjon for behandling i andre EØS-land, i samme utstrekning som utgiftene ville ha blitt dekket av fylkeskommunen dersom behandlingen var utført i Norge. Departementets vurdering på dette punktet skyldes dels at en utelatelse av disse pasientgruppene fra refusjonsordningen ville ha reist spørsmål om forholdet til EØS-avtalen, og dels at det må antas at relativt få i disse pasientgruppene vil benytte ordningen, se like nedenfor.»

Pasientrettighetsdirektivet ble vedtatt i mars 2011 og var da i all hovedsak en klargjøring og kodifisering av pasienters rettigheter etter EU-domstolens praksis. Direktivet er gjennomført i norsk rett med virkning fra 1. mars 2015 ved endringer i folketrygdloven § 5-24 a og forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester i EØS, jf. Prop. 118 L (2012-2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.).* Direktivet regulerer blant annet

rett til dekning av utgifter til helsetjenester som er mottatt i andre EØS-land. Grunnlaget for direktivet er EØS-avtalen artikkel 36 om fri bevegelighet av tjenester. Direktivet harmoniserer innholdet i de enkelte landenes nasjonale lovgivning. Da refusjonsordningen i § 5-24 a ble innført i 2011, var den begrenset til det EU-domstolen omtalte som «ikke-sykehusbehandling». I lys av rekkevidden av pasientrettighetsdirektivet, ble forskriften endret slik at refusjonsordningen ble utvidet til også å omfatte utgifter til «sykehusbehandling».

Etter pasientrettighetsdirektivet har man rett til å få refundert utgifter til helsehjelp mottatt i et annet EØS-land, men bare i den grad man ville fått dekket utgifter til den aktuelle helsehjelpen i den staten som er kompetent stat etter trygdeforordningen. For medlemmer i folketrygden som mottar behandling i andre EØS-land, er utgiftsdekningen begrenset oppad til det som helsehjelpen ville ha kostet det offentlige i Norge. Det betyr at det er den kompetente statens nasjonale lovgivning, og ikke behandlingsstatens, som er avgjørende for retten til utgiftsdekning etter pasientrettighetsdirektivet. Altså motsatt av det som vanligvis gjelder etter trygdeforordningen, hvor det er behandlingsstatens regler og satser som legges til grunn for hvilke rettigheter til helsetjenester den enkelte har.

I forskriften til § 5-24 a er det gitt regler om forholdet til andre nasjonale og folkerettslige regler om stønad til behandling i utlandet. Det ytes blant annet ikke stønad etter forskriften når helsehjelpen mottas i henhold til gjensidighetsavtaler med andre stater om rett til dekning av utgifter til helsetjenester. Det betyr for eksempel at selv om vilkårene for å få dekket utgifter til den aktuelle helsehjelpen er oppfylt både etter pasientrettighetsdirektivet og trygdeforordningen, så ytes det stønad bare etter en av ordningene.

Hvilke typer helsehjelp som det ytes stønad til, er regulert i forskriften § 3. Det fremgår av § 3 første ledd bokstav a at det blant annet ytes stønad til dekning av utgifter ved helsehjelp i andre EØS-land som tilsvarer tannlegehjelp og tannpleierhjelp etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a. Videre fremgår det av bokstav c i samme ledd at det ytes stønad ved helsehjelp i andre EØS-land som tilsvarer tannhelsetjenester som gis helt eller delvis vederlagsfritt av fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e. Det innebærer at personer som er medlemmer i folketrygden og som er barn og unge 0-18 år samt unge voksne 19-28 år, personer med psykisk utviklingshemming, personer som har langtidsopphold i helseinstitusjon eller som mottar helsetjenester i hjemmet, og enkelte grupper av personer med rusmiddelavhengighet, kan ha rett til stønad til tannbehandling i andre EØS-land etter reglene som er gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-24 a.

På samme måte som for andre typer helsetjenester, vil refusjon for utgifter til tannhelsetjenester mottatt i andre EØS-land bare være aktuelt for tjenester som ytes med hel eller delvis offentlig finansiering i Norge. Pasienter som tilhører gruppene som nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd har i utgangspunktet rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen der de bor eller midlertidig oppholder seg, enten vederlagsfritt eller mot redusert betaling.

Det er gitt egne regler i forskriften §§ 7,8, 9 og 13 for beregning av stønad, egenandel, reiseutgifter og klageadgang for tannhelsetjenester som i Norge ville vært omfattet av fylkeskommunens ansvar.

Pasienten må selv betale for behandlingen og deretter fremsette krav om refusjon overfor Helfo som fatter vedtak og utbetaler eventuell stønad. Det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd at i den utstrekning tannhelsetjenester som omhandlet i loven § 1-3 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal fylkeskommunen dekke utgifter til tannhelsetjenester som personer bosatt i fylket har mottatt i et annet EØS-land. Det betyr at det er fylkeskommunen som endelig skal dekke utgifter til tannbehandling i andre EØS-land. Helfo behandler refusjonskrav og utbetaler stønad til pasienten. Den instans som behandler refusjonskrav vil kunne forelegge et krav for fylkeskommunen ved tvil om den aktuelle tannhelsehjelpen ville blitt dekket av den offentlige tannhelsetjenesten. Det følger av § 5-1 fjerde ledd andre punktum at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen. Det er gitt bestemmelser om regulering av oppgjøret mellom Helfo og fylkeskommunene i § 12 i forskriften til folketrygdloven § 5-24 a.

Av forskriften § 6 framgår at det ikke er et vilkår at helsehjelp i andre EØS-land er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten, selv om dette er et vilkår for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Det betyr at fylkeskommunen må dekke utgifter også i tilfeller der pasienter innenfor de bestemte persongruppene velger å benytte privatpraktiserende tannhelsepersonell i andre EØS-land som ikke er tilknyttet den offentlige helsetjenesten i behandlingslandet. Det vises til departementets drøftinger i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) punkt 12.2, hvor det konkluderes som følger:

> «Departementet har på denne bakgrunn kommet til at et krav om offentlig tilknytning i forbindelse med refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land, antagelig vil være i strid med EØS-retten, også i tilpasset form som antydet i høringsbrevet, og at et slikt krav derfor ikke bør gjøres gjeldende.»

I tilfeller der ordningen med europeisk helsetrygdkort benyttes i forbindelse med tannbehandling som er nødvendig under midlertidig opphold i annet EØS-land, vil dekningen vanligvis være begrenset til behandling hos tjenesteytere som har offentlig tilknytning.

Det følger videre av forskriften § 6 at når spesialistgodkjenning er et vilkår for rett til stønad eller helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, må helsehjelpen være utført av helsepersonell med tilsvarende spesialistgodkjenning som er gyldig i det landet der helsehjelpen er mottatt. Det samme gjelder andre særlige kompetansekrav. Det kan gjøres unntak fra dette vilkåret dersom den aktuelle spesialiteten eller tilsvarende formalkompetanse ikke eksisterer i landet der helsehjelpen er mottatt. Det er et vilkår at det i stedet dokumenteres at tjenesteyteren faktisk har tilsvarende realkompetanse eller annen legespesialisering som det er nærliggende å sammenligne med den spesialiteten som kreves i Norge. Slike krav til tannlegers spesialistkompetanse følger av § 3 i stønadsforskriften til folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a.

Helsedirektoratet har siden stønadsordningen etter folketrygdloven § 5-24 a ble innført fra 2011, avgitt årlige rapporteringer til departementet blant annet om antall innvilgede søknader og utbetalte refusjonsbeløp for ulike typer helsetjenester som omfattes av stønadsordningen. Når det gjelder refusjon av utgifter til tannbehandling, omfatter rapportene tannbehandling som i Norge er offentlig finansiert av henholdsvis fylkeskommunen og folketrygden. De fleste utbetalingene gjelder tannbehandling mottatt i Polen og Ungarn. I utbetalt refusjonsbeløp utgjør tannbehandling en av de største utgiftspostene i denne stønadsordningen, etter spesialisthelsetjenester (sykehusbehandling) og fysioterapi. Antall innvilgede søknader og størrelsen på utbetalingene knyttet til tannbehandling har variert i perioden fra 2011 til 2025. Det var en markant økning år for år fra 2011 (168 stønadsvedtak og om lag 1,8 mill. kr i utbetalt refusjon) til 2016 (1096 stønadsvedtak og om lag 20 mill. kr i utbetalt refusjon). Deretter sank utbetalingene markant frem til «bunnåret» 2021 da det på grunn av koronapandemien generelt var lavere reiseaktivitet. Etter pandemien har refusjonsutgiftene økt igjen, fra 2022 (235 stønadsvedtak og om lag 3,6 mill. kr i utbetalinger) til 2025 (389 stønadsvedtak og om lag 7,7 mill. kr i utbetalinger). Samtidig utgjør refusjonsutgiftene til tannbehandling en stadig mindre del av de totale refusjonsutbetalingene til helsetjenester etter denne stønadsordningen (4,7 prosent i 2025). Dette har i første rekke sammenheng med at refusjonsutgiftene til spesialisthelsetjenester (sykehusbehandling) har steget betraktelig mye mer de siste årene.

4.8 Forholdet til andre bi- og multilaterale avtaler med betydning for rettigheter til tannhelsetjenester i utlandet

4.8.1 Nordisk konvensjon om trygd

Nordisk konvensjon om trygd av 2012 regulerer trygdeforordningens anvendelse i internnordiske forhold. Konvensjonen gir trygdeforordningen og tilhørende gjennomføringsforordning utvidet geografisk anvendelse innenfor Norden, inkludert Færøyene og Grønland, samt på Svalbard. Konvensjonen gir også trygdeforordningen anvendelse for såkalte tredjelandsborgere (personer som ikke er statsborgere av en nordisk stat eller annen EØS-stat, men som er trygdedekket i en nordisk stat). Konvensjonen har en særregel i artikkel 7 for dekning av utgifter i forbindelse med sykdom. Bestemmelsen slår fast at oppholdsstaten skal dekke merutgifter ved dyrere transport på grunn av sykdom ved hjemreise til bostedsstaten, når en person er blitt syk under opphold i en annen nordisk stat. Konvensjonen gir her utvidede rettigheter i forhold til trygdeforordningen. Retten til å få dekket merutgifter ved hjemreise gjelder ikke ved planlagt behandling i en annen nordisk stat enn bostedsstaten etter artikkel 20 i trygdeforordningen.

Etter nordisk konvensjon om trygd er det i tillegg avtalt en rekke unntak fra trygdeforordningens dokumentasjonskrav, såkalt blankettfrihet. Det betyr at man i utgangspunktet ikke trenger å dokumentere retten til nødvendig helsehjelp under midlertidig opphold i en annen nordisk stat ved å fremvise europeisk helsetrygdkort. Det vil vanligvis være tilstrekkelig å legge fram identitetsbevis (pass mv.) og oppgi registrert

bostedsadresse. Konvensjonen har bestemmelser om refusjonsavkall mellom de nordiske statene, blant annet for helsetjenester. Refusjonsavkallet omfatter ikke tilfeller der det er gitt tillatelse til å reise for å motta planlagt behandling i en annen nordisk stat etter artikkel 20 i trygdeforordningen.

4.8.2 Konvensjon om trygdekoordinering mellom Island, Liechtenstein, Norge og Storbritannia

I etterkant av Storbritannias uttreden av EU og EØS (brexit), har EØS/EFTA-landene Island, Liechtenstein og Norge, samt Storbritannia, fremforhandlet en konvensjon om trygdekoordinering. Konvensjonen ble undertegnet 30. juni 2023 og satt i kraft 1. januar 2024. Konvensjonen er basert på trygdekoordineringsbestemmelsene i handels- og samarbeidsavtalen som ble inngått mellom EU og Storbritannia 24. desember 2020, som inkluderte en protokoll om trygdekoordinering.

Utgangspunktet for forhandlingene mellom EØS/EFTA-statene og Storbritannia var å speile denne i størst mulig grad, slik at tilnærmet det samme regelverket vil gjelde i hele EØS samt Storbritannia. Trygdekoordineringsprotokollen i handels- og samarbeidsavtalen, og dermed også den nye konvensjonen med Storbritannia, bygger i stor grad på forordning 883/2004 (trygdeforordningen) og den tilhørende gjennomføringsforordningen, med enkelte tilpasninger.

Det innebærer at de fleste bestemmelsene som gjelder helsetjenester i trygdeforordningen også (fortsatt) vil gjelde i forholdet til Storbritannia gjennom den nye konvensjonen. Sammenlignet med trygdeforordningen, har konvensjonen en videre personkrets, ved at den ikke er begrenset til borgere av avtalestatene og EU-borgere, men også inkluderer tredjelandsborgere. Det vil si at for eksempel medlemmer i folketrygden som er bosatt i Norge med statsborgerskap fra land utenfor EU/EØS og Storbritannia, kan påberope seg konvensjonens bestemmelser om rettigheter til helsetjenester under opphold i Storbritannia.

Konvensjonen er nærmere omtalt i Prop. 5 LS (2023-2024) *Endringer i folketrygdloven (gjennomføring av konvensjon av 30. juni 2023 om trygdekoordinering mellom Island, Liechtenstein, Norge og Storbritannia) og samtykke til inngåelse av konvensjon av 30. juni 2023 om trygdekoordinering mellom Island, Liechtenstein, Norge og Storbritannia.*

Norge og Storbritannia har 20. desember 2023 inngått en bilateral avtale om refusjonsordninger for utgifter til helsetjenester etter konvensjonen, herunder om refusjonsavkall i enkelte tilfeller. Avtalen trådte i kraft 1. januar 2024.

4.8.3 Bilaterale trygdeavtaler med land utenfor EØS som omfatter helsetjenester

Norge har inngått flere bilaterale trygdeavtaler med land utenfor EØS. Lovvalgsreglene i avtalene har betydning for hvilket land en person skal være trygdedekket i og kan dermed ha betydning for rettigheter til helsetjenester etter de aktuelle landenes nasjonale lovgivning. For øvrig omfattes helsetjenester i liten grad av de bilaterale trygdeavtalene.

Helsetjenester er blant annet omfattet av overenskomsten med den kanadiske provinsen Québec (1987). Det er også inngått en egen sykehjelpsavtale med Australia (2003). Felles for de bilaterale avtalene som regulerer helsetjenester, er at de gjennomgående har en mer begrenset personkrets og et mer begrenset saklig virkeområde enn trygdeforordningen. Avtalene gir i hovedsak rettigheter til øyeblikkelig hjelp og annen helsehjelp som ikke kan vente under midlertidig opphold i den andre staten. Avtalene gir ikke rett til å reise til den andre staten i den hensikt å motta planlagt behandling der. De bilaterale avtalene har også et annet geografisk virkeområde enn trygdeforordningen, ved at de får anvendelse på Svalbard.

Folketrygdloven § 1-3 b andre ledd gir hjemmel for at kongen i forskrift kan gjennomføre bilaterale avtaler med andre land om trygdekoordinering. Slik forskrift er gitt. Tilsvarende hjemler for å gjennomføre bilaterale avtaler som Helse- og omsorgsdepartementet inngår på sine ansvarsområder, er inntatt i tannhelsetjenesteloven § 1-8, helse- og omsorgstjenesteloven § 1-3, spesialisthelsetjenesteloven § 1-3 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-4.

4.9 Forholdet til menneskerettighetene

Grunnloven § 92 fastsetter en generell plikt for staten til å ivareta menneskerettighetene. Staten skal respektere og sikre menneskerettighetene slik disse er nedfelt i Grunnloven og i traktater som er bindende for Norge. Dette gjelder blant annet menneskerettighetene etter EMK, FNs konvensjon om økonomiske og sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FNs barnekonvensjon og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Statens myndigheter er forpliktet både til å respektere og til å sikre gjennomføringen av rettighetene. De nevnte konvensjonene er inkorporert i menneskerettsloven, jf. § 2 nr. 1, 2, 4 og 6. Konvensjonsbestemmelsene gjelder dermed som norsk lov og går foran annen norsk lov ved motstrid, jf. menneskerettsloven § 3.

Retten til helse har et sterkt vern etter menneskerettighetene. For eksempel gir ØSK artikkel 12 enhver rett til den høyeste oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Tiltakene skal blant annet være av forebyggende karakter. Barnekonvensjonen har en tilsvarende bestemmelse i artikkel 24 som pålegger statene å sikre at barn får nødvendig helsehjelp. CRPD har en tilsvarende bestemmelse i artikkel 25.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble vedtatt av FNs generalforsamling 13. desember 2006 og trådte i kraft 3. mai 2008. Norge undertegnet konvensjonen 30. mars 2007 og ratifiserte den 3. juni 2013. Konvensjonen fastslår at de alminnelige menneskerettighetene gjelder fullt ut for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Den skal sikre respekt for de gjeldende sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne og stiller krav til staten for at personer med nedsatt funksjonsevne kan få realisert disse rettighetene på lik linje med andre uten diskriminering. Ved Stortingets behandling av Prop. 162 L (2024-2025), jf. Innst. 44 L (2024-2025) ble CRPD inkorporert i menneskerettsloven og gjelder dermed som norsk lov, jf. § 2 nr. 6. Lovendringen trådte i kraft 1. januar 2026.

CRPD skal styrke og sikre etablerte rettigheter, og kan ikke gi grunnlag for å redusere dem. Dette kommer til uttrykk i artikkel 4 nr. 4 som slår fast at konvensjonen ikke skal berøre andre bestemmelser i nasjonal eller internasjonal rett som i større grad kan bidra til å virkeliggjøre rettighetene. Det innebærer at statene ikke kan innskrenke rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne dersom dette svekker eksisterende vern etter nasjonal lovgivning eller begrunnes med at konvensjonen gir et svakere vern enn nasjonal lovgivning. For eksempel kan staten ha tjenestetilbud som går lenger enn det som er nødvendig etter konvensjonen. Hvis nasjonal lovgivning gir bedre vern, så skal det vernet i prinsippet fortsatt gjelde. Innstramminger av lovfestede rettigheter som rammer personer med nedsatt funksjonsevne, må ha saklig grunn og være forholdsmessig. Det kan ikke settes begrensninger som bygger på funksjonsnedsettelsen som sådan, er diskriminerende eller reduserer eksisterende og sterkere rettigheter under henvisning til at CRPD er en minstestandard.

5 Tannhelsetjenesten i andre land – organisering og finansiering

5.1 Sverige

5.1.1 Innledning

Oppbyggingen av tannhelsesystemet i Sverige fram til 2024 er omtalt i Tannhelseutvalgets rapport, i vedlegg 1 til NOU 2024:18 *En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar*[28]. I dette punktet gis en kort oppsummering av tannhelsetjenesten i Sverige.

5.1.2 Gjeldende rett og organisering

Offentlig tannhelsetjeneste har et større omfang i Sverige enn i Norge, og en betydelig andel voksne behandles i offentlige tannklinikker (Folktandvården).

Det er totalt 21 regioner i Sverige. Tannhelsetjenesten som regionene selv driver, kalles Folktandvården. Den tilsvarer den offentlige tannhelsetjenesten som i Norge er organisert inn under fylkeskommunen. Regionenes ansvar for barn og unge omfatter også tannregulering, som gis gratis til barn og unge til og med 19 år i henhold til regionale vedtak eller retningslinjer. Regionene har dessuten ansvar for særskilte, regionale støtteordninger og skjermingsordninger innen tannhelse. Disse er rettet mot voksne som har visse sykdommer, funksjonsnedsettelser eller stort behov for pleie og omsorg. Regionen kan inngå avtale med andre om å utføre de oppgavene som regionen og dens offentlige tannhelsetjeneste har ansvar for.

[28] NOU 2024: 18

De regionale ordningene er ikke omfattet av reformene som er iverksatt i Sverige i 2025 eller 2026, jf. punkt 5.1.4.

Den statlige tannhelsestøtten administreres av Försäkringskassan. En betydelig andel av den statlige tannhelsestøtten betales ut til pasienter som benytter private tannhelsetjenester. I overkant av 40 prosent av samlede tannhelseutgifter i Sverige var i 2019 dekket av det offentlige.

Sverige har omfattende statistikk på tannhelseområdet. Alle konsultasjoner registreres i det nasjonale Tannhelseregisteret, og Socialstyrelsen publiserer hvert år statistikk over befolkningens tannhelse og bruk av tannhelsetjenesten. Statistikken fra 2025, og en gjennomgang av trendene de siste ti årene, viser at av alle voksne, 24 år og eldre, hadde 67,3 prosent besøkt tannlege/tannpleier minst én gang siste to år, og 73,4 prosent siste tre år. De yngste går sjeldnere til tannlegen enn de eldre. I 2024 hadde 72 prosent i aldersgruppen 80–84 år vært til tannlege/tannpleier, mot bare 33 prosent i aldersgruppen 24–29 år. Besøksratene er høyest blant personer med lang universitetsutdanning, og jevnt synkende med lavere utdanningsnivå. Det er betydelige geografiske skillelinjer, både i hvor stor del av befolkningen som har god tannhelse, og hvor ofte man oppsøker tannhelsetjenesten.

5.1.3 Finansiering og pasientbetaling

Barn og unge opp til 19 år mottar kostnadsfrie tannhelsetjenester. Voksne mottar statlig tannhelsestøtte som omfatter:

- Generelt tannhelsetilskudd (allmänt tandvårdsbidrag). Tilskuddet er et fast årlig tilskudd på 300 eller 600 SEK, avhengig av alder.
- Spesifikt tannhelsetilskudd (särskilt tandvårdsbidrag) skal gi ekstra støtte til pasienter som har høyere risiko for å utvikle tannproblemer. Spesifikt tannhelsetilskudd er 1000 SEK per halvår.

I tillegg finnes høykostnadsbeskyttelse (högkostnadsskyddet) for de med høye tannhelseutgifter. Høykostnadsbeskyttelsen kan benyttes fra og med det året pasienten fyller 20 år.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) vedtar referansepriser for tannhelsetiltakene som inngår i den statlige tannhelsestøtten. Tannleger og tannpleiere er ikke bundet av referanseprisen, bortsett fra på behandling som inngår i særskilt tannbehandlingsstønad. På all annen tannbehandling kan de sette sine egne priser, men krever de en høyere pris enn referanseprisen for en tannbehandling, må pasienten betale differansen. Når det gjelder behandling som inngår i særskilt tannbehandlingsstønad (se nedenfor) er behandlerne bundet av referanseprisen.

Det finnes to ulike ordninger for høykostnadsbeskyttelse:

- Allmenn tannbehandlingsstønad (allmän tandvårdsersättning) betyr at pasienten bare må betale en del av kostnaden når den overstiger 3000 SEK. Skjermingsordningen har to «trappetrinn»: De første 3000 SEK dekkes fullt ut av pasienten. For intervallet

3000-15 000 SEK dekker staten 50 prosent av referanseprisen. For utgifter over 15 000 SEK dekker staten 85 prosent av referanseprisen.

– Særskilt tannbehandlingsstønad (särskild tandvårdsersättning), eller den såkalte Tiotandvården, gjelder fra og med det året pasienten fyller 67 år. Ordningen gir forsterket beskyttelse mot høye tannbehandlingsutgifter og innebærer at pasienten for visse behandlinger kun betaler 10 prosent av referanseprisen. Hvis behandlingen ikke dekkes av den særskilte tannbehandlingsstønaden, kan pasientene fortsatt få støtte etter ordningen med allmenn tannbehandlingsstønad.

For at pasientene skal få behandlingskostnadene dekket må tannlegen eller tannpleieren være tilsluttet det statlige tannhelsesystemet som Försäkringskassan har ansvaret for. Försäkringskassan betaler ut stønaden direkte til tannlegen eller tannpleieren. Folktandvården og de fleste private tannlegene er tilsluttet systemet.

Staten yter betydelige økonomiske tilskudd til undersøkelse og behandling av voksenbefolkningen. Statens utgifter til tannhelsetjenesten utgjorde 8 milliarder SEK i 2025. Allmenn tannbehandlingsstønad på 5,7 milliarder SEK i 2025 utgjorde størstedelen av statens utgifter, og ble utbetalt til 17 prosent av voksenbefolkningen 20 år og eldre.

5.1.4 Utvikling av tannhelsetjenesten og politiske ambisjoner

Fire sentrale endringer er gjennomført i statens rammeverk for tannhelsetjenesten i Sverige i 2025/2026:

– Nedsatt aldersgrense vederlagsfri tannbehandling, fra 23 til 19 år
– Innføring av særskilt tannbehandlingsstønad (särskild tandvårdsersättning/Tiotandvården), hvor alle over 67 år får utvalgt tannbehandling til 10 prosent av referansepris
– Innføring av forhøyede statlige referansepriser for spredtbygde kommuner
– Krav til offentlig godkjenning for å drive tannlegevirksomhet, som ledd i å bekjempe bedrageri og organisert kriminalitet

Nedsatt aldersgrense for vederlagsfri tannbehandling

Fra 1.januar 2025 ble aldersgrensen for vederlagsfri tannbehandling til barn og unge satt ned fra 23 år til 19 år. Med forslaget til lavere aldersgrense fulgte regjeringen opp det regjeringsoppnevnte utvalget, SOU 2021:8 *Når behovet får styre*[29], som la fram en rekke forslag til omlegging av tannhelsesystemet. Målet med nedsatt aldersgrense var å frigjøre økonomiske ressurser og foreta bedre prioriteringer fra aldersgruppen 20–23 år til andre med større behov.

Tiotandvården

Den svenske Riksdagen vedtok i desember 2025 en ny, betydelig reform av tannhelsesystemet i Sverige, Tiotandvården. Reformen ble innført 1. januar 2026 og

[29] När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

innebærer at alle personer over 67 år mottar tannbehandling med en egenandel på 10 prosent av statlig referansepris. Ordningen ble innført som en følge av samarbeidsavtalen som den svenske regjeringen inngikk med Sverigedemokraterna i Riksdagen i 2022.

En viktig del av Tiotandvården er at prisregulering ble innført for all tannbehandling som omfattes av reformen.

Reformen omfatter ikke all tannbehandling. Undersøkelser, røntgen og forebyggende tiltak er ikke omfattet, heller ikke kosmetisk behandling. Det er også restriksjoner på annen kostbar behandling, som kroner, broer og implantater. Begrensningen er gjort av hensyn til de økonomiske virkningene av forslaget til reform, som ved lanseringen ble presentert som et første steg i en større reform, uten at de neste stegene er konkretisert fra regjeringens side i proposisjonen.

Kostnadene til Tiotandvården viste seg å være undervurdert i forkant av innføringen. Regjeringen beregnet bevilgningsbehovet til 5,7 milliarder SEK i 2026. Befolkningens respons på reformen har imidlertid oversteget prognosene, og våren 2026 har Försäkringskassan utarbeidet nye prognoser som tyder på høyere kostnader enn først beregnet. Utgiftene ventes å bli ca. 7 milliarder SEK i 2026.

Tiotandvården er den største tannhelsereformen i Sverige på over 20 år. Regjeringen la i sitt forslag vekt på at reformen for de over 67 år var et første steg i en mer langsiktig reform. Alder ble vurdert som det beste kriteriet for en ny reform med mål om å styrke høykostnadsbeskyttelsen, men i proposisjonen ga regjeringen uttrykk for at vurdering av den enkelte pasients risiko og munnhelseprofil kan være et framtidig kriterium enten i kombinasjon med alder, eller som erstatning for alder.

Innføring av forhøyede statlige referansepriser for spredtbygde kommuner

I løpet av 2026 innføres et system med høyere referansepriser ved behandling av pasienter over 67 år bosatt i kommuner med spredt bosetting (*kommuntypstillegg)*. Målsettingen for tiltaket er å utvikle tannhelsetjenesten i områder med spredt bosetting og svak dekning av tannhelsepersonell. Ordningen er knyttet til pasientens bosted, ikke til tannklinikkens geografiske plassering. I alt 149 kommuner er omfattet ved innføringen i 2026. Ordningen kompenserer for en betydelig del av det inntektstapet Tiotandvården har påført tannhelsetjenesten som følge av prisregulering. Tannklinikker må søke om å komme med i ordningen. Tillegget på referanseprisen er enten 10 eller 20 prosent, avhengig av graden av spredt bosetting i pasientens bostedskommune.

Krav til offentlig godkjenning av tannlegevirksomheter

Som ledd i å bekjempe svindel og organisert kriminalitet, er det fra 1. januar 2026 innført krav fra statlige myndigheter til alt tannhelsepersonell om å søke om offentlig godkjenning av sin næringsvirksomhet. Tannklinikker som allerede er registrert i Vårdregisteret, har en treårig overgangsordning. Uten tillatelse fra Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kan virksomheten stenges ned, og personell kan dømmes til bøter eller fengsel.

Kravet til offentlig godkjenning har sin bakgrunn i at Försäkringskassan i 2018–2019 så på omfanget av organisert kriminalitet rettet mot statlige støtteordninger til tannhelse.

Rapporten fra undersøkelsen ble publisert i 2019, etter et samarbeid mellom en rekke statlige virksomheter, blant annet politiet og Skatteverket. Försäkringskassan konkluderte den gang med at mellom 4 og 7 prosent av de statlige utbetalingene til tannhelsetjeneste gikk til organisert kriminalitet.[30]

Under det svenske riksdagsvalget i september 2026 ble tannhelse et av de absolutt største og mest omdiskuterte politiske stridstemaene. Hovedfokuset i valgkampen sto mellom den sittende borgerlige regjeringens nylig innførte reform og venstresidens løfter om en massiv priskutt-reform for alle voksne.

5.2 Danmark

5.2.1 Innledning

Oppbyggingen av tannhelsesystemet i Danmark fram til 2024 er omtalt i Tannhelseutvalgets rapport, i vedlegg 1 i NOU 2024:18 *En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar.* I dette punktet gis en kort oppsummering av tannhelsetjenesten i Danmark.

5.2.2 Gjeldende rett og organisering

Tannhelsetjenesten i Danmark er regulert i den danske helseloven (sundhedsloven) og forskrift om tannpleie (*bekendtgørelse om tandpleje*), og det er gitt veiledning fra Sundhedsstyrelsen om den kommunale tannpleien og den regionale tannpleien. Området er dermed en del av den alminnelige helseforvaltningen, men er regulert som et eget saksfelt innenfor helselovgivningen. For voksentannpleie i privat tannhelsetjeneste gjelder også særskilt forskriftsregulering om tilskudd til behandling.

Ca. 20–25 prosent av samlede tannhelseutgifter i Danmark dekkes av det offentlige.

Kommunene har ansvaret for den kommunale tannhelsetjenesten. Dette omfatter barne- og ungdomstannpleie (for alle under 22 år), omsorgstannpleie (voksne med kronisk nedsatt førlighet eller vidtgående fysisk eller psykisk handikap), spesialtannpleie (personer med psykiske lidelser, utviklingshemming, cerebral parese, autisme eller sklerose som har betydelig og varig nedsatt funksjonsevne) og sosialtannpleie (akutt smertelindring og funksjonsoppbyggende tannpleie for sosialt utsatte borgere). Kommunene kan gi tilbudene i egne klinikker, men kan også inngå avtaler med andre kommuner, regioner eller private behandlere om å utføre hele eller deler av oppgavene.

Regionene har ansvar for å tilby en vederlagsfri, spesialisert tannhelsetjeneste til barn og unge under 22 år med tannplager som ubehandlet fører til varig funksjonsnedsettelse. Barne- og ungdomstannpleien har ansvar for å henvise til regionene som gjør en individuell faglig vurdering av behovet. Regionene har samtidig en rolle i voksentannpleien i privat praksis ved at de yter tilskudd til bestemte tannhelsetjenester

[30] Trollet - Organiserad brottslighet inom det statliga tandvårdsstödet

hos godkjente privatpraktiserende tannleger og tannpleiere. Regionene kan også etter avtale levere deler av spesialiserte kommunale tilbud.

5.2.3 Finansiering og pasientbetaling

Den kommunale tannpleien finansieres i hovedsak av kommunene. Dette gjelder de kommunale ordningene for barn og unge, omsorgstannpleie, spesialtannpleie og sosialtannpleie. Voksentannpleie i privat praksis finansieres gjennom en kombinasjon av pasientbetaling og regionale tilskudd. Tilskuddsordningen gjelder for privatpraktiserende tannleger, tannpleiere og kliniske tannteknikere.

For barn og unge i den kommunale tannpleien er tilbudet vederlagsfritt. For omsorgstannpleie og spesialtannpleie kan kommunen kreve egenbetaling innenfor nasjonale rammer. Danmark har sentralt regulerte maksimumspriser som justeres jevnlig. Sosialtannpleie er vederlagsfri.

Pasientbetaling i de kommunale særordningene er underlagt nasjonale rammer, men kommunene har frihet til å organisere tjenestene ulikt og kan i praksis legge opp tilbudene på forskjellige måter innenfor lov og forskrift.

I de kommunale ordningene kan kommunene bruke private tannleger som tjenesteytere etter avtale. Dette gjelder blant annet barne- og ungdomstannpleie, omsorgstannpleie og spesialtannpleie. Barn og unge som ønsker et annet tannhelsetilbud enn det kommunen stiller til rådighet kan velge å motta tjenester i privat tannhelsetjeneste. Valget gjelder hele det samlede tannhelsetilbudet, det vil si både det alminnelige tannhelsetilbud og tilbud om tannregulering, som utføres av spesialtannlege i ortodonti (tannregulering). Ved fritt valg skal kommunen kontaktes innen påbegynt behandling.

Ved fritt valg for barn og unge under 16 år vil kommunen kunne kreve en egenbetaling på 35 prosent av foreldrene. For foreldre til 16–17-åriger og unge på 18–21 år kan det derimot ikke kreves en lignende egenbetaling.

For enkelte pasientgrupper og situasjoner finnes også en særlig regional tilskuddsordning. Sundhedslovens § 166, er pr 1. juli 2025 blitt utvidet og forenklet så flere utvalgte pasientgrupper kan få adgang til et særlig tilskudd til alminnelig forebyggende og behandlende tannhelsetjenester og særlig kostbare behandlinger i privat tannhelsetjeneste.

Privat tannhelsetjeneste er en bærende del av voksentannpleien i Danmark. For voksne er hovedmodellen at tannbehandling ytes i privat tannhelsetjeneste, mens det offentlige bidrar gjennom regionalt tilskudd til nærmere bestemte ytelser. Private tannleger står dermed ikke bare ved siden av det offentlige systemet, men inngår direkte som en del av den offentlig finansierte tannhelsetjenesten når de er godkjent av regionen til å yte behandling med tilskudd. For tannhelsetjenester til voksne følger tilskudd og økonomiske rammer av nasjonal regulering.

For voksne i ordinær privat praksis er hovedregelen egenbetaling, men med offentlig tilskudd til bestemte undersøkelser og behandlinger. Det ytes tilskudd til basal tannbehandling som undersøkelse, røntgen, forebyggende behandling, fyllinger, rotbehandlinger, behandling av periodontitt, vevsprøver, fjerning av tenner og

operasjoner. Tannlegene fastsetter selv prisen på noen typer behandlinger og pasientene kan sammenligne priser i en nettportal.

Danske borgere kan velge om de vil tilhøre helseforsikringsgruppe 1 eller 2, og de aller fleste velger gruppe 1. For pasienter i helseforsikringsgruppe 1 gjelder tilskudd og priser fastsatt i *tilskudbekendtgørelsen*. Tilskudd kan variere fra ca. 30–60 prosent av kostnaden, avhengig av pasientens alder og behandling.

For pasienter i helseforsikringsgruppe 2 er det ingen faste priser. Tannhelsepersonellet setter selv prisen for behandlingen. Pasienter i helseforsikringsgruppe 2 får samme tilskudd som det en pasient i helseforsikringsgruppe 1 får til tilsvarende behandling. Dersom prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, må pasienten selv betale differansen.

Tannleger kan velge å praktisere utenfor ordningen med tilskudd. Pasienten kan likevel få tilskudd, men må da sende regninger til sin hjemkommune og få utbetalt tilskuddet derfra. Tannlegene setter da selv sine egne priser.

5.2.4 Utvikling av tannhelsetjenesten og politiske ambisjoner

De politiske partiene som inngår i den nye danske regjeringen («firkløverregeringen») som ble dannet 1. juni 2026, har kommet til enighet om en tannhelsereform, jf. Det politiske grundlag for firkløverregeringen - Statsministeriet.

Forslaget innebærer i hovedsak at tannbehandling gradvis skal bli vederlagsfri eller langt billigere enn i dag, med en trinnvis innføring. Målet er vederlagsfri tannbehandling for ikke-kosmetiske behandlinger for hele befolkningen på sikt. Reformen skal bygges ut over tid, med en ambisjon om å omfatte alle innen maksimalt ti år. Regjeringen vil starte med dem som har minst; uføre, kronisk syke og andre sårbare grupper som har minst økonomisk handlingsrom. Det skal skje en gradvis utvidelse til å omfatte hele befolkningen.

Med reformen vil regjeringen motvirke sosial ulikhet i helse, og rette opp skjevheten mellom å gå til lege og tannlege. Ifølge omtalen av avtalen skal utbyggingen/innfasingen starte allerede fra 2027 for de mest utsatte gruppene, som i dag omfattes av omsorgstannpleie, spesialtannpleie og andre særordninger. Det skal avsettes minst 4 milliarder DKK frem mot 2030 til vederlagsfri tannbehandling. Det langsiktige målet er å gjøre tannhelsetjenester mer lik annen offentlig helsetjeneste.

5.3 Finland

5.3.1 Innledning

I Finland er tannhelsetjenester en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten. I dette punktet gis en kort oppsummering av tannhelsetjenesten i Finland.

5.3.2 Gjeldende rett og organisering

Både barn og voksne har rett til å motta subsidiert tannbehandling, og offentlige tannhelsetjenester ytes som del av primærhelsetjenesten. Ansvaret for å organisere offentlige helse- og omsorgstjenester, inkludert tannhelsetjenester, ligger hos velferdsområdene. Velferdsområdene er regionale selvstyrte forvaltningsenheter som fra 2023 overtok ansvaret for blant annet helse-, omsorgs- og sosialtjenester fra kommunene. Det er 21 velferdsområder, og tjenestene som inngår er primærhelsetjenester og spesialiserte helsetjenester som blant annet tannhelsetjenester, tjenester til pasienter med psykiske helseproblemer og ruslidelser, barnevernstjenester, tjenester til funksjonshemmede og tjenester til eldre. Målet med reformen i 2023 var likeverdige tjenester i hele landet og mindre sosial ulikhet i helse, samt å dempe kostnadsøkningen i tjenestene. Tannhelsetjenester inngår dermed i den ordinære offentlige tjenestestrukturen, og ikke i en særskilt tannhelseforvaltning. Rett til offentlig tannhelsehjelp i Finland følger i hovedsak av den alminnelige helselovgivningen, særlig helsetjenesteloven *(terveydenhuoltolaki)*.

Velferdsområdene skal sørge for tannhelsetjenester til sine innbyggere. I tjenestene inngår både oppfølging av befolkningens tann- og munnhelse, helseråd og undersøkelser samt forebygging og behandling av tann- og munnsykdommer, samt eventuelt henvisning til andre helse- og sosialtjenester. Velferdsområdene sørger også for spesialisttannhelsetjenester.

Tannhelsetjenester ytes enten ved de offentlige helsesentrene eller av private tannleger og tannpleiere. Finland har en betydelig privat tannhelsetjeneste, som fungerer som supplement til det offentlige tilbudet, og har en viktig rolle særlig for voksne. Utgifter til visse private tannhelsetjenester kan delvis refunderes av den nasjonale folketrygden (Folkepensionsanstalten FPA/Kela). Privat tannhelsetjeneste kan også selge sine tjenester til velferdsområdene.

I underkant av 50 prosent av de totale årlige utgiftene til tannhelsetjenester i Finland dekkes av det offentlige.

5.3.3 Finansiering og pasientbetaling

Finansieringen av tannhelsetjenestene i Finland er sammensatt. Systemet bygger i hovedsak på offentlig finansiering av tannhelsetjenester som ytes i offentlig regi, brukerbetaling i offentlig tannhelsetjeneste og trygderefusjon for deler av utgifter til privat tannbehandling.

Offentlig tannbehandling er gratis for personer under 18 år. Dette inngår i gratis offentlige helsetjenester for barn og unge

Behandling som utføres i offentlig regi (i velferdsområdene) finansieres hovedsakelig fra statlige overføringer. Pasienten betaler standardiserte, lovregulerte egenandeler. Det betales en grunnavgift per besøk, og i tillegg kreves egne avgifter for undersøkelser og behandlingstiltak. Egenandelene for voksne er relativt lave sammenlignet med markedspris, men det er ofte lange ventetider for behandling som ikke er akutt (gjeldende

anbefaling er at maksimal ventetid bør være 6 måneder for personer over 23 år, og 3 måneder for personer under 23 år). Pasientbetaling i offentlig tannhelsetjeneste følger av loven om avgifter i helse- og sosialtjenesten (asiakasmaksulaki) med tilhørende forskriftsregulering.

Offentlig tannbehandling i Finland er i utgangspunktet offentlig finansiert, men ikke vederlagsfri for voksne. Brukerbetalingen følger den alminnelige reguleringen av brukeravgifter i helse- og omsorgstjenesten, og ikke et særskilt finansieringssystem for tannhelsetjenester.

Pasientbetalingen kan variere noe mellom velferdsområdene, men maksimumsavgiftene fastsettes nasjonalt. Det er et lovregulert årlig betalingstak for pasienter i offentlig helsetjeneste (815 euro i 2026). Tjenester som inngår er blant annet legetjenester, fysioterapi, poliklinisk behandling på sykehus, dagkirurgi, rehabilitering og tannhelsetjenester. Når betalingstaket er nådd, er tjenester som omfattes av ordningen som hovedregel gratis ut kalenderåret.

Hvis pasienten velger å få tannbehandling utført hos private tannleger eller tannpleiere betaler pasienten markedspris, men får delvis refusjon fra den nasjonale folketrygden (sykeforsikringen), Kela. Refusjonstakstene er faste og dekker i praksis en relativt lav andel av de faktiske kostnadene (ca. 10–15 prosent). Hoveddelen av utgiften dekkes derfor som privat egenbetaling.

Refusjon for privat tannbehandling er forankret i sykeforsikringsloven (sairausvakuutuslaki). Stønad gis blant annet for undersøkelse og enkelte behandlinger hos tannlege og tannpleier, innenfor gitte kriterier. Det ytes ikke stønad for estetisk behandling.

I Finland kan velferdsområdene også i enkelte tilfeller tilby pasienten en serviceseddel (service voucher) for tannbehandling og andre helsetjenester. En slik serviceseddel innebærer at velferdsområdet, etter vurdering av pasientens tjenestebehov, gir pasienten adgang til å motta behandling hos en privat tilbyder som er godkjent av velferdsområdet. Seddelens verdi fastsettes av velferdsområdet, som også dekker denne delen av kostnaden, mens pasienten som utgangspunkt betaler eventuell differanse mellom seddelens verdi og den private tilbyderens pris. Pasienten kan normalt velge blant private tilbydere som omfattes av ordningen. Dersom pasienten ikke ønsker å benytte serviceseddel, skal velferdsområdet i stedet henvise til offentlig finansierte tjenester.

5.3.4 Utvikling av tannhelsetjenesten og politiske ambisjoner

Selv om Finland i utgangspunktet har et mer sosialt utjevnende tannhelsesystem enn mange andre land, møter modellen betydelig politisk debatt og praktiske utfordringer. Det er mangel på tannleger i Finland og ventetidene i den offentlige tannhelsetjenesten er betydelige mange steder. Økende egenandeler over tid har flyttet mer av kostnadsansvaret over på pasientene. Dette har skapt en politisk bekymring for at de økonomisk svakeste velger bort nødvendig tannbehandling.

I nyere politisk debatt har det oppstått harde fronter etter at enkeltpolitikere har foreslått å avvikle den offentlige tannhelsetjenesten for voksne som et sparetiltak for å balansere statsbudsjettet. Forslaget møtte umiddelbart kraftig motbør fra blant annet fagmiljøene, som advarer om at dårlig tann- og munnhelse henger sammen med alvorlige infeksjoner og folkesykdommer, og at det å fjerne tilbudet vil føre til økte kostnader i spesialisthelsetjenesten og i verste fall være livsfarlig.

6 Erfaringer med tannhelsehjelp i spesialisthelsetjenesten

6.1 Innledning

De regionale helseforetakene har ansvaret for at befolkningen gis spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § § 2-1 a. Staten eier de regionale helseforetakene (RHF-ene). Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 annet ledd. I punktet her beskrives ulike erfaringer med tannhelsehjelp som del av spesialisthelsetjenestens oppfølging av ulike pasientgrupper.

6.2 Om forsøksordningen med sykehusodontologi 2012-2021 og oppfølgingen av denne

Forsøksordningen med sykehusodontologi varte i perioden 2012–2021. Helsedirektoratet startet forsøksordningen i 2012, og den omfattet totalt fem sykehus. Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) og St. Olavs hospital (Trondheim) startet prosjektet i 2012, mens Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo) startet i 2014 og Haukeland Universitetssykehus i 2015.

Det overordnede målet med forsøksordningen var å skaffe mer kunnskap om behovet for tannhelsehjelp i den norske befolkningen, og bidra til å sikre et forsvarlig helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer tann- og munnhelse.

Ordningen ble finansiert gjennom øremerket tilskudd i oppdragsbrevene til de respektive RHF-ene. Fra 2022 ble tilskuddet gitt som et ordinært øremerket tilskudd til deltakende sykehus, fordi en dermed ville gi deltakende sykehus større grad av forutsigbarhet for videre drift. Dette innebar at status som forsøksordning ble avsluttet. I årene 2022–2024 fortsatte aktiviteten ved de fem sykehusene med årlige øremerkede midler til RHF-ene på samlet ca. 20 millioner kroner per år. Fra 1. januar 2025 ble de øremerkede tilskuddene avviklet, og tilbudet skal fremover videreføres innenfor de ordinære finansieringssystemene til spesialisthelsetjenesten.

Evalueringsrapporten om forsøksordningen i perioden 2012-2017 fra PwC i 2019 konkluderte med at det er et tydelig behov for tannhelsetjenester i sykehus.[31]

[31] Evaluering av «Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus»

Helsepersonell opplever at tilbudet styrker pasientbehandlingen og gir mer helhetlige og effektive forløp, blant annet gjennom bedre pasientflyt, samhandling og raskere gjennomføring innenfor pakkeforløp.

Særlig nytte har pasienter med sykdom i hode-hals-området, pasienter som skal gjennom thoraxkirurgi eller organtransplantasjon, barn og unge med hjertefeil, kreft eller spesielle syndromer, samt pasienter i psykisk helsevern hvor tannhelseproblemer ofte overses.

PwC vurderte likevel at kunnskapsgrunnlaget fra 2012–2017 ikke er tilstrekkelig for å ta stilling til hvordan et sykehustannhelsetilbud bør organiseres, eller hva kostnadene faktisk er. Dermed kan ressursbruk og nytteverdi ved et permanent tilbud ikke vurderes på en tilfredsstillende måte.

Eksempler der det kan være behov for ordinær tannhelsehjelp som må utføres ved tannklinikker på sykehus er: 1) sanering når det ikke er tid til å få dette utført hos ordinære tannlege, 2) akutt tannhelsehjelp ved sterke smerter eller åpenbart alvorlige tilstander som traumer eller akutte infeksjoner, 3) medisinske risikopasienter, 4) infeksjonsmedisinske pasienter, 5) sykelig overvekt og relaterte komplikasjoner, 6) behov for narkose ved tannhelsehjelp.

Helsedirektoratet gjennomførte en kartlegging av om lag 2 000 pasienter i 2020[32], der målet var å få mer kunnskap om behovet for sykehusodontologiske helsetjenester. Kartleggingen viser at om lag 70 prosent av pasientene har behov eller omfattende behov for tannbehandling. Av disse har sykehusene vurdert at om lag 32 prosent må behandles helt eller delvis på sykehus (den viktigste årsaken oppgis å være medisinske årsaker). En diagnosegruppe som skiller seg ut, er pasienter med svulster. For denne pasientgruppen vurderer man at behovet for å få utført behandling i sykehus er markant større enn i de andre diagnosegruppene.

Kartleggingen viser videre at om lag en tredel av pasientene har behov for infeksjons-forebygging. Pasienter med svulster har størst behov for infeksjonsforebyggende behandling, munnstell og lindrende behandling i munnhulen. Videre har om lag halvparten av de undersøkte pasientene behov for forebyggende munnhelsetiltak mens i overkant av en tredel av pasientene har behov for infeksjonsforebyggende behandling.

Pasienter med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser har størst tannbehandlingsbehov blant diagnosegruppene.

Resultatene fra kartleggingen støtter oppunder og delvis nyanserer de kvalitative funnene i evalueringen av forsøksordningen fra 2019, som avdekket at det er et behov for orale helsetjenester på sykehus. I evalueringen var tilbakemeldingene fra pasienter, helsepersonell (odontologisk og ikke-odontologisk) og sykehusledelsen at det er et behov for tannbehandling på sykehus. I tillegg ga ikke-odontologisk personell på sykehusene

[32] Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus – Resultater fra kartlegging på forsøkssykehusene 2020 - Helsedirektoratet

klare tilbakemeldinger om at et oralt helsetilbud på sykehus har styrket behandlingen av pasientene.

Disse utredningene har avdekket at det er behov for en mer enhetlig praksis i spesialisthelsetjenesten når det gjelder tannhelsetjenester og at det bør være et tilbud om tannhelsehjelp for pasienter i spesialisthelsetjenesten, i tilfeller der dette er en nødvendig, integrert del av behandlingen, og en forutsetning for behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har varierende kompetanse om sammenhenger mellom somatisk/psykisk sykdom og tann- og munnhelse. Tannhelsetjenester ytes derfor i varierende grad i sykehus. Det er behov for en likeverdig tilgang til tannhelsetjenester i sykehus og bedre samhandling mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I 2023 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede organisatoriske, juridiske og økonomiske forhold. Formålet med oppdraget var å bidra til en mer enhetlig praksis i spesialisthelsetjenesten når det gjelder tannhelsehjelp og tannhelsetjenester, og å bidra til likeverdig tilgang til behandling og gode pasientforløp som inkluderer tannhelsetjenester.

Direktoratet skulle se spesielt på ivaretakelsen av tann- og munnhelsen til innlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten, og områder hvor tannhelsetjenester er en nødvendig og integrert del av den medisinske behandlingen. De skulle særlig vurdere tre stønadspunkt i folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling: Stønadspunkt 1: sjelden medisinsk tilstand, stønadspunkt 3: svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegion for øvrig og stønadspunkt 4: infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander. Utredningen ble avsluttet før endelig rapport ble levert, på grunn av Tannhelseutvalgets NOU og endrede forutsetninger for oppdraget.

I 2020 ble det også igangsatt en kunnskapsoppsummering for å se på sammenhengen mellom oral helse og øvrig helse. Rapporten fra dette arbeidet ble fremlagt våren 2021 og viser at det er en klar sammenheng mellom ulike typer somatisk/psykisk sykdom og oral helse.[33]

6.3 Oppfølging av pasienter med leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander

I 2025 fikk helseforetakene gjennom oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet tydelig uttrykt det samlede behandlingsansvaret for hele behandlingsforløpet for pasienter med leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander, inkludert kjeveortopedi og nødvendig tannbehandling tilknyttet behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. Samtidig ble folketrygdens midler tilknyttet aktuelle stønadspunkt (2 og deler av 8) flyttet til basisbevilgningen til regionale helseforetak. Leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander er i hovedsak medfødte tilstander som krever omfattende behandling i spesialisthelsetjenesten.

Presiseringene og endringene fra 1. januar 2025 ble foreslått fordi ansvar for og finansiering av behandlingen av denne pasientgruppen ikke fulgte organisatoriske linjer

[33] Kunnskapsoppsummering om sammenhengen mellom den orale og generelle helse - Helsedirektoratet

som ivaretok helhetlige behandlingsforløp eller sikret likebehandling nasjonalt. Et viktig formål var å sikre større forutsigbarhet for pasientene, da det ble identifisert risiko for at pasienter i noen tilfeller kunne få høy egenbetaling til kjeveortopedi og annen nødvendig tannbehandling tilknyttet behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. Omleggingen var også begrunnet med at spesialisthelsetjenestens flerregionale tjeneste for leppe-kjeve-ganespalte har ansvaret for og utfører kjeveortopedisk behandling av disse pasientene.

Endringen viste seg imidlertid utfordrende å gjennomføre. Dette gjaldt blant annet avgrensning av pasientgruppen og spørsmålet hvorvidt alle hadde behov for spesialisthelsetjenester. Videre oppsto det utfordringer knyttet til avtaleinngåelse og omfanget av avtaler med private tjenesteytere, herunder avtaler som kunne utløse krav etter anskaffelsesregelverket, samt utfordringer med IKT-løsninger og innsatsstyrt finansiering. Erfaringene bidro til at ordningen ble reversert fra 1. januar 2026, og budsjettmidler ble tilbakeført til folketrygden.

6.4 Ytelse av tannhelsehjelp som del av behandling i helseforetakene i dag

6.4.1 Innledning

Departementet innhentet våren 2026 informasjon fra RHF-ene om hvilke tannhelsetjenester som ytes i tilknytning til behandling i spesialisthelsetjenesten. RHF-ene ble også bedt om å redegjøre for hvilke tjenester som inngår i behandlingsforløpene, hva som eventuelt utføres av private tannhelsetjenester, hvilke kostnader som dekkes av helseforetakene og hvilke utgifter pasientene selv må dekke. Videre ble RHF-ene bedt om å gi en overordnet oversikt over kostnader, refusjonsinntekter og eventuelle egenandeler.

Informasjonen fra RHF-ene er innhentet fra de underliggende helseforetakene og gir et overordnet bilde av dagens situasjon. Samtidig varierer detaljeringsgraden i rapporteringen, og flere helseforetak opplyser at det er krevende å skille kostnader til odontologiske tjenester fra øvrig aktivitet.

6.4.2 Dagens tilbud

Innspillene viser at tannhelsetjenester i noe grad ytes i spesialisthelsetjenesten når dette er nødvendig som ledd i eller en forutsetning for medisinsk behandling. Tilbudets omfang varierer imidlertid betydelig mellom helseforetakene.

Universitetssykehus som har et omfattende odontologiske tilbud er for eksempel Oslo universitetssykehus HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, St. Olavs hospital HF og Helse Bergen HF. Tilbudene er organisert på ulike måter, for eksempel gjennom kjevekirurgiske avdelinger, seksjoner for sykehusodontologi og tverrfaglige team for medfødte tilstander.

Tjenestene omfatter blant annet odontologisk vurdering og infeksjonssanering før kreftbehandling, transplantasjon og større kirurgiske inngrep, behandling av pasienter med kjeve- og ansiktstraumer, behandling av godartede svulster og cyster i kjeven, oppfølging

av pasienter som har mottatt strålebehandling mot hode- og halsregionen, behandling av barn med særskilte behov og behandling av enkelte pasientgrupper med sjeldne eller medfødte tilstander. Flere helseforetak tilbyr også behandling av søvnapné ved bruk av apnéskinner.

Ved øvrige sykehus er aktiviteten mer variabel og ofte begrenset, eller i enkelte tilfeller nær fraværende. Der odontologisk aktivitet forekommer, kan den også være knyttet til spesifikke fagområder, for eksempel øre-, nese- og halsavdelinger, hvor tannhelsefaglig kompetanse kan inngå som en del av pasientbehandlingen.

For sykehus med begrenset eller ingen egen odontologisk virksomhet, er det fylkeskommunale og private tannhelsetilbudet sentralt for å sikre nødvendig tannhelsehjelp til pasientene. Flere helseforetak oppgir at de utfører akutte vurderinger og nødvendige ekstraksjoner når dette haster av hensyn til pasientens medisinske behandling. I mange tilfeller begrenser sykehusenes rolle seg til vurdering og utredning, mens den faktiske tannbehandlingen gjennomføres i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller hos private tannleger.

Innspillene viser også at det er etablert ulike samarbeidsmodeller mellom helseforetakene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette kan blant annet omfatte at fylkeskommunen kjøper sykehusenes anestesitjenester, samlokalisering av tjenester eller henvisningsrutiner for pasienter som har behov for tannbehandling i tilknytning til medisinsk behandling. At fylkeskommunen driver offentlige tannhelsetjenester i leide lokaler ved et sykehus betyr ikke at klinikken er etablert eller finansiert for å yte tannhelsehjelp til helseforetakets innlagte eller polikliniske pasienter.

6.4.3 Pasientbetaling og bruk av private tannhelsetjenester

Innspillene tyder på at mye av den tannbehandlingen som utføres som en integrert del av spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud, gis uten særskilt egenbetaling utover det som følger av ordinære regler i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder blant annet odontologisk vurdering og nødvendig infeksjonssanering som gjennomføres som ledd i behandling av alvorlig sykdom, der dette er en del av tilbudet som gis.

I de helseforetakene som ikke gir dette tilbudet, må pasientene oppsøke privat tannhelsetjeneste (hvis de ikke er i de prioriterte gruppene som fylkeskommunen har ansvaret for), og dekke tannbehandlingen selv. Flere helseforetak opplyser at pasientene må benytte privat tannhelsetjeneste for både nødvendig sanering av munnhulen, oppfølging og rehabilitering etter medisinsk behandling, uten at helseforetakene tar ansvar for dette.

For enkelte pasientgrupper kan behandling gi rett til stønad fra Helfo. Helseforetakene beskriver blant annet rutiner for utstedelse av nødvendig dokumentasjon slik at pasienter kan få stønad etter gjeldende regelverk. Selv når det gis Helfo-refusjon, kan pasientene ha betydelige egenutgifter, særlig ved kjeveortopedisk behandling og omfattende protetisk rehabilitering eller ved full sanering av munnhulen.

Innkjøp av tannhelsetjenester fra private aktører på vegne av helseforetakene fremstår som begrenset. Der slike ordninger finnes, gjelder det blant annet fremstilling av apnéskinner og enkelte særskilte pasientgrupper.

6.4.4 Helseforetakenes kostnader og inntekter

Innspillene viser at kostnadene til odontologiske tjenester varierer betydelig mellom helseforetakene. Helseforetak uten egne odontologiske tilbud rapporterer gjennomgående lave eller ubetydelige kostnader, mens universitetssykehusene og enkelte større helseforetak har etablerte fagmiljøer med betydelige driftskostnader. Flere helseforetak understreker at kostnadene er usikre og vanskelige å isolere fra annen klinisk aktivitet. Rapporteringen gir derfor ikke grunnlag for presise sammenlikninger mellom helseforetakene.

Samtidig viser innspillene at helseforetak med etablerte odontologiske tjenester også kan ha betydelige inntekter knyttet til behandlingsaktivitet, både gjennom refusjoner som utløses etter folketrygdens regelverk og gjennom pasientbetaling i form av egenandeler og egenbetaling. Selv om enkelte odontologiske tjenester kan utløse ISF-finansiering, indikerer innspillene at dette utgjør en forholdsvis liten andel av den samlede finansieringen sammenlignet med refusjonsinntekter fra Helfo og pasientrelaterte inntekter.

6.4.5 Hovedfunn fra innspillene

Innspillene fra RHF-ene viser at tannhelsetjenester i spesialisthelsetjenesten ytes i noen grad når de er nødvendig som ledd i, eller en forutsetning for, eller konsekvens av, medisinsk behandling. Tilbudet varierer betydelig mellom helseforetakene. Flere av universitetssykehusene har omfattende tjenester, mens mindre sykehus i større grad er avhengige av samarbeid med fylkeskommunal og privat tannhelsetjeneste.

Innspillene viser videre at mange pasienter mottar deler av tannbehandlingen utenfor spesialisthelsetjenesten, selv når behandlingen har sammenheng med alvorlig sykdom eller medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten. Selv om enkelte pasientgrupper kan få stønad fra Helfo, rapporterer flere helseforetak at pasientene i enkelte tilfeller fortsatt kan ha betydelige egenutgifter til tannbehandling som er nært knyttet til behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Det er samtidig utfordrende å gi et fullstendig nasjonalt bilde av ressursbruk og kostnader, blant annet fordi odontologisk aktivitet ofte er integrert i annen klinisk virksomhet.

6.5 Oppsummering

Erfaringene fra forsøksordningen med sykehusodontologi (2012–2024) viser at noen pasienter i spesialisthelsetjenesten har behov for tannhelsehjelp som en integrert og nødvendig del av behandlingsforløpet, enten behovet oppstår i forkant av, under eller i etterkant av behandling i sykehus. Målgruppen er sammensatt, og behandlingsbehovet varierer betydelig i både omfang og type.

Erfaringene med oppfølgingen av pasientgruppen med leppe-kjeve-ganespalte, både ved endringene i 2025 beskrevet over og forut for dette, viser at organisering og regulering av ansvar og finansiering gir utydelige rammevilkår for tjenesten, som gir risiko for et fragmentert og ikke likeverdig behandlingstilbud for pasientene. Denne pasientgruppen har behov for omfattende og mangeårig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, ofte med kjeveortopedi og annen nødvendig tannbehandling relatert til behandlingsforløpet i sykehus.

Det er som vist gjennom rapporteringen fra RHF-ene til departementet, begrenset med data over hvor mange som i dag mottar tannbehandling som ledd i behandling som gis av spesialisthelsetjenesten. Det er klart at tilbudet varierer betydelig mellom helseforetakene. Noen av helseforetakene har innlemmet tjenester som omfatter blant annet odontologisk vurdering og infeksjonssanering før kreftbehandling, transplantasjon og større kirurgiske inngrep, behandling av pasienter med kjeve- og ansiktstraumer, behandling av godartede svulster og cyster i kjeven, oppfølging av pasienter som har mottatt strålebehandling mot hode- og halsregionen, behandling av barn med særskilte behov og behandling av enkelte pasientgrupper med sjeldne eller medfødte tilstander. Ved andre helseforetak er aktiviteten mer variabel og ofte begrenset, eller i enkelte tilfeller nær fraværende. Der odontologisk aktivitet forekommer, kan den også være knyttet til spesifikke fagområder, for eksempel øre-, nese- og halsavdelinger, hvor tannhelsefaglig kompetanse kan inngå som en del av pasientbehandlingen.

7 Tannhelsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

7.1 Tannpleie i tilknytning til omsorgstjenester

Brukere som mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen har rett til å få tilfredsstilt grunnleggende behov, som daglig munnstell. Kommunen skal også sørge for at brukeren får tilgang på nødvendig tannbehandling og at brukeren får muligheten til å benytte seg av et eventuelt tilbud fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller fra privat tannhelsetjeneste.

Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller som mottar helsetjenester i hjemmet har rett til tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten. Dette krever godt samarbeid mellom kommunen og fylkeskommunen og at pasientene får informasjon om sine rettigheter. Det er en utfordring med kommunikasjon mellom kommuner og fylkeskommuner, selv om det inngås samarbeidsavtaler. Erfaringer viser at samarbeidet fungerer ulikt og ofte er vanskelig å få til. Kartlegginger og undersøkelser tyder videre på at ivaretakelse av tann- og munnhelse for denne gruppen er mangelfull i mange kommuner, og det har vært pekt på at disse problemene kan knyttes til samhandlingsutfordringer.

En del av innbyggerne med rettigheter til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten får ikke, eller benytter seg ikke, av rettigheten. Dette gjelder spesielt eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

En ny studie publisert i Acta Odontologica Scandinavica *(Dental health service utilization among older adults receiving home care services in south-eastern Norway)*[34] viser et betydelig underforbruk av tannhelsetjenester blant eldre som mottar hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Dette til tross for at mange har lovfestet rett til gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten (ved tjeneste over 3 måneders varighet).

Studien undersøkte bruken av tannhelsetjenester blant personer over 65 år som mottok kommunale, hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester i Sørøst-Norge.

Hovedfunnene viser at mange eldre sjelden oppsøker tannhelsetjenesten, og at noen kun gjør det ved akutte behov. Flere mangler også kunnskap om hvilke rettigheter de har i den offentlige tannhelsetjenesten (ca. halvparten kjente ikke til rettigheten). Studien viser også at enkelte velger å fortsette hos privat tannlege, selv om de har rett til gratis behandling. For mange veier tillit og en etablert relasjon til tannlegen tyngre enn økonomiske hensyn. Det er også en tydelig sammenheng mellom det å ha flere egne tenner og det å oppsøke tannhelsetjenesten regelmessig.

Den vanligste grunnen til at eldre ikke går regelmessig til tannlegen, er at de ikke opplever behov for behandling. Forskerne oppgir at dette er bekymringsfullt, ettersom tidligere forskning viser at eldre ofte vurderer egen munnhelse som bedre enn det kliniske undersøkelser tilsier. Helseutfordringer trekkes også frem som en barriere for regelmessige tannlegebesøk. For mange kan redusert mobilitet, kroniske sykdommer eller kognitiv svikt gjøre det vanskelig å oppsøke tannhelsetjenesten.

Studien konkluderer med at det er behov for bedre informasjon og tettere samarbeid mellom hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste og den offentlige tannhelsetjenesten. Ansatte i hjemmesykepleien møter de eldre jevnlig og er derfor i en særlig god posisjon til å fange opp munnhelseproblemer og informere om retten til gratis tannhelsehjelp. Eldre med helseutfordringer bør i større grad oppmuntres til å oppsøke tannhelsetjenesten, da forskning viser en klar sammenheng mellom redusert generell helse og dårligere munnhelse.

7.2 Tannpleier i kommunen

Kommunal tannpleier er et pilotprosjekt initiert av Helsedirektoratet, som har foregått i Nordland i perioden 2023-2025. Prosjektet har hatt til hensikt å gi bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og tannhelsetjenesten i fylkeskommunen, og på den måten styrke og forbedre tannhelsetilbudet til eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller i hjemmesykepleie. Deltakende kommuner er Narvik, Meløy og Vestvågøy. I prosjektperioden ansettes tannpleiere i delt stilling og fungerer som

[34] Acta Odontologica Scandinavia 2026, Vol. 85, 323-331

bindeledd mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Senter for omsorgsforskning (SOF) har fulgt piloteringen og leverte en evalueringsrapport juni 2026. Rapporten blir overlevert Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2026 med Helsedirektoratet sin tilrådning om videre oppfølging.

8 Digitale løsninger for ytelse av tannhelsetjenester

8.1 Innledning

Gode digitale tjenester i tannhelsetjenesten er nødvendig for å møte de demografiske endringene, økte forventninger fra innbyggerne og utviklingen i resten av helse- og omsorgstjenesten. Behovet for digitalisering gjelder flere områder. Gode journalløsninger skal støtte lovpålagt journalføring og samtidig legge til rette for gjenbruk av informasjon til beslutningsstøtte, styring, analyse og kvalitetsforbedring. Digital samhandling og deling av nødvendig pasientinformasjon mellom tannhelsetjenesten og fastleger, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er viktig for helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Videre har innbyggerne behov og forventing om en digitalt tilgjengelig tannhelsetjeneste. Dette gleder blant annet løsninger for timebestilling, innsyn i egne opplysninger og enkelte dialogtjenester.

8.2 Beskrivelse av dagens systemer og situasjon

Gode systemer for klinisk dokumentasjon er grunnleggende for tannhelsetjenesten og det å yte helse- og omsorgstjenester. Elektroniske pasientjournalsystemer er godt utbredt blant tannlegene og dekker i hovedsak behovet for dokumentasjon av helsehjelpen som ytes ved den enkelte tannlegevirksomhet. En kartlegging utført av Helsedirektoratet våren 2026 viser at det i dag er syv leverandører av journalsystemer til tannhelsetjenesten. Disse leverandørene dekker kjernefunksjoner som pasientjournal, timebok, radiologi, økonomi og administrasjon, og funksjonalitet for å motta refusjon fra Helfo.

Når det gjelder digital samhandling er det variasjon i hvor langt de ulike leverandørene har kommet i arbeidet med å utvikle teknisk støtte for at tannleger skal kunne ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenettet og tjenester på Helsenorge. God og effektiv deling av informasjon med aktører som deltar i behandling og oppfølging av pasienter er nødvendig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Digital samhandling gir fastleger, sykehus og annet helsepersonell tilgang til oppdatert informasjon om tannbehandling som kan ha betydning for kirurgi, medikamentell behandling og annen oppfølging. De nasjonale e-helseløsningene og samhandlingstjenestene, slik som pasientens prøvesvar, legemiddelliste og kritisk informasjon, er etablert for å dekke de største behovene for samhandling på tvers av aktører og nivåer, og flere av løsningene og tjenester er ferdig utviklet og tatt i bruk i store deler av helse- og omsorgstjenesten.

Selv om de fleste tannleger i dag er medlemmer av helsenettet, er det få tannleger som har tatt i bruk digitale løsninger for samhandling ut over melding til Helfo for å motta refusjon for tannbehandling (oppgjørsmelding) og e-resept. Det er to til tre leverandører som har utviklet teknisk støtte for e-resept, sentral forskrivningsmodul, kjernejournal og elektronisk meldingsutveksling, men bruksstatistikken fra Norsk helsenett SF viser at det er få tannleger som benytter løsningene til daglig. Ingen deler av tannhelsetjenesten har tatt i bruk Helsenorge for timebestilling eller annen dialog med innbyggerne, fordi det ikke er teknisk lagt til rette for dette på nåværende tidspunkt. Det er ønskelig at tannhelsetjenesten i større grad tar i bruk de nasjonale løsningene.

Årsakene til den lave bruken av de nasjonale e-helseløsningene er flere. Kunde- og leverandørmarkedet er fragmentert, noe som svekker muligheten for samordnet utvikling. Kapasiteten i journalleverandørmarkedet har vært begrenset og inntil nylig har én leverandør vært dominerende på markedet. Videre har samhandlingen mellom sykehus, fastleger, hjemmetjenestene og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vært høyest prioritert i det nasjonale arbeidet med digital samhandling, fordi det er der behovene for informasjonsdeling er størst (flest pasientoverganger og mer samhandling). Det er ønskelig at tannhelsetjenesten i større grad tar i bruk de nasjonale løsningene. Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF samarbeider med Tannlegeforeningen for å avklare behov og tiltak for å støtte tannhelsetjenestene i innføring og bruk av de nasjonale e-helseløsningene.

Etablering av felles standarder, kodeverk og terminologi er nødvendig for å kunne dele informasjon på en enhetlig måte, både for effektiv samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten og for bruk av data til styring, analyse, kvalitetsforbedring og forskning. Dette gjelder blant annet at opplysninger registreres korrekt for automatisk innrapportering til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Informasjon fra tannhelsetjenesten i KPR vil kunne bidra til bedre kvalitet og beredskap i tjenestene, sikre et godt grunnlag for styring og finansiering, og legge til rette for forskning. Den offentlige tannhelsetjenesten rapporter fra 1. januar 2026 data til KPR. Folkehelseinstituttet har også lagt til rette for rapportering fra den private tannhelsetjenesten. Rapporteringen skjer automatisk via journalsystemet og gjelder for eksempel behandlingstyper, diagnoser og enkelte demografiske data. I rapporteringen benyttes SNOMED CT som kodeverk. Helsedirektoratet arbeider med å foreslå normeringsgrad for kodeverk for tannhelsetjenesten som grunnlag for videre utvikling av KPR.

Kunstig intelligens (KI) i helse- og omsorgstjenesten kan øke kvaliteten i pasientbehandlingen og frigjøre tid for helsepersonell. Bruk av KI i tannhelsetjenesten er i en tidlig fase, men flere tannleger har tatt i bruk KI for å forbedre diagnostikk og optimalisere behandlinger, herunder spesielt til bildeanalyse, journalføring og administrative oppgaver. Erfaringene fra noen av tannlegene som har benyttet KI så langt, viser at det gir økt trygghet i forbindelse med diagnostikk, at det er enklere å oppdage tidlige tegn på karies og at behandlingen og oppfølgingen blir bedre og mer effektiv.

8.3 Særlig om DigiDOT

Fylkeskommunene har etablert et digitaliseringsprosjekt for den offentlige tannhelsetjenesten, DigiDOT. Prosjektet innebærer at fylkeskommunene går sammen om å modernisere den offentlige tannhelsetjenesten gjennom felles digitale løsninger. DigiDOT skal etablere en felles elektronisk pasientjournal (EPJ) for hele den offentlige tannhelsetjenesten, med felles standarder og informasjonsmodell. Et sentralt tiltak i prosjektet er å etablere en moderne og leverandøruavhengig journalløsning som dekker behovene for dokumentasjon, gjenbruk av data til kvalitetsutvikling, analyse og forskning, og effektiv digital samhandling med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet skal også gjøre den offentlige tannhelsetjenesten bedre i stand til å ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene og samhandlingstjenestene. Det betyr at relevante tannhelseopplysninger følger pasienten mellom behandlere og på tvers av fylkesgrenser. Prosjektet er finansiert av fylkeskommunene og har også mottatt støtte fra Helseteknologiordningen.

9 Utdanning av tannhelsepersonell og personellbehov

9.1 Innledning

Fem læresteder i Norge har ansvar for grunnutdanning innenfor tannhelsefeltet. Det er odontologisk utdanning ved UiT Norges arktiske universitet i Tromsø, Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo. Det utdannes tannpleiere ved disse lærestedene, i tillegg til Høgskolen Innlandet. Oslo Met utdanner tannteknikerne i Norge, men denne utdanningen flyttes til Universitetet i Oslo i 2026. Tannhelsesekretærutdanningen er en videregående utdanning. Utdanningen tilbys på 12 skoler i 2026 (utdanning.no).

Kunnskapsdepartementet har det overordnede ansvaret for utdannings- og kompetansepolitikken. Utdanningsinstitusjonene har hovedansvaret for å dimensjonere opptaket på de enkelte utdanningene. Regjeringen har det overordnede ansvaret for den samlede kapasiteten i høyere utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning.

9.2 Master i odontologi

Tannleger omfattes av autorisasjonsordningen for helsepersonell. Utdanningen som kvalifiserer for autorisasjon som tannlege i Norge, er en femårig universitetsutdanning som gir graden Master i odontologi. Det er også en del norske odontologistudenter i utlandet. Polen er det vanligste landet for nordmenn som studerer odontologi i utlandet, etterfulgt av Spania, som er blitt populært de seneste årene.[35] Fra og med studieåret 2023-2024 gir Lånekassen studenter utenfor Norden mindre stipend til skolepenger enn tidligere. Dette vil kunne redusere antallet norske odontologistudenter i utlandet. I 2025 mottok 264 personer autorisasjon som tannlege, viser tall fra Helsedirektoratet. Av disse

[35] NOU 2023: 4

var 156 utdannet i Norge, 71 i EU/EØS ekskl. Norden, 28 i Norden og 12 utenfor EU/EØS.

De siste årene har over halvparten av de nye autorisasjonene til tannleger i Norge blitt innvilget på bakgrunn av en utdanning fra utlandet. Blant annet av beredskapshensyn og etiske hensyn er det viktig at vi også har egne utdanningsinstitusjoner som utdanner tannhelsepersonell. Dette sikrer dessuten kjennskap til norsk helsetjeneste og lovverk og språkkompetanse.

Ifølge Database for statistikk om høyere utdanning gikk 845 personer på masterstudiet i odontologi i Norge i 2025.

Studentene ved de norske lærestedene får hoveddelen av den kliniske undervisningen i universitetsklinikk ved lærestedene (også kalt studentklinikk eller internklinikk). I tillegg til den omfattende praksis- og ferdighetstreningen de får på lærestedene, er studentene ved de norske lærestedene ute i praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten i løpet av studiet. Ekstern praksis for tannlegestudentene varierer fra 3 uker til ca. 6 måneder. Utdanningsstedene bruker mye ressurser på å skaffe praksisplasser, veilede tjenestene og noen steder også bidra økonomisk. Etter dagens lovverk har ikke den offentlige tannhelsetjenesten et medvirkningsansvar for selve utdanningen, men tannhelsetjenesteloven pålegger fylkeskommunene å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell. Departementet mener at dette er viktig for å sikre blant annet praksisplasser for studenter i den offentlige tannhelsetjenesten og foreslår derfor at dette ansvaret videreføres, se punkt 20.11.1.

9.3 Tannpleierutdanningen

Tannpleiere er autorisert helsepersonell. Norsk tannpleierutdanning er en treårig bachelorgrad. I 2025 mottok 94 personer autorisasjon som tannpleier. Av disse var 88 utdannet i Norge, tre i EU/EØS utenfor Norden og tre i Norden.

Ifølge Database for statistikk om høyere utdanning gikk 315 personer på bachelorstudiet i tannpleie i Norge i 2025, og 25 personer gikk på videreutdanning ved Universitetet i Sør-Norge.

Universitetet i Sørøst-Norge mottar tilskudd til videreutdanning for tannpleiere i privat og offentlig sektor. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere påbygging til mastergrad. Studiet bidrar til å styrke tannpleiernes kompetanse og i større grad ivareta ulike befolkningsgruppers generelle og særskilte behov for tannhelsehjelp med økt oppmerksomhet på tverrfaglig folkehelsearbeid. Studiet gir også kunnskap om tannhelse, orale sykdoms- og risikofaktorer, diagnostikk, tannhelsens betydning for generell helse og kunnskap om veiledning og samhandling med pasienter og pårørende. Fylkeskommuner kan søke om midler til lønnskompensasjon for tannpleiere som er ansatt i fylkeskommunen, for de periodene de er borte i forbindelse med videreutdanningsstudier ved Universitetet i Sørøst-Norge.

9.4 Tannteknikerutdanningen

Tannteknikere er autorisert helsepersonell. Norsk utdanning som tanntekniker er en treårig bachelorgrad. Fra 2026 overføres utdanningen fra Oslo Met til Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Ifølge Database for statistikk om høyere utdanning gikk 20 personer på bachelorstudiet i tannteknikk i Norge i 2025.

Det er store variasjoner i hvor mange som mottar autorisasjon hvert år. I 2025 mottok fem personer autorisasjon som tanntekniker. Av disse var kun én utdannet i Norge, fire i EU/EØS utenfor Norden. I 2024 mottok 16 personer autorisasjon, tolv var utdannet i Norge, én i Norden og tre i EU/EØS utenfor Norden.

Antall tannteknikere har vist en jevn nedgang, fra 460 avtalte årsverk i 2015 til 397 i 2022 (Statistisk sentralbyrå). Markedet for tanntekniske arbeider er preget av konkurranse, import og krav om offentlig anbudsutsetting av tanntekniske tjenester.

9.5 Tannhelsesekretærutdanningen

Tannhelsesekretærene er autorisert helsepersonell. Norsk utdanning som tannhelsesekretær er et treårig utdanningsløp på videregående skole. I 2025 mottok 256 personer autorisasjon som tannhelsesekretær. Av disse var 250 utdannet i Norge, fem i EU/EØS utenfor Norden og én i Norden.

Tall fra Utdanningsdirektoratet viser at det i 2025 kun var 130 personer som gikk på tannhelsesekretærutdanningen (VG3).

Det tilbys også tannhelsesekretærutdanning hos mange private aktører.

9.6 Spesialistutdanning av tannleger

Om lag 12 prosent av tannlegene er spesialister. Departementet fastsetter hvilke avgrensede deler av odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning for, jf. helsepersonelloven § 51. De åtte offentlig godkjente spesialitetene for tannleger er: endodonti (rotfylling), kjeveortopedi, kjeve- og ansiktsradiologi, oral kirurgi og oral medisin, oral protetikk, pedodonti (barnetannpleie), periodonti (tannkjøttsykdommer) og multidisiplinær odontologi. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger og tannleger er hjemlet i helsepersonelloven § 51 og i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.

Spesialistutdanning av tannleger organiseres ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø og finansieres med tilskuddsmidler over statsbudsjettet og tildeling fra Helsedirektoratet. Tannlegene gjennomfører spesialistutdanningen i hovedsak ved lærestedene, og enkelte tar deler av klinisk praksis ved tannhelsetjenestens kompetansesentre (som har spesialisttannklinikker). Utdanningen er treårig (fem år for spesialister i oral kirurgi og oral medisin). Utdanningen er ulønnet, men offentlige arbeidsgivere som har avtale med en tannlege om spesialistutdanning, og senere ansettelse, kan søke tilskudd til lønnsmidler fra Helsedirektoratet.

De siste fire årene har det i snitt blitt godkjent 40 tannlegespesialister årlig (Helsepersonellregisteret/ Helsedirektoratet 2022). Mer enn hver tredje spesialistgodkjenning er innen kjeveortopedi. Det kommer også en del tannlegespesialister fra land utenfor Norge.

Helsedirektoratet har gjennomført flere utredninger om spesialistutdanning av tannleger. I 2022 leverte Helsedirektoratet forslag som skal sikre en mer enhetlig organisering og regulering av spesialistutdanningen av tannleger.[36] Med bakgrunn i disse utredningene har Helsedirektoratet utarbeidet læringsmål for de åtte spesialitetene for tannleger i samarbeid med fagmiljøene ved lærestedene, spesialistforeningene i Tannlegeforeningen og tjenestene. Læringsmålene har også forslag til læringsaktiviteter, vurderingsformer og nærmere krav til utdanningene. Læringsmålene beskriver sluttkompetansen som skal gi grunnlag for godkjenning som tannlegespesialist.

Departementet vil komme tilbake til oppfølging av direktoratets utredninger etter at tannhelsereformen er ferdigstilt.

9.7 Fremtidig behov for tannhelsepersonell

Det er i Norge om lag 4 550 allmenntannleger og 610 tannlegespesialister, til sammen om lag 5 160 tannleger (2025). I tillegg er det om lag 1 170 tannpleiere, 270 tannteknikere og annet personell. Utviklingen i antall tannleger har fulgt befolkningsveksten i Norge de siste årene, slik at tannlegedekningen nasjonalt har vært stabil.

Antall avtalte tannlegeårsverk (fylkeskommunal og privat) uten spesialitet har ligget på 8,0 per 10 000 innbyggere i hele perioden 2016-2024. I 2025 var antallet økt til 8,1 årsverk per 10 000 innbygger. Det er noe variasjon mellom fylkene i antall tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere.

Norge har høyere dekning av tannleger enn resten av Europa (WHO European Region 2022), men det er geografiske forskjeller.

Helsepersonellkommisjonen peker på at rekrutteringsutfordringer i deler av tannhelsetjenesten primært synes å handle om skjev geografisk fordeling av tannhelsepersonell, og skjev fordeling mellom den private og offentlige delen av tannhelsetjenesten. Omfanget av ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten viser at flere fylkeskommuner har problemer med rekruttering. Spesielt gjelder dette Møre og Romsdal, men også øvrige fylker på Vestlandet, fylkene i Nord-Norge og Trøndelag. For flere fylkeskommuner er det krevende å rekruttere til stillinger i mindre sentrale strøk og små klinikker. Oslo og Agder er de eneste fylkene uten ledige årsverk. Selv om det er ubesatte årsverk i deler av den offentlige tannhelsetjenesten, finnes det tegn til at det er overkapasitet i den private tannhelsetjenesten i sentrale strøk. Kommisjonen peker i sin utredning på hvor viktig det er å utdanne helsepersonell også til stillinger på utdanningsfeltet. Dette er også viktig for tannhelsetjenesten der alle lærestedene har problemer med å rekruttere personell både til undervisning og forskning.

[36] Spesialistutdanning av tannleger – en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell - Helsedirektoratet

I Rapporten *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*[37] fra SSB er det gjort beregninger av etterspørselen etter ulike yrkesgrupper, og alle alternativene viser et overskudd av tannleger og tannpleiere, men et underskudd av helse- og tannhelsesekretærer. En av begrunnelsene for anslagene er at SSB ikke tror at økt andel eldre vil føre til økt behov for tannbehandling, men det er usikkert. Demografisk utvikling og endring i tannhelsestatus samt teknologiske faktorer (kunstig intelligens, digitalisering) vil påvirke behovet for tannhelsepersonell. Det samme vil utdanningskapasitet i Norge og utlandet og import av tannleger fra andre land gjøre. Eventuelle reformer som gir utvidede/endrede rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester for befolkningen, vil også kunne påvirke fremtidig behov for tannhelsepersonell.

Ifølge rapporten *Små helseutdanninger – tydelige samfunnsbehov*[38] fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2025), vil det være et økende behov for tannteknikere de nærmeste årene på grunn av demografiske endringer og en høy andel tannteknikere som nærmer seg pensjonsavgang.

Det er gjennomført nye framskrivinger og analyser for Helsepersonellplan 2040. De er utarbeidet av Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) med innspill fra de regionale helseforetakene og KS. Tallgrunnlaget bygger hovedsakelig på SSBs simuleringsmodell for framtidig behov for helse- og omsorgspersonell (Helsemod).

Tilbudsframskrivingene tar utgangspunkt i dagens omfang av de ulike personellgruppene, og framskriver utviklingen år for år basert på blant annet tilvekst fra utdanning og innvandring, samt avgang som følge av alder og andre forhold. Etterspørselsframskrivingene er basert på hvordan tjenestene brukes og bemannes i et valgt referanseår, kombinert med befolkningsframskrivinger. Framskrivingen bygger på befolkningsutviklingen i SSBs hovedalternativ (MMM-24), og 2024 brukes som utgangspunkt for nivået på tjenestebruken og ressursinnsatsen i tjenestene. I referansealternativet legges det også til grunn at helsetilstanden bedres over tid for personer over 55 år, at nivået av pårørendeinnsats holdes konstant, og at ressursinnsatsen per bruker øker moderat.

Det presiseres at tallene for gap mellom tilbud og etterspørsel er beregnet på grunnlag av referansebanens forutsetninger og må tolkes med varsomhet. Størrelsen på gapet avhenger blant annet av forutsetninger om kompetansesammensetningen i tjenestene, herunder hvordan arbeidskraftbehovet fordeles mellom utdanningsgrupper. I SSBs analyse bygger denne fordelingen på observerte sysselsettingsandeler i basisåret 2024 og forutsettes å være uendret over tid. Endringer i ansvars- og oppgavedeling, kompetansemiks, organisering, teknologi og øvrige forutsetninger kan derfor gi andre anslag på gapet.

I denne rapporten er det estimert et underskudd på 100 tannleger i 2040 og et overskudd av tannpleiere på 300.

[37] Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040

[38] Små helseutdanninger – tydelige samfunnsbehov | HK-dir

Dagens framskrivninger er usikre og gir ulike anslag for behov. Behovet for tannhelsepersonell vil dessuten kunne påvirkes av de valgene som tas i arbeidet med tannhelsereformen. Det må derfor gjøres nye framskrivinger på bakgrunn av dette, slik at vi sikrer nok tannhelsepersonell med riktig kompetanse i fremtidens tannhelsetjeneste samt at tannhelsepersonellet brukes på en hensiktsmessig måte slik at befolkningen kan få tilgang til nødvendig tannhelsehjelp.

10 Forskning i tannhelsetjenesten

10.1 Forskning i tannhelsetjenesten

Det er en pågående, nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, *Sammen om kunnskapsløft for oral helse* (2017–2027)[39]. Strategien skal bidra til å imøtekomme behovet for forskning, innovasjon og fagutvikling, med mål om en kunnskapsbasert tannhelsetjeneste. Strategien vektlegger samarbeid om forskning innen oral helse, og sammenhengen mellom oral helse og øvrig fysisk helse, psykisk helse og livssituasjon. Strategien er en oppfølging av *Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg 21-strategien* (2015-2018)[40], hvor det ble framholdt et løft for forskning og innovasjon innen helse og omsorg.

Oral helse er et lite forskningsfelt. Bakgrunnen for strategien på feltet var en kartlegging som viste at det hadde vært liten vekst på dette fagområdet, sammenlignet med andre helsefag og medisin (Rørstad et al., 2014).

For å følge opp strategien etablerte Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. Nettverksgruppen har som mandat å bidra i oppfølging av strategien, først og fremst ved å medvirke til dialog og samarbeid mellom aktørene på feltet. Nettverksgruppen består av medlemmer fra lærestedene som utdanner tannhelsepersonell, tannhelsetjenestens regionale odontologiske kompetansesentre, Lovisenberg diakonale sykehus - avdeling munnhelse (tidligere TAKO-senteret), fylkeskommunene, og Den norske tannlegeforening. Gruppen har observatører fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Niom AS (Nordisk institutt for odontologiske materialer) leder og har sekretariatsfunksjon til nettverksgruppen.

Videre har regjeringen nylig publisert *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning* (2026-2036)[41], som har som visjon at klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis. Det presiseres at alle offentlige virksomheter i helsetjenesten er omfattet av denne visjonen og bør ha ansvar eller oppgaver i klinisk forskning. Ett tiltak i planen er at det i løpet av planens tiårsperiode skal utredes om den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et lovpålagt ansvar for

[39] Sammen om kunnskapsløft for oral helse

[40] Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HO21-strategien

[41] Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning 2026–2036 - regjeringen.no

forskning, for å sikre kunnskap om effekt og sikkerhet av helsehjelpen som ytes i den offentlige tannhelsetjenesten.

De odontologiske lærestedene er de viktigste forskningsaktørene i tannhelsetjenesten og har klart størst volum når det gjelder produksjon av forskning innenfor oral helse. I tillegg til lærestedene er det flere andre aktører innenfor forskning og innovasjon på oralhelsefeltet. Tannhelsetjenestens regionale odontologiske kompetansesentre (ROK), Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) og Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG) mottar støtte over statsbudsjettet. Niom AS mottar også stønad til virksomheten fra de andre nordiske landene. Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer om lag en tredjedel av Nioms budsjett, basert på treårige avtaler.

Den offentlige tannhelsetjenesten har i dag ikke et ansvar for forskning. Tannhelseutvalget foreslår å styrke praksisnær forskning på oral helse og tannhelsetjenester, jf. utvalgets forslag nr. 18. Utvalget anbefaler i sitt forslag nr. 22 at man skal lovregulere et medvirkningsansvar for forskning i tannhelsetjenesten.

Til sammenlikning har spesialisthelsetjenesten et ansvar for forskning etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 3, jf. § 2-2 a fjerde ledd og helseforetaksloven § 1 første ledd nr. 1 og § 2 andre ledd, noe som anses som viktig for at spesialisthelsetjenesten skal holde seg oppdatert om den medisinske utviklingen. De regionale helseforetakene har særskilt ansvar for den praksisnære forskningen som er tett integrert i den kliniske virksomheten.

Å likestille og harmonisere kommunesektorens ansvar for utdanning og forskning ble vurdert i forbindelse med HelseOmsorg21-strategien. Det har blitt trukket fram at kommunesektoren ikke har samme infrastruktur for forskning som spesialisthelsetjenesten har, og derfor ikke kan ivareta et sørge-for-ansvar, jf. Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), 2019. I rapporten understrekes behovet for forskning av høy kvalitet og med relevans for kommunenes ansvarsområder. Det heter at det er «*en skjevfordeling av forskningsmidler mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene*». For å få mer likeverdighet i dette mener KSF at et sørge-for-ansvar for forskning og utdanning i kommunene bør vurderes.

I tannhelsetjenesten pågår det allerede forskning både på lærestedene og ved de regionale odontologiske kompetansesentrene, og de regionale odontologiske kompetansesentrenes forskningsaktivitet har blitt bygget opp gradvis over flere år. Utfordringen har blant annet vært for lite samarbeid og samhandling mellom de ulike aktørene, noe som også et av tiltakene i den nåværende forskningsstrategien.

10.2 Særlig om forskning ved de regionale odontologiske kompetansesentrene

Stortinget tok initiativ til å utrede etablering av regionale kompetansesentre innenfor tannhelseområdet i 1998. På dette tidspunktet var det svak tannlegedekning i mange områder i landet, og det var mangel på tannlegespesialister flere steder. Begrunnelsen for

å etablere regionale kompetansesentre var å styrke fylkeskommunens spesialisttilbud til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og å etablere en desentralisert spesialistutdanning av tannleger utenfor universitetene i Oslo og Bergen. I tillegg ønsket man å bygge opp forsknings- og kunnskapsutvikling i regi av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Tidligere var kompetanseutvikling og forskning i hovedsak lagt til universitetene i Oslo og Bergen.

Etableringen av regionale odontologiske kompetansesentre var derfor tett knyttet til mer desentralisert utdanning av tannlegespesialister og til forskningsvirksomhet.

Fylkeskommunene skulle være ansvarlige for kompetansesentrene og bestemme den geografiske plasseringen. Kompetansesenter i Nord-Norge ble etablert i 2003 med bevilgninger over statsbudsjettet. Samtidig ble det over Kunnskapsdepartementets budsjett bevilget midler til å planlegge etablering av tannlegeutdanning i Tromsø. Fylkeskommunene skulle samarbeide om kompetansesentrene, og i perioden fram til 2015 ble kompetansesentre opprettet i Stavanger, Arendal, Bergen, Trondheim og Oslo. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (Arendal) ble avviklet i 2019, blant annet som følge av utfordringer med rekruttering av spesialister, manglende henvisning av pasienter og begrenset tilgang på tannlegespesialister.

De regionale odontologiske kompetansesentrene skal bidra til å bygge opp kompetansemiljøer regionalt som en drivkraft for fagutvikling, forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse, i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027)*.[42]

Kompetansesentrene mottar årlige tilskudd over statsbudsjettet. I 2026 ble det bevilget ca. 150 mill. kroner over kap. 770 Tannhelsetjenester til de fem regionale odontologiske kompetansesentrene.

De regionale odontologiske kompetansesentre mottar tilskudd fra staten til følgende oppgaver:

- gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste, og råd til andre tjenesteområder og befolkningen
- drive forskning og kunnskapsutvikling
- delta i den praktiske/kliniske delen av spesialistutdanning av tannleger.

Spesialistvirksomheten i kompetansesentrene er finansiert av fylkeskommunene selv.

PwC Norge gjennomførte en evaluering av tannhelsetjenestens kompetansesentre på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2023[43]. Bakgrunnen for evalueringen var blant annet at Stortinget i 2021 fattet et anmodningsvedtak (nr. 1164) om at de regionale kompetansesentrene skulle evalueres.

[42] Sammen om kunnskapsløft for oral helse

[43] Evaluering av regionale odontologiske kompetansesentre, PwC 2023

Evalueringen peker på at kompetansesentrene ikke lenger er regionale slik intensjonen var ved oppstart. Fem fylkeskommuner står utenfor ordningen (Møre og Romsdal, Agder, Telemark, Vestfold og Oslo). Videre er det etablert to sentre i Vest: ett i Stavanger og ett i Bergen. Evalueringen peker videre på at det har vært betydelig variasjon i forskningsaktivitet mellom kompetansesentrene, og at forskningsavdelingene er preget av utfordringer med å rekruttere forskere innenfor klinisk odontologi. Videre sier de at kompetansesentrenes rolle som pådriver for praksisnær forskning fremstår som særlig viktig, spesielt siden det fortsatt er stort behov for kunnskap i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

PwC peker likevel på at det er en risiko for at forskningskompetansen innenfor odontologi spres utover for mange aktører, slik at det blir vanskelig å skape fagmiljøer som er tilstrekkelig robuste. De peker på at forskningsmandatet til kompetansesentrene burde vært tydeligere og mer målrettet for å legge til rette for utviklingen av mer spissede fagprofiler og en tydeligere arbeidsdeling mellom kompetansesentrene og andre forskningsaktører, særlig universitetene. De mener at det bør gjøres en vurdering av om hvert kompetansesenter skal drive med forskning, og om forskningsmandatet til sentrene bør spisses. For å oppnå større faglige synergier bør muligheter for samordning på tvers av kompetansesentrene, og samarbeid mellom sentrene og andre forskningsmiljøer, konkretiseres i en felles forskningsstrategi for kompetansesentrene, slik det opprinnelig ble foreslått i Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi. En felles forskningsstrategi bør legge til rette for en mer målrettet og samordnet innsats på tvers av kompetansesentrene. Det bør også legges vekt på sammenhengen mellom kompetansesentrene og andre aktører på tannhelsefeltet, slik at aktørene i større grad utfyller hverandre og samarbeider for å nå kunnskapsmålene for sektoren. Helsedirektoratet vurderer måloppnåelse for kompetansesentrene etter følgende kriterier: forskningsaktiviteten ved senteret (vitenskapelige artikler, avlagte ph.d.-grader, ekstern finansiering av prosjekter, samarbeid nasjonalt og internasjonalt), deltakelse i systematisk arbeid med fagutvikling i tannhelsetjenesten, deltakelse i implementering av nasjonale faglige retningslinjer, fagstøtte til tannhelsetjenesten (veiledning og støtte i pasientbehandlingen, utvikling og gjennomføring av kompetansehevende tiltak), behandlingstilbudet ved kompetansesenteret (antall spesialister og henvisninger per fagdisiplin).

Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN), Vestland (TkVestland) og Rogaland (TkRogaland) har spesialistklinikker med stor grad av spesialistdekning. Alle kompetansesentrene tilbyr tannbehandling i narkose i egne lokaler. De fleste sentrene deltar i noe spesialistutdanning. Alle kompetansesentre gir veiledning til tannleger/tannpleiere i pasientbehandlingen, utvikler og holder kurs, veileder hospitanter mm.

Forskningspoeng (beregnet av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning på oppdrag fra HOD) viser stor variasjon mellom kompetansesentrene. Eksterne forskningsmidler fra NFR ble i 2025 tildelt Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge, Øst, Vest/Hordaland og Nord-Norge.

Helsedirektoratet vurderer at alle kompetansesentre ivaretar hovedmålet om å bygge opp regionale kompetansemiljø som er drivkraft for fagutvikling og forskning i tannhelsetjenesten og som driver forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse* (2017-2027). Alle kompetansesentre ivaretar også delmålene om spesialisttannhelsetjenester, forskning, fagstøtte og fagutvikling, men i ulik grad.

11 Beredskap og smittevern

Både den offentlige og den private tannhelsetjenesten er en del av helsetjenesten og har en viktig rolle i beredskapsarbeid, og viktige funksjoner i en krigssituasjon eller annen samfunnskrise i fredstid, for eksempel ved en alvorlig smittesituasjon. I en krise eller krig er fylkeskommunenes viktigste oppgave likevel å gjøre det samme som i fredstid: å levere tjenestene innbyggerne trenger for å opprettholde samfunnets funksjonalitet innen fylkeskommunens ansvarsområder. I kriser og krig må befolkningen sikres et godt tannhelsetilbud, slik at smerter og akutte infeksjoner kan tas hånd om. En fungerende tannhelsetjeneste vil, ved å behandle munnhulesykdom tidlig nok, forebygge større infeksjoner og avlaste øvrig helsetjeneste som legevakt og sykehus.

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) har som formål å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, jf. loven § 1-1. For å ivareta lovens formål skal virksomheter som loven omfatter kunne fortsette, og om nødvendig legge om å utvide, driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven, jf. § 1-1 andre ledd.

Både den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, inkludert private som i henhold til lov eller avtale tilbyr tannhelsetjenester til befolkningen, og private som yter tannhelsetjenester uten formell tilknytning til fylkeskommunen, er virksomheter som er omfattet av helseberedskapsloven, jf. § 1-3. Helseberedskapsloven omfatter også alt personell som tjenestegjør i virksomheter som loven omfatter, jf. § 1-4.

Helseberedskapsloven pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten et tydelig ansvar for både forberedelser og gjennomføring av nødvendige tiltak. Et grunnleggende prinsipp er ansvarsprinsippet, som innebærer at den som har ansvaret for en tjeneste, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjenesten, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt, jf. helseberedskapsloven § 2-1.

Etter helseberedskapsloven § 2-2 har fylkeskommunene plikt til å utarbeide og vedlikeholde beredskapsplan som dekker de tannhelsetjenestene de er ansvarlige for. Beredskapsplanen skal også omfatte tannhelsetjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter. Forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. gir utfyllende bestemmelser om hvordan beredskapsplaner skal

utarbeides, øves og oppdateres. Ett av departementets forslag i dette høringsnotatet er å lovfeste fylkeskommunens plikt til å utarbeide beredskapsplan, med henvisning til helseberedskapsloven, i ny tannhelsetjenestelov. Se omtale i punkt 20.10.1.

Det følger av bestemmelsen i helseberedskapsloven § 4-1 om tjenesteplikt og beordring at tannhelsepersonell og annet helsepersonell kan pålegges av arbeidsgiver å forbli i tjeneste ut over ordinær arbeidstid når riket er i krig eller krig truer, og ved kriser og katastrofer i fredstid, etter beslutning av Kongen, jf. § 1-5. På samme vilkår kan Helse- og omsorgsdepartementet pålegge personellet å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen virksomheter loven omfatter. På samme vilkår kan departementet også pålegge virksomheter som loven omfatter, herunder den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, å ta imot pasienter og flytte ressurser mellom virksomheter, inkludert personellressurser, jf. helseberedskapsloven §§ 5-1 og 5-2. Departementet vil i en krig eller krise vurdere hvordan tannhelsepersonell og tannhelsetjenesten kan benyttes på en god måte.

Et eksempel på en på krise i fredstid er en svært alvorlig smittesituasjon slik som ved utbruddet av Covid-19 i 2020. Ved en svært alvorlig smittesituasjon vil tannhelsepersonell kunne bli beordret eller forflyttet i henhold til bestemmelsene i helseberedskapsloven. Tannhelsepersonell har viktig kompetanse som med fordel kan utnyttes i en slik alvorlig smittesituasjon. Blant annet har tannhelsetjenestene svært høy kompetanse om smittevern og vil kunne bidra med testing, smittesporing og vaksinering.

Når det gjelder smittevern ellers, gjelder lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) også utenom krig og kriser og katastrofer i fredstid. Smittevernloven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Det er kommunene og staten ved de regionale helseforetakene som har plikter og myndighet etter smittevernloven, jf. smittevernloven §§ 7-1 og 7-3. Fylkeskommunen ikke tillagt plikter eller myndighet etter smittevernloven. Kommunene og de regionale helseforetakene kan ved behov inngå avtale med fylkeskommunen om å bidra i slikt arbeid. Videre har blant annet statsforvalteren ansvar etter smittevernloven, med særskilt ansvar for å ha oppmerksomhet og oversikt over smittevernsarbeidet i fylket, det vil si hvordan kommunene oppfyller sitt primæransvar, kunnskapen om smittevernet og hvordan loven oppfylles, jf. loven § 7-4.

Departementet viser til at forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) og ny lov om vern mot smittsomme sykdommer mv. (smittevernloven) har vært på høring. Departementet arbeider nå med å følge opp høringen.

DEL III – ALTERNATIVER OG VEIVALG I EN REFORM

12 Overordnet om del III

Det finnes mange ulike måter å organisere ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester på. I del III av høringsnotatet beskriver og vurderer departementet alternative løsninger for følgende sentrale elementer ved organisering og regulering av ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester:

- forvaltningsnivå for ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester
- hvem som skal ha rett til tannhelsehjelp (ved gradvis utvidelse av personkretsen)
- hva tannhelsehjelpen skal bestå i
- finansieringsløsninger
- inngåelse av avtaler med private om å yte offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Videre i del IV presenterer departementet et samlet forslag til løsning for ytelse av tannhelsetjenester i en tannhelsereform, på bakgrunn av vurderingene i del III. Tilhørende forslag til regelverksendringer følger i del VI.

I høringsnotatets del V beskrives forslag til den videre utviklingen av offentlig finansierte tannhelsetjenester, med sikte på tettere integrering med øvrig helse- og omsorgstjeneste og en utvidet rett til nødvendig tannhelsehjelp for alle innbyggere på lengre sikt, etter hvert som nødvendige midler bevilges. Del III, IV og V av høringsnotatet må dermed leses i sammenheng for å gi et samlet bilde av regjeringens plan for vår felles tannhelsetjeneste.

13 Valg av fremtidig forvaltningsnivå for ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester – lovens pliktsubjekt

13.1 Innledning

Dette punktet handler om hvilket forvaltningsnivå – statlig, fylkeskommunalt eller kommunalt nivå – som i fremtiden skal ha det offentlige ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester til befolkningen. Det er i dag fylkeskommunen som etter tannhelsetjenesteloven har ansvaret for tannhelsetjenester og ulike plikter i forbindelse med dette.

Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester innebærer hovedsakelig ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for befolkningen, sørge for og organisere forebyggende tiltak for befolkningen og gi regelmessig og oppsøkende tilbud til (prioriterte) bestemte grupper i befolkningen. Det omfatter også arbeidsgiveransvar for ansatte i tannhelsetjenesten, ansvar for avtaleinngåelse med private tilbydere av tannhelsetjenester ved behov, inkludert forhandlingsansvar, ansvar for å sette priser mv. For nærmere omtale av fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven i dag, vises det til punkt 4.1 om gjeldende rett og omtalen av gjeldende rett under del VI om regelverksendringer.

Dette punktet drøfter ikke omfanget av ansvaret eller pliktene som det offentlige foreslås å ha i fremtiden, da dette drøftes i andre kapitler i høringsnotatet. I dette punktet vurderer departementet om sørge-for-ansvaret for tannhelsetjenester og pliktene som følger med, fortsatt bør ligge til fylkeskommunene som i dag, eller om det bør overføres til kommunene eller staten, eller være delt mellom kommunene og staten.

Spørsmålet om forvaltningsnivå for sørge-for-ansvaret for tannhelsetjenester har vært vurdert flere ganger tidligere, senest i Prop. 71 (2016-2017) *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* i forbindelse med kommunereformen, og i Tannhelseutvalgets NOU 2024: 18 *En universell tannhelsetjeneste*. Det er i hovedsak fire alternativer som har vært vurdert: 1) videreføring av fylkeskommunalt nivå, 2) overføring til kommunene, 3) overføring til staten eller 4) delt overføring til staten og kommunene. For nærmere omtale av historikk vises det til punkt 13.2 og 13.3 nedenfor.

Departementet foreslår i dette høringsnotatet at ansvaret for tannhelsetjenester videreføres på fylkeskommunalt nivå.

13.2 Historikk – tidligere vurderinger av forvaltningsnivå for ansvaret for offentlige tannhelsetjenester

I sin delutredning II, NOU 1982: 10 *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene mv.* punkt 9.8*,* drøftet Nyhus-utvalget argumenter for og mot å organisere den offentlige tannhelsetjenesten på kommunalt eller fylkeskommunalt nivå, eventuelt en blandet modell med delt ansvar mellom de to forvaltningsnivåene. På dette tidspunktet var ansvaret for tannhelsetjenesten fylkeskommunalt forankret som folketannrøkta i 15 av landets daværende 19 fylkeskommuner. I de resterende fylkene var tannhelsetjenesten kun et kommunalt ansvar, begrenset til skoletannrøkta. Flertallet i utvalget anbefalte at fylkeskommunene burde ha ansvaret for planlegging, utbygging og drift av den samlede offentlige delen av tannhelsetjenesten og ivaretaking av hele befolkningens tannhelsebehov. Denne anbefalingen om ansvarsnivå ble lagt til grunn i det videre arbeidet med en tannhelsetjenestelov som skulle erstatte lov om folketannrøkt.

Et av formålene med forslaget til en egen lov om tannhelsetjenesten var å gi bedre samordning og styring med de ressursene som brukes i tannhelsesektoren, blant annet ved å samle den kommunale skoletannpleien og den fylkeskommunale folketannrøkta på ett og samme forvaltningsnivå, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83) Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene).

Frem til 1. januar 2002 var fylkeskommunen tillagt ansvar både for tannhelsetjenester og spesialisthelsetjenester i henhold til tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjeneste-loven. I forbindelse med forslaget om overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene, ble også spørsmålet om forankring av ansvaret for offentlige tannhelsetjenester vurdert uten noen klar tilråding. Konklusjonen etter høringen var at tannhelsetjenesten inntil videre skulle videreføres som et fylkeskommunalt ansvar.

Spørsmålet om fremtidig forvaltningsnivå for tannhelsetjenester ble på nytt vurdert i forbindelse med regionreformen, hvor 19 fylker ble redusert til 11. I St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid* ble det foreslått å overføre dagens fylkeskommunale oppgaver til de nye folkevalgte regionene, med mulig unntak av tannhelsetjenesten, som skulle drøftes i sin helhet i den kommende stortingsmeldingen om tannhelsetjenester. Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen på Stortinget sa seg enig i dette, jf. Innst. S. nr. 166 (2006-2007), punkt 2.1.2.8, side 24, og uttalte i den forbindelse:

> "Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre er enig i at det tas stilling til framtidig organisering av tannhelsetjenesten ved Stortingets behandling av den varslede stortingsmeldingen. På grunnlag av at tannhelsetjenesten i dag ligger under fylkeskommunene som dagens regionale nivå, legger flertallet til grunn at det må sterke grunner til dersom tannhelsetjenesten skal gis en annen plassering."

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester* ble det foreslått å videreføre og styrke tannhelsetjenesten som en regional tannhelsetjeneste. Vurderingen i stortingsmeldingen var at det ikke forelå noen sterke grunner for å gi tannhelsetjenesten en annen forvaltningsmessig forankring, jf. punkt 7.1.5 side 91 i meldingen. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget hadde ingen merknader til dette, jf. Innst. S. nr. 155 (2007-2008).

Regjeringen la 20. mars 2015 frem Meld. St. 14 (2014-2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (heretter også betegnet med kortformen "Oppgavemeldingen"). I Oppgavemeldingen foreslo regjeringen blant annet at det offentliges ansvar for tannhelsetjenester burde overføres fra fylkeskommunene til kommunene og viste til Primærhelsetjenestemeldingen. Oppgaveoverføringen på tannhelsefeltet er nærmere omtalt i punkt 5.3.1 side 40-42 i meldingen. Helse- og omsorgsdepartementets vurdering gjengis her i sin helhet:

> "Etter departementets vurdering vil det være fordeler ved å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Et eksempel er personer med rett til individuell plan.
>
> En overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar driften av de offentlige tannklinikkene som fylkeskommunene har etablert. Det vil være opp til den enkelte kommune å avgjøre i hvilken grad den vil opprettholde eller endre klinikkstrukturen som skal gjelde for egen kommune. En ansvarsoverføring vil kunne medføre smådriftsulemper dersom det er kommuner som også etter endringer i kommunestrukturen står uten tannklinikk i egen kommune, og må bygge opp nye tilbud. Et alternativ for disse kommunene kan være å samarbeide med andre kommuner om tilgjengelighet og tjenestetilbud, eller eventuelt å kjøpe tjenester fra private tjenesteutøvere. Dette vil også kunne gjelde tannlegevakt, tannhelsetilbud til personer med

særskilte behov, opplæring og lignende. Større kommuner vil etter departementets vurdering kunne organisere tannhelsetjenestene på en god og kostnadseffektiv måte.

Ved en overføring av allmenntannhelsetjenestene til kommunene, er det etter departementets vurdering mest hensiktsmessig at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester overføres. Dette omfatter spesialisttannhelsetjenester for grupper med rettigheter og øvrig ansvar for spesialisttjenester etter tannhelsetjenesteloven. Hovedbegrunnelsen for dette er at tannlegespesialistene i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene. I dag drives opplæring, veiledning, fagutvikling og klinisk forskning rettet mot fylkeskommunale allmenntannhelsetjenester ut fra regionale kompetansentre og fra fylkeskommunale tannklinikker med ansatte tannlegespesialister. Spesialistene bistår med råd og veiledning i diagnostikk og behandling overfor henvisende allmennpraktikere. Dette foregår også ved at allmennpraktikere hospiterer på klinikker/kompetansesentre med tannlegespesialister. Personer med omfattende og sammensatte tannbehandlingsbehov vil også være best tjent med at det samlede tannhelsetjenestetilbud er samlet på ett forvaltningsnivå. Kommuner som ikke har ansatt egne spesialister eller som ikke har organisert regionale odontologiske kompetansesentre vil kunne samarbeide med kommuner som har slike tjenester, eventuelt kjøpe tjenester fra private. Private tannlegespesialister vil kunne fortsette sin praksis uavhengig av oppgaveoverføring ettersom det ikke eksisterer et driftsavtalesystem for disse.

Et alternativ kunne være å overføre ansvaret for spesialisttannhelsetjenester til helseforetakene. Den tette integrasjonen mellom tannlegespesialistene og allmenntannlegene tilsier imidlertid at dette ikke vil være en god løsning. Departementet ser heller ingen kostnadsmessige fordeler ved dette. Behovet for samarbeid mellom tannlegespesialister og spesialisthelsetjenesten om utredning, diagnostikk og behandling av pasienter vil kunne ivaretas på ordinær måte innenfor gjeldende systemer. Formalisering av forskningssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og regionale odontologiske kompetansesentre og andre forskningsmiljøer i kommunene, ivaretas i samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene.

Etter en samlet vurdering foreslår departementet at allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten og fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven overføres til større og mer robuste kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje."

Under behandlingen av Oppgavemeldingen i Stortinget viste Helse- og omsorgskomiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti til at tannhelse er en oppgave som løses godt i dag av fylkeskommunene, og at det etter deres mening ikke var noen grunn til å bryte opp et fungerende fagmiljø og føre dette over i ulike former for interkommunalt samarbeid. Et flertall på Stortinget sluttet seg imidlertid til regjeringens forslag om å overføre det samlede ansvaret for tannhelsetjenester til større og mer robuste kommuner, jf. Innst. 333 S (2014-2015) den 9. juni 2015.

I Prop. 71 L (2016-2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* ble Stortingets vedtak og vurderingene i Oppgavemeldingen lagt til grunn for forslaget om en samlet overføring av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene, også av odontologiske spesialisttjenester. Stortinget vedtok lovendringene som la til rette for ansvarsoverføring. Samtidig traff Stortinget anmodningsvedtak der regjeringen ble bedt om å legge til rette for gjennomføring av et treårig prøveprosjekt med kommunal tannhelsetjeneste i inntil 15

kommuner som frivillig ønsket det med virkning fra 2020. Videre ble regjeringen etter en evaluering av prøveordningen bedt om å komme tilbake til Stortinget med en ny vurdering av spørsmålet om overføring av den samlede tannhelsetjenesten som kunne gi grunnlag for en beslutning om overføring fra 2023, jf. Innst. 378 L (2016-2017). Ingen kommuner ønsket å delta i en prøveordning, med unntak av én kommune (Bærum) som imidlertid tok forbehold om å ikke overta ansvaret for odontologiske spesialisttjenester.

Lovvedtaket fra 2017 ble ikke satt i kraft og ble opphevet ved Stortingets behandling av Prop. 64 L (2021-2022) *Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)* i mai 2022, jf. Innst. 295 L (2021-2022). Stortingets vedtak innebar en oppheving av lovendringene som ble vedtatt i 2017 og som la til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene. Det ble vist til at regjeringen i Hurdalsplattformen hadde uttrykt en klar ambisjon om å videreføre ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten på fylkeskommunalt nivå, jf. også daværende budsjettenighet med Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, og at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtakene i Stortinget. Regjeringen ga uttrykk for at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene, noe Stortinget ikke hadde merknader til.

13.3 Tannhelseutvalgets vurderinger

I mandatet for Tannhelseutvalget som ble nedsatt i august 2022, fremgår det at utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten:

> «Utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er likevel ikke til hinder for at utvalget kan vurdere behov for endringer i oppgavefordeling mellom aktørene på tannhelsefeltet, eller endringer i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, enten dette dreier seg om utvikling av kompetanse knyttet til sammenhenger mellom oral helse og øvrig helse, økt samhandling eller utvikling av oppgaver for å bedre ivareta det ansvaret helse- og omsorgstjenesten har."

Tannhelseutvalget har likevel valgt å vurdere forvaltningsnivå særskilt, se Tannhelseutvalgets utredning NOU 2024: 18 punkt 15. Utvalget begrunner dette slik:

> «I utvalgets møte med statsråden ble det vist til at utvalget står fritt til å selv vurdere forhold de mener bør vurderes. Som en følge av dette har utvalget valgt å vurdere ulike modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten. Årsaken til det er todelt. Lokal tilpassing og ledelse av sektoren er i dag ivaretatt for den offentlige tannhelsetjenesten, men driftshensyn er imidlertid den styrende dimensjonen. Oppmerksomheten på samhandling og strategisk styring er varierende. Den andre årsaken er behov for å harmonisere tannhelsetjenesten med øvrige helse- og omsorgstjenester og rette oppmerksomheten mot en strategisk og langsiktig styring.»

Utvalget er tredelt i spørsmålet om forvaltningsnivå. Et knapt flertall på sju utvalgsmedlemmer foreslår at ansvaret deles mellom kommunene og staten, der kommunene får ansvar for helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenester, mens staten gjennom de regionale helseforetakene får ansvar for odontologiske spesialisttjenester og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Et mindretall på fire foreslår en samlet

overføring av tannhelsetjenesten til staten ved egne regionale tannhelseforetak. Et annet mindretall på to utvalgsmedlemmer anbefaler en videreføring av tannhelsetjenesten på fylkeskommunalt nivå.

De elleve utvalgsmedlemmene som mener at det er behov for å endre forvaltningsnivået for tannhelsetjenesten, viser til at tannhelsetjenesten er den eneste (pasientrettede) helsetjenesten på det fylkeskommunale forvaltningsnivået. De mener at en videreføring av fylkeskommunalt ansvar gjør likestilling av tannhelsetjenester og helsetjenester mer krevende ettersom ansvaret ligger på ulike forvaltningsnivå. De skriver at en slik organisering medfører styringsutfordringer ettersom det er ulike organer som treffer beslutninger, og de finansielle og budsjettmessige konsekvensene får effekt på ulike forvaltningsnivåer. Det gjør også samordningen med øvrige helse- og omsorgstjenester vanskelig ved at nyttegevinster og kostnadsbesparelser mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten ikke ses i sammenheng.

Videre mener disse utvalgsmedlemmene at plassering på et eget forvaltningsnivå generelt vil skape samordningsutfordringer både overfor kommuner, der befolkningen bor, og stat/region, som har ansvar for behandling av mer sammensatte sykdommer. Fravær av andre helsetjenester i fylkeskommunen gjør det vanskelig å oppnå faglige og administrative synergier og se helheten i de helsebehovene pasientene måtte ha. Utvalget viser til at det er en økende bevissthet om sammenhengen mellom oral helse og øvrig helse, og at ulikt ansvarsnivå vanskeliggjør arbeidet med dette.

Flertallet på sju medlemmer som anbefaler at ansvaret deles mellom kommunene og staten, tar utgangspunkt i at tannhelsetjenesten bør følge hovedstrukturen i den øvrige helse- og omsorgstjenesten når det gjelder organisering, regulering og finansiering. Etter deres syn viser utvalgets gjennomgang utfordringer knyttet til samordning mot kommunenes og statens øvrige helsetjenester, særlig for pasienter med sammensatte behov og behov for tjenester på ulike nivå. Flertallet vurderer at et delt ansvar mellom kommunene og staten vil sikre en mer helhetlig styring av helse-, tannhelse- og omsorgstjenestene, blant annet ved at befolkningens rettigheter overfor tannhelsetjenesten kan reguleres på linje med andre helsetjenester og ved at tjenesten i større grad kan samordnes med kommunale omsorgstjenester og eksisterende samhandlingsstrukturer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Flertallet mener at ved å legge primær tannhelsetjeneste til kommunene, kan tannhelsetjenester integreres tettere i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette mener flertallet vil gi nyttegevinster for pasientene og kostnadsbesparelser for det offentlige, gitt sammenhengen mellom oral helse og helse mer generelt. Det er videre flertallets syn at tannhelsetjenester som ytes av kommunene, skal dimensjoneres og prioriteres med utgangspunkt i lokale behov, tilpasset befolkningssammensetningen/-størrelsen, muligheter og velgernes ønsker, innenfor de rammene som innbyggernes rettigheter til tannhelsehjelp setter.

Ved å legge spesialisttannhelsetjenesten og de regionale kompetansesentrene til staten gjennom regionale helseforetak, mener flertallet at modellen vil legge til rette for tettere

faglig og organisatorisk kobling mellom spesialisttannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er viktig for å unngå fragmentering og forvitring av kompetansemiljøer og for å forankre prioritering, styring og tverrfaglig samarbeid i større forvaltningsenheter enn kommuner og fylkeskommuner. Allmenntannhelsetjenesten kan i denne modellen henvise pasienter til spesialisttannhelsetjenesten ved behov.

Utvalgets mindretall på fire foreslår en samlet overføring av tannhelsetjenesten til staten ved egne regionale tannhelseforetak (RTHF). De regionale tannhelseforetakene gis da ansvaret for hele tannhelsetjenesten og det overordnede ansvaret for helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak i samråd med helsemyndighetene og Folkehelseinstituttet. Siden tannhelsetjenesten utføres både av tannlegespesialister og allmenntannleger og de regionale tannhelseforetakene også er tiltenkt en forebyggende rolle, mener utvalgsmedlemmene at foretakene bør organiseres ved siden av de regionale helseforetakene. Videre vil det til hvert regionale tannhelseforetak være knyttet et antall fysiske klinikker ute i kommunene, og underliggende tannhelseforetak (THF) skal kunne opprettes ved behov.

Etter dette mindretallets vurdering kan en slik foretaksmodell sikre likere fordeling av tannhelsetjenester til hele befolkningen og gjøre tilbudet mindre avhengig av enkeltkommuners eller -fylkers prioriteringer. Samtidig kan det legge til rette for bedre nasjonal faglig styring. Mindretallet legger vekt på at en foretaksmodell vil gjøre det mulig å målstyre tjenesten, utvikle kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer for nødvendig tannbehandling, og dermed bidra til pasientsikkerhet og et mer enhetlig tilbud. Et samlet statlig ansvar for tannhelsetjenester gjennom regionale tannhelseforetak beskrives også som egnet til å utnytte samlede ressurser og kompetanse i hele tannhelse-tjenesten, inkludert samspillet mellom offentlig og privat sektor. Videre fremheves foretaksmodellen som fleksibel ved at klinikkstruktur kan ivareta spredtbygde områder uten privat marked, mens avtaler kan utnytte privat kapasitet i områder med mange private aktører. Mindretallet mener at dette kan bidra til effektivisering og mer hensiktsmessig bruk av tannhelsepersonell, og at avtaler kan brukes til å stille krav til kvalitet.

Mindretallet løfter i tillegg fram at modellen kan styrke tjenestens evne til å ivareta forskning, utdanning, rekruttering og innovasjon, og legge bedre til rette for forpliktende avtaler med spesialisthelsetjenesten om tjenester som tannbehandling i narkose. Beredskapshensyn trekkes også fram, blant annet ved at en overordnet styringsmodell kan gjøre det enklere å omdisponere personell ved kriser.

Utvalgets mindretall på to anbefaler en videreføring av fylkeskommunen som forvaltningsnivå. De tar utgangspunkt i at fylkeskommunene etter deres syn i dag ivaretar ansvaret for tannhelsetjenester på en god måte. De fremhever at fylkeskommunene har nær kontakt og politisk og administrativ samhandling med kommunene, og legger vekt på at samarbeidsstrukturene og avtalene med kommunene er veletablerte og bidrar til et tannhelsetilbud tilpasset lokale behov.

Dette mindretallet fremhever videre at fylkeskommunenes ansvar for å koordinere folkehelsearbeidet gir dem god innsikt og kompetanse, også relevant for å avdekke utfordringer i enkeltmenneskers liv. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har bred

erfaring med forebyggende og tverrfaglig arbeid, både i klinikkene og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tannpleiernes rolle er sentral, og det er etablert gode rutiner for melding til barnevernet og samarbeid med Barnehusene.

Videre fremhever dette mindretallet at fylkeskommunen har kompetanse på folkehelse, regional utvikling og videregående opplæring, områder der tannhelsetjenesten ofte har naturlige samarbeidsflater. Videre peker dette mindretallet på at fylkeskommunene har bygget opp en klinikkstruktur som i spredtbygde områder gir et tilbud også der privat marked i liten grad er til stede. Med bakgrunn i dette ser de fortsatt fylkeskommunalt nivå som forenlig med videreutvikling av tjenesten.

Samtidig er dette mindretallet tydelig på at en reform og en mulig utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester vil innebære at fylkeskommunene i større grad må rette oppmerksomheten mot strategisk og langsiktig styring, og mindre mot operativ, løpende drift. Det pekes også på at tannhelsetjenesten i dag opplever å bli «uteglemt» i samhandlingen mellom andre helse- og omsorgstjenester, og at den derfor bør få en mer naturlig rolle i etablerte samhandlingsarenaer som helsefellesskapene.

13.4 Departementets vurdering

13.4.1 Overføring til kommunalt nivå

Departementet ser det ikke som aktuelt å overføre det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Departementet viser til at det ikke er foreslått av Tannhelseutvalget, og at det ble avvist av Stortinget så sent som i 2022. Som redegjort for i punkt 13.2, vedtok Stortinget i forbindelse med Solberg-regjeringens kommunereform i 2017 lovendringer som la til rette for en samlet overføring til kommunene, uten at lovvedtaket ble satt i kraft. Lovvedtaket ble deretter opphevet av Stortinget i mai 2022 med henvisning til at Støre-regjeringens klare ambisjon var å videreføre ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten på fylkeskommunalt nivå og at det ikke lenger var politisk flertall for overføring til kommunene. Stortingets vedtak gjorde det klart at den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt skulle være et fylkeskommunalt ansvar.

Videre var det i Meld. St. 14 (2014-2015) *Oppgavemeldingen* og Prop. 71 L (2016-2017) en klar forutsetning for forslaget om å overføre den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene, at man gjennom kommunereformen i 2017 fikk større og mer robuste kommuner. De fleste kommunene er imidlertid forblitt små. Per 1. januar 2026 hadde over halvparten av kommunene (177 av 357) færre enn 5 000 innbyggere. Over en fjerdedel av kommunene (92 av 357) hadde færre enn 3 000 innbyggere.

Departementet mener at en overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra 15 fylkeskommuner 357 kommuner vil kunne føre til oppsplitting av fagmiljøer og utfordringer med å opprettholde kompetanse og rekruttere personell. Det vil også kreve stor grad av interkommunalt samarbeid da mange kommuner ikke vil kunne håndtere denne tjenesten ved en eventuell overføring. Det vil også mest sannsynlig kreve

oppbygging av nye klinikker, som har administrative og økonomiske konsekvenser. Departementet mener også at en overføring til kommunene vil gi større geografiske ulikheter i tilbud, og viser til at mange kommuner allerede i dag sliter med å oppfylle lovbestemte plikter. En ansvarsoverføring vil kunne medføre smådriftsulemper dersom det er kommuner som også etter endringer i kommunestrukturen står uten tannklinikk i egen kommune, og må bygge opp nye tilbud. Videre vil det kunne føre til tap av stordriftsfordeler i form av felles innkjøpsordninger for avansert utstyr og felles IKT- og løsninger for elektronisk pasientjournal (EPJ) samt bygging og drift av klinikker.

Oppgaveoverføring til kommunene på tannhelsefeltet vil på denne bakgrunn også kunne utfordre generalistkommuneprinsippet, som innebærer at alle kommuner har samme juridiske status og det samme ansvaret for de lovfestede oppgavene, uavhengig av innbyggertall, bosettingsstruktur, økonomi eller andre kjennetegn. Departementet viser til generalistkommuneutvalgets innstilling i NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet – Likt ansvar – ulike forutsetninger,* hvor utvalget anbefaler at generalistkommuneprinsippet videreføres. Utvalget anbefaler heller ikke oppgavedifferensiering ved at kommuner har ulikt ansvar for én eller flere oppgaver, som et tiltak for å løse utfordringene som dagens kommuner står overfor.

Det er videre departementets oppfatning at få kommuner ønsker å overta ansvaret for spesialisttannhelsetjenester og de regionale odontologiske kompetansesentrene (ROK). Det vises til at det i høringen forut for Prop. 71 L (2016-2017) var motstand mot overføring av ansvaret for spesialisttannhelsetjenester og de regionale odontologiske kompetansesentrene til kommunene, jf. sammendraget av høringsinstansenes syn i Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.2.2.2. Videre var det kun én kommune som i 2017 ønsket å delta i en prøveordning om å overta ansvaret for tannhelsetjenestene, og denne tok forbehold om å ikke overta ansvaret for spesialisttannhelsetjenester. Departementet mener at de regionale odontologiske kompetansesentrene ved et samlet kommunalt forvaltningsnivå for tannhelsetjenestene, kan bli gjenstand for vertskommunens lokale prioriteringer uavhengig av hva som er gode løsninger for hele regionen. Det vil også kreve mye administrasjon dersom omkringliggende kommuner må henvise pasienter dit og eventuelt kjøpe spesialisttjenester av regionale odontologiske kompetansesentrene. Dette kan også føre til underbehandling ved at kommunene anser egne allmenntannhelsetjenester som gode nok og ikke vil henvise til regionale odontologiske kompetansesentre når de må betale for det.

Departementet ser det heller ikke som en farbar vei å foreslå å legge tannhelsetjenesten kun til store kommuner og dermed bryte med prinsippet om at alle kommuner i Norge i utgangspunktet skal ha ansvar for de samme oppgavene, uavhengig av størrelse, beliggenhet og innbyggertall (generalistkommuneprinsippet), jf. også generalistkommuneutvalgets innstilling i NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet. Likt ansvar – ulike forutsetninger*.

13.4.2 Overføring delvis til kommunalt nivå og delvis til statlig nivå

Som nevnt er det et knapt flertall på sju medlemmer i Tannhelseutvalget som anbefaler at ansvaret for tannhelsetjenester bør deles mellom kommunene og staten, ved at

kommunene får ansvar for helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenester, mens staten gjennom de regionale helseforetakene får ansvar for odontologiske spesialisttjenester og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Disse utvalgsmedlemmene tar utgangspunkt i at tannhelsetjenesten bør følge hovedstrukturen i den øvrige helse- og omsorgstjenesten når det gjelder organisering, regulering og finansiering, med et kommunalt nivå for primærhelsetjenester og allmennlegetjenester og et statlig nivå for spesialiserte tjenester.

Departementet ser i likhet med disse utvalgsmedlemmene at en delvis overføring til kommunene kan gi fordeler ved at tannhelsetjenester tettere kan innlemmes i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester kan gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehovet, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Et eksempel er personer med rett til individuell plan. Videre er forebygging innen tannhelse godt egnet som en kommunal oppgave fordi den rettes mot barnehager, skoler, barnevern og omsorgstjenester. Det er i den offentlige tannhelsetjenesten i dag mye kompetanse innen ernæring, forebygging og folkehelsearbeid.

Dersom ansvaret for spesialisttannhelsetjenester og de regionale odontologiske kompetansesentrene legges til staten, vil det være lettere å ivareta kompetansemiljøene i kompetansesentrene og formalisere forskningssamarbeid mellom kompetansesentrene og spesialisthelsetjenesten. Departementet antar at kommunene vil være mer åpne for en overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til seg dersom de ikke må overta ansvaret for spesialisttannhelsetjenester og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Videre åpner modellen for at allmenntannhelsetjenesten kan henvise pasienter til spesialisttannhelsetjenester ved behov.

Departementet viser imidlertid til at om lag 90 prosent av tannhelsetjenester regnes som allmenntannhelsetjenester, mens kun 10 prosent regnes som spesialisttannhelsetjenester, selv om begrepene ikke er klart definerte. I tillegg utfører tannleger uten spesialisering også komplisert tannbehandling og inngrep som krever spesialisert utstyr m.m. Det er derfor departementets syn at de samme argumentene mot å overføre den samlede tannhelsetjenesten til kommunene som nevnt i punkt 13.4.1, gjør seg gjeldende her. Utviklingen av hoveddelen av tjenesten vil da overføres fra 15 fylkeskommuner til 357 kommuner. Etter departementets syn er ikke kommunene store og robuste nok til oppgaveoverføringen.

Når det gjelder flertallet i Tannhelseutvalgets syn om at tannhelsetjenester som ytes av kommunene, skal dimensjoneres og prioriteres med utgangspunkt i lokale behov, tilpasset befolkningssammensetningen/-størrelsen, muligheter og befolkningens ønsker, innenfor de rammene som innbyggernes rettigheter til tannhelsehjelp setter, så mener departementet at det vil være uheldig dersom dette gir større geografiske forskjeller i tannhelsetilbudet.

Videre er det departementets syn at en løsning hvor deler av ansvaret forankres på statlig nivå og deler forankres på kommunalt nivå, vil medføre en uheldig oppsplitting av det

offentliges ansvar for tannhelsetjenester og av allerede små fagmiljøer i tannhelsetjenesten. Tatt i betraktning det tette samarbeidet mellom tannlegespesialister og forskere ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og allmenntannlegene ved de fylkeskommunale tannklinikkene, mener departementet det er en stor fordel at disse har samme arbeidsgiver. I dag drives opplæring, veiledning, fagutvikling og klinisk forskning rettet mot fylkeskommunale allmenntannhelsetjenester ut fra regionale kompetansentre og fra fylkeskommunale tannklinikker med ansatte tannlegespesialister. Spesialistene bistår med råd og veiledning i diagnostikk og behandling overfor henvisende allmennpraktikere. Dette foregår også ved at allmennpraktikere hospiterer på klinikker/kompetansesentre med tannlegespesialister. Dette arbeidet kan bli vanskelig dersom tjenesten ikke lenger er samlet på ett forvaltningsnivå, og dette kan igjen medføre at det blir vanskeligere å rekruttere personell til tjenesten. Videre vil personer med omfattende og sammensatte tannbehandlingsbehov som krever innsats fra både allmenn- og spesialistnivå, være best tjent med at det samlede tannhelsetjenestetilbud er samlet på ett forvaltningsnivå.

Videre eksisterer det ikke i dag noe faglig, lovmessig, organisatorisk eller finansielt skille mellom fylkeskommunens ansvar for «allmenntannhelsetjenester» og «spesialisttannhelse-tjenester». Det vil derfor være krevende å gå opp en slik grense. En eventuell utskilling av fylkeskommunens spesialistvirksomhet til et annet forvaltningsnivå enn den øvrige tannhelsetjenesten, vil føre til at det i forbindelse med lovregulering av virksomheten vil være utfordrende å trekke grensen mellom hvilke tjenester som skal omfattes av tjenestelovgivningen på de to ulike forvaltningsnivåene. Det vil kunne forekomme gråsoner og overlapping. Det vil igjen kunne skape tvil om hvilket regelverk som skal gjelde og hvilket forvaltningsnivå som er ansvarlig i ulike situasjoner. Regulering rettet mot henholdsvis stat og kommune gis ofte ulik utforming, blant annet basert på at kommunens plikter i utgangspunktet må fremgå klart av lov.

Videre har fylkeskommunene påbegynt et samarbeid om digitalisering og anskaffelse av nye, felles journalløsninger. Fremdriften vil kunne påvirkes negativt av endringer i organisering.

Med bakgrunn i ovennevnte foreslår ikke departementet delt overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene og staten.

13.4.3 Overføring til statlig nivå

Hovedargumentet for en eventuell overføring av sørge-for-ansvaret for tannhelsetjenester samlet til et statlig nivå er at det vil kunne gi faglige, administrative og kostnadsmessige synergier som dagens fylkeskommunale nivå ikke gir. Departementet viser til, i likhet med et flertall av Tannhelseutvalget, at fravær av andre helsetjenester i fylkeskommunen gjør det vanskelig å oppnå faglige og administrative synergier og se helheten i de helsebehovene pasientene måtte ha. Det er en økende bevissthet om sammenhengen mellom oral helse og øvrig helse, og ulikt ansvarsnivå vanskeliggjør arbeidet med dette.

En samlet overføring til statlig nivå kan gi en sterkere faglig og strategisk utvikling med spesialisthelsetjenesten. Ved å legge ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten og de regionale kompetansesentrene (ROK) til staten, økes mulighetene for samordning og

samarbeid med etablerte forskningsmiljøer og sykehusodontologisk virksomhet. Det legger også til rette for en tverrfaglig kompetanseoppbygging sammen med spesialisthelsetjenesten.

Videre vil et samlet statlig nivå kunne ivareta det tette samarbeidet som i dag er mellom tannlegespesialistene og allmenntannlegene ved de fylkeskommunale tannklinikkene, samt mellom de ansatte i regionale kompetansesentre og tannklinikkene. Det kan være en fordel at disse har samme arbeidsgiver.

Et samlet statlig sørge-for-ansvar og eierskap til tannklinikker vil også kunne legge bedre til rette for enhetlig og strategisk nasjonal styring, planlegging og dimensjonering av tannhelsetjenesten, og en tettere integrering med øvrig helsetjeneste som er en målsetting for en tannhelsereform. Det kan gi en likere fordeling av tannhelsetjenester til hele befolkningen og gjøre tilbudet mindre avhengig av enkeltkommuners eller -fylkers prioriteringer.

Et samlet statlig ansvar for tannhelsetjenester gjennom regionale tannhelseforetak beskrives også som egnet til å utnytte samlede ressurser og kompetanse i hele tannhelsetjenesten, inkludert samspillet mellom offentlig og privat sektor. Spesialisthelsetjenesten har god erfaring med anskaffelser, og etter departementets syn vil staten være godt skikket til å foreta de anskaffelsene som er nødvendige for en fremtidig utvidelse av det offentliges sørge-for-ansvar for tannhelsetjenester.

Departementet ser imidlertid at det ved et samlet statlig nivå kan være en risiko for at samhandlingen med kommunene ikke blir tett nok, og at en samlet statlig tannhelsetjeneste også kan gi risiko for sentralisering av tannhelsestrukturen over tid. Det pågår imidlertid allerede en sentraliseringsprosess i dagens offentlige tannhelsetjeneste, som fylkeskommunene anser som nødvendig.

Departementet ser at utvalgsmedlemmene som har foreslått overføring til statlig forvaltningsnivå for tannhelsetjenestene, mener at det bør etableres egne regionale tannhelseforetak ved siden av de regionale helseforetakene. Dette begrunnes med at tannhelsetjenesten utføres både av tannlegespesialister og allmenntannleger, og med at de regionale tannhelseforetakene også er tiltenkt en forebyggende rolle. Departementets syn er imidlertid at en eventuell fremtidig samlet overføring av sørge-for-ansvaret til statlig nivå i så fall burde gjennomføres ved at tannhelsetjenester tas inn i foretaksmodellen som del av de regionale helseforetakenes ansvar. Flere regionale foretak vil også etter departementets oppfatning gi mer administrasjon enn nødvendig. Samtidig kan det være noe utfordrende å legge ansvar for «allmenntannhelsetjenester» under de regionale helseforetakene, som nå har ansvar for spesialisttjenester. Departementet understreker imidlertid at dette ikke betyr at pasienter skal på sykehus for å få tannbehandling, men at de regionale helseforetakene vil få ansvar for lokale tannklinikker og avtaler med private tilbydere av tannhelsetjenester.

Med bakgrunn i ovennevnte er det departementets vurdering at en samlet overføring av sørge-for-ansvaret for tannhelsetjenester til et statlig nivå er et reelt alternativ til dagens fylkeskommunale forvaltningsnivå på sikt. Departementet mener imidlertid at en slik

overføring ikke er å anbefale nå, og viser til punktet om videreføring av fylkeskommunalt nivå nedenfor.

13.4.4 Videreføring på fylkeskommunalt nivå

Etter departementets syn er en videreføring av fylkeskommunalt ansvar det mest hensiktsmessige i denne omgang, da departementet mener det vil gi en raskere vei til mål for de øvrige endringene som foreslås.

Forslaget om videreføring av fylkeskommunalt nivå for tannhelsetjenestene er i tråd med Stortingets vedtak i 2022, som gjorde det klart at den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt skulle være et fylkeskommunalt ansvar. Som følge av dette fremgikk det også klart av mandatet til Tannhelseutvalget at utvalget skulle legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Tannhelseutvalget har likevel vurdert forvaltningsnivå, se punkt 13.3. Tannhelseutvalget har imidlertid ikke gitt noen enstemmig eller klar anbefaling om forvaltningsnivå, men delt seg i tre hva gjelder dette spørsmålet. Departementet mener derfor at utvalgets vurderinger på dette punktet ikke kan tillegges særlig stor vekt.

Etter departementets syn er det viktigere å få gjennomført andre endringer nå enn å foreslå et annet forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten, noe som potensielt kan sette i gang en ny diskusjon om regionreform og fylkeskommunenes stilling. En videreføring av fylkeskommunalt nivå vil være en raskere vei til de sentrale målsettingene for en tannhelsereform.

Videre viser departementet til, i likhet med Tannhelseutvalgets mindretall på to medlemmer, at fylkeskommunene i dag ivaretar ansvaret for tannhelsetjenester på en god måte. Fylkeskommunene har nær kontakt og veletablerte samarbeidsstrukturer og avtaler med kommunene som bidrar til et tannhelsetilbud tilpasset lokale behov. Fylkeskommunene har også bygget opp en klinikkstruktur som i spredtbygde områder gir et tilbud også der privat marked i liten grad er til stede. En videreføring av fylkeskommunalt nivå sikrer også demokratisk styring med mulighet for lokal og regional tilpasning.

Tannhelseutvalgets mindretall mener også at fylkeskommunene har god kompetanse på offentlige anskaffelser og kan inngå avtaler med privat tannhelsetjeneste om oppgaver gjennom sitt samordningsansvar. Departementet legger til grunn at fylkeskommunene har erfaring med anskaffelser på andre ansvarsområder, og at erfaringene kan nyttiggjøres også på tannhelseområdet. Det vil likevel være nødvendig å styrke både innkjøpsfaglig og anskaffelsesrettslig kompetanse. Fylkeskommunene vil måtte ta stilling til de samme spørsmålene om blant annet valg av anskaffelsesmetode, prising, geografiske tilpasninger mv., og de kan samarbeide interkommunalt om den praktiske gjennomføringen av forhandlinger, innkjøpsprosess og oppfølging av avtaler etter at de er inngått. Fylkeskommunene kan også etablere felles innkjøpsfaglige miljøer.

En annen utfordring i dag er at tannhelsetjenesten kun utgjør en svært liten del av fylkeskommunens budsjett, og vil ved prioritering ofte ha vanskelig for å nå opp mot

større oppgaver som videregående skole og samferdsel, som skal dekkes innenfor samme ramme. Dette vil imidlertid kunne endre seg dersom det offentlige ansvaret for å yte tannhelsetjenester utvides i omfang og får et større fokus enn i dag. En mulig utvidelse av offentlig ansvar for tannhelsetjenester vil uansett innebære at fylkeskommunene i større grad må rette oppmerksomheten mot strategisk og langsiktig styring, og mindre mot operativ, løpende drift. Tannhelsetjenesten må også i større grad bli en del av samhandlingen med den øvrige helse- og omsorgstjenesten, og bør få en mer naturlig rolle i etablerte samhandlingsarenaer.

Departementet viser ellers til at regjeringen i august 2025 nedsatte Helsereformutvalget for å utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge. Helsereformutvalget skal som del av sitt mandat foreslå ulike modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge, og skal levere sin rapport innen 1. november 2026. Mandatet omfatter hele helse- og omsorgstjenesten, herunder tannhelsetjenesten.

14 Retten til tannhelsehjelp – personkrets og rettighetens innhold og omfang

14.1 Innledning

I dette punktet omtales og vurderes ulike alternativer for regulering av retten til tannhelsehjelp. Dette omfatter både ulike måter å avgrense personkretsen for rett til tannhelsehjelp på – altså hvem som skal ha rett til hjelp – og ulike måter å avgrense rettighetens innhold og omfang på – altså hvilken tannhelsehjelp disse personene har krav på å få.

Innledningsvis omtales historikk og prinsipper for prioritering i tannhelsetjenesten som en del av bakgrunnen for den videre drøftingen av ulike alternativer for hvem som skal ha rett til helsehjelp. Dette må ses i lys av at Stortinget i vedtaket som ble fattet i forbindelse med budsjettavtalen for 2026, blant annet har lagt til grunn at høringsnotatet skal foreslå prioriteringskriterier for tannhelsetjenesten som samsvarer og henger godt sammen med prioriteringskriteriene for den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

14.2 Om prioriteringer i tannhelsetjenesten

14.2.1 Prioriteringsregler i tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven er særpreget i forhold til andre helselover ved at den har hatt, og fortsatt har, flere konkrete bestemmelser som sier noe om prioritering. Loven benytter betegnelsene «prioriterte oppgaver» og «prioriterte grupper» om persongruppene som fylkeskommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til, jf. §§ 1-3 og 4-2. Videre kan fylkeskommunen vedta «å prioritere» andre grupper i tillegg til de lovpålagte gruppene, jf. § 1-3 første ledd bokstav g. Begrensningen av fylkeskommunens ansvar til bestemte persongrupper da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt, var et uttrykk for

en prioritering av forebyggende innsats overfor barn, unge og enkelte andre utsatte grupper med antatt stort tannbehandlingsbehov. Bestemmelsene om prioritering er ikke omtalt særskilt i lovforarbeidene fra 1983 (Ot.prp. nr. 49 (1982-1983).

Tannhelsetjenesteloven hadde tidligere også bestemmelser i § 1-3 andre ledd om innbyrdes prioriteringsrekkefølge blant gruppene som var listet opp i lovens første ledd. Hvis ressursene ikke var tilstrekkelige for å gi et tilbud til alle gruppene, skulle denne prioriteringen følges. Videre skulle forebyggende tiltak prioriteres foran behandling. Øvrig helse- og omsorgstjenestelovgivning inneholder i liten grad denne type fordelingskriterier. Bestemmelsene i § 1-3 andre ledd ble opphevet med virkning fra 1. juli 2024.

Bakgrunnen for at de ovennevnte prioriteringsreglene i tannhelsetjenesteloven nå er opphevet, er blant annet at de har en historisk betydning som må ses i lys av forholdene på det tidspunktet tannhelsetjenesteloven ble vedtatt, hvor det offentlige tilbudet om tannhelsetjenester ikke var tilstrekkelig utbygd i alle fylker og at det derfor var store fylkesvise forskjeller. Bruken av prioriteringsbegrepet slik det er brukt og ment i tannhelsetjenesteloven, har derfor mistet mye av sin betydning. Flere av reglene har en uklar rettslig betydning og kan ikke anvendes for å innskrenke rettigheter. Dette er også fastsatt ved Høyesteretts dom HR-1990-106 (Fusa-dommen). Det er også behov for forenkling av regelverket og mindre detaljregulering. Videre bør man unngå for mange statlige føringer i lovverket for fylkeskommunenes oppgaveløsning. I tillegg er det behov for harmonisering med annen helselovgivning som ikke har slike prioriteringsregler. Denne lovendringen er nærmere omtalt i punkt 4.1.5.1.

14.2.2 Tidligere utredninger av prioriteringskriterier i tannhelsetjenesten

Spørsmålet om prioritering av grupper som burde ivaretas av den offentlige tannhelsetjenesten, ble vurdert av et offentlig utvalg i NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest.*

Utvalget foreslo å prioritere følgende grupper:

- Personer mellom 0-18 år
- Personer med alvorlige psykiske lidelser
- Personer med alvorlig rusmiddelavhengighet under rehabilitering/behandling
- Personer med funksjonstap, dvs. de som selv ikke er i stand til å oppsøke tannhelsetjenester pga. sykdom eller alder, men som ikke nødvendigvis er under den kommunale pleie- og omsorgsordningen.
- Personer som er innsatt i fengsel over seks måneder
- Psykisk utviklingshemmede.

Utvalget foreslo at aldersgruppen 19 til 20 år ikke lenger burde være en del av fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester.

I St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester* ble det anbefalt å vurdere utvalgets forslag nærmere i andre sammenhenger, jf. punkt 9.4.

Utfordringer ved dagens regulering og behov for revisjon, ble også belyst i Prop. 71 L (2016-2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* punkt 10.9.5.4. Det ble særlig pekt på behovet for å starte et utredningsarbeid knyttet til nærmere avgrensning av personkretsen for rett til tannhelsetjenester, hvor formålet er å sikre en best mulig prioritering av de samlede tannhelseressursene i offentlig sektor.

Et annet utvalg (Blankholm-utvalget) la i 2018 frem utredningen NOU 2018: 16 *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.* Utvalget fikk som mandat å ta utgangspunkt i prinsippene for prioritering som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, og vurdere i hvilken grad disse var egnet eller burde justeres/suppleres for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for tannhelsetjenesten. Utvalget konkluderte med at behovet for systematisk tenkning rundt prioritering er like stort for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester, som for spesialisthelsetjenesten. Utvalget anbefalte at kriteriene som er etablert i spesialisthelsetjenesten – nytte, ressurs og alvorlighet – bør være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten, og viste blant annet til at mange pasienter og brukere, gjennom sitt sykdomsforløp, vil motta tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Blankholm-utvalget foreslo følgende prioriteringskriterier, basert på beskrivelsen av allerede etablerte kriterier i spesialisthelsetjenesten, supplert slik at beskrivelsen også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring:

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse
- forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring.

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
- graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Blankholm-utvalget vurderte ikke konsekvensene av prioriteringskriteriene med hensyn til hvilke persongrupper som bør ha rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og hvilke tilstander og sykdommer som bør omfattes av folketrygdens stønadsordning på tannhelsefeltet. Utvalget mente det lå utenfor mandatet å vurdere konsekvensene av prinsippene med hensyn til hvilke persongrupper som bør ha rettigheter.

Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten* fulgte opp Blankholm-utvalgets anbefalinger om prioriteringskriterier i NOU 2018: 16, og fikk tilslutning til dette gjennom Stortingets behandling av meldingen i 2022, jf. Innst. 221 S (2021-2022). I meldingen ble det vist til at prinsippene for prioritering bygger på verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten og at det er bred enighet om dette verdigrunnlaget. Felles prinsipper for prioritering vil derfor være i tråd med det verdimessige grunnlaget for den samlede helse- og omsorgstjenesten. I stortingsmeldingen ble det lagt til grunn at et felles sett kriterier og prinsipper for den samlede helse- og omsorgstjenesten danner et naturlig utgangspunkt blant annet for en gjennomgang av rettighetene i tannhelsetjenesteloven.

Departementet la i stortingsmeldingen til grunn at kriteriene skal tas i bruk gjennom pedagogiske virkemidler, veiledere og andre kompetansehevende tiltak. I stortingsmeldingen var det videre forutsatt at man skulle komme tilbake til Stortinget med en egen prioriteringsmelding på tannhelsefeltet som tok for seg prioriteringskriteriene som juridiske virkemidler for tildeling av rettigheter mv.

14.2.3 Departementets vurdering

Departementet har vurdert om og eventuelt hvordan prioriteringskriteriene kan anvendes knyttet til prioritering mellom persongrupper og utforming av pasienters rettigheter i en tannhelsereform.

Som nevnt, har Stortinget i vedtaket som ble fattet i forbindelse med budsjettavtalen for 2026, blant annet lagt til grunn at høringsnotatet skal foreslå prioriteringskriterier for tannhelsetjenesten som samsvarer og henger godt sammen med prioriteringskriteriene for den øvrige helsetjenesten; nytte, ressurs og alvorlighet. Departementet oppfatter at det i hovedsak dreier seg om å anvende etablerte prioriteringskriterier som det er bred enighet om, for å gjøre endringer i reguleringen av rettigheter til tannhelsetjenester. På tannhelseområdet hvor privat sektor er så vidt stor og lite regulert, kan det likevel være ekstra krevende å innføre og anvende prioriteringskriterier på samme måte som i den øvrige delen av helsetjenesten.

Ett av formålene med en tannhelsereform er å sikre en best mulig prioritering av de samlede tannhelseressursene i offentlig sektor. Det finnes flere ulike virkemidler for

prioritering av tannhelsetjenester; både juridiske, økonomiske og pedagogiske (nasjonale retningslinjer og veiledere mv.).

Et spørsmål er om fylkeskommunene bør pålegges en plikt til å innrette tjenestetilbudet i tråd med prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet og i tråd med prinsippene knyttet til innhold og anvendelse av kriteriene. En slik rettslig regulering vil innebære at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten plikter å benytte prioriteringskriteriene i utformingen av forebyggende tiltak for hele befolkningen og i utformingen av tjenestetilbudet til og mellom persongruppene som omfattes av tannhelsetjenesteloven.

Et annet spørsmål er om prioriteringskriteriene bør/kan anvendes direkte for å utforme rettigheter til tannhelsehjelp til bestemte grupper «fra bunnen av». Spesialisthelsetjenesten er pålagt en plikt til å prioritere mellom pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, jf. prioriteringsforskriften § 2. Forskriften gjelder imidlertid beslutninger om prioritering mellom pasienter i en klinisk situasjon, hvor pasientene allerede har en universell rett til nødvendig helsehjelp. Denne situasjonen er ikke direkte sammenlignbar med utforming av bestemmelser om rett til nødvendig tannhelsehjelp avgrenset til bestemte grupper basert på prioriteringskriteriene, jf. dagens regulering og lovforslaget i dette høringsnotatet.

Etter departementets vurdering har prioriteringskriteriene enkelte begrensninger dersom de skal brukes som kriterier for å vurdere hvilke persongrupper som bør få lovfestede rettigheter til tannhelsehjelp og innholdet i og omfanget av rettighetene. Slike kriterier kan likevel ha en funksjon ved at fylkeskommunen i praksis må prioritere mellom personer med rettigheter i tråd med etablerte prioriteringskriterier. Se nærmere om dette i punkt 14.3.

14.3 Hvem skal ha rett til tannhelsehjelp – avgrensning av personkretsen

14.3.1 Innledning

På sikt er det et mål å legge til rett for at befolkningen kan få rett til offentlig finansiert, nødvendig tannhelsehjelp. I en slik ordning må det være behovet for tannhelsehjelp som sådan som avgjør hvem som får behandling foran andre og hvilken behandling som gis, etter en individuell vurdering. Prioriteringskriteriene som benyttes til å prioritere mellom pasienter med rettigheter i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, kan da også benyttes i tannhelsetjenesten. Rettigheter til tannhelsehjelp for hele befolkningen krever imidlertid økte bevilgninger og økt kapasitet i tjenesten, og foreløpig er det behov for å avgrense personkretsen som har rett til tannhelsetjenester, med den hensikt å gradvis utvide antallet personer med rett til tannhelsehjelp, gitt målsettingen som kommer til uttrykk fra Stortinget i anmodningsvedtaket om en ny tannhelsereform. Avgrensning av personkretsen, det vil si fastsetting av vilkårene for rettigheter, kan gjøres på ulike måter.

Det er flere hensyn som gjør seg gjeldende når det skal gjøres en slik avgrensing av personkrets. Både innbyggerne og tjenesten har behov for mest mulig tydelighet i

avgrensninger av persongruppen, av hensyn til forutsigbarhet. Innbyggerne bør i størst mulig grad kunne kjenne sin rettsstilling, dvs. hva de har krav på, og tannhelsetjenesten bør enkelt kunne planlegge sin virksomhet ut fra personkretsen de har ansvar for. Videre gir hensyn til riktig prioritering av ressurser, samt likhetshensyn, visse føringer for hvilke personer som bør tildeles rett til tannhelsehjelp, i en situasjon der ikke hele befolkningen har rettigheter.

Det er flere ulike måter å formulere vilkår for rett til tannhelsehjelp på. Et skille går mellom vilkår som er knyttet til objektive forhold, slik som alder, og vilkår som er knyttet til mer subjektive forhold ved pasienten som må vurderes skjønnsmessig, som for eksempel en persons individuelle behov for tannhelsehjelp. Vilkårene for å få rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er per i dag formulert på flere ulike måter, via alder, diagnose og avledet av andre rettigheter.

14.3.2 Alder som vilkår for rett til tannhelsehjelp

Alder er i dag et grunnleggende kriterium i loven for rett til tannhelsehjelp. Barn fra 0 til og med 18 år mottar tannhelsehjelp uten egenbetaling. Unge voksne fra 19 til og med 28 år mottar tannhelsehjelp mot 25 prosent egenbetaling.

Alder er et kriterium som er enkelt å forstå for hver enkelt innbygger, og det oppstår ingen tvil om man har en rettighet eller ikke. For den som får et sørge-for-ansvar er det også enkelt å kontrollere betalingsstrømmer knyttet til pasientens alder. Alder som vilkår er fullt ut forutsigbart og forståelig for både innbyggere og for tannhelsetjenesten selv. Som vilkår når det gjelder barn og ungdom opp til 18 år kan det begrunnes i hensyn til forebygging, og med det kostnadseffektivitet på lengre sikt, samt i hensyn til sosial utjevning. For voksne 19 til 28 år er det noe mindre treffsikkert fordi de i stor grad har god tannhelse, men det kan begrunnes langs de samme linjene om forebygging.

Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet bør støtte utvelgelseskriterier i loven, men alder er ikke nødvendigvis et treffsikkert kriterium for å avdekke konkrete behov for tannhelsehjelp i voksengruppen. Blant voksne kan det i mindre grad kan forsvares med forebygging som hensikt, fordi det individuelle behovet varierer mye.

Det kan velges ut eldre aldersgrupper for tildeling av rettigheter ettersom det må legges til grunn at behovet for tannhelsehjelp øker med alderen, men også for eldre voksne er behovet svært varierende.

En innvending mot alder som vilkår er at det kan føre til uhensiktsmessige vridninger i tjenesteytelsen, f.eks. ved at yngre pasienter ønsker å få utført behandling tidligere enn nødvendig for å «rekke det» før de ikke lenger har rettigheter, eller at eldre pasienter venter med å få utført nødvendig behandling i påvente av at alderen gir dem rett til tannhelsehjelp fra det offentlige.

14.3.3 Avledede rettigheter – tildeling av andre tjenester som vilkår for rett til tannhelsehjelp

Rett til tannhelsehjelp kan tildeles som en avledet rettighet, det vil si som konsekvens av rett til andre tjenester, slik det gjelder for enkelte grupper i dagens lov. Hensikten med denne måten å gi rett til tannhelsehjelp på, er å benytte tildelingen av andre tjenester som en indikator for behovet for tannhelsehjelp, slik det begrunnes i forarbeidene til dagens lov, se Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) side 11. Denne fremgangsmåten er imidlertid krevende å anvende, av flere årsaker. Hensyn til likebehandling utfordres med en slik tilnærming til tildeling av rettigheter.

Det vil være svært ulikt hvor treffsikkert andre tjenester forutsier behovet for tannhelsehjelp. Det vil kunne være mange individer med stort behov for tannhelsehjelp, men uten parallelt behov for andre helsetjenester, og motsatt vil de som får rettigheter på bakgrunn av behov for andre helsetjenester kunne ha et begrenset behov for tannhelsehjelp. Der det er kommunale tjenester som gir grunnlag for rett til tannhelsehjelp, vil det også innebære geografisk variasjon knyttet til kommunenes praksis for tildeling av tjenester, herunder variasjoner i kommunenes økonomi.

For innbyggerne er det vanskelig å kjenne sine rettigheter ved en slik tilnærming. For tannhelsetjenesten gir det liten forutsigbarhet for planlegging av ressurser å være knyttet til andre typer tjenester. I ytterste fall vil den enkeltes rett til tannhelsehjelp og fylkeskommunens ansvar for å yte slik hjelp, kun bero på kommunens organisering av egen tjenesteytelse og endringer i denne. Dette er forhold knyttet til et annet forvaltningsnivås ansvarsområde som ligger utenfor fylkeskommunens myndighet og kontroll.

Bruken av avledede vilkår i rettighetssammenheng kan medføre at «kartet ikke lenger stemmer med terrenget» dersom det skjer vesentlige endringer i reguleringen eller organiseringen av de rettighetene og tjenestene som retten til tannhelsehjelp har sitt utspring fra. Opphevelse av skillet i/utenfor institusjon, bortfall av begrepet «hjemmesykepleie», bortfall av «psykisk» i utviklingshemming samt de utdaterte og uklare begrepene «grupper av eldre, langtidssyke og uføre», tilsier at det både er vanskelig å orientere seg om hvem som lenger har rettigheter etter loven, samt omfanget av fylkeskommunens lovpålagte plikter.

14.3.4 Konkrete diagnoser og tilstander som vilkår for rett til tannhelsehjelp

Rett til tannhelsetjenester på bakgrunn av at pasienten har en spesifikk diagnose er en tilnærming til tildeling av rettigheter til helsehjelp som kan være treffsikker. En fordel er at tannhelsehjelpen kan rettes direkte mot sykdommer eller tilstander som man vet gir et stort behov for tannhelsehjelp, enten som engangsprosedyrer eller som behandling over tid. Likevel er det slik at det må gjøres et utvalg av hvilke tilstander som skal gi rett til tannhelsehjelp, og det kan være krevende å peke på og avgrense de tilstandene som gir det største behovet. Slik kan likebehandlingsprinsippet utfordres. Et slikt system vil også være komplisert å forstå og lite forutsigbart, både for pasient og behandler. Det vises her til folketrygdens stønadsordning hvor rettigheter i noen tilfeller tildeles etter både

medisinske og odontologiske diagnoser. For pasientene vil det være vanskelig å vite om og når de eventuelt har rettigheter, og rettighetenes innhold og omfang kan, hvis de skal gis på bakgrunn av odontologiske diagnoser, bare fastsettes i etterkant av en undersøkelse.

De vanligste odontologiske diagnosene, som karies, periodontitt og attrisjon/erosjon, rammer store deler av befolkningen. En stor andel av befolkningen har også medfødte diagnoser/tilstander som fører til behov for tannbehandling, som retinerte visdomstenner, bittanomalier eller tannutviklingsforstyrrelser. Det betyr at tildeling av rett til tannhelsehjelp på bakgrunn av slike diagnoser vil medføre at svært mange får rettigheter gjennom livet, og da gir det mer mening å innføre en universell rett. Det vil være mer forutsigbart og enkelt å forstå for befolkningen og for tjenesten, og det vil sikre at ingen faller utenfor fordi de ikke forstår at de har rettigheter eller ikke tar seg råd til en undersøkelse som vil stadfeste hvorvidt de har rettigheter eller ikke.

I dagens tannhelsetjenestelov er det også eksempel på at andre ikke-odontologiske tilstander gir rett til tannhelsehjelp, nemlig «psykisk utviklingshemmede». Dette er lite treffsikkert når det gjelder behov for tannhelsehjelp, og utfordrer likebehandlingsprinsippet dersom det skal begrunnes i nedsatt funksjonsevne mer generelt. Det kan være store variasjoner i funksjonsevnen til personer med psykisk utviklingshemming. Enkelte som i dag har rettigheter etter loven har strengt tatt ikke behov for hjelp til ivaretakelse av egen tannhelse, mens andre er helt avhengig av denne hjelpen.

14.3.5 Departementets vurdering

I motsetning til i helsetjenesten for øvrig hvor alle har rett til nødvendig helsehjelp, er det i tannhelsetjenesten kun en andel av befolkningen som har rettigheter. Arbeidet med tannhelsereform skal på det nåværende tidspunktet skje innenfor gjeldende budsjettrammer, og det innebærer at det fortsatt er behov for å avgrense personkretsen med rett til tannhelsehjelp. Det er da ønskelig med presise kriterier for avgrensningen, som er treffsikre på behovet for tannhelsehjelp og samtidig er enkle å anvende samt kan forsvares når knappe ressurser skal fordeles.

Som det fremgår ovenfor, er det ulike fordeler og ulemper med de forskjellige teknikkene for å definere hvem som skal ha rett til tannhelsetjenester. Hensyn til forutsigbarhet for pasienter og for tannhelsetjenesten selv, likebehandlingsprinsippet og forholdet til prioriteringskriteriene må alle vurderes og avveies.

Et bærende prinsipp for å gi legitimitet til en tannhelsereform er at den skaper trygghet og forutsigbarhet for den enkelte innbygger. Etter departementets mening innebærer dette at det er hensiktsmessig å fortsatt bruke alder som kriterium i utvelgelsen av hvem som skal ha rett til tannhelsehjelp etter loven. Dette innebærer også at en gradvis utvidelse av rettighetene til tannhelsehjelp til befolkningen er mest hensiktsmessig å gjøre gjennom utvidelse av alderskull. Departementet mener at innfasing gjennom alder er enklest å forstå for innbyggerne og skaper minst usikkerhet og uklarhet omkring hva man får med en tannhelsereform. Dette vilkåret skaper også minst rom for tolkning og reduserer dermed risikoen for ulik tilgang til tjenester i de ulike fylkeskommunene. Fremtidig

skalering er også enklere å kostnadsberegne med aldersbaserte rettigheter. Gitt at alder brukes som vilkår for rett til tannhelsetjenester vil det innebære at personer innenfor aldersspennet med rettigheter ikke lenger har «behov for» rettigheten som følger av andre kriterier, eksempelvis konkrete diagnoser eller tilstander, eller avledet av andre rettigheter. Departementet ser samtidig at alder som vilkår kan ha uheldige vridningseffekter i valg av tidspunkt for behandling. I en situasjon der hensikten er å gradvis gi flere aldersgrupper rett til tannhelsehjelp, vil denne effekten likevel trolig få mindre betydning fordi aldersgrupper stadig innlemmes. Samlet sett mener derfor departementet at tilhørighet til aldersgrupper videre bør brukes som kriterium for tildeling av rett til tannhelsehjelp.

Når det gjelder *hvilke* aldersgrupper som skal prioriteres for tildeling av rett til tannhelsehjelp, er det argumenter både for å starte med de yngste aldersgruppene og for å velge de eldre. Departementet drøfter denne problemstillingen i punkt 19.3 i del V, som omhandler veien videre i utviklingen av tannhelsetjenesten.

14.4 Hva skal tannhelsehjelpen bestå i – rettighetens innhold og omfang

14.4.1 Innledning

Innholdet i retten til tannhelsetjenester kan utformes på ulike måter. I delpunktet omtales ulike måter å definere rettighetens materielle innhold på, dvs. hva en person som omfattes av personkretsen som har rett til tannhelsetjenester etter loven konkret kan kreve å få.

Det må sondres mellom rettighetens innhold materielt, som definerer og avgrenser innholdet i en gitt helsetjeneste, og hvor stor del av kostnadene som det offentlige skal dekke. Regler om finansiering, herunder fordelingen mellom pasientens egenbetaling og hva det offentlige skal dekke, må fastsettes i tillegg. Dette omtales under punkt 15.2.

14.4.2 Rett til tjenestepakker

Å gi rett til en tjenestepakke er en måte å konkret definere og avgrense retten til helsehjelp på. En tjenestepakke er en nærmere definert «pakke» av tjenester («basket of care») som angir det samlede innholdet i rettigheten. Tjenestene kan defineres svært spesifikt eller mer åpent. Rett til en statusundersøkelse med røntgen med fastsatte tidsintervaller er et eksempel på en tjenestepakke. Rett til (kun) akutt tannhelsehjelp er et annet eksempel på en tjenestepakke, eller man kan se for seg større pakker som inneholder behandling av spesifikke diagnoser, som for eksempel periodontitt eller fjerning av retinerte visdomstenner.

Å gi rett til en tjenestepakke kan i utgangspunktet gi forutsigbarhet knyttet til ressursbruk, både av personell og finansiering. Også for pasienten kan det gi forutsigbarhet og trygge rammer. Det kan bidra til likeverdighet i tjenesteytelsen ved at det er nøyaktig definert hva pasienten skal motta, uavhengig av behandlingssted. Dette kan også forenkle klageprosesser på manglende oppfyllelse av rettigheter.

Samtidig vil det kunne være vanskelig å trekke grensen mellom hva som ligger inne i pakken og hva som er utenfor, avhengig av hvor konkret pakken er definert. Det kan også medføre økte krav til dokumentasjon og rapportering for å forsvare eller avvise behandling. Det kan påvirke kliniske vurderinger av konkret behov for pasienten, ettersom helsepersonell ikke står fritt til å utøve klinisk skjønn ved tildeling av behandling. I tillegg vil det kunne oppstå situasjoner der pasienten har store medisinske behov som må avvises av tjenesten fordi hele eller deler av tjenesten ligger utenfor tjenestepakken.

14.4.3 Rett til nødvendig tannhelsehjelp – rettslig standard

14.4.3.1 Begrepet rettslig standard

Nødvendig tannhelsehjelp er begrepet som i dag er brukt i tannhelsetjenesteloven, og det utgjør en rettslig standard. En rettslig standard innebærer at rettsregelens innhold ikke er knyttet til bestemte og entydige kriterier i lovverket, men at det er knyttet til blant annet faglige vurderinger. Hva som regnes for å være nødvendig tannhelsehjelp vil derfor kunne variere over tid, i tråd med for eksempel den tannhelsefaglige utviklingen. På bakgrunn av dette kan omfanget av og kvaliteten på behandlingstilbudet fastsettes med utgangspunkt blant annet i nasjonale veiledere og retningslinjer. Nøyaktig hva som ligger i retten for den enkelte pasient må vurderes konkret av det behandlende helsepersonellet, men nødvendighetskriteriet betyr at hverken forpliktelsen eller pasientens rettskrav er ubegrenset. Det vil være et krav om at det holdes en odontologisk forsvarlig standard på behandlingstilbudet.

Tannhelsetjenester som ytes i samsvar med den rettslige standarden nødvendig tannhelsehjelp vil i stor grad kunne tilpasses den enkeltes konkrete behov, som særlig er en fordel for personer med sammensatte behov for behandling. For tjenesteyteren gir det imidlertid mindre forutsigbarhet knyttet til kostnadene for tjenesten. Samtidig er det ikke nødvendig å gjøre vurderinger av hvilke konkrete tjenester pasienter har krav på å motta, og det er større rom for kliniske vurderinger og skjønn.

Begrepet nødvendig tannhelsehjelp er også omtalt i punkt 4.1.6.

14.4.3.2 Særlig om kjeveortopedisk behandling

Kjeveortopedisk behandling kan være tannhelsehjelp som er odontologisk nødvendig å utføre. Det vil avhenge av om behandlingen gjelder bittavvik som vurderes som odontologisk nødvendig å korrigere, eller om det kun er estetiske begrunnelser for å behandle.

I dagens system håndteres kjeveortopedisk behandling i praksis ulikt annen nødvendig tannhelsehjelp, og ikke som en del av nødvendig tannhelsehjelp fra nivået med sørge-for-ansvar, selv om det er ansett som medisinsk nødvendig behandling. I stedet har pasienten en rett til en økonomisk ytelse (stønad) som delvis finansierer behandlingen, gradert ut fra alvorligheten av bittavviket. Behandlingen gjennomføres i all hovedsak hos privat tannlegespesialist.

14.4.3.3 Helsedirektoratets rapport

I forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024-2025), jf. Innst. 2 S (2024-2025), fattet Stortinget 5. desember 2025 følgende anmodningsvedtak:

Vedtak nr. 83:

> «Stortinget ber regjeringen innen 1. februar 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendig tannregulering» for barn og unge. Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen statsbudsjettet for 2026.»

Vedtak nr. 84:

> «Stortinget ber regjeringen innen 1. juni 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendige tannhelsetjenester». Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen 1. juni 2026.»

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2025 i oppdrag å definere begrepene «nødvendig tannregulering» og «nødvendige tannhelsetjenester/nødvendig tannhelsehjelp».

Helsedirektoratets rapport er et faglig kunnskapsgrunnlag.[44] Helsedirektoratet legger til grunn at begrepene "nødvendige tannhelsetjenester" og "nødvendig tannhelsehjelp" speiler hverandre. Begrepet "nødvendig tannhelsehjelp" reflekterer hva den enkelte har rett til å få, og "nødvendige tannhelsetjenester" reflekterer hva det offentlige er forpliktet til å yte. Videre vurderer Helsedirektoratet at nødvendig tannhelsehjelp gir den enkelte krav på nødvendig tannhelsefaglig hjelp av en forsvarlig standard, basert på en individuell, tannhelsefaglig vurdering av behov. I hvilket omfang det skal gis tannhelsehjelp og på hvilket nivå tannhelsehjelpen skal være, mener Helsedirektoratet at må vurderes konkret. Helsedirektoratet gir noen konkrete eksempler på behandling de vurderer vil være innenfor eller utenfor definisjonen av nødvendig tannhelsehjelp, men mener det ikke vil være mulig eller hensiktsmessig å gi en uttømmende oversikt.

Helsedirektoratet fremhever at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet også gjelder for tannhelsetjenesten, og at disse kriteriene vil ligge til grunn for vurderinger av hva som er nødvendig tannhelsehjelp overfor den enkelte pasient, men også for styring og planlegging av tjenestetilbudet.

Helsedirektoratet mener blant annet følgende tjenester og tilbud anses omfattet av "nødvendige tannhelsetjenester"/"nødvendig tannhelsehjelp":

- Akutt tannhelsehjelp
- Helsefremmende og forebyggende tannhelsehjelp, herunder å fremme evnen til egenomsorg gjennom både befolkningsrettede tiltak og forebyggende tiltak på individnivå.
- Tilbud om regelmessige statusundersøkelser med forebyggende formål for voksne. Intervall for statusundersøkelser bør følge nasjonal normering og individuell risikovurdering. Helsedirektoratet anbefaler i dag at intervallet mellom to

[44] Definisjon av nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering - Helsedirektoratet

undersøkelser bør være mellom 12 og 24 måneder, med mulighet for hyppigere oppfølging ved behov.

- Regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud med innkalling til statusundersøkelser til barn og unge under 20 år. Barn og unge bør få statusundersøkelse av tenner og munn ved 3, 5, 12, 15 og 18 år og ellers bør intervall mellom statusundersøkelser følge nasjonal normering som er minimum ett (12 mnd.) og maksimum to år (24 mnd.) basert på individuell risikovurdering. Personer med høy risiko for oral sykdom kan ha behov for ekstra oppfølging utenom statusundersøkelsene.
- Undersøkelse, diagnostisering og behandling av tann- og munnsykdommer og tilstander. Dette inkluderer blant annet:
    - Sykdomsbehandling, funksjonsgjenoppretning, særskilte behandlingsmetoder og tiltak for pasienter med spesielle behov.
    - Tilrettelegging for behandling, forebygging av tannbehandlingsangst og tilbud om sedasjon med legemidler, lystgass, narkose etter individuell vurdering.
- Henvisning for vurdering, diagnose og behandling hos tannlegespesialist, herunder ved behov for tannregulering etter nærmere angitte kriterier.

Helsedirektoratet mener blant annet følgende forhold faller utenfor det som kan anses som nødvendig tannhelsehjelp og den offentlige tannhelsetjenesten ansvar:

- Behandling uten medisinsk og odontologisk indikasjon, herunder kosmetisk behandling
- Daglig ivaretagelse av tann- og munnhelse
- Behandling med
    - manglende dokumentert nytte, usikker nytte
    - lav nytte i forhold til ressursbruk, eksempelvis for grundig eller for omfattende behandling.

14.4.4 Rett til en økonomisk ytelse

Retten til en økonomisk ytelse på helserettens område er stønad etter folketrygdloven til hel eller delvis dekning av nødvendige utgifter til helsetjenester. For tannhelsehjelp følger dette av folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a.

Retten til en økonomisk ytelse skiller seg i norsk (nasjonal) lovgivning fra retten til en naturalytelse, dvs. rett til en faktisk tjeneste fra et organ som er pliktsubjekt, ved at det kun dreier seg om rett til en pengesum. Det er ingen behandler, organ eller etat som er pliktig til å sørge for at rettighetssubjektet faktisk har tilgang på tjenesten. Rettighetssubjektet, dvs. pasienten, må selv finne en behandler som kan yte tjenesten, og behandlere er ikke pliktig å ta imot pasienter med rett til en økonomisk ytelse.

Retten til en økonomisk ytelse til dekning av kostnader til helsehjelp kan gis på ulike betingelser. Den kan knyttes til konkrete tilstander og diagnoser, og gjøres avhengig av forhold ved pasienten og ved helsepersonellet som skal yte tjenesten. Folketrygdlovens

ordning med økonomiske ytelser (stønad) på tannhelsetjenesteområdet er beskrevet i punkt 4.2. Drøftelsen her tar utgangspunkt i dagens ordning for rett til økonomisk ytelse i form av rett til stønad fra folketrygden.

En fordel med retten til økonomiske ytelser, i motsetning til rett til å motta ytelsen av en tjenesteyter, er at en slik løsning ikke krever etablering av en tjenesteyter eller et offentlig administrativt nivå som sørger for at tjenestene er tilgjengelige for pliktsubjektet. For myndighetene er det altså mindre administrativt krevende å gi en økonomisk rettighet. Det vil også være enkelt å gi mange behandlere adgang til å motta ytelsen som betaling for tannhelsehjelp, for eksempel gjennom avtaler om direkte oppgjør med de enkelte behandlerne.

Ved tildeling av en økonomisk ytelse er det imidlertid færre muligheter for å føre kontroll med behandleren som yter tjenesten med tanke på kvaliteten på, og omfanget av tjenestene som faktisk ytes, og prioritering mellom pasienter ut fra prioriteringskriterier. Det fordrer egne systemer for å ivareta disse elementene.

Videre finnes det ingen felles prioritering av hvilke pasienter som skal behandles før andre. Rettighetssubjekter (pasienter) er avhengige av selv å finne en behandler med de rette kvalifikasjonene og som har kapasitet til å behandle og interesse for å påta seg oppgaven. Med mindre den økonomiske ytelsen fullfinansierer tjenesten, er det ikke uten videre enkelt rettslig sett å begrense behandlerens adgang til å ta betalt ut over stønaden (prisregulering). Dette betyr at rettigheten ikke har et slikt omfang at den begrenser den totale behandlingskostnaden for pasienten.

14.4.5 Departementets vurdering

Departementet har vurdert ulike måter å avgrense rettighetens materielle innhold og omfang i en tannhelsetjenestereform. Det er ulike fordeler og ulemper ved de ulike variantene, for både tjenesten selv og for pasientene.

Ved bruk av tjenestepakke kan det skapes likhet og forutsigbarhet i tjenesteytelsen, og det kan forenkle klageprosesser. Samtidig er en pakke klart avgrenset, og kan begrense mulighetene for klinisk skjønn og mer komplekse behandlingsforløp. Eksempler på slike sammensatte pakker av tjenester for spesifikke tilstander finnes i dag innenfor spesialisthelsetjenesten i form av de nasjonale, standardiserte pakkeforløpene for utredning og behandling av ulike kreftdiagnoser. I motsetning til enkelte andre land som har mer forsikringslignende ordninger for helsetjenester, er det ingen rettstradisjon i Norge for å detaljregulere innholdet og omfanget av rettigheter til helsehjelp i lov eller forskrift i form av uttømmende oppregninger av spesifikke utredninger og behandlinger som omfattes.

En rettslig standard er dynamisk. Hva som anses som «nødvendig», endrer seg i takt med medisinsk utvikling og samfunnets verdisyn. Dette gir helsepersonell handlingsrom til å utøve faglig skjønn og skreddersy behandlingen til det enkelte individ. Ulempen er at rettigheten blir mindre forutsigbar. Fordi innholdet i retten avhenger av en individuell, faglig vurdering, åpner det for geografiske forskjeller og ulik praksis. For pasienten er det

også langt vanskeligere å klage på et avslag, ettersom man da må argumentere mot behandlerens medisinske skjønn.

Retten til økonomiske ytelser er ulik de to foregående alternativene. Når det offentlige tildeler en utelukkende økonomisk ytelse, trekker det offentlige seg tilbake som tjenesteyter. Helsehjelpen tilbys ikke, men subsidieres. I hvilken grad pasienten får helt eller delvis dekket tjenesten, avhenger i utgangspunktet av prissettingen til den private aktøren. For å få ytelsen må pasienten oppfylle gitte vilkår. Mange vil oppleve det som en fordel å ha valgfrihet til å finne sin egen behandler, mens andre vil oppleve det som at et for stort ansvar legges over på pasienten. Ved tjenestepakker og nødvendig helsehjelp har det offentlige ansvar for å yte tjenesten, ved økonomisk ytelse skyves risikoen over på pasienten. Det begrenser som nevnt heller ikke pasientens økonomiske risiko. Siden staten kun dekker en fastsatt takst, mens private aktører står fritt til å sette sine egne priser, oppstår det et mellomlegg som pasienten selv må betale. Dette gjør den økonomiske ytelsen til den modellen som i størst grad risikerer å reprodusere sosiale ulikheter i helse.

Oppsummert kan man si at ulike modeller løser ulike problemer, men skaper samtidig nye. Tjenestepakker sikrer effektivitet og likhet for de store pasientgruppene, men innebærer kompleksitet. Den rettslige standarden ivaretar den enkelte, men utfordrer forutsigbarheten og likhetsidealet. Den økonomiske ytelsen gir personlig frihet og avlaster det offentlige tjenesteapparatet, men kan i større grad gjøre helse til et spørsmål om personlig økonomi.

Rett til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven i dag gis i form av retten til nødvendig tannhelsehjelp som er en rettslig standard. Samtidig er det i dag parallelle ordninger ved at det i tillegg på gitte vilkår gis rett til økonomiske ytelser i form av stønad til visse undersøkelser og behandlinger etter folketrygdloven. Det skaper et dobbeltsporet system som både er vanskelig for pasientene og for den offentlige tannhelsetjenesten.

Ved utvidelse av rettigheter til tannhelsehjelp i en tannhelsetjenestereform, ligger det en klar målsetting fra Stortinget om at tannhelsetjenesten skal bli mer lik den øvrige helsetjenesten. Departementet mener derfor at det mest hensiktsmessige er å utforme regelverket slik at retten til tannhelsetjenester gis i form av en rettslig standard. Dette viderefører gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven og er i samsvar med reguleringen av rettigheter til helsehjelp i den øvrige helsetjenesten. Risikoen knyttet til både ytelsen av tjenesten og de økonomiske rammene, bæres av det offentlige. Tannhelsehjelpen vil kunne tilpasses konkret den enkelte pasient, og det kliniske skjønnet vil være avgjørende for hvilken behandling som tilbys.

For det offentlige er imidlertid kostnadene mindre forutsigbare ved denne måten å tildele rettigheter på. Bruk av den rettslige standarden nødvendig tannhelsehjelp i en reform der midlene gradvis tilføres, innebærer derfor at færre pasienter vil kunne få rettigheter, hvis alternativet er mer begrensete rettigheter til flere. Likevel mener departementet at retten til tannhelsehjelp bør være definert som en rettslig standard. Over tid vil dette sikre befolkningen helhetlige tjenester gitt etter konkrete vurderinger av behovet til den enkelte pasient.

Rettighetens innhold og omfang vil i siste instans fastsettes av domstolene. Rammene for domstolens vurdering vil være om retten til nødvendig tannhelsehjelp er oppfylt i det konkrete tilfellet og om pasienten faktisk får forsvarlig tannhelsehjelp. Domstolen kan prøve fylkeskommunens rettsanvendelsesskjønn, det vil si om lovbestemmelsene, herunder den rettslige standarden «nødvendig tannhelsehjelp», er riktig forstått og om faktum i saken faktisk faller inn under lovens vilkår. Domstolen kan i utgangspunktet ikke prøve vurderinger som hører inn under fylkeskommunens frie skjønn. Det foreligger et fritt skjønn så langt fylkeskommunen utover lovens minstekrav kan velge den nærmere innretningen av og nivå på tjenesten. For eksempel foreligger det et fritt skjønn der fylkeskommunen har frihet til å velge mellom flere alternativer ut fra en kost-/nyttevurdering, for eksempel ulike behandlingsformer som hver for seg er forsvarlige.

15 Om ulike finansieringsløsninger

15.1 Innledning

I dette punktet drøfter departementet ulike løsninger for finansiering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Drøftingen gjelder hvordan fremtidige finansieringsløsninger kan innrettes i en tannhelsereform der befolkningen gjennom en gradvis utvidelse av rettigheter på sikt gis en universell rett til offentlig finansiert, nødvendig tannhelsehjelp.

For departementet er det grunnleggende viktig å ha kontroll med bruken av offentlige midler ved ytelsen av helsetjenester. Finansieringsløsninger må gi oversikt over og styring av kostnadene. Dette gjelder både kostnadene i offentlige budsjetter, og pasientens egne utgifter til tjenestene.

Departementet legger til grunn at priser for offentlig finansierte tannhelsetjenester skal reguleres. Dette gjelder uavhengig av hvilken finansieringsløsning som velges. Reguleringen må også omfatte hvilke priser private tjenesteytere kan ta fra pasientene for tjenester som helt eller delvis finansieres av det offentlige. Uten slik regulering vil det ikke være mulig å sikre likebehandling, kostnadskontroll og forutsigbarhet.

Valg av finansieringsløsning må ses i sammenheng med hvor stor del av befolkningen som skal omfattes av rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Så lenge rettighetene bare gjelder en mindre del av befolkningen, vil enkelte løsninger være mindre egnet enn dersom ordningen omfatter hele eller store deler av befolkningen.

15.2 Pasientbetaling

15.2.1 Innledning

Pasientbetaling fungerer som et aktivitetsbasert finansieringselement ved at inntektene følger faktisk behandlingsvolum og dermed kan bidra til effektiv drift og god kapasitetsutnyttelse. Pasientbetaling kan også styrke kostnadsbevissthet hos både

pasienter og tjenesteytere, og bidra til en mer bærekraftig finansiering ved at begrensede offentlige midler kan nå en større del av befolkningen.

Samtidig kan pasientbetaling påvirke etterspørselen etter tjenester. Den kan medføre at personer med lav betalingsevne utsetter eller ikke gjennomfør nødvendig behandling, noe som kan gi dårlig helseutfall og høyere kostnader over tid.

I dag finnes det flere tilnærminger til regulering av pasienters egenbetaling for helse- og omsorgstjenester:

- For kommunale omsorgstjenester finnes det statlig fastsatte maksimalpriser for praktisk bistand og opplæring, hvor kommunen maksimalt kan ta selvkost og må ta høyde for at brukeren beholder tilstrekkelig inntekt til å dekke personlige behov og forsørgeransvar.
- For kommunale omsorgstjenester i institusjon kan det kreves egenbetaling som ikke overstiger oppholdsutgiftene, som andel av brukers inntekter.
- For noen kommunale helsetjenester, som allmennlegetjenester og fysioterapi, har innbyggerne rett til refusjon fra folketrygden, og det er statlig fastsatte takster inklusive egenandeler og et statlig fastsatt egenandelstak. Tilsvarende gjelder for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester i dag gjelder følgende:
- De fleste voksne, ca. 9 av 10, betaler fullt ut, uten noen offentlig finansiering.
- Barn opp til 18 år har vederlagsfrie tannhelsetjenester, med unntak av kjeveortopedisk behandling (tannregulering), jf. tannhelsetjenesteloven.
- 19–28-åringer betaler 25 prosent av statens fastsatte takster for tannbehandling, jf. tannhelsetjenesteloven.
- Enkelte grupper voksne har rett til vederlagsfrie eller subsidierte tannhelsetjenester, jf. tannhelsetjenesteloven.
- Enkelte voksne har rett til stønad til tannbehandling etter folketrygdloven. Disse betaler fastsatte egenandeler og mellomlegg opp til tjenesteyters pris (fri prissetting). Enkelte egenandeler inngår i egenandelstak (frikort på helsetjenester).

Departementet legger til grunn at barn og unge opp t.o.m. 18 år, også i fremtiden bør ha rett til gratis tannhelsetjenester. Vurderinger i dette punktet gjelder dermed voksne pasienter med rett til offentlig finansiert, nødvendig tannhelsehjelp.

Departementet vurderer at to alternativer for pasientbetaling kan være aktuelle:
- Prosentvis pasientbetaling (25 prosent)
- Administrativt fastsatte egenandeler.

For begge alternativer må det avklares hvem som skal fastsette egenbetalingen, og etter hvilke kriterier. En modell hvor egenandeler fastsettes sentralt av staten og gjøres gjeldende for hele landet, sikrer enhetlige satser uavhengig av bosted. En ulempe er at en slik modell gir begrenset fleksibilitet til å ta hensyn til lokale forhold, som for eksempel

husleie- og lønnskostnader. Det vil også være en krevende oppgave for staten å fastsette et treffsikkert nivå, og å sikre at pasientbetalingens størrelse ikke kommer i konflikt med statsstøttereglene. En modell hvor fylkeskommunen fastsetter nivået på egenandelene, eventuelt innenfor overordnede nasjonale rammer, gir rom for lokal tilpasning. Hovedfordelen er da handlingsrommet til å tilpasse pasientbetalingen til lokale forhold. En ulempe er risiko for uønsket variasjon i pasientbetaling mellom fylker.

15.2.2 Prosentvis pasientbetaling

En prosentvis egenbetaling innebærer at pasienten betaler en fastsatt prosent av behandlingskostnaden eller av en normert sats, og at det offentlige dekker det resterende. En slik modell er allerede i bruk for personer i alderen 19 til 28 år, som betaler 25 prosent av statens takster for tannbehandling. Løsningen vil skjerme pasienter mot 75 prosent av tannhelseutgifter og dermed fungere som en skjermingsordning. En egenbetaling i denne størrelsesorden gir også god sikkerhet for at den offentlige tannhelsetjenestens tilbud ikke anses som økonomisk aktivitet omfattet av statsstøttereglene, jf. punkt 4.7.2.

En sentral fordel med prosentvis pasientbetaling er at egenbetalingen reflekterer behandlingens faktiske omfang og kostnadsnivå. Dette etablerer en direkte sammenheng mellom ressursbruk og pasientens betaling. Det gir i seg selv et insentiv til å unngå unødvendig behandling, bidrar til offentlig interesse og åpenhet om tjenestens kostnad, samt effektiv drift og god kapasitetsutnyttelse. Videre er modellen enkel og transparent å administrere for tjenesteyterne og oversiktlig for pasientene.

En ulempe med prosentvis pasientbetaling er at svært kostbare behandlinger fremdeles vil være dyre for pasientene. Ettersom egenbetalingen øker i takt med totalkostnaden, kan ordningen utgjøre en økonomisk barriere, særlig for personer med lav inntekt og stort behandlingsbehov. Dette medfører en risiko for at personer med behov for tannhelsehjelp utsetter eller avstår fra nødvendig behandling av økonomiske årsaker. En slik utsettelse kan føre til forverring av helsetilstanden, mer kompliserte behandlingsforløp og høyere samlede kostnader på sikt. Det vil likevel være en mindre barriere enn i dagens system med full egenbetaling.

15.2.3 Administrativt fastsatte egenandeler

Administrativt fastsatte egenandeler innebærer at pasienten betaler faste kronebeløp for definerte behandlinger eller konsultasjonstyper. Egenandelene kan fastsettes av staten eller av fylkeskommunen.

Generelt er en fordel med administrativt fastsatte egenandeler at de gir god forutsigbarhet for pasientene, ettersom pasientens utgift er kjent på forhånd. Modellen åpner for at egenandelene kan differensieres mellom ulike behandlingstyper for å understøtte ønskede prioriteringer, for eksempel ved å sette lavere egenandeler på forebyggende behandling. På den annen side kan det være en ulempe om koblingen mellom egenandelen og den faktiske behandlingskostnaden blir svak. Modellen krever jevnlig oppdatering for å gjenspeile den reelle kostnadsutviklingen. Dessuten kan det oppstå utilsiktede

insentiveffekter i etterspørsel eller tjenestetilbud, dersom differensieringen mellom ulike behandlingstyper ikke er godt kalibrert.

15.2.4 Departementets vurdering

Departementet vurderer at prosentvis pasientbetaling vil være beste finansieringsløsning i en tannhelsereform som baserer seg på en gradvis utvidelse av rettigheter til en fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Prosentvis egenbetaling gir tettest kobling mellom egenbetaling og faktisk kostnad, samtidig som det gir en tydelig skjerming fra første betalte krone.

Videre vurderer departementet at pasientbetalingen bør settes til maksimalt 25 prosent av fylkeskommunens kostnad ved å levere tjenesten. En slik øvre grense på pasientbetalingen gir trygghet for at offentlig finansierte tannhelsetjenester ikke anses for å være økonomisk aktivitet etter statsstøttereglene, jf. punkt 4.7.2.

Pasientbetalingen representerer et aktivitetsbasert element som vil være en del av finansiering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det må vurderes nærmere om det er behov for et nasjonalt referanseprissett, men departementet mener at egenbetalingen uansett bør være 25 prosent av fylkeskommunens kostnad ved å levere tjenesten.

15.3 Finansiering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

15.3.1 Innledning

I dette delpunktet drøfter departementet to alternativer for statens finansiering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten:

- rammefinansiering
- kombinasjon av ramme- og aktivitetsbasert finansiering.

I praksis vil begge alternativer inneholde et aktivitetsbasert element, da departementet legger til grunn at voksne personer med rettigheter i de fleste tilfeller skal betale 25 prosent egenandel for tannbehandling, jf. punkt 15.2. Forskjellen mellom alternativene gjelder hvordan statens finansiering av sørge-for-nivået, fylkeskommunen, innrettes.

Finansieringsmodellen har betydning for statens kostnadskontroll, for handlingsrommet for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og for hvordan tjenestene innrettes og prioriteres. Valg av finansieringsmodell kan også påvirke insentivene til forebygging og behandling, omfanget av administrasjon og kontroll, og insentivene til aktivitet og kostnadskontroll.

Hovedprinsippet for statens finansiering av kommunesektoren er rammefinansiering. Dette gir kommuner og fylkeskommuner rom for selvstyre og lokalt tilpasset organisering av tjenestetilbudet. Jo mer regelstyrt og detaljert en tjeneste og dens finansiering er, desto mindre er gevinsten ved å organisere tjenesten på kommunalt nivå.

15.3.2 Rammefinansiering

Rammefinansiering innebærer at staten tildeler en samlet sum til fylkeskommunen, uten at finansieringen er direkte knyttet til hvor mange undersøkelser eller behandlinger som faktisk utføres. Midlene fordeles etter kriterier i inntektssystem for fylkeskommunene, og kan disponeres fritt innenfor rammene av lov og forskrift. Alternativet innebærer at fylkeskommunen disponerer midlene innenfor den samlede rammen og selv må prioritere mellom ulike formål og grupper.

Denne modellen har flere klare fordeler. For staten sikrer den god kostnadskontroll og forutsigbare utgifter, samtidig som den gir forutsigbarhet for fylkeskommunene. Ordningen samler ansvar og finansiering på ett nivå, noe som gir lokalt og regionalt handlingsrom til å tilpasse tjenestene, satse på helhetlige, forebyggende og oppsøkende tiltak, samt prioritere oppgaver som er vanskelige å måle i ren aktivitet. I tillegg medfører rammefinansiering normalt lavere administrative kostnader til rapportering, registrering og kontroll sammenlignet med aktivitetsbaserte modeller.

Samtidig har rammefinansiering noen ulemper. Modellen plasserer den økonomiske risikoen for økt aktivitet og høyere utgifter hos fylkeskommunene, og den gir svakere insentiver til produktivitet og høy aktivitet fordi det er liten direkte sammenheng mellom bevilgning og faktisk tjenesteproduksjon. Dersom rammen blir for knapp, kan det føre til lavere aktivitet og lengre ventetider. Modellen kan også føre til geografiske forskjeller i tilbudet, ved ulik prioritering og dersom fordelingskriteriene i inntektssystemet ikke fanger opp variasjon i tilstrekkelig grad. Videre kan modellen gjøre det mindre tydelig hva samfunnet faktisk får igjen for ressursbruken.

15.3.3 Kombinasjon av ramme- og aktivitetsbasert finansiering

En kombinasjonsmodell innebærer at finansieringen deles i to: en fast basisbevilgning (ramme) og en variabel del som følger den faktiske aktiviteten, i tillegg til pasientbetaling. Rammeelementet sikrer midler til oppgaver som ikke egner seg for stykkprisfinansiering, mens aktivitetselementet stimulerer til produksjon av tjenester. Hvordan modellen fungerer i praksis, avhenger av innretningen og hvor stor andel som knyttes til aktivitet. Dette gir en ordning der den økonomiske risikoen for aktivitetsvekst og økte utgifter deles mellom staten og fylkeskommunen.

Fordelene med en slik modell er at den gir større aktivitetsinsentiver enn rammefinansiering. Modellen gjør det mulig å finansiere både direkte pasientbehandling og viktige oppgaver som forebygging, oppsøkende arbeid og et desentralisert tilbud. Den virker risikoavlastende for fylkeskommunen, samtidig som den gir fleksibilitet til å justere balansen mellom rammen og aktivitetsdelen over tid.

Ulempene er at det ikke er samsvar mellom kontroll av tjenestene og finansiering. Modellen gir staten svakere kostnadskontroll enn ren rammefinansiering. Samtidig svekkes fylkeskommunenes eget insentiv til kostnadskontroll, særlig dersom statens og pasientens andel av regningen blir høy. En for høy aktivitetsandel kan skape insentiver til overbehandling. Dersom staten tar direkte ansvar for deler av kostnadene, kan det også

svekke fylkeskommunens motivasjon til å ta et reelt ansvar for tjenestens innhold. Modellen er også kompleks og administrativt krevende for staten, som blant annet må fastsette egne takster for aktiviteten. Den vil kreve kontinuerlig evaluering og justering av balansen mellom de to elementene.

15.3.4 Departementets vurdering

Rammefinansiering gir høy grad av kostnadskontroll for staten og er i tråd med hovedprinsippene for statlig finansiering av kommunesektoren. Alternativet gir også sørge-for-nivået handlingsrom til å tilpasse tjenestene til lokale forhold og til å prioritere forebyggende og oppsøkende arbeid.

Rammefinansiering i kombinasjon med 25 prosent pasientbetaling, jf. punkt 15.2, vil gi et betydelig element av aktivitetsbasert finansiering. Dermed kan man få en kombinasjon av forutsigbarheten og kostnadskontrollen i rammefinansiering, og aktivitetsinsentivene i aktivitetsbasert finansiering.

Etter departementets vurdering er rammefinansiering av sørge-for-nivået et administrativt enkelt alternativ med sterk statlig kostnadskontroll. Men dersom rammen blir for stram, kan det oppstå ventetider og variasjon i tjenestetilbudet mellom ulike deler av landet.

En kombinasjon av ramme- og aktivitetsbasert finansiering (utover pasientbetaling) kan i teorien fremstå som en mellomløsning mellom rammefinansiering og 100 prosent aktivitetsbasert finansiering. Alternativet kan gi noe mer aktivitetsstimulans, samtidig som deler av finansieringen er forutsigbar. Etter departementets vurdering er dette likevel et administrativt krevende alternativ for staten. Staten vil måtte fastsette takster for aktivitet og etablere systemer for rapportering. Alternativet blir dermed mer komplekst enn rammefinansiering.

Kombinasjonsalternativet gir også svakere insentiv til kostnadskontroll på sørge-for-nivået enn et rammefinansiert alternativ. Insentivet reduseres jo høyere statens og pasientens finansieringsandel blir. Dette kan i noen grad balanseres ved å redusere den aktivitetsbaserte andelen. Etter departementets vurdering finnes det imidlertid trolig en nedre grense for hvor lav denne andelen kan være før kostnaden ved det mer kompliserte alternativet overstiger de eventuelle gevinstene.

Et kombinasjonsalternativ vil også gi dårligere kostnadskontroll for staten enn ren rammefinansiering. Dersom den aktivitetsbaserte komponenten blir høy, kan løsningen stimulere til unødvendig og feil behandling. Når staten tar direkte ansvar for deler av kostnadene, kan det dessuten påvirke sørge-for-nivåets insentiv til å ta reelt ansvar for innholdet i tjenesten. Det kan også påvirke vurderingene av om tjenester skal leveres i egenregi eller om det skal inngås avtaler med private.

Departementet vurderer at kombinasjonsalternativet har betydelige svakheter. Selv om det kan gi aktivitetsinsentiver, er det mer komplisert å forvalte og gir svakere kostnadskontroll enn ren rammefinansiering. Kombinasjonsalternativet kan også skape uklare ansvarslinjer mellom staten og sørge-for-nivået.

Etter departementets vurdering må valg av finansieringsløsning bero på hvilke hensyn som skal tillegges størst vekt. Sentrale hensyn er behovet for kostnadskontroll, ønsket om aktivitet og tilgjengelighet, behovet for å understøtte forebyggende og oppsøkende arbeid, samt hensynet til enkel og etterprøvbar forvaltning.

Kommunesektoren skal, som hovedregel, rammefinansieres siden dette i størst mulig grad legger til rette for lokalt selvstyre og lokale tilpasninger. Valg av forvaltningsnivå har dermed også direkte betydning for valg av finansieringstilnærming.

Departementet vurderer at rammefinansiering, i kombinasjon med pasientbetaling, vil være den beste finansieringsløsningen i en tannhelsereform som baserer seg på en gradvis utvidelse av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Rammefinansiering gir en så enkel finansieringsordning fra staten til fylkeskommunen som mulig og samler sørge for- og prioriterings- og finansieringsansvaret. Løsningen sikrer reelt selvstyre for fylkeskommunen.

Etter departementets vurdering er et alternativ med 100 prosent aktivitetsbasert finansiering ikke aktuelt. Dette først og fremst fordi det er lite egnet til å finansiere oppgaver som ikke er direkte knyttet til klinisk aktivitet, som for eksempel forebyggende og oppsøkende virksomhet, opplæring, forskning og veiledning. Departementet har derfor ikke omtalt 100 prosent aktivitetsbasert finansiering som et eget alternativ.

15.4 Finansiering av tjenesteytere

15.4.1 Innledning

I dette punktet drøfter departementet tre alternativer for hvordan aktøren med sørge-for-ansvar, eller staten, kan finansiere tjenesteyterne som skal levere offentlige tannhelsetjenester:

- aktivitetsbasert finansiering
- aktivitetsbasert finansiering gjennom folketrygden
- kombinasjon av faste tilskudd, som driftstilskudd eller basistilskudd, og aktivitetsbasert finansiering.

Sørge-for-nivået, fylkeskommunen, kan i utgangspunktet levere tjenester i egenregi eller inngå avtaler med private tjenesteytere. Et sentralt utgangspunkt er at finansieringsløsning bør understøtte sørge-for-ansvaret. Sørge-for-nivået bør ha virkemidler til å styre kapasitet, prioriteringer, kvalitet og kostnader. Samtidig må finansieringsløsningen legge til rette for bruk av private tjenesteytere i et omfang som gjør det mulig å bygge ut tilbudet.

Det må også tas hensyn til at mange private tannleger og tannpleiere også fremover vil drive virksomhet med en kombinasjon av behandlinger som finansieres privat og behandlinger som helt eller delvis finansieres offentlig. Dette har betydning for hvilke finansieringsløsninger som er praktisk gjennomførbare.

15.4.2 Aktivitetsbasert finansiering

Aktivitetsbasert finansiering av tjenesteyter innebærer at fylkeskommunen, eller eventuelt staten, betaler tjenesteyterne på grunnlag av faktisk utførte undersøkelser, behandlinger eller andre definerte ytelser.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er et eksempel på system for aktivitetsbasert finansiering. ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene over statsbudsjettet, der finansieringen avhenger av hvor mange som får behandling og hvilken type behandling de får. ISF utgjør sammen med basisbevilgningen finansieringen av de regionale helseforetakene.

Refusjon gjennom folketrygden er et annet eksempel på aktivitetsbasert finansiering. Aktivitetsbasert finansiering gjennom folketrygden er vurdert for seg i neste punkt.

Aktivitetsbasert finansiering kan brukes som betaling for behandling private tjenesteytere utfører, og eventuelt for behandling den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gjør i egenregi.

Ordningen krever et system for å klassifisere og prise behandlingene, enten gjennom et nasjonalt referanseprissystem, nasjonale takster eller satser fastsatt av fylkeskommunene selv. En slik stykkprisbetaling gjør det mulig for fylkeskommunen å kjøpe avgrensede deler av kapasiteten hos private aktører uten å måtte drifte eller kjøpe hele virksomheter, noe som er særlig praktisk dersom rettighetene kun gjelder for en mindre del av befolkningen.

Modellen har flere fordeler. Den skaper en direkte og tydelig sammenheng mellom utført arbeid og inntekt for tjenesteyteren, noe som kan motivere til økt aktivitet og høyere produktivitet. Løsningen gir fleksibilitet ved at det offentlige kun betaler for tjenester som faktisk er levert, samtidig som standardiserte vilkår gjør det enklere å inngå avtaler og kjøpe delkapasitet fra private aktører. I tillegg kan modellen bidra til transparens og gjøre det enklere å sammenligne ulike tjenesteytere.

Ulempene er primært knyttet til økonomisk styring, prioriteringer og administrasjon. Modellen gir svakere kostnadskontroll for fylkeskommunen eller staten sammenlignet med faste tilskudd. Det kan også være krevende å fastsette riktig pris på aktivitetene, og ordningen forutsetter etablering og drift av omfattende takst-, oppgjørs- og kontrollsystemer. Videre er modellen dårligere egnet for oppfølging og forebyggende arbeid som er vanskelig å prise. Det er også en risiko for at økonomiske hensyn påvirker prioriteringene, ved at tjenesteytere stimuleres til å utføre unødvendige undersøkelser og behandlinger, eller prioriterer de oppgavene som gir høyest inntekt.

15.4.3 Aktivitetsbasert finansiering gjennom folketrygden

Folketrygdloven gir definerte behandlingsgrupper rett til refusjoner fra folketrygden. Dette innebærer en aktivitetsbasert finansiering, men har særtrekk som gjør at den her omtales som et særskilt finansieringsalternativ.

Folketrygdfinansiering skiller seg fra finansiering gjennom sørge-for-nivået ved at den ikke bygger på avtaler om kapasitet og prioritering mellom sørge-for-nivået og tjenesteyteren. I stedet finansieres behandlingen gjennom en nasjonal refusjonsordning, hvor staten utbetaler den aktivitetsbaserte finansieringen direkte til tjenesteyter, ikke via sørge-for-nivået.

I dag refunderer staten gjennom folketrygdstønad deler av pasientenes utgifter til tannhelsetjenester ved spesifikke diagnoser og tilstander. Folketrygden gir kun en rett til delfinansiering av pasientenes behandlingsutgifter, og det er ingen forvaltningsaktør med sørge-for-ansvar for behandlingen. Det er pasientene som har rett til stønad fra folketrygden, men det er stilt krav om at tjenesteyterne har inngått avtaler om direkteoppgjør, slik at tjenesteyterne får direkte refusjon.

Refusjon fra folketrygden til tjenesteyter er et mulig finansieringsalternativ også dersom personkretsen med rett til offentlige tannhelsetjenester utvides, men det forutsetter vesentlige endringer av regelverk og takster, samt prisregulering. Dagens folketrygdstønad til tannbehandling er utformet for å dekke utgifter kun ved spesifikke diagnoser og tilstander. Systemet kan ikke videreføres som i dag dersom det skal brukes ved finansiering av rett til nødvendig tannhelsehjelp.

En prisregulering innenfor folketrygden forutsetter at staten fastsetter både refusjonssatsen og maksimale satser for pasientens egenbetaling for alle relevante tjenester.

Aktivitetsbasert finansiering gjennom folketrygden deler mange av de generelle fordelene og ulempene ved aktivitetsbasert finansiering som er beskrevet i punkt 15.4.2, men har i tillegg noen særskilte kjennetegn.

Fordelene med en modell med finansiering gjennom folketrygden, er blant annet at den bygger på en etablert og velkjent finansieringsordning i tannhelsetjenesten. Den legger til rette for et enhetlig nasjonalt regelverk for stønad, takster og oppgjør, og sørger for at prisene blir like på tvers av fylkene. Videre bidrar staten med delfinansiering, noe som gir fylkeskommunene økonomisk risikoavlastning.

Ulempene handler i stor grad om styring, ansvarsforhold og prissetting. I modellen betaler staten for aktivitet den ikke har kontroll over. Samtidig gir modellen fylkeskommunene (sørge-for-nivået) begrensede muligheter for styring av prioriteringer, kapasitet og den geografiske fordelingen av tjenestene, og den kan svekke koblingen mellom det lovpålagte sørge-for-ansvaret og de økonomiske virkemidlene. Det kan også oppstå uklare ansvarslinjer mellom staten, fylkeskommunene og de enkelte tjenesteyterne. Videre kan det være krevende å fastsette et treffsikkert prisnivå som følge av lokale variasjoner, herunder ulik tilgang på personell, ulik andel private tjenesteytere og varierende kostnader til lokaler.

15.4.4 Kombinasjon av faste tilskudd og aktivitetsbasert finansiering

En kombinasjonsløsning innebærer at tjenesteyterne finansieres dels gjennom et fast tilskudd, som driftstilskudd eller basistilskudd, og dels gjennom aktivitetsbasert betaling. For private tjenesteytere kan dette for eksempel være et drifts- eller basistilskudd,

kombinert med takstbasert betaling for utførte behandlinger, slik finansieringen i dag er for fysioterapeuter, fastleger og avtalespesialister.

Hensikten er å forene økonomisk forutsigbarhet og styring med insentiver til aktivitet, der det faste elementet bidrar til å sikre tilgjengelighet og kapasitet, mens det aktivitetsbaserte elementet stimulerer til produksjon og god kapasitetsutnyttelse.

Fordelene med en slik innretning er at den kan skape en god balanse mellom forutsigbarhet for tjenesteyterne og motivasjon til høy aktivitet. Rammedelen kan bidra til faglig frihet, samtidig som modellen kan understøtte rekruttering og sikre tilgjengelighet for pasientene. Løsningen gir også fleksibilitet til å tilpasse finansieringen til ulike typer tjenesteytere og ulike geografiske områder.

Ulempene er særlig knyttet til økt kompleksitet og styringsutfordringer. Modellen er mer sammensatt og medfører høyere administrative kostnader enn rene finansieringsmodeller. Den krever avveininger av hvor stor den faste delen skal være sammenlignet med aktivitetsdelen, og uklare modeller kan skape utydelige insentiver. Faste tilskudd i seg selv kan gi uheldige insentiver fordi man mottar betaling uavhengig av innsats, noe som kan føre til dårlig tilgjengelighet og lengre ventetider, selv om dette kan motvirkes ved å kombinere tilskuddet med data om faktisk aktivitet. For private tjenesteytere reiser modellen i tillegg spørsmål om hvordan den offentlig finansierte virksomheten skal avgrenses mot helprivat virksomhet.

15.4.5 Departementets vurdering

Aktivitetsbasert finansiering av tjenesteytere kan være et egnet virkemiddel når fylkeskommunen skal benytte private aktører i et system der rettighetene til offentlig finansierte tjenester ikke omfatter hele befolkningen. Alternativet gjør det mulig å finansiere faktisk levert behandling uten å binde opp hele kapasiteten hos private tjenesteytere. Samtidig gir aktivitetsbasert finansiering svakere kostnadskontroll. Etter departementets vurdering må en eventuell løsning med aktivitetsbasert finansiering utformes med tydelig prisregulering og mekanismer som hindrer overforbruk av undersøkelser og behandling, og begrenser vridning mot behandlinger som gir best inntekt.

Folketrygdfinansiering kan være en mulig modell. Vurderingen av aktivitetsbasert finansiering, vil i hovedsak også gjelde for folketrygdfinansiering. Folketrygdfinansiering gir likevel svakere styringsmuligheter for fylkeskommunen enn modeller der fylkeskommunen selv finansierer og avtaler tjenestene og satsene direkte. Etter departementets vurdering vil et alternativ med aktivitetsbasert finansiering gjennom folketrygden derfor passe bedre som en nasjonal stønadsordning enn som løsning for aktivitetsbasert finansiering dersom det legges til grunn at en aktør skal ha et tydelig sørge-for-ansvar for offentlige tannhelsetjenester.

En kombinasjonsløsning, med faste tilskudd og aktivitetsbasert finansiering, kan gi større fleksibilitet enn rendyrkede alternativ. Løsningen kan være aktuell dersom det er behov både for å sikre stabil kapasitet og for å stimulere til aktivitet.

Etter departementets vurdering vil kombinasjonsalternativet likevel være mer krevende å forvalte enn en ren aktivitetsbasert løsning. For private tjenesteytere vil det også i et kombinasjonsalternativ kunne oppstå avgrensningsspørsmål mellom offentlig finansiert og helprivat virksomhet.

Så lenge rettighetene til offentlig finansierte tannhelsetjenester bare gjelder en mindre del av befolkningen, fremstår faste tilskudd, som driftstilskudd eller basistilskudd, til private tjenesteytere som en mindre egnet løsning.

I en slik situasjon vil det være lite aktuelt for fylkeskommunen å kjøpe 100 prosent av kapasiteten hos private tjenesteytere, og det vil være vanskelig å dele inn arbeidstiden hos private tjenesteytere mellom offentlig finansiert virksomhet og helprivat virksomhet på en måte som er enkel å administrere og kontrollere.

Departementet vurderer at aktivitetsbasert finansiering fra fylkeskommunen til tjenesteyter, der fylkeskommunene selv fastsetter satser, vil være beste finansieringsløsning i en tannhelsereform som baserer seg på en gradvis utvidelse av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Videre at fylkeskommunene selv fastsetter satser for tjenestene, eventuelt med utgangspunkt i et nasjonalt referanseprissett.

15.5 Skjermingsordninger

15.5.1 Innledning

I dette delpunktet drøfter departementet tre alternativer innretninger for å skjerme pasienter mot høye tannhelseutgifter:

- Prosentvis pasientbetaling
- Eget egenandelstak for tannhelsetjenester
- Innlemming av tannhelseegenandeler i eksisterende frikortordning i helsetjenesten.

I delkapittel 15.2 beskriver og anbefaler departementet en løsning med prosentvis pasientbetaling (25 prosent). En slik løsning vil i seg selv i noe grad skjerme pasienter mot høye tannhelseutgifter. De tre innretningene som omtales i dette punktet er ordninger som eventuelt kan innføres i tillegg, dersom det er økonomisk handlingsrom og behov for å skjerme befolkningen ytterligere mot utgifter tannhelsetjenester.

15.5.2 Prosentvis pasientbetaling

Etter departementets vurdering vil en løsning med prosentvis pasientbetaling, slik som beskrevet og anbefalt i delkapittel 15.2, fungere som en skjermingsordning. Dersom en innfører en slik løsning, kan den offentlige finansieringen skaleres opp og pasientbetalingen ned i takt med et eventuelt økt økonomisk handlingsrom, slik at skjermingsordningen gradvis kan bygges ut.

Fordelene med denne modellen er blant annet at den er enkel og oversiktlig, og sørger for at pasientens egenbetaling henger direkte sammen med behandlingens faktiske omfang og

kostnad. Ordningen motiverer pasienten til å vurdere nytten av behandlingen, og kan dermed virke regulerende på etterspørselen. Videre er det en fordel at pasienten får økonomisk støtte og skjerming fra første krone, i motsetning til en frikortordning hvor hele egenandelen må betales fullt ut frem til et fastsatt utgiftstak. Modellen gir også det offentlige mulighet til en gradvis opptrapping, der den offentlige støtten kan økes og pasientens andel reduseres i takt med det økonomiske handlingsrommet.

Ulempene er særlig knyttet til pasientøkonomi og faren for manglende behandling. Fordi modellen mangler et øvre utgiftstak, slik man har i en frikortordning, blir det dyrt for pasienten ved kostbare inngrep. Dette kan utgjøre en betydelig økonomisk barriere, særlig for personer med lav inntekt og store behandlingsbehov. En slik egenbetaling skaper dermed en risiko for at pasienter utsetter nødvendig helsehjelp, noe som kan føre til forverret helsetilstand og høyere utgifter på sikt.

15.5.3 Innlemme egenandeler for tannbehandling i eksisterende frikortordning

En mulig løsning, for å i større grad skjerme befolkningen mot høye utgifter for tannhelsetjenester, er å utvide eksisterende frikortordningen for helsetjenester til å omfatte fastsatte egenandeler for flere tannhelsetjenester.

Frikortordningen for helsetjenester skjermer personer med stort behov for helsetjenester mot høy egenbetaling. Når egenandeler i løpet av et kalenderår overstiger et fastsatt tak, gis det fritak for ytterligere egenandeler resten av året. I 2026 er egenandelstaket 3 278 kroner. I dag inngår kun egenandeler for to av de 15 stønadspunktene i folketrygdens stønadsordning for tannbehandling: stønadspunkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve og stønadspunkt 6 Periodontitt.

Fordelene med en innlemming i frikortordningen er at den setter en grense for den samlede økonomiske belastningen for den enkelte pasient. Ordningen ivaretar særlig personer med et stort behandlingsbehov, ettersom disse skjermes mot høy samlet egenbetaling for både tannhelsetjenester og andre helsetjenester. I tillegg bygger løsningen på en etablert og kjent ordning fra den øvrige helsetjenesten, noe som kan gjøre det enklere å innføre og forstå for både pasienter og behandlere.

Ulempene er at dersom taket må heves vesentlig for å finansiere utvidelsen, vil dette føre til økte utgifter og svekket skjerming for personer som i dag er omfattet av frikortordningen og har et høyt forbruk av andre helsetjenester, men ikke tannhelsetjenester. Et høyt tak vil heller ikke nødvendigvis skjerme personer med lav inntekt. I tillegg kan ordningen gi pasienter et insentiv til å samle behandling i ett kalenderår for å få frikort, samt til overforbruk av helsetjenester.

15.5.4 Eget egenandelstak for tannhelsetjenester

Et alternativ til innlemming i eksisterende frikortordning er å opprette et eget egenandelstak for tannhelsetjenester. Ordningen kan omfatte de samme tannhelsetjenestene som ved en felles frikortløsning, men egenandeler for tannhelsetjenester vil da holdes atskilt fra egenandeler for øvrige helsetjenester i en egen

frikortordning. Når fastsatte egenandeler for tannhelsetjenester i løpet av et kalenderår overstiger et eget tak, vil pasienten få frikort som gir fritak for ytterligere egenandeler for tannhelsetjenester resten av året.

Fordelene med et eget egenandelstak for tannhelsetjenester er at det beskytter mot høye utgifter til tannbehandling, og i noen grad gjør tannhelsetjenester likere andre helsetjenester ved at befolkningen får dekket mer av sine utgifter. Pasienter med stort behov for andre helsetjenester risikerer ikke at deres frikorttak øker som følge av at tannhelse tas inn. I tillegg gir et eget tak myndighetene erfaring med befolkningens faktiske bruk av nødvendige tannhelsetjenester og hva dette koster, før man eventuelt vurderer å slå ordningene sammen i et felles tak.

Ulempene er at egenbetaling for tannhelse ikke ses i sammenheng med andre helsetjenester. Personer med stort behov for både tannhelse- og andre helsetjenester blir dermed i mindre grad skjermet enn ved en felles ordning. Et eget tak bryter med hensynet bak sammenslåingen av egenandelstak 1 og 2 i 2021, som nettopp skulle skjerme personer med stort behov for ulike helsetjenester, og gjøre systemet enklere å forstå og forvalte. Løsningen krever etablering av en helt ny frikortordning med administrative kostnader til registrering, oppgjør og forvaltning. Dersom taket settes høyt, vil ordningen heller ikke nødvendigvis skjerme personer med lav inntekt, og den kan gi pasienter et insentiv til å samle tannbehandlingen innenfor ett kalenderår for å nå taket. Om taket settes lavt, vil det gi en betydelig økt kostnad for staten. Når frikortgrensen er nådd, finnes det i en slik ordning heller ikke noe økonomisk insentiv for pasienter til å vurdere behovet for behandlingen som tilbys, noe som kan føre til overforbruk av tannhelsetjenester.

15.5.5 Departementets vurdering

Innlemming av tannhelsetjenester i en frikort-/egenandelsordning vil medføre uforutsigbare offentlige utgifter. Det er begrenset kunnskap om hvordan tannhelsemarkedet vil reagere på en slik ordning, både når det gjelder endringer i etterspørsel fra pasienter og tilpasninger på tilbudssiden fra tannhelsetjenesten. Uforutsigbarheten gjelder for alle de tre alternativene som er vurdert i dette delpunktet, men særlig for de to alternativene hvor pasientene kan oppnå frikort.

Tannhelseutvalget anbefaler at nødvendige tannhelsetjenester på sikt innlemmes i dagens frikortordning for helsetjenester. Som en overgangsordning foreslår utvalget at det etableres et eget frikort for tannhelsetjenester.

Etter departementets vurdering bør det ikke være aktuelt å innføre noen form for frikortordning så lenge det er grupper av befolkningen som ikke har rett til nødvendig tannhelsehjelp. En frikortordning vil inntil da i for stor grad prioritere de innbyggerne som allerede har fått rettigheter og med det skjerming mot utgifter, ved å både gi de rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, og en frikortordning. Samtidig vil resten av befolkningen stå utenfor uten noen offentlig finansiering av sine tannhelseutgifter.

For at en større del av befolkningen så raskt som mulig skal få ta del i en tannhelsereform, mener departementet den beste løsningen er en prosentvis egenbetaling. I en slik ordning

vil en skjerme innbyggerne noe mot høye utgifter til tannhelsetjenester, etter hvert som de får rett til nødvendig tannhelsehjelp. Dersom det er behov for ytterligere skjerming, når retten til nødvendig tannhelsehjelp omfatter hele befolkningen, kan den offentlige finansieringsandelen gradvis økes og pasientbetalingen tilsvarende reduseres i takt med det økonomiske handlingsrommet.

Etter at ordningen er etablert og omfatter hele befolkningen, er det også et alternativ å kombinere prosentvis pasientbetaling med en frikortordning. En slik kombinasjon vil gi skjerming fra første krone gjennom den prosentvise pasientbetalingen, samtidig som frikortordningen setter et tak for den samlede egenbetalingen. Dette vil gi en ytterligere skjerming av personer med stort behandlingsbehov. En slik trinnvis tilnærming vil også gi myndighetene bedre grunnlag for å anslå de økonomiske konsekvensene av å innlemme tannhelsetjenester i frikortordningen, basert på erfaringer med befolkningens faktiske bruk og kostnader, men innebærer fremdeles de samme ulempene som beskrevet i 15.5.3 og 15.5.4.

15.6 Mulige grep for raskere utrulling av nye rettigheter

Departementet har vurdert hvordan nye rettigheter raskere kan rulles ut innenfor uendrede økonomiske rammer for det offentliges finansiering av tannhelsetjenester. I praksis er det to alternativer: økt egenbetaling eller avvikling av dagens rettigheter. Departementet anbefaler ingen av alternativene i denne omgang.

Egenbetaling høyere enn 25 prosent av kostnaden ved å levere tjenesten innebærer, etter departementets vurdering, en så stor risiko for at offentlige tannhelsetjenester kan vurderes som økonomisk aktivitet i strid med statsstøttereglene at dette bør unngås. Muligheten som står igjen, er da å avvikle folketrygdens stønad til tannbehandling eller rettigheter til tannhelsehjelp i tannhelsetjenesteloven for enkelte grupper.

En avvikling av all stønad til dekning av utgifter til tannbehandling fra folketrygden vil gjøre det mulig å omdisponere om lag 3,5 mrd. kroner til nye rettigheter. Stønaden inkluderer for eksempel kjeveortopedi (560 mill. kroner), periodontitt (970 mill. kroner) og sjeldne medisinske tilstander (94 mill. kroner). Folketrygdens stønad til tannhelsehjelp gir kun en delvis dekning av utgifter til tannbehandling og utgjør for de fleste pasientene ikke store summer. I 2022 ble det for 94 prosent av pasientene utbetalt under 5 000 kroner i stønad. Gjennomsnittlig stønad var 3 241 kroner, median stønad var 1 575 kroner. For de aller fleste utgjør dermed refusjon fra folketrygden til tannbehandling et begrenset økonomisk bidrag, og en omdisponering for raskere utrulling av mer omfattende rettigheter kan dermed forsvares.

Når det gjelder rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er det en mulighet å avvikle rettigheter som følger av diagnose, eller er avledet av at man har rett til bestemte helse- og omsorgstjenester etter annen lovgivning. Dette kan dreie seg om følgende grupper, hvor tall om pasientgrunnlaget er hentet fra KOSTRA og behandlingskostnad er anslått i intervallet 4000-10 000 kroner:

- Psykisk utviklingshemmede - ca. 22 000 pasienter, hvorav om lag 17 000 mottok behandling i 2025: 68-170 mill. kroner
- Personer med rusavhengighet som mottar bestemte helse- og omsorgstjenester - ca. 13 000 pasienter, hvorav om lag 5500 mottok behandling i 2025: 22-55 mill. kroner
- Personer med helsetjenester i hjemmet - ca. 56 000 pasienter, hvorav 30 000 mottok behandling i 2025: 120-300 mill. kroner.

Departementets anslår at en avvikling av rettigheter for de nevnte gruppene i tannhelsetjenesteloven, vil gjøre det mulig å omdisponere mellom 210 og 525 millioner kroner til nye rettigheter.

16 Avtaler med private tjenestetilbydere i tillegg til fylkeskommunal egenregi

16.1 Innledning

Den enkelte fylkeskommune står i dag fritt i valg av organisering av tjenesten, enten i egen regi gjennom å ansette egne tannleger eller ved å inngå avtaler med private tannleger. Ved eventuelle utvidelser av det offentlige ansvaret og tilbudet, vil det trolig variere hvordan fylkeskommunene velger å yte tjenestene, basert på lokale forhold og hvor raskt utvidelsene skjer. Fylkeskommunene kan selv velge hvordan tjenestene skal ytes, men vil ved endringer som krever rask utvidelse av offentlig kapasitet sannsynligvis ønske å inngå avtaler med private tilbydere for å yte et godt tannhelsetilbud innenfor forsvarlige kostnadsrammer.

Det vises innledningsvis til beskrivelsen i punkt 4.1.3 av gjeldende bestemmelser i tannhelsetjenesteloven som regulerer inngåelse av avtaler med private om å yte tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen, samt omtalen av reglene om offentlige anskaffelser og statsstøtte i punkt 4.7.1 og 4.7.2.

Det offentliges bruk av private tilbydere til å dekke befolkningens behov, vil i praksis kreve en eller annen form for avtale. Staten gir gjennom folketrygden stønad (refusjon) til bestemte pasientgrupper som oppsøker private tilbydere. For at det skal ytes refusjon må behandleren ha avtale om å kunne motta betaling fra Helfo for innmeldte krav (direkteoppgjør). Slike avtaler med folketrygden vil være aktuelle helt til alle støtteberettigede tilstander er innlemmet i den offentlige tannhelsetjenestens ansvar. Se omtale av gjeldende rett i punkt 4.2 og vurdering av egnethet i punkt 15.3.3. Reglene om anskaffelser og statsstøtte får normalt ikke anvendelse i en slik ordning hvor det offentlige ikke har lovpålagt plikt til å yte tjenestetilbudet og pasienter velger blant tilbydere som ikke er utvalgt av det offentlige. Avtaler om direkte oppgjør for å motta refusjon fra folketrygden omtales ikke ytterligere i dette punktet.

Fylkeskommunen kan som nevnt inngå avtaler med private om å gi et tilbud til de delene av befolkningen som inngår i fylkeskommunens lovpålagte ansvar for å sørge for tannhelsetjenester. Forvaltningsnivået dekker kostnadene ved tilbudet utover en regulert

pasientbetaling. I dette punktet omtales to prinsipielt ulike måter for det offentlige å velge tilbydere på og om fylkeskommunen bør stå fritt til å velge mellom disse: Fylkeskommunen kan enten utpeke en begrenset krets av tilbydere ved hjelp av en konkurranse, eller la pasienten velge blant tilbydere som oppfyller fylkeskommunens generelle krav for å inngå i en ordning for fritt tannhelsevalg.

Departementet vurderer også behovet for å kreve konsesjon av private tilbydere av tannhelsetjenester.

16.2 Fylkeskommunen velger private tilbydere etter konkurranse

Avtaler med private kan inngås ved at fylkeskommunen selv velger ut noen tilbydere etter konkurranse om pris og kvalitet. Det er den vanligste tilknytningen i øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Fylkeskommunens betaling til de private tilbyderne vil variere avhengig av konkurranseforholdet og kostnadsbildet i det aktuelle anbudsområdet. Pasientenes egenbetaling kan enten være den samme i hele landet eller variere mellom fylkene.

Anbudskonkurranser muliggjør lokale tilpasninger og konkurranse på pris og kvalitet. En slik konkurranse kan gjør det mulig å tilby tjenestene til markedspris, og dermed sikre at de offentlige midlene brukes effektivt. Anbud kan på den annen side kreve administrasjon hos fylkeskommunen og tannlegene. Behovet for å utarbeide vinnende tilbud kan favorisere store virksomheter, kjeder eller tannleger med tilknytning til kjeder, ettersom disse trolig lettere kan systematisere arbeidet, trekke på stordriftsfordeler og innhente kapital. Pasientenes valgfrihet og mulighet til å gå til samme tannlege over lang tid vil begrenses, sammenlignet med folketrygdrefusjon eller fritt tannhelsevalg som også inkluderer tannpleie. Det kan også være krevende å oppnå full geografisk dekning, noe som kan føre til uønskede variasjoner i tilbudet mellom fylkene.

Reglene om anskaffelser vil normalt gjelde. Forskrift om offentlige anskaffelser og forskrift om tjenestekonsesjoner gjelder for henholdsvis kjøp og utnyttelse av konsesjon.

Statsstøttereglene gjelder ikke når tjenestene er tilnærmet gratis for pasientene og gis som ledd i det offentliges lovfestede ansvar for å sørge for tilbudet – dette regnes som ikke-økonomisk aktivitet. Reglene krever imidlertid at offentlig finansiering av tannhelse-tjenester ikke skal tilflyte eller kryssubsidiere annen og helprivat aktivitet. I dag tilbyr private tilbydere i all hovedsak tannhelsetjenester i et helprivat marked, det vil si uten avtale med fylkeskommunen. Betalingen stammer fra den enkelte pasient og eventuell refusjon fra folketrygden. Slik helprivat aktivitet vil trolig utgjøre en del av virksomheten for mange tilbydere også etter en tannhelsereform. Dersom fylkeskommunen benytter en form for konkurranse hvor det oppnås markedspris, oppstår det normalt ikke en økonomisk fordel, og dermed ikke risiko for kryssubsidiering av helprivat aktivitet. Betales ikke markedspris, kan det imidlertid være nødvendig å kreve at de private tilbyderne fører separate regnskaper, allokerer kostnader og inntekter, samt aksepterer strenge krav til overskudd og tilbakebetalingsmekanismer. Se omtale i punkt 4.7.

16.3 Pasientene velger private tilbydere i ordning for fritt tannhelsevalg

I stedet for konkurranse omtalt i punkt 16.2, kan fylkeskommunen velge å inngå avtaler innenfor en ordning for fritt tannhelsevalg. Det innebærer at fylkeskommunen fortløpende inngår avtale med alle tannhelsevirksomheter som ønsker det, forutsatt at de oppfyller objektive minimumsvilkår for blant annet kvalitet og samhandling med andre. Pasientene velger fritt mellom tannleger eller tannpleiere som har inngått avtale, langt på vei tilsvarende som for fritt sykehusvalg.

Pris på tannbehandlingen følger fylkeskommunens faste takster. Private tilbydere har kun valget mellom å gi tilbudet på de standardiserte vilkårene eller ikke å delta i ordningen.

Ordningen muliggjør mange små tjenesteytere, valgfrihet for pasientene og forutsigbarhet, men det kan være krevende å regulere prisene, oppnå kostnadskontroll for det offentlige og sikre tilstrekkelig oppslutning fra private tannleger og tannpleiere. Dersom prisen settes for lavt, kan man risikere at mange tannleger velger å stå uten avtale med det offentlige. I så fall oppstår lange ventetider, eller pasienter må betale mer hos helprivate aktører uten avtale. Dersom prisen settes for høyt, får fylkeskommunen høyere utgifter enn nødvendig. Det kan også være krevende å fastsette priser som tar høyde for geografiske forskjeller i driftskostnader eller tannlegedekning. Departementet er for eksempel kjent med at Trøndelag fylkeskommune, for å gi et tilbud til blant annet aldersgruppen 25-28 år, har valgt å inngå avtale med private tilbydere av tannhelsetjenester innenfor en ordning for fritt valg av tannlege.

Løsningen vil kunne innrettes slik at hverken anskaffelsesreglene eller statsstøttereglene får anvendelse.

16.4 Krav om godkjenning eller konsesjon av private tilbydere

Helsepersonelloven stiller krav til forsvarlig tannhelsehjelp, og det gis vilkår for autorisasjon og spesialistgodkjenning. Det finnes imidlertid ingen bestemmelser som regulerer eierskap av tannklinikker eller etablering av tannklinikkvirksomhet. I praksis betyr det at klinikker kan etableres fritt av tilbydere, uten at det må søkes om konsesjon hos myndighetene. Det samme gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

I NOU 2024: 18 *En universell tannhelsetjeneste – harmonisering, styring og utvidet ansvar,* peker utvalget på behov for å sikre likeverdig tilgang til tannhelsetjenester av god kvalitet i hele landet i en fremtid hvor det synes å gå mot overetablering i det private markedet for tannhelsetjenester og staten foreslås ta et større ansvar for finansieringen. Det kan derfor være nødvendig å stille krav om at den som mottar offentlig finansiering, også må levere alle nødvendige tannhelsetjenester, rapportere data om virksomheten og tjenestene og dokumentere et system for å sikre oppfyllelse av faglige krav i den enkelte klinikk, inkludert språkkrav. Flertallet av utvalgsmedlemmene foreslo å lovfeste at private tannhelsetilbydere skal ha konsesjon for klinikkdrift, hvor slike krav kunne stilles som vilkår for konsesjon. Et mindretall foreslo i tillegg krav om konsesjon for å kunne eie

tannklinikk, og la vekt på at det legger til rette for å kunne kreve opplysninger om økonomiske rammevilkår for virksomheten, personellets kompetanse og hvordan virksomheten planlegger å oppfylle krav til forsvarlighet. Et annet mindretall støtter ikke slike tiltak, blant annet fordi slike ordninger kan være overflødige hvis den offentlige finansieringen økes og tannhelsetjenesten harmoniseres med resten av helsetjenesten. Utvalget vurderte begrensninger i eierskap og fri etablering, men anbefalte ikke dette. Se vurderinger i utredningens punkt 13.6.

16.5 Departementets vurdering

Dersom flere personer gis rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester, vil samarbeidet med private aktører spille inn. Ved bruk av private tilbydere kan man unngå uhensiktsmessige investeringer eller oppbygging av egen kapasitet i offentlig regi der det allerede finnes tilstrekkelig med private tilbydere. Dersom fylkeskommunen bygger ut et tilbud i egenregi, vil dette kreve større investeringer i egnede lokaler, klinikkfasiliteter og utstyr mv. I departementets økonomiske anslag er det ikke tatt høyde for slike kostnader. I hvor stor grad private tilbydere tas i bruk, avhenger av hvor mange nye pasienter som skal motta offentlig finansierte tannhelsetjenester og hvordan fylkeskommunen velger å organisere tilbudet. Organisering og regulering må uansett sikre god ressursutnyttelse og kontroll med tjenesteytelsen.

Dersom fylkeskommunene velger å inngå avtaler med private tannleger, må fylkeskommunen i fravær av særskilt regulering selv måtte ta stilling til om avtaler med private bør inngås etter anbud eller om pasienten skal kunne velge blant private tilbydere i en ordning for fritt tannhelsevalg. Dette gjelder uavhengig av om fylkeskommunen står for hele den offentlige finansieringen av tjenestetilbudet, eller om det også ytes samtidig stønad over folketrygden i en kombinasjonsmodell.

Det kan være et alternativ å lovfeste at fylkeskommunene skal benytte fritt tannhelsevalg i utvelgelsen av private avtaleparter, eventuelt å innføre en slik nasjonal ordning forvaltet av staten. Departementet foreslår ikke å begrense fylkeskommunens valgmuligheter ved lov. Fylkeskommunene bør i utgangspunktet stå fritt til å vurdere fordelene og ulempene med ulike modeller for bruk av private, og selv ta stilling til hvilken tilnærming som er mest hensiktsmessig for ulike tjenestesegmenter og geografiske områder. Dette åpner for lokale tilpasninger, og tilsvarer den friheten kommuner og regionale helseforetak har i dag for tjenester som de selv finansierer.

Departementet peker likevel på at ordningen hvor pasientene kan velge blant private tilbydere i en ordning med fritt tannhelsevalg har noen viktige fordeler. Ordningen muliggjør mange små tjenesteytere og kan gi valgfrihet for pasientene. Pasientene kan også i større grad fortsette å gå hos sin «egen tannlege» så lenge tannlegen velger å inngå avtale med fylkeskommunen.

Utvidelse av det offentlige tannhelseansvaret vil kreve flere avtaleinngåelser. Fylkeskommunene har i dag begrenset erfaring med slike avtaler på tannhelsefeltet, men kan trolig i noen grad bygge på erfaringer fra andre ansvarsområder. Det vil likevel være nødvendig å styrke både innkjøpsfaglig og anskaffelsesrettslig kompetanse.

Fylkeskommunene vil måtte ta stilling til de samme spørsmålene om blant annet valg av anskaffelsesmetode, prising, geografiske tilpasninger og hvilke krav som bør stilles til de private avtalepartene. Det kan også være hensiktsmessig og ressursbesparende å samarbeide om den praktiske gjennomføringen av forhandlinger, innkjøpsprosess og oppfølging av avtaler etter at de er inngått. Fylkeskommunene bør derfor vurdere å etablere felles innkjøpsfaglige miljøer eller ulike former for innkjøpssamarbeid. De kan også innhente erfaringer og undersøke mulighetene for å samarbeide med erfarne innkjøpere fra andre deler av helse- og omsorgstjenesten, for eksempel større kommuner eller Sykehusinnkjøp HF.

Departementet foreslår ikke å lovfeste krav om driftskonsesjon eller eierkonsesjon for private tilbydere av tannhelsetjenester. Det skyldes at departementets forslag om en gradvis utvidelse av fylkeskommunenes plikt til å sørge for nødvendige tannhelsetjenester innebærer at de formålene med konsesjonskrav som Tannhelseutvalget fremhever i NOU 2024: 18, vil kunne ivaretas gjennom de avtalene fylkeskommunene inngår med private. En modell hvor fylkeskommunen får et utvidet ansvar for å sørge for tannhelsetjenester forutsetter relativt detaljerte avtaler med private om hvor omfattende tilbudet skal være, hvor tilbudet skal gis, krav til kvalitet og faglig kompetanse, hvilken pris det offentlige skal betale og hvilken egenbetaling pasienten skal bidra med. Det er bare de private tilbyderne som oppfyller kravene til kvalitet, seriøsitet mv. som vil kunne inngå avtale. Det kan også stilles krav om rapportering av tannhelsedata i slike avtaler.

Fylkeskommunen må videre føre kontroll med sine avtaleparter, både med hensyn til kvalitet og stikkprøver av betalingskrav, og kan gripe inn med sanksjoner ved mangelfull tjenesteleveranse. Den helprivate delen av tannhelsemarkedet som ikke mottar offentlig finansiering vil få et redusert omfang med departementets forslag til tannhelsereform. Det vil derfor etter departementets vurdering ikke være behov for å innføre ressurskrevende ordninger for konsesjon eller godkjenning i tillegg til fylkeskommunenes avtaler.

Se også vurdering i punkt 20.8.11 av behovet for å endre tannhelsetjenestelovens bestemmelser om fylkeskommunens avtaler med private, slik at de harmoniseres med reguleringen av andre helse- og omsorgstjenester.

DEL IV REGJERINGENS FORSLAG TIL TANNHELSEREFORM

17 Regjeringens forslag til samlet løsning for ytelse av offentlig finansierte tannhelsetjenester

17.1 Innledning

I høringsnotatets del III har departementet beskrevet og vurdert alternative løsninger for sentrale elementer ved organisering og regulering av ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester i en tannhelsereform.

I del IV beskrives departementets forslag til samlet, ny løsning for arbeidet med en reformering av ytelsen av offentlig finansierte tannhelsetjenester. Noen av forslagene krever regelverksendringer, mens andre viderefører dagens tilstand. Samlet mener departementet disse forslagene utgjør et solid fundament som det er mulig å bygge videre på i utviklingen av tannhelsetjenesten. I siste kapittel vurderes økonomiske og administrative konsekvenser. Tilhørende forslag til ny tannhelsetjenestelov og andre regelverksendringer følger i del VI.

I høringsnotatets del V nedenfor beskriver og drøfter departementet den videre retningen i arbeidet med en helhetlig tannhelsereform, der målsettingen på lengre sikt er rettigheter for hele befolkningen til tannhelsehjelp fra offentlig tannhelsetjeneste, etter hvert som nødvendige midler bevilges. Til denne delen er det ikke utarbeidet forslag til endringer i regelverk. Del III, IV og V må leses i sammenheng for å gi et samlet bilde av regjeringens plan for en tannhelsereform både på kort og lang sikt.

I dette punktet beskrives som nevnt forslagene til samlet ny løsning som legger til rette for det langsiktige målet: en helhetlig tannhelsereform der hele befolkningen har rettigheter til tannhelsehjelp i en offentlig finansiert og organisert tannhelsetjeneste. Tannhelsetjenestene skal i større grad samordnes med øvrige helse- og omsorgstjenester, og tannhelsehjelpen skal ytes gjennom ett forvaltningsnivå med ansvar for å sørge for at alle med rett til tannhelsehjelp, får sine rettigheter oppfylt. Denne målsettingen vil det måtte arbeides med over tid, og både økonomiske og organisatoriske forhold vil måtte endres og utvides gradvis. Med denne modellen kan innbyggernes rettigheter utvides gradvis, og gi en offentlig finansiert tannhelsetjeneste med ansvar for å sørge for tilgjengelig og god tannhelsehjelp til befolkningen til en forutsigbar og begrenset pris.

17.2 Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten videreføres på fylkeskommunalt nivå

Departementet har i kapittel 13 drøftet hvilket forvaltningsnivå som i fremtiden skal ha det offentlige ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester til befolkningen. Det er fire alternativer som har vært vurdert: 1) videreføring av fylkeskommunalt nivå, 2) overføring til kommunene, 3) overføring til staten eller 4) delt overføring til staten og kommunene.

Departementet vurderer at en videreføring av fylkeskommunalt sørge-for-ansvar for tannhelsetjenestene er det mest hensiktsmessige i denne omgang. En videreføring av fylkeskommunalt nivå er i tråd med Stortingets vedtak i 2022, som gjorde det klart at den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt skulle være et fylkeskommunalt ansvar. En videreføring av fylkeskommunalt nivå vil også være en raskere vei til mål for å gjøre øvrige endringer.

Endring av forvaltningsnivå ville vært et stort organisatorisk grep som krever tid og ressurser. Etter departementets syn er det viktigere å få gjennomført andre endringer nå, enn å ta stilling til et eventuelt annet forvaltningsnivå for ansvaret for tannhelsetjenesten og potensielt sette i gang en ny diskusjon om regionreform og fylkeskommunenes stilling.

Videre viser departementet til, i likhet med Tannhelseutvalgets mindretall på to medlemmer, at fylkeskommunene i dag ivaretar ansvaret for tannhelsetjenester på en god måte. Fylkeskommunene har nær kontakt og veletablerte samarbeidsstrukturer, samt avtaler med kommunene blant annet der det ligger tannklinikker, noe som bidrar til et tannhelsetilbud tilpasset lokale behov.

17.3 Fylkeskommunale tannhelsetjenester finansieres gjennom rammetilskudd fra staten

Departementet foreslår at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i sin helhet finansieres gjennom rammetilskudd og pasienters egenbetaling, jf. punkt 15.3. Veilederen for statlig styring av kommunesektoren slår fast at rammefinansiering skal være hovedprinsippet for finansiering av sektoren. I veilederen viser Kommunal- og distriktsdepartementet til kommuneloven § 2-2 tredje ledd som slår fast at sektorens frie inntekter skal gi sektoren økonomisk handlingsrom.

På bakgrunn av vurderingene i kapittel 15 mener departementet at de statlige overføringene til fylkeskommunene for finansiering av tannhelsetjenester, i sin helhet bør skje som en del av rammetilskuddet fra staten, og ikke inneholde elementer av refusjon fra folketrygden. Dette er tilnærmingen som gir fylkeskommunene størst handlingsrom til å foreta lokale tilpasninger, samtidig som kommuneøkonomiopplegget muliggjør fordeling mellom fylker slik at lokale forutsetninger og utfordringer kan hensyntas. Sammen med departementets foreslåtte egenbetaling på 25 prosent for aldersgrupper som gis nye rettigheter, vurderer departementet at denne tilnærmingen gir en god balanse mellom lokalt handlingsrom og insentiv til aktivitet.

17.4 Fylkeskommunen bestemmer bruk av private tjenesteytere

Departementet foreslår å videreføre fylkeskommunens mulighet til å velge mellom å yte det lovpålagte tannhelsetilbudet selv eller å inngå avtale med private tjenesteytere.

Departementet foreslår å videreføre fylkeskommunens mulighet til selv å bestemme om eventuelle avtaler med private tilbydere bør inngås etter anbud eller om pasienten skal kunne velge blant tannleger og tannpleiere i en ordning for fritt tannhelsevalg. Dette tilsvarer den friheten kommuner og regionale helseforetak har i dag for tjenester som de selv finansierer. Fylkeskommunene bør i utgangspunktet vurdere fordelene og ulempene med ulike modeller for bruk av private, og selv ta stilling til hvilken tilnærming som er mest hensiktsmessig for ulike tjenestesegmenter og geografiske områder. Dette innebærer også at fylkeskommunen kan vurdere pasientenes valgfrihet mellom ulike tilbydere. Departementet har likevel pekt på at ordningen hvor pasientene kan velge blant private tilbydere i en ordning med fritt tannhelsevalg har noen viktige fordeler. Fritt tannhelsevalg muliggjør mange små tjenesteytere og kan gi valgfrihet for pasientene. Pasientene kan også i større grad fortsette å gå hos sin «egen tannlege» så lenge tannlegen velger å inngå avtale med fylkeskommunen.

17.5 Dagens rettigheter etter tannhelsetjenesteloven videreføres

Det er i punkt 15.6 drøftet ulike mulige grep for raskere utrulling av nye rettigheter innenfor et uendret proveny. Imidlertid ser departementet at en slik avvikling vil kunne slå uheldig ut for pasienter som har hatt rettigheter over lang tid eller er i et planlagt behandlingsforløp. Selv om en avvikling av dagens gruppebaserte rettigheter både ville gitt rom for en raskere utvidelse av de nye rettighetene, og også bidratt til å rydde opp i et krevende regelverk med avledede rettigheter, mener departementet at de negative konsekvensene for enkeltpasienter bør veie tyngre.

Departementet vurderer derfor at det er mest hensiktsmessig å videreføre de pasientgruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

17.6 Utvidelse av personkretsen med rett til tannhelsehjelp gjøres etter alder

Departementet har i punkt 14.3 drøftet ulike måter å tildele rettigheter på, gjennom ulike kriterier for å få rett til tannhelsehjelp, dersom det skal gjøres en gradvis utvidelse av personkretsen som har lovfestet rett til tannhelsehjelp. Departementet har gjort en vurdering av alder som kriterium for rettigheter, av rett til tannhelsehjelp avledet av andre tjenester eller forhold, samt konkrete tilstander eller diagnoser som kriterium for rettigheten.

Det er fordeler og ulemper ved alle disse kriteriene for tildeling av rett til tannhelsehjelp. Departementet har kommet til at alder bør være kriteriet som anvendes dersom det gradvis skal innføres rettigheter for flere innbyggere. Departementet har da lagt vekt på at alder gir et entydig og forutsigbart kriterium, til nytte både for den enkelte og tjenesten selv. Selv om det kan gi uheldige vridningseffekter ved at behandling fremskyndes eller utsettes til personen har oppnådd den aktuelle alderen for å få rettigheter, legger departementet til grunn at problemstillingen vil bli stadig mindre aktuell ettersom flere innbyggere får rett til tannhelsehjelp etter loven.

Når det gjelder *hvilke* aldersgrupper departementet mener bør prioriteres for tildeling av rettigheter i en videre utvikling og utvidelse av reformen, vises det til omtalen i punkt 19.3 i del V.

17.7 Den rettslige standarden nødvendig tannhelsehjelp utgjør rammen for rettigheten

Departementet har vurdert ulike måter å avgrense rettighetens materielle innhold og omfang i en tannhelsetjenestereform, jf. punkt 14.4. Det er fordeler og ulemper ved de ulike alternativene, for både tjenesten selv og for pasientene.

Tjenestepakker sikrer effektivitet og likhet for de store pasientgruppene, men innebærer kompleksitet. Den rettslige standarden ivaretar bedre den individuelt tilpassete behandlingen, men kan utfordre forutsigbarheten og likhetsidealet. Den økonomiske

ytelsen gir frihet og avlaster det offentlige tjenesteapparatet, men kan i større grad gjøre helse til et spørsmål om personlig økonomi.

Ved utvidelse av rettigheter til tannhelsehjelp i en tannhelsetjenestereform, er det en klar målsetting at tannhelsetjenesten skal harmoniseres med den øvrige helsetjenesten. Departementet mener at det mest hensiktsmessige er å utforme regelverket slik at retten til tannhelsetjenester gis i form av en rettslig standard, dvs. som en rett til nødvendige tannhelsetjenester. Dette viderefører gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven og er i samsvar med reguleringen av rettigheter til helsehjelp i den øvrige helsetjenesten. Risikoen knyttet til både ytelsen av tjenesten og de økonomiske rammene bæres av det offentlige. Tannhelsehjelpen vil kunne tilpasses konkret den enkelte pasient, og det kliniske skjønnet vil være avgjørende for hvilken behandling som tilbys.

For det offentlige er imidlertid kostnadene mindre forutsigbare ved denne måten å tildele rettigheter på. Bruk av den rettslige standarden nødvendig tannhelsehjelp i en reform der midlene gradvis tilføres innebærer derfor at færre pasienter vil kunne få rettigheter, hvis alternativet er mer begrensete rettigheter til flere. Likevel mener departementet at retten til tannhelsehjelp bør være definert som en rettslig standard. Over tid vil dette sikre befolkningen helhetlige tjenester gitt etter konkrete vurderinger av behovet for den enkelte pasient.

Departementet viser for øvrig til drøftelsen i punkt 14.4.5.

17.8 Pasienters egenbetaling skal være maksimalt 25 prosent av fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenestene

Som beskrevet i punkt 15.2 og 15.5, er det flere ulike tilnærminger til egenbetaling og skjermingsordninger. Departementets forslag er at pasienters egenbetaling knyttes tydelig til fylkeskommunens kostnader ved å levere tjenesten det skal betales for. Det sikrer offentlig oppmerksomhet om kostnadene ved tannhelsetjenesten, skaper et klart insentiv for forebygging og tidlig kontakt med tjenestene for å redusere fremtidige kostnader samtidig som det vil kunne bidra til å redusere overforbruk av tjenester.

Å sette maksimal egenbetaling til 25 prosent er viktig både for å være trygge på at egenbetalingen er i tråd med EØS-regelverket, og for å sørge for at pasienter skjermes mot svært høy egenbetaling. Når hele befolkningen er omfattet av rett til nødvendig tannhelsehjelp, mener departementet det kan være hensiktsmessig å vurdere endringer i egenbetalingssatsen eller annen skjerming for svært høye kostnader for pasienter med omfattende behandlingsbehov.

Departementet mener en egenbetaling fastsatt til 25 prosent av fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenesten er løsningen som best balanserer behovet for å skjerme pasienter mot høye kostnader, sikre et tydelig insentiv for aktivitet og sørge for økonomisk handlingsrom til å raskere kunne utvide aldersgrupper med rettigheter.

17.9 Rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannhelsehjelp videreføres inntil videre

Departementet foreslår å videreføre dagens stønadsordning i folketrygden med unntak av stønadspunkt 2, 3, 4 og deler av stønadspunkt 8 som avvikles fordi ansvaret for behandlingen etter departementets syn ligger hos spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 17.10. Det ansvaret foreslås presisert og tydeliggjort nå, og det vil da etter departementets vurdering være naturlig å overføres de midlene som i dag ligger i folketrygdens stønadsordning for disse stønadspunktene til helseforetakene, som også får ansvaret for behandlingen.

Folketrygdens stønadsordning for tannbehandling vil gradvis utfases og til slutt bli overflødig når rettigheter til aldersbestemte grupper innføres, jf. punkt 17.6 og 19.3. Dette fordi den delen av befolkningen som er innenfor aldersspennet med rettigheter, ikke vil ha rett til stønad fra folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannhelsetjenester. Det følger av folketrygdloven § 5-1 tredje ledd om at det ikke ytes stønad når behandlingen allerede er dekket av det offentlige etter annen lovgivning. Dette vil på sikt medføre, når det er innført en universell rett til tannhelsehjelp for hele befolkningen, at det ikke lenger er behov for folketrygdens stønadsordning til dekning av utgifter til tannhelsetjenester. Ordningen kan da avvikles i sin helhet.

17.10 Spesialisthelsetjenestens ansvar for tannhelsehjelp som del av plikten til å tilby spesialisthelsetjenester presiseres – finansiering flyttes fra folketrygden

Departementet foreslår å presisere i spesialisthelsetjenesteloven hvilket ansvar spesialisthelsetjenesten og dermed helseforetakene har for tannhelsehjelp som del av plikten til å tilby spesialisthelsetjenester. Tannbehandling er for noen pasienter en nødvendig forutsetning for, en integrert del av eller en konsekvens av medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten, og det er et behov for felles forståelse nasjonalt av hvor langt spesialisthelsetjenestens ansvar strekker seg for å sikre et likeverdig tilbud. Som beskrevet i punkt 6.5, gis slik tannbehandling i noen grad i spesialisthelsetjenesten i dag, men ulik praksis og manglende helhet i behandlingsforløp tilsier at det er behov for en presisering av sørge-for-ansvaret for å sikre likeverdig tilgang og gode pasientforløp. Dagens system fører til uheldig og utilsiktet forskjellsbehandling av pasienter. Hensynet til helhetlige pasientforløp tilsier at tannhelsehjelp i noen tilfeller ikke kan ses isolert fra den øvrige behandlingen, men må inngå i den samlede planleggingen og oppfølgingen av pasienten.

Det må vurderes konkret når tannbehandling utgjør en så integrert del av behandlingen i spesialisthelsetjenesten at den omfattes av det regionale helseforetakets ansvar. Utfallet av vurderingen er av stor betydning for den enkelte pasient fordi de fleste voksne pasienter ikke har, eller kun har begrensede, rettigheter til tannhelsehjelp etter annet regelverk, og dermed selv må betale fullt ut for tannhelsehjelpen dersom den ikke ytes av spesialisthelsetjenesten. Vurderingen har også betydning for hva som er et

fylkeskommunalt ansvar og hva som er ansvaret til de regionale helseforetakene. Departementet ser at avklaring av spesialisthelsetjenestens ansvar i noen situasjoner vil være enkel, mens grensegangen i andre tilfeller vil være mer krevende. Det vil kunne være nødvendig å gi retningslinjer fra myndighetshold for å sikre likebehandling nasjonalt.

I tilknytning til dette vil det også foreslås å styrke finansieringen til tannhelsehjelp ved de regionale helseforetakene, ved at gjeldende finansiering knyttet til enkelte, relevante stønadspunkter i forskrift til folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a overføres til de regionale helseforetakene i de ordinære finansieringssystemene. Stønaden på disse punktene finansierer i dag tannbehandling som i praksis er nært knyttet til behandling pasienten mottar i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene krever også i en del tilfeller, men i varierende grad, refusjon fra folketrygden for nettopp denne behandlingen allerede i dag. Samlet er forslagene en helt nødvendig opprydding i regelverk for plikter til og finansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten.

17.11 Regelverket for tannhelsetjenesten fornyes, tilpasses og moderniseres for fremtiden

Det er over 40 år siden tannhelsetjenesteloven trådte i kraft. Loven har vært planlagt revidert flere ganger, uten at dette har blitt gjennomført. Mye har skjedd med organiseringen av helsetjenestene siden lovens ikrafttredelse, slik at flere av bestemmelsene i loven er utdaterte og loven harmonerer dårlig med øvrige tjenestelover på helseområdet.

Departementets målsetting er å fornye og oppdatere organisering og regulering av tannhelsetjenesten. I høringsnotatet foreslår departementet derfor at dagens tannhelsetjenestelov erstattes med en ny tannhelsetjenestelov, som tydeliggjør pliktene for fylkeskommunen og i større grad er samordner og harmoniserer tannhelsetjenesteloven med øvrig helselovgivning. Det legges til rette for gradvis utvidelse av fylkeskommunens ansvar, og hvordan fylkeskommunen kan benytte seg av private tilbydere blir tydeliggjort.

Lovbestemmelsene om pasientens rett til tannhelsehjelp flyttes til pasient- og brukerrettighetsloven for å tydeliggjøre rettighetene. Spesialisthelsetjenestens ansvar for tannhelsehjelp som del av plikten til å tilby nødvendige spesialisthelsetjenester klargjøres, og grensegangen mot fylkeskommunens ansvar tydeliggjøres.

Samlet vil regelverksendringene berede grunnen for videre utvikling av tannhelsetjenesten, der samarbeidet med øvrig helsetjeneste styrkes og gradvis utvidelse av befolkningens rett til tannhelsehjelp muliggjøres.

18 Økonomiske og administrative konsekvenser

Regjeringens forslag til modell for ytelse av tannhelsetjenester i en tannhelsereform kan gjennomføres innenfor uendret samlet bevilgning.

Fylkeskommunene

Departementet fremmer i høringsnotatet konkrete forslag til et oppdatert regelverk, mest sentralt en ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester, samt nødvendige tilpasninger blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg skisseres regjeringens plan for utvidelse av det offentlige ansvaret for nødvendig tannhelsehjelp til større deler av befolkningen på sikt.

Regjeringens konkrete forslag innebærer ingen endring i fylkeskommunenes ansvar for den konkrete ytelsen av tannhelsetjenester, fordi det ikke foreslås å utvide pasienters rettigheter eller fylkeskommunens plikter. For fylkeskommunene oppstår derfor ingen økonomiske eller administrative konsekvenser knyttet til den konkrete ytelsen av tannhelsetjenester som følge av regjeringens forslag. Fylkeskommunene vil imidlertid kunne ha interesse av å starte arbeidet med å forberede en framtidig situasjon hvor dagens sørge-for-ansvar utvides. Dette kan for eksempel handle om å kartlegge situasjonen i eget fylke, både med tanke på hvilket tilbud innbyggerne har både fra offentlig og privat tannhelsetjeneste, dagens personelldekning og mulig fremtidig etterspørsel. At fylkeskommunene fullt ut kompenseres for økt ansvar og flere oppgaver er uansett en forutsetning for en eventuell fremtidig utvidelse av sørge-for-ansvaret.

Forslaget om å gi fylkeskommunene medvirkningsansvar for forskning, jf. punkt 20.11.3, innebærer imidlertid en utvidelse sammenlignet med dagens situasjon. Det samme gjør forslaget om å utvide fylkeskommunens lovfestede medvirkningsansvar for undervisning og yrkesrettet praksis til å omfatte også annet helsepersonell enn tannhelsepersonell, jf. punkt 20.11.1. Departementet vil vurdere om deler av eller hele det øremerkede tilskuddet som staten i dag yter til de regionale odontologiske kompetansesentrene innlemmes i fylkeskommunenes rammebevilgning. Det vil særlig være aktuelt dersom fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjenester gradvis utvides til en større andel av befolkningen og ansvar både for forskning og undervisning og yrkesrettet praksis vurderes løftet fra et medvirkningsansvar til et sørge-for-ansvar. Vi ber om høringsinstansenes syn på en eventuell slik innlemming. I 2026 ble det bevilget om lag 150 mill. kroner i øremerkede tilskudd til kompetansesentrene. Departementet mener også at statens eventuelle eierandeler i bygg og utstyr i kompetansesentrene i så fall også bør overdras kostnadsfritt til de relevante fylkeskommunene i forbindelse med ikrafttredelsen. Se også punkt 19.5, 20.11.1 og 20.11.3.

Statsforvalterne

Forslaget i punkt 21.7 i høringsnotatet om at klage over manglende oppfyllelse av rettigheter til tannhelsehjelp skal følge klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, innebærer endringer i form av én klageinstans i stedet for to og utvidet klagefrist fra tre til fire uker. Samtidig foreslås det ingen endringer i omfanget av rettigheter til tannhelsehjelp. Endringene i klagereglene vil ikke ha konsekvenser av særlig betydning før det eventuelt vedtas en utvidelse av aldersgrupper med rettigheter til tannhelsehjelp. En slik utvidelse vil i så fall skje over tid. Dette antas å kunne medføre økt

saksmengde og ressursbehov for statsforvalteren, som i tilfelle må følges av økt finansiering.

Spesialisthelsetjenesten

Tannbehandling er for noen pasienter en nødvendig forutsetning for, en integrert del av eller en konsekvens av medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten. Deler av den aktuelle tannbehandlingen er i dag delvis dekket gjennom stønadsordningen i folketrygden, noe som bryter med systematikken for finansiering av oppgaver som helseforetakene har ansvar for å sørge for.

Departementet foreslår at disse midlene overføres til spesialisthelsetjenesten og legges inn i de ordinære finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten når ansvaret tydeliggjøres, og at de aktuelle stønadspunktene i forskrift til folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a avvikles. Helseforetakene skal fortsatt ha midlene, men gjennom ordinær finansiering. Dette gjelder stønadspunkt *3 Svulster i munnhulen, tilgrensede vev eller i hoderegionen for øvrig,* stønadspunkt *4 Infeksjonsforebyggende tannbehandling,* stønadspunkt *2 Leppe-kjeve-ganespalte* og deler av stønadspunkt *8 Bittanomalier:*

- Stønadspunkt 3: 29 mill. kroner (2025)
- Stønadspunkt 4: 157 mill. kroner (2025)
- Stønadspunkt 2 og deler av stønadspunkt 8: 13 til14 mill. kroner.

Anslaget for stønadspunkt 3 og 4 baserer seg på hva som ble utbetalt for disse stønadspunktene i 2025. Anslaget for stønadspunkt 2 og deler av stønadspunkt 8, baserer seg på at 13,4 millioner kroner i 2026 ble flyttet fra RHF-ene til folketrygden, når omlegginger fra 2025 ble reversert, jf. punkt 6.3.

Regjeringen vil komme tilbake til dette i relevant budsjettprosess.

Frem til og med 2024 ble det ytt om lag 20 mill. kroner i tilskudd til forsøksordningen med sykehusodontologi, hvor de fem deltakende sykehusene prøvde ut ulike tilnærminger til integrert tannbehandling i spesialisthelsetjenesten. Disse midlene ble lagt inn i de ordinære finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2025, og bør således kunne regnes med i den samlede kompensasjonen for tannhelsefaglige oppgaver til spesialisthelsetjenesten.

Departementet ber høringsinstansene redegjøre for hvordan ressurssituasjonen i spesialisthelsetjenesten forventes å bli påvirket dersom finansieringsansvaret overføres fra folketrygden til de ordinære finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten, som en del av spesialisthelsetjenestens plikt til å tilby den nødvendige tannhelsehjelpen som er en forutsetning for, del av eller direkte konsekvens av behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten.

DEL V REGJERINGENS PLAN FOR VIDEREUTVIKLING AV EN REFORMERT TANNHELSETJENESTE

19 Regjeringens plan for gradvis utvikling av tannhelsetjenesten

19.1 Innledning

Del V av høringsnotatet beskriver hvordan tannhelsetjenesten kan utvikles gradvis fremover. Denne planen bygger videre på den samlede løsningen for organisering, finansiering og regulering som regjeringen har skissert i kapittel 17. Stegene beskrevet i punkt 19.2 og 19.3 vil være aktuelle etter hvert som nødvendige midler bevilges.

Målet er å legge til rette for at hele befolkningen på lengre sikt kan få rett til nødvendig tannhelsehjelp som del av den offentlige helsetjenesten. Tannhelsetilbudet skal være tilgjengelig for alle og bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. I denne delen beskrives hvordan regjeringen mener rettighetene bør skaleres opp for å gi rettigheter til hele befolkningen, samt videre utvikling av enkelte andre sider av tannhelsetjenesten i dag.

Å nå dette målet forutsetter et langsiktig arbeid, der de økonomiske og organisatoriske rammene bygges ut gradvis. En forutsetning for å lykkes er at fylkeskommunen kompenseres fullt ut for de nye oppgavene som følger av utvidede rettigheter, samt for kostnader til omstilling og implementering. Fylkestannhelsekollegiet har i dialog med departementet vært tydelig på at det også er behov for tilstrekkelig tid til å gjennomføre nødvendige forberedelser ved en eventuell utvidelse av fylkeskommunens ansvar. For pasientene som får rett til offentlige tjenester ved en eventuell utvidelse, vil kapasiteten i den offentlige tannhelsetjenesten være avgjørende for hvorvidt de får oppfylt sine rettigheter. For lav kapasitet og for lang ventetid til nødvendig tannhelsehjelp, vil kunne øke de sosioøkonomiske forskjellene ved at rettighetspasienter med god privatøkonomi vil kunne fortsette å bruke privat sektor. Ved utvidelse av rettigheter til tannhelsetjenester vil det være behov for styrket faglig veiledning til tannhelsetjenesten fra Helsedirektoratet og departementet. Videre vil en utvidelse av rettigheter til flere personer sannsynligvis også føre til flere klager på tannbehandling, og dermed økt ressursbehov hos statsforvalteren. Departementet ber, i tillegg til en vurdering av kostnadsanslagene gjengitt under, særskilt om høringsinstansenes vurderinger av eventuelle omstillings-, implementerings- og administrasjonskostnader knyttet til regjeringens plan for videreutvikling av tannhelsetjenesten.

19.2 Tannregulering tas inn i retten til nødvendig tannhelsehjelp og i fylkeskommunens sørge-for-ansvar

Den lovfestede retten til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen omfatter i dag ikke tannregulering (kjeveortopedisk behandling). Tannregulering utføres i dag i all hovedsak av privatpraktiserende spesialister i kjeveortopedi, og etter gitte kriterier ytes

det stønad fra folketrygden til delvis dekning av utgifter til behandlingen. Kostnader til behandlingen utover folketrygdens beløp må dekkes av den enkelte pasient, herunder mellomlegg som følge av fri prissetting. Behandlingen må være påbegynt senest det året pasienten fyller 20 år, med unntak for de mest alvorlige bittavvikene. Dette betyr at det for denne nødvendige tannhelsehjelpen er til dels betydelige summer i egenbetaling, som i all hovedsak betales av barn og unge og deres foreldre.

For mange familier representerer egenbetaling for tannregulering en stor utgift. I rapporten *Tannregulering blant barn og unge 2012-2022*[45] har Statistisk sentralbyrå analysert mottakerne av folketrygdens stønad til tannregulering etter sosioøkonomiske og regionale kjennetegn. Analysen viser tydelige sosiale forskjeller: Barn av foreldre med høy utdanning og høy inntekt mottar i større grad stønad til tannregulering enn barn av foreldre med lav utdanning og lav inntekt. Det samme gjelder barn av foreldre som ikke mottar offentlige stønader, sammenlignet med barn av foreldre som mottar slike stønader.

Tannhelseutvalget anbefaler en trinnvis utvidelse av ansvaret for offentlig finansierte tannhelsetjenester med mål om en universell ordning. Blant utvalgets anbefalinger på kort sikt («Trinn 1») er nødvendig, kostnadsfri tannregulering for barn og unge. Departementet er enig i denne anbefalingen, og mener at sørge-for-ansvaret til fylkeskommunen bør utvides til å omfatte tannregulering. Behandlingstrengende bittavvik bør likestilles med andre behandlingstrengende tilstander, og kjeveortopedi bør være en av behandlingsmetodene som inngår i nødvendig tannhelsehjelp ved odontologisk behov for slik behandling. Det sikrer at retten til nødvendig tannhelsehjelp blir fullstendig og at ikke visse tjenester eksplitt unntas retten. Å utvide sørge-for-ansvaret til å omfatte tannregulering vil være et tydelig løft og et viktig skritt på veien mot nødvendig tannhelsehjelp for alle, og harmonisering med øvrig helsehjelp. Som for annen nødvendig tannhelsehjelp, legger departementet til grunn at barn og unge t.o.m. 18 år ikke skal kunne avkreves egenbetaling, og at voksne pasienters egenbetaling skal være maksimalt 25 prosent av fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenestene.

Behov for tannregulering forekommer i hovedsak hos barn og ungdom, men kan i visse tilfeller være aktuelt også for voksne. Voksne som har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, vil da også kunne få kjeveortopedisk behandling der dette er odontologisk riktig behandling. I enkelte sammenhenger vil tannregulering være den mest hensiktsmessige behandlingsmetoden for å sikre god funksjon, samtidig som det kan være det mest kostnadseffektive behandlingsalternativet.

Helsedirektoratet anbefaler i sin rapport om nødvendig tannhelsehjelp at dagens kriterier i folketrygdens stønadsordning til kjeveortopedisk behandling i hovedsak bør videreføres, med enkelte justeringer blant annet for å motvirke overbehandling og legge til rette for hensiktsmessig ressursbruk. Departementet anbefaler at Helsedirektoratet utarbeider en nasjonal faglig veileder eller retningslinje på området.

[45] Tannregulering blant barn og unge 2012-2022 – SSB

En utvidelse av fylkeskommunens sørge-for-ansvar til å omfatte tannregulering vil kreve at fylkeskommunene enten inngår avtaler med private kjeveortopeder om å yte tjenesten eller at fylkeskommunen øker sin kapasitet i egenregi ved å ansette kjeveortopeder. Dersom fylkeskommunen bygger ut et tilbud i egenregi, vil dette kreve større investeringer i egnede lokaler, klinikkfasiliteter og utstyr mv. I departementets økonomiske anslag nedenfor er det ikke tatt høyde for slike kostnader, men på sikt kan fylkeskommunene selv vurdere hvordan de ønsker å organisere ytelsen av kjeveortopedisk behandling innenfor egne budsjettrammer. Det er uansett avgjørende for en vellykket omlegging at fylkeskommunene får tilstrekkelig tid til nødvendige forberedelser.

Kostnadsanslag

En utvidelse av sørge-for-ansvaret for fylkeskommunen til å omfatte tannregulering, vil innebære at det må gjennomføres en flytting av midler fra folketrygden til fylkeskommunene. I 2025 ble det utbetalt 560 mill. kroner fra folketrygden til kjeveortopedisk behandling av bittanomalier for barn og voksne. Utover dette tilkommer i dag betydelige beløp i egenbetaling fra pasientene. Departementet anslår at ressursbruken til kjeveortopedisk behandling i dag (inklusive egenbetaling fra pasientene) er omkring 1 mrd. kroner i 2026-priser. Dette er langs linjene av Tannhelseutvalgets øvre anslag.

Departementet anslår at kostnadene ved å innføre denne rettigheten vil bli i intervallet 800 mill. kroner til 1 mrd. kroner, hvorav dagens folketrygdrefusjoner utgjør om lag 500 mill. kroner. Med andre ord anslås det at merkostnaden for staten, sammenlignet med i dag, kommer på 300-500 mill. kroner, i 2026-priser. En mindre andel av pasientene som har behov for kjeveortopedi, har tilstander (leppe-kjeve-gane-spalte, kraniofacial lidelse) som krever omfattende behandling i spesialisthelsetjenesten og vil finansieres gjennom helseforetakene, jf. punkt 17.10.

19.3 Rett til nødvendig tannhelsehjelp utvides til flere årskull, med oppstart i de laveste aldersgruppene

Departementet mener at eventuelle utvidelser av befolkningens rettigheter til tannhelsehjelp bør gjøres gradvis etter alder, jf. punkt 14.3.5 og 17.6. Innfasing gjennom alder er enkelt å forstå for befolkningen og skaper lite usikkerhet og uklarhet omkring hvilke rettigheter den enkelte har og hva man får med en tannhelsereform. Den delen av befolkningen som er innenfor aldersspennet med rettigheter vil da ha rett til all nødvendig tannhelsehjelp, og forvaltningsnivået med sørge-for-ansvar vil ha plikt til å gi et behandlingstilbud.

Departementet mener at ved en fremtidig utvidelse av tannhelsehjelp til en større del av befolkningen, bør innlemming av årskullene starte i de laveste aldersgruppene som i dag ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det innebærer at man bygger ut rettighetene nedenfra, fra aldersgruppen 29 år og oppover.

Det kan innvendes at unge voksne i dag har god tannhelse, og at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet ikke støtter en slik innfallsvinkel. Imidlertid er helseeffekten

av effektiv oppfølging og forebygging stor innen tannhelse, og ved å bygge nedenfra vil befolkningens tannhelse gradvis bedres, og behandlingsbehov kan på sikt reduseres. Grunnlaget for den gode tannhelsen hos unge voksne har blitt lagt nettopp gjennom rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Ved å starte med dem bygger systemet på den gode tannhelsen som er opparbeidet gjennom barne- og ungdomsårene. Den helseøkonomiske gevinsten ved å starte med de yngste er også størst, siden investering i yngre årskull gir flere gode leveår. SSB sin rapport *Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetenester*[46] viser dessuten at det er flest i aldersgruppa 25-44 år som rapporterer at de ikke har råd til å gå til tannlege og oppgangen har vært særlig stor i denne gruppen, fra 5,3 prosent i 2021 til 11,0 prosent i 2025. Videre må prioriteringskriteriene tas i bruk ved prioritering mellom de personene som gis rettigheter. En trinnvis innføring av rettigheter med utgangspunkt i de yngste årskullene er også hensiktsmessig fordi flere vil kunne bli omfattet av ordningen tidligere, ettersom yngre årskull er tallmessig mindre enn eldre aldersgrupper og behandlingskostnadene per person gjennomgående er lavere for yngre enn for eldre. Samlet innebærer dette at kostnadene i innføringsfasen vil være vesentlig lavere enn om en hadde startet med eldre aldersgrupper. Det gir rom for å utvide rettighetene til nye årskull i et høyere tempo.

Det er imidlertid også mulig å prioritere å gi rettigheter til de eldste aldersgruppene. Det kan argumenteres med at det er vel kjent at behovet for tannhelsehjelp er økende med økt alder. Likevel er det slik at det økende behovet ofte har sammenheng med utvikling av andre sykdommer og bruk av medikamenter. Friske eldre har ofte god tann- og munnhelse.

Den delen av befolkningen som er innenfor aldersspennet med rettigheter, vil ikke ha rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannhelsetjenester. Det følger av folketrygdloven § 5-1 tredje ledd at det ikke ytes stønad når behandlingen allerede er dekket av det offentlige etter annen lovgivning. Dette vil på sikt medføre, når det er innført en universell rett til tannhelsehjelp for hele befolkningen, at det ikke lenger er behov for folketrygdens stønadsordning til dekning av utgifter til tannhelsetjenester, jf. punkt 17.9. Folketrygdstønad til dekning av utgifter til tannhelsehjelp kan da avvikles i sin helhet.

Det legges til grunn en egenbetaling på 25 prosent av fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenestene, også for nye aldersgrupper. Det er i teorien mulig at enkelte kan få økt egenbetaling ved overgangen fra folketrygdens stønadsordning til ny ordning med aldersbaserte rettigheter i tannhelsetjenesteloven, med en slik egenbetaling. Etter departementets vurdering vil dette imidlertid gjelde svært få personer i praksis. Bakgrunnen er at det i dag er fri prissetting for tannhelsetjenester, også for behandlinger som omfattes av folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Mange har derfor høy egenbetaling selv om de mottar stønad fra folketrygden. Departementet vurderer derfor at de fleste vil komme bedre ut økonomisk som følge av den nye ordningen som foreslås med inntil 25 prosent pasientbetaling.

[46] SSB 2026 Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetjenester

Kostnadsanslag

Departementet anslår at det å gi hele befolkningen rett til nødvendige tannhelsetjenester, hvor de over 18 år som hovedregel betaler 25 prosent i egenbetaling, vil innebære et bevilgningsbehov for det offentlige på omkring 9 mrd. kroner, utover dagens offentlige utgifter. Dette anslaget er imidlertid beheftet med usikkerhet, da det er begrenset kunnskap om ressursbruk for tannhelsetjenester. SSB har anslått samfunnets årlige, samlede ressursbruk til 22,5 mrd. kroner, hvorav egenbetaling fra pasienter utgjør 15 mrd. kroner. Å gå fra dagens uregulerte marked for voksne, til et regulert system underlagt styring og prioriteringskriterier, der en aktør - fylkeskommunen - har et overordnet ansvar, vil kunne gi lavere samlet ressursbruk i samfunnet selv om statens andel av utgiftene øker. Grunnen til det er at i dag utsetter mange å gå til tannlege, og ender opp med større behandlingsbehov enn om de hadde kommet tidligere. Tidlig innsats og mer jevnlig oppfølging kan dermed gi en gunstig samfunnsøkonomisk effekt. I tillegg kan regulering av priser og større styring fra det offentliges side både bidra til samlet sett lavere priser i tjenesten, og at eventuell unødvendig behandling ikke tilbys. En tannhelsereform kan imidlertid også gi motsatt virkning, det vil si høyere samlet ressursbruk, hvis befolkningen etterspør mer og dyrere behandling enn tidligere, og fylkeskommunene ikke styrer og begrenser tilgangen til tjenesten. Unødvendig behandling og overbehandling er det en risiko for, på samme måte som i helsetjenesten for øvrig.

Tabell 19.1 viser anslag for merkostnaden for det offentlige ved å utvide lovbestemte rettigheter for ulike aldersgrupper. Anslaget er basert på antall personer i de ulike aldersgruppene (2026-tall), gjennomsnittlige besøksrater og anslått behandlingskostnad per person. Det er lagt til grunn en årlig behandlingskostnad på 3 500 kroner per person for de yngre aldersgruppene til og med 39 år, 4 000 kroner per person for 40-49-åringer og deretter 5 000 kroner per person for personer 50 år og over. Behandlingskostnaden er knyttet til ressursbruken, og betales dels av pasienten (egenbetaling) og dels av det offentlige. Det er lagt til grunn at mellom 75 og 90 prosent av personene i hver aldersgruppe oppsøker tannhelsetjenesten i løpet av ett år. Disse besøksratene er lavest blant de yngre, og høyest blant de eldre.

I anslaget for det samlede bevilgningsbehovet på 9 mrd. kroner er nåværende utgifter til folketrygdens stønad til tannbehandling trukket fra. Dette skyldes at personer som omfattes av de foreslåtte rettighetene, ikke samtidig vil kunne motta stønad fra folketrygden til samme formål. Det samlede bevilgningsbehovet tar også utgangspunkt i at nødvendig tannregulering tas inn i retten til nødvendig tannhelsehjelp, jf. punkt 19.2.

Tabell 19.1 Anslåtte offentlige kostnader ved utvidelse av rett til nødvendig tannhelsehjelp. Antall personer i ulike aldersgrupper. Anslått offentlig kostnad under forutsetning av 25 prosent pasientbetaling.

Alderskohort	Antall personer (avrundet til nærmeste 1000, 2026-tall)	Anslått kostnad
29 år	77 000	150 mill. kroner

30-34	393 000	770 mill. kroner
35-39	399 000	790 mill. kroner
40-44	371 000	890 mill. kroner
45-49	356 000	850 mill. kroner
50-54	375 000	1270 mill. kroner
55-59	374 000	1260 mill. kroner
60-64	335 000	1130 mill. kroner
65-69	300 000	1010 mill. kroner
70-74	263 000	890 mill. kroner
75-79	235 000	790 mill. kroner
80+	285 000	960 mill. kroner

Som det fremgår av tabell 19.1, er merutgiften for det offentlige forholdsvis lav for de aller yngste og de aller eldste gruppene i befolkningen, mens merutgiften er høy for personer i 50- og 60-årene. Dette er knyttet til variasjoner i hvor mange personer det er på hvert alderstrinn, hvor mange som oppsøker tannhelsetjenesten, og hvilket behandlingsomfang og -kostnad som oppstår.

Det å på sikt utvide lovbestemt rett til nødvendig tannhelsehjelp til hele befolkningen, har en anslått kostnad på 10,76 mrd. kroner, når dagens kostnader til refusjon for tannbehandling fra folketrygden ikke er trukket fra. Kostnaden for at nødvendig tannregulering tas inn i retten til nødvendig tannhelsehjelp er, jf. kap. 19.2 om lag 1 mrd. kroner, hvorav folketrygden i dag allerede dekker om lag 500 mill. kroner.

Bevilgningsbehovet på 9 mrd. kroner for å gi rettigheter til nødvendig tannbehandling er beregnet som vist i tabell 19.2.

Tabell 19.2 Beregning anslått bevilgningsbehov ved utvidelse av rett til nødvendig tannhelsehjelp.

	Mrd. kr
Anslått kostnad jf. tabell 19.1	+ 10,760
Anslått bruttokostnad tannregulering	+ 1,0
Avvikling av folketrygdstønad til tannbehandling	– 3,5
Anslag sum bevilgningsbehov	= 8,2

Beregningen ovenfor gir et bevilgningsbehov på 8,2 mrd. kroner. Etter departementets syn er det så stor usikkerhet i anslagene, samt at det ikke har vært mulig å beregne effekten av ytterligere aldring i befolkningen og omstillings- og implementeringskostnader i

fylkeskommunen, at det er hensiktsmessig å runde anslått bevilgningsbehov opp til om lag 9 mrd. kroner.

19.4 Det tilrettelagte tannhelsetjenestetilbudet for personer med tortur- og overgrepserfaringer og odontofobi (TOO)

I 2012 startet oppbyggingen av et tilrettelagte tannhelsetilbud for personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi (sterk angst for tannbehandling) ved de regionale odontologiske kompetansesentrene i Norge (TOO-tilbudet). I 2016 ble tilbudet utvidet til den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene, og i 2021 er tilbudet landsdekkende. Helsedirektoratet har siden oppstart gitt tilskudd til tannhelsetilbudet gjennom tilskuddsordningen på statsbudsjettets kap. 770, Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO).

Det overordnede målet for ordningen er god tannhelse gjennom et tilrettelagt, gratis og godt tilgjengelig tilbud med tverrfaglig behandlerteam til alle voksne personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep (seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner) eller som har odontofobi. Personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ikke del av målgruppen for tilskuddsordningen. Det forutsettes at et lignende tilbud også gis til disse personene.

Det ble på bestilling fra departementet gjort en evaluering av TOO-tilbudet, utført av PwC i 2021.[47] Rapporten viser at tilbudet fremstår som viktig for personene i målgruppene. Behandlingen gir pasientene bedre tannhelse, hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen og har positive ringvirkninger til andre deler av livet. Dette stadfestes både av pasientene selv, ansatte i TOO-tilbudet og andre aktører med tilknytning til tilbudet. Tilpasning av behandling til den enkeltes behov og situasjon, stabil bemanning, velfungerende fagmiljø, god opplæring og kontinuerlig kompetanseutvikling er viktig for et velfungerende tilbud.

Overordnet har regionene organisert TOO-tilbudet likt gjennom tverrfaglige team. Når det gjelder utøvelse av tilbudet i praksis, er det forskjeller i organiseringen av tilbudet mellom regionene. Tilbudet er etablert i fylkeskommunal tannhelsetjeneste i alle fylkene og i alle de fem regionale odontologiske kompetansesentrene. En del av tilskuddsmottakere rapporterer å ha inngått avtale med tannleger i privat tannhelsetjeneste.

Evalueringen viser videre at tjenesten har klart å bygge opp en del kunnskap om målgruppen og behandlingsmetoder gjennom ulike kunnskapsoppbyggings- og forskningsaktiviteter. Det er imidlertid opparbeidet lite kunnskap om den langsiktige effekten av tilbudet.

Den viser videre at det er enkelte forhold ved TOO-tilbudet som i kombinasjon medfører at tilbudet ikke fremstår optimalt innrettet. For det første er inklusjonskriteriene brede. Det innebærer at mange personer i målgruppene kvalifiserer til tilbudet og få avvises.

[47] Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet») – Rapport fra PwC

Kjennskapen til tilbudet fremstår som lav og varierende i målgruppene, helse- og omsorgstjenesten og befolkningen generelt. Derfor er det grunn til å anta at den reelle etterspørselen etter tilbudet er høyere enn omfanget av pasienter i TOO-tilbudet så langt tilsier. For det andre er det indikasjoner på at TOO-tilbudet er underfinansiert. Kostnadene til behandling har vist seg å være betydelig høyere enn det som ble lagt til grunn da tilskuddsordningen ble etablert. Behandlingen er mer ressurs- og tidkrevende enn forespeilet før oppstart. Videre fremstår finansieringen gjennom en årlig tilskuddsordning uforutsigbar for flere av tilskuddsmottakerne. Det vanskeliggjør planleggingen av utbyggingen av TOO-tilbudet og det medfører at tilskuddsmottakerne blir mer forsiktige med å bygge opp kapasiteten. En ytterligere faktor som forstyrrer dimensjoneringen av tilbudet, er utfordringer med å rekruttere fagpersonell. Det rapporteres særskilt om vanskeligheter med å rekruttere psykologer til tverrfaglige team.

Oppsummert peker disse forholdene i retningen av at dimensjoneringen av TOO-tilbudet og etterspørselen etter tilbudet er i ubalanse. Finansieringen av tilbudet er ikke i samsvar med formålet med tilskuddsordningen og det er grunnleggende kapasitetsutfordringer i tjenesten.

PwC kommer med flere anbefalinger i rapporten. For å øke kunnskapsoppbyggingen i TOO-tilbudet ser de behov for en mer systematisk tilnærming. Det burde etableres tilstrekkelige strukturer til å samle og tilrettelegge data som muliggjør deskriptive analyser og vitenskapelig forskning innenfor TOO-tilbudet. De anbefaler at forskning innenfor TOO-fagområder blir høyere prioritert. Særskilt burde det vitenskapelige arbeidet prioritere å avdekke den langsiktige effekten av tilbudet og hvilke behandlingsmetoder som har størst effekt.

De anbefaler videre at det bør det vurderes om det skal innføres tydeligere kriterier og rammer for behandlingen. De peker videre på at det er rom for økt erfaringsutveksling på tvers av regioner på flere nivåer (ledelsen, tverrfaglige team, tannbehandlerteam) innenfor flere områder; organisering, innretning, behandlingsmetoder, kommunikasjonsmetoder m.m. Utfordringene med rekruttering av fagpersonell, bør det utredes nærmere.

De peker på at det er viktig med en forutsigbar finansiering av ordningen. I utredningsgrunnlaget til TOO-tilbudet (Helsedirektoratets rapport IS-1855) ble rammefinansiering over fylkeskommunenes budsjetter anbefalt. PwC anbefaler at det gjøres en grundig utredning av de foreslåtte finansieringsmodellene hvor man også identifiserer eventuelle andre måter å finansiere tilbudet på.

Helsedirektoratet publiserte i september 2023 en rapport *Forslag til endringer etter evaluering av tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO).*[48] Rapporten beskriver Helsedirektoratets forslag til endringer i TOO-tilbudet og i den tilhørende tilskuddsordningen. Det anbefales en rekke

[48] Forslag til endringer etter evaluering av tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO)

endringer, blant annet tydeliggjøring av kriterier og rammer for behandlingen, tiltak for å redusere ventetid og tiltak for en mer enhetlig praksis.

Helsedirektoratet peker også på at det bør vurderes om finansieringen av TOO-tilbudet på sikt bør legges om slik at det blir en permanent og forutsigbar finansiering, og de anbefaler at det vurderes en overføring til rammefinansiering, eventuelt øremerket rammefinansiering. De mener også at det bør vurderes om gruppene i TOO-tilbudet skal gis rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller eventuelt i folketrygdens stønadsordning.

TOO-tilbudet varierer i dag i omfang og grad av utbygging. Det er spesielt ventetid på oppstart til tilbudet. Ingen fylkeskommuner når målene om maksimale ventetider. I 2025 er det rapportert 2 361 personer på venteliste til tilbudet (mot 2 265 i 2024). Løpet i tverrfaglig behandling har for mange tilskuddsmottakere blitt effektivisert og aktiviteten målt som antall pasienter i behandling i tverrfaglig behandlerteam i 2025 er 720 (fra 839 i 2024) og antallet pasienter i behandling i tannbehandlerteam i 2025 er 1 423 (fra 1405 i 2024). Regelverket ble oppdatert på nytt 10. september 2025 med virkning fra tilskuddsåret 2026.

Det ble bevilget 210,9 mill. kroner til ordningen i 2025.

Departementet mener at ordningen bør videreutvikles parallelt med utviklingen av tannhelsetjenesten. Dersom fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester gradvis utvides, vil fylkeskommunen også ha ansvar for et lignende tilbud som tilrettelegger på egnet måte for at pasientene som har rettigheter kan motta nødvendig tannhelsehjelp. På sikt vil det derfor være naturlig å avvikle dagens tilskuddsordning og overføre midlene til fylkeskommunene som en rammeoverføring.

I dag ytes det også angstbehandling i regi av fylkeskommunen som en del av TOO-tilbudet. Det er etter departementets syn naturlig at fylkeskommunens ansvar for behandling av denne gruppen fortsetter, da helsehjelpen treffer innbygger på en helhetlig måte og som er i tråd med målet i helsereformen om integrerte tjenester og forløp.

Departementet vil komme tilbake til saken i ordinære budsjettprosesser.

19.5 De regionale odontologiske kompetansesentrene

De regionale odontologiske kompetansesentrene skal bidra til å bygge opp kompetansemiljøer regionalt som en drivkraft for fagutvikling, forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse, i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027)*.

Kompetansesentrene mottar årlige tilskudd over statsbudsjettet. I 2026 ble det bevilget ca. 150 millioner kroner over kap. 770 Tannhelsetjenester, til de fem regionale odontologiske kompetansesentrene.

De regionale odontologiske kompetansesentre mottar tilskudd fra staten til følgende oppgaver:

– gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste og råd til andre tjenesteområder og befolkningen

- drive forskning og kunnskapsutvikling
- delta i den praktiske/kliniske delen av spesialistutdanning av tannleger.

Spesialistvirksomheten i kompetansesentrene er finansiert av fylkeskommunene. Se mer om dette i punkt 10.2.

Departementet mener at utviklingen av de regionale odontologiske kompetansesentrene må ses i sammenheng med utviklingen av tannhelsetjenesten, og foreslår i høringsnotatet at fylkeskommunenes medvirkningsansvar for undervisning og yrkesrettet praksis skal utvides til også å omfatte annet helsepersonell enn tannhelsepersonell, jf. punkt 20.11.1. Det foreslås også å lovfeste et medvirkningsansvar for forskning for fylkeskommunene, jf. punkt 20.11.3. Det er viktig at tannhelsetjenesten driver med klinisk forskning blant annet for å holde seg oppdatert om utvikling av diagnostikk- og behandlingstilbud, og vurderer nytte og skade av ulike behandlingstilbud. Den praksisnære forskingen i tannhelsetjenesten bør derfor være tett integrert med den kliniske virksomheten. Dette vil dessuten legge til rette for en kunnskapsbasert utvikling av tjenesten.

Målet må være et tilgjengelig og likeverdig tannhelsetilbud til befolkningen, bedre nasjonal samordning, robuste fagmiljøer, tydeligere oppgaver og et bedre samarbeid mellom de ulike aktørene i tannhelsetjenesten og resten av helsetjenesten, slik at aktørene i større grad utfyller hverandre og samarbeider for å sikre befolkningen både et nødvendig tannhelsetilbud og kompetanseheving, forskning og utvikling i tannhelsetjenesten.

Et samarbeid mellom tannhelsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren vil bidra til å sikre nødvendig kvalitet av den forskningen som gjøres, men også til å sikre nødvendig kvalitet i utdanningen av helse- og omsorgspersonell og effektiv ressursutnyttelse. Fylkeskommunene kan også videreutvikle regionalt samarbeid for å løse oppgavene.

Staten ga i 2026 om lag 150 mill. kroner i tilskudd til de regionale odontologiske kompetansesentrene. Midlene har delvis gått til å dekke husleiekostnader for forskning og undervisning, og dels til forskningsaktivitet og klinisk treningsaktivitet.

Det foreslås i dette høringsnotatet at fylkeskommunens medvirkningsansvar for undervisning og yrkesrettet praksis også skal gjelde for annet helsepersonell enn tannhelsepersonell, og at fylkeskommunen skal få et medvirkningsansvar for forskning, jf. punkt 20.11.1 og 20.11.3.

Departementet mener at dersom fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester gradvis utvides til en større andel av befolkningen, bør det på sikt vurderes om fylkeskommunens ansvar både for forskning og for undervisning og yrkesrettet praksis skal utvides fra et medvirkningsansvar til et sørge-for-ansvar. Om fylkeskommunen har et helhetlig ansvar for tannhelsetjenesten til en større andel av befolkningen, vil den fylkeskommunale tjenesten være sentral som forskningsaktør og som eget praksissted, som «leverandør» av pasienter til grunnutdanningene og som bestiller av fremtidig spesialistkompetanse.

Departementet vil vurdere om deler av eller hele det øremerkede tilskuddet staten i dag yter til de regionale odontologiske kompetansesentrene innlemmes i fylkeskommunenes rammebevilgning. I en slik situasjon må fylkeskommunene avgjøre hvordan de best kan

oppfylle sine forpliktelser og dessuten om de regionale odontologiske kompetansesentrene skal videreføres i sin nåværende form.

Dersom fylkeskommunenes ansvar for forskning, undervisning og yrkesrettet praksis i framtiden løftes til et sørge-for-ansvar, vil departementet vurdere å si opp alle særavtaler med fylkeskommuner om kompetansesentre, og også foreslå å vederlagsfritt overdra alt eierskap i eiendom til relevante fylkeskommuner.

DEL VI FORSLAG TIL LOVENDRINGER

20 Ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester

20.1 Innledning

I dette punktet foreslår departementet en ny tannhelsetjenestelov, med tittel lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester.

Det er over 40 år siden dagens tannhelsetjenestelov trådte i kraft. Tannhelsetjenesteloven har vært endret flere ganger, men har ikke vært gjenstand for gjennomgående revisjon siden den ble vedtatt i 1983. Tannhelsetjenesteloven er innholdsmessig bygd over samme lest som kommunehelsetjenesteloven som ble vedtatt i 1982. Over tid har det imidlertid skjedd store endringer i lovverket for de øvrige offentlige helse- og omsorgstjenestene, det vil si den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Av særlig relevans for lovgivningen på tannhelsefeltet er helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012 og som erstattet kommunehelsetjenesteloven og deler av sosialtjenesteloven av 1991. I forbindelse med utarbeiding av lovforslaget ble det foretatt en gjennomgang av samtlige bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det har ikke vært gjort tilsvarende gjennomgang av tannhelsetjenesteloven. Tannhelsetjenesteloven inneholder fortsatt flere bestemmelser som langt på vei er likelydende med bestemmelsene slik de var i kommunehelsetjenesteloven. Flere av bestemmelsene i loven er derfor utdaterte, og loven harmonerer dårlig med øvrige tjenestelover på helseområdet.

Departementet mener at dagens tannhelsetjenestelov bør erstattes med en ny tannhelsetjenestelov som i større grad er samordnet og harmonisert med den øvrige helselovgivningen. For å synliggjøre harmoniseringen vil departementet ved beskrivelsen av gjeldende rett i kapitlene nedenfor, i tillegg til å beskrive gjeldende rett etter dagens tannhelsetjenestelov, også redegjøre for gjeldende rett for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Som det vil fremgå i punkt 20.2, foreslår departementet at ny tannhelsetjenestelov skal uformes som en ren pliktlov som regulerer fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester, mens pasientens rett til tannhelsehjelp i sin helhet reguleres i pasient-

og brukerrettighetsloven. Dette punktet om ny tannhelsetjenestelov må derfor særlig ses i sammenheng med kapittel 21 om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

Selve forslaget til ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester fremgår av kapittel 25, mens forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og andre lover fremgår av kapittel 26.

20.2 Valg av lovstruktur

20.2.1 Innledning

Hovedspørsmålet når det gjelder valg av fremtidig lovstruktur for ny tannhelsetjenestelov på fylkeskommunalt nivå, er om loven fortsatt bør inneholde regler både om plikter for fylkeskommunen og om rettigheter for pasienter, det vil si én kombinert plikt- og rettighetslov. Alternativet til dagens regulering er at tannhelsetjenesteloven rendyrkes som en pliktlov (tjenestelov), mens rettigheter og klageadgang over manglende oppfyllelse av rettigheter, løftes ut av tannhelsetjenesteloven og over i pasient- og brukerrettighetsloven, på tilsvarende måte som det er gjort for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Det innebærer en separat regulering av plikter og rettigheter i to lover. Det vises til vurderingen av de to ulike alternativene nedenfor.

Det avgjørende for valg av lovstruktur bør etter dette være hvilken løsning som på best mulig måte balanserer hensynet til modernisering og harmonisering av regelverket for tannhelsetjenester med øvrig helselovgivning, og hensynet til et enkelt, oversiktlig og sammenhengende regelverk som samtidig ivaretar eventuelle behov for fortsatt å ha enkelte særregler for tannhelsetjenester.

20.2.2 Én kombinert plikt- og rettighetslov

Fordelen ved å samle bestemmelser om fylkeskommunens ansvar og pasienters rettigheter i én lov, fremfor regulering av rettigheter i helse- og omsorgstjenesteloven, er at man i større grad vil kunne ta høyde for at det fortsatt vil være behov for særregulering av tannhelsetjenester. For eksempel er personkretsen som fylkeskommunen har ansvar for og som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, mer begrenset enn det som gjelder for andre helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Ved en samlet regulering av tannhelsetjenester i én lov kan man både ivareta behovet for særregler og lettere unngå eventuelle utilsiktede rettsvirkninger av en mer generell regulering av rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven. En tannhelsetjenestelov med samlet regulering vil også synliggjøre fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester og gi et oversiktlig lovverk.

20.2.3 To separate lover som regulerer hhv. plikter og rettigheter

Tannhelsetjenesteloven er tidsmessig fra samme periode som kommunehelsetjenesteloven av 1982 og lovene er bygd over samme lest, både når det gjelder innhold og systematikk. I likhet med tannhelsetjenesteloven, inneholdt kommunehelsetjenesteloven bestemmelser

både om kommunens plikter og pasientens rettigheter. Denne loven er imidlertid avløst av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som er en tilnærmet rendyrket pliktlov for kommunen. Dette grepet medfører at pasienter og brukeres materielle og prosessuelle rettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester, i all hovedsak er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven.

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* kapittel 7.2.6, forklares bakgrunnen for dette strukturvalget slik:

> «Når det gjelder forslaget om å gjøre denne loven til en rendyrket pliktlov for kommunene har de fleste høringsinstansene som har uttalt seg eksplisitt om dette temaet, vært positive til forslaget. I dag har både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bestemmelser om henholdsvis kommunens *plikter* og pasientens og brukerens *rettigheter*. På helseområdet har man i dag i hovedsak samlet rettighetsbestemmelser i pasientrettighetsloven og en «dobbeltregulering» av rettighetene kan skape uklarhet om hva som gjelder. Departementet vil derfor opprettholde forslaget om at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes mot en rendyrket «pliktlov» eller «tjenestelov» for kommunen, selv om det kan være behov for enkelte unntak fra dette prinsippet, jf. kapittel 36 og 37 om særregler for tvang overfor psykisk utviklingshemmede og rusmiddelavhengige.
>
> I tråd med ovenstående foreslår departementet at flest mulig av dagens rettigheter samles i pasientrettighetsloven. Det vil være en fordel om pasienter og brukere i størst mulig grad kan forholde seg til en enkelt lov for å avklare sine rettigheter, jf. kapittel 29 og 30.»

Spørsmålet om lovstruktur for fremtidig regulering av tannhelsetjenester ble også drøftet i Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.5.4, hvor departementet anbefalte at rettigheter ble flyttet over i pasient- og brukerrettighetsloven i tråd med føringene i Prop. 91 L (2010-2011).

20.2.4 Departementets vurdering

Departementet vil peke på at det er et overordnet mål at tannhelsetjenesteloven i størst mulig grad bør harmoniseres med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og øvrig helselovgivning. I den grad dette utgangspunktet fravikes, bør det begrunnes særskilt. De prinsipielle drøftingene i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven vedrørende lovstruktur i forbindelse med harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen, tilsier at ny tannhelsetjenestelov bør rendyrkes som en «pliktlov» eller «tjenestelov» som bygger på at øvrig helselovgivning kommer til anvendelse på tjenestene etter loven. Det innebærer en regulering av henholdsvis ansvar og rettigheter i to separate lover. Dette alternativet er i tråd med den lovstrukturen som er valgt for regulering av andre helse- og omsorgstjenester, inkludert spesialisthelsetjenester hvor ansvaret er forankret hos staten ved de regionale helseforetakene. Dette innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte pasient har etter loven, i stor grad må bestemmes etter annen lovregulering, hvor særlig pasient- og brukerrettighetsloven vil være sentral.

Etter departementets vurdering vil dette alternativet på best måte ivareta behovet for forenkling, harmonisering og modernisering av regelverket for offentlige tannhelsetjenester. Regulering av rettigheter til tannhelsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven sammen med andre rettigheter til helse- og omsorgstjenester vil gi bedre samlet oversikt og større forutsigbarhet for pasienter.

Departementet viser her til at de prosessuelle rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (rett til medvirkning og informasjon), 4 (rett til å samtykke til helsehjelp og 5 (rett til journalinnsyn mv.) også gjelder for tannhelsetjenester som ytes av fylkeskommunen eller av private tjenesteytere. Retten til å henvende seg til pasient- og brukerombudet etter pasient- og brukerrettighetsloven § 8-3, omfatter også tannhelsetjenester som fylkeskommunen har ansvar for etter tannhelsetjenesteloven. Ved Stortingets behandling av Prop. 64 L (2018–2019) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven (styrking av pasient- og brukerombudsordningen mv.)*, jf. Innst. 333 L (2018-2019), ble det vedtatt lovendringer som innebærer at tannhelsetjenester som fylkeskommunen har ansvar for, ble inkludert i pasient- og brukerombudsordningen. Lovendringene trådte i kraft 1. januar 2020. Begrunnelsen for lovendringene var et ønske om å harmonisere lovgivningen og i større grad likestille tannhelsetjenester med andre helse- og omsorgstjenester. I prinsippet bør ordninger som er etablert for å ivareta pasienter og brukeres interesser gjøres tilgjengelige for alle som mottar helse- og omsorgstjenester fra det offentlige, uavhengig av om de tilbys av stat, fylkeskommune eller kommune.

Videre vil det ved en todelt lovstruktur bli klart hvilke klageregler og regler om tilsyn som gjelder. For eksempel har tannhelsetjenesteloven særregler om tilsyn som dels er utdaterte og som avviker fra kommunelovens generelle tilsynsregler. Tannhelsetjenesteloven har også egne regler om klage over manglende tannhelsehjelp som avviker fra klagesystemet i pasient- og brukerrettighetsloven, blant annet i form av antall organer (for politisk behandling av saken) og klagefrist. Dette tilsier at rettighets- og klagebestemmelser knyttet til tannhelsehjelp bør samles i pasient- og brukerrettighetsloven, fremfor at de er spredt på flere lover. Felles klageregler vil føre til at man unngår dobbeltregulering og uklarheter om hvilke regler som gjelder.

Etter departementets vurdering er behovet for særregler ikke av et slikt omfang at dette i seg selv tilsier at tannhelsetjenester fortsatt bør reguleres samlet i en egen lov. For å ivareta behov for særregulering, foreslår departementet at bestemmelser om rett til tannhelsehjelp tas inn i et eget, nytt kapittel 2A i pasient- og brukerrettighetsloven. Det vises til kapittel 21 med nærmere omtale av behovet for, og forslag til, endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

20.3 Lovforslagets kapittelinndeling

Departementet mener at oppbyggingen og den tematiske inndelingen av ny tannhelsetjenestelov som utgangspunkt bør følge helse- og omsorgstjenestelovens systematikk så langt den passer. Flere bestemmelser som i dag finnes i helse- og omsorgstjenesteloven, bør også tas inn i tannhelsetjenesteloven, blant annet i kapittel 3 og

4. Lovforslaget tar dermed utgangspunkt i eksisterende kapittelinndeling i helse- og omsorgstjenesteloven, samt rekkefølgen av de enkelte bestemmelsene i denne loven.

Departementet foreslår derfor en ny tannhelsetjenestelov med følgende kapittelinndeling:

- Kapittel 1 Formål og virkeområde mv.
- Kapittel 2 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester
- Kapittel 3 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet
- Kapittel 4 Særlige plikter og oppgaver
- Kapittel 5 Yrkesrettet praksis, utdanning og forskning mv.
- Kapittel 6 Finansiering og egenbetaling
- Kapittel 7 Forskjellige bestemmelser
- Kapittel 8 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover.

20.4 Lovforslagets formål

20.4.1 Gjeldende rett

Den fylkeskommunale tannhelsetjenestens formål beskrives i tannhelsetjenesteloven § 1-2. Fylkeskommunen er pålagt en plikt til å fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebygging og behandling. Videre skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Formålsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven har primært et folkehelse- og forebyggingsperspektiv. Bestemmelsen har en parallell til formålsbestemmelsen i folkehelseloven § 1 og fylkeskommunens ansvar for å fremme folkehelse og samordne tiltak innenfor sine sektorområder etter folkehelseloven § 20.

20.4.2 Departementets vurdering og forslag

Bestemmelsen i dagens lov er utformet slik at den dels sier noe om *tannhelsetjenestens* formål og dels pålegger den *fylkeskommunen* ansvar for å sørge for nødvendig forebygging og behandling. Etter departementets vurdering bør bestemmelsen i større grad si noe om *lovens* formål. Deler av dagens formålsbestemmelse som pålegger fylkeskommunen særskilte plikter bør dessuten skilles ut i egne bestemmelser.

Det vises til Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* punkt 7.3.5, hvor departementet blant annet uttaler følgende om formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven:

> «Departementet mener det er viktig å utforme en formålsbestemmelse som presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må det legges vekt på å oppnå en formålsbestemmelse som kan bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Hovedinnholdet i sosialtjenesteloven bør videreføres.»

Departementet foreslår på denne bakgrunn en mer oppdatert formålsbestemmelse i ny tannhelsetjenestelov, som gjenspeiler sentrale politikkområder som blant annet folkehelsearbeid og moderne helselovgivning ved å hente elementer fra formålsbestemmelsen i andre helselover. Etter departementets vurdering bør de ulike hensynene som er nevnt i formålsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 også komme til uttrykk i formålsbestemmelsen til tannhelsetjenesteloven. Dette er viktig for å bidra til en mer samordnet forståelse av de overordnede målene med lovverket for helse- og omsorgssektoren.

Viktigheten av å sikre *samarbeid* med andre instanser og tjenesteytere bør gjenspeiles i formålsbestemmelsen i ny tannhelsetjenestelov, jf. punkt 20.8.9 i høringsnotatet. Et av lovens formål bør også være å sikre tjenestetilbudets *kvalitet* og et *likeverdig tjenestetilbud*, uavhengig av bosted og økonomi. Det vises til departementets forslag til bestemmelser om krav til systematisk kvalitetssikringsarbeid mv. i punkt 20.9. Likeverd er av sentral betydning, både innad i de persongruppene som har rettigheter til tannhelsehjelp og likeverd når det gjelder tilgang på tannhelsetjenester i fylket. Tjenestetilbudet bør så langt det er mulig tilpasses den enkeltes behov og tilrettelegges med *respekt for den enkeltes integritet og verdighet.*

I tillegg foreslår departementet å presisere at ny lov skal ha som formål å *bidra til at de samlede ressursene utnyttes best mulig*. Dette vil gjenspeile fylkeskommunes ansvar for styring og planlegging av virksomheten, jf. punkt 20.8.5.

Fylkeskommunens ansvar for å sørge for at *tjenestetilbudet blir tilgjengelig* for hele befolkningen i fylket, bør også reflekteres i lovens formålsbestemmelse. Det vises til departementets forslag om å videreføre tilgjengelighetsansvaret i punkt 20.8.2.

Til slutt foreslår departementet at hensynet til *forebygging og behandling av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne* og det å *fremme tannhelse, sosial trygghet og forebygge sosiale problemer* bør inngå i en formålsbestemmelse i tannhelsetjenesteloven. Departementet viser til at det er av grunnleggende betydning for den enkelte å opprettholde eller gjenopprette tilstrekkelig tyggefunksjon til å få i seg næring. Tannstatus har dessuten betydning i en rekke sosiale sammenhenger, både i fritid og i forbindelse med arbeidssøking. Det presiseres at med «sosial trygghet» og «sosiale problemer» menes i denne sammenheng ikke primært problemer knyttet til økonomiske forhold hos den enkelte, men problemer med å omgås andre mennesker i sosiale sammenhenger som følge av tannhelseproblemer. Det er av vesentlig betydning for den enkelte å kunne kommunisere og ha sosial omgang med andre uten problemer som skyldes tennene, for eksempel som følge av utbredt tanntap. Dette er ikke kun et estetisk spørsmål.

Helsedirektoratet har i sin Veileder IS-1589 *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* omtalt bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling, og utformet en definisjon av hva som bør regnes som akseptabel oral helse, som blant annet omfatter de nevnte forholdene. Akseptabel tannstatus gir økt sosial trygghet og bidrar dermed til å forebygge sosiale problemer.

Forslaget til formålsbestemmelse er i praksis en videreføring av gjeldende rett. Forslaget vil ikke i seg selv innebære nye plikter for fylkeskommunen og dermed ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Det vises til lovforslaget § 1-1 i kapittel 25.

20.5 Lovforslagets virkeområde

20.5.1 Saklig virkeområde, pliktsubjekt og begrepsbruk

20.5.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven har i dag ingen egen virkeområdebestemmelse. Det fremgår flere steder i loven at den gjelder for «tannhelsetjenester» som hører under «Den offentlige tannhelsetjenesten» og «fylkeskommunen». Begrepet «tannhelsetjenester» omfatter både tannhelsetjenester utført av allmenntannleger og tannlegespesialister, jf. forutsetningsvis bruken av begrepet «spesialisttjenester» i lovens § 1-1.

Tannhelsetjenesteloven gjelder i tillegg for privatpraktiserende tannleger som yter behandling etter avtale med fylkeskommunen, jf. §§ 1-1 og 4-1. Loven gjelder ikke eksplisitt for private tannleger som ikke har avtale med fylkeskommunen. Loven omhandler kun det offentliges ansvar for tannhelsetjenester og privatpraktiserende tannleger uten avtale kan ikke pålegges forpliktelser etter loven, uten at det fremgår direkte av loven. Tannhelsetjenesteloven har i dag ingen slike bestemmelser.

Privatpraktiserende tannleger vil dermed bare bli berørt i den grad de har avtale med fylkeskommunen om å yte tjenester på vegne av fylkeskommunen. Loven regulerer heller ikke forholdet til annet privat tannhelsepersonell enn tannleger, som for eksempel tannpleiere. Forholdet til privat tannhelsevirksomhet er nærmere omtalt under punkt 20.8.11.

20.5.1.2 Departementets vurdering og forslag

Det er fylkeskommunen som er pliktsubjekt etter lovforslaget, jf. departementets drøfting og konklusjon når det gjelder fremtidig forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten i kapittel 13.

Departementet mener at virkeområdebestemmelsen for den nye tannhelsetjenesteloven bør utformes slik at den samsvarer med andre bestemmelser i loven om fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester, som blant annet gir anvisning på hvordan dette ansvaret kan oppfylles gjennom avtale med andre tjenesteytere. Ny tannhelsetjenestelov vil, som i dag, gjelde for private tjenesteytere i den grad de har avtale med fylkeskommunen om å yte tjenester på vegne av denne. Den nye loven vil heller ikke stenge for avtaler om tjenesteyting mellom fylkeskommunen og helseforetak eller andre offentlige tjenesteytere. Dette er i tråd med hva som gjelder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd og § 3-1 femte ledd, samt spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 første ledd og § 2-1 a syvende ledd.

Etter departementets vurdering bør det imidlertid komme klarere frem av ordlyden i virkeområdebestemmelsen at tannhelsetjenesteloven ikke bare omfatter private tjenesteytere, men også andre tjenesteytere, inkludert offentlige, som har avtale med fylkeskommunen. Dette til sammenligning med det som fremgår av virkeområdebestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Departementet foreslår derfor å benytte formuleringen «andre offentlige eller private tjenesteytere» i lovteksten i stedet for kun begrepet «private» som er brukt i de to sistnevnte lovene.

Ny tannhelsetjenestelov vil dermed gjelde for tannhelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av fylkeskommunens egne ansatte eller av andre offentlige eller private tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen. Dette gjelder bare «når ikke annet følger av loven her». Det vil si at det åpnes for at enkelte bestemmelser i loven også kan gis anvendelse for private og offentlige tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen. Det foreslås presisert i lovforslaget at fylkeskommunens plikt til å motta og registrere meldinger om privat tannhelsepersonell som etablerer praksis i fylket også skal gjelde for private tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen, jf. punkt 20.10.4.

Departementet foreslår videre at den nye tannhelsetjenesteloven utformes slik at den er mest mulig profesjonsnøytral når det gjelder hvilke private tjenesteytere som loven får anvendelse på. Det betyr at betegnelsen «tannlege» og formuleringen «privatpraktiserende tannlege» i dagens lov gjennomgående erstattes av betegnelsen «private tjenesteytere» i forslaget til ny lov.

Uttrykket «Den offentlige tannhelsetjenesten» brukes i tannhelsetjenesteloven i to ulike sammenhenger; dels som en avgrensning av innholdet i og omfanget av fylkeskommunens tjenesteansvar, dels som en betegnelse på organiseringen av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd at fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten er avgrenset til å omfatte tannhelsetjenester som utføres på bestemte persongrupper som er listet opp i § 1-3.

Kapittel 3 i tannhelsetjenesteloven inneholdt tidligere bestemmelser om organisering, ledelse og administrasjon. Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt, ble det lovfestet at Den offentlige tannhelsetjenesten skulle være organisert som en egen fylkeskommunal etat ledet av en fylkestannlege. Flertallet i sosialkomiteen uttalte i forbindelse med behandlingen av lovforslaget, jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83) side 7:

> «Flertallet vil understreke at erfaringene viser at tannhelsetjenesten fungerer best når den er en egen tjenestegren under ledelse av tannleger som er ansvarlige for å legge planer og for slag direkte fram for besluttende politiske myndigheter. Flertallet er derfor enig i at fylkestannlegen skal være etatssjef med direkte adgang til fylkets politiske organer.»

Som ledd i arbeidet med forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, jf. Ot.prp. nr. 54 (2001–2002) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i enkelte andre lover (forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren m.v.)*, ble imidlertid bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven kapittel 3 opphevet med virkning fra 1. juli 2003.

Etter departementets vurdering har dermed begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» mistet mye av sin betydning. Ansvaret for tannhelsetjenester bør forankres hos fylkeskommunen som sådan og gjenspeiles i loven, på samme måte som for kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. På den måten legges det ikke føringer i lovverket for hvordan fylkeskommunen organiserer virksomheten, enten det er gjennom en egen tannhelseetat eller på andre måter. Det er et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn, bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene skal gis og organiseres. Det er også viktig at det fremgår klart av loven hvem som er pliktsubjekt for de ulike bestemmelsene.

Når det gjelder hvilken personkrets som omfattes av tannhelsetjenesteloven, vises det til departementets redegjørelse for rekkevidden av fylkeskommunens overordnede ansvar (tilgjengelighetsansvaret) i punkt 20.8. Som det er redegjort for under punkt 20.2, tilrår departementet at ny tannhelsetjenestelov i størst mulig grad innrettes som en rendyrket «pliktlov» eller «tjenestelov». Dette innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte pasient har etter loven, i all hovedsak må bestemmes etter annen lovgivning og da særlig pasient- og brukerrettighetsloven. Se nærmere om dette i kapittel 21.

Det vises til § 1-2 første og andre ledd i lovforslaget i kapittel 25.

20.5.2 Stedlig virkeområde

20.5.2.1 Gjeldende rett

Det fremgår av de enkelte bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven at det stedlige virkeområdet for loven er avgrenset til «fylket». Fylkeskommunens ansvar er videre avgrenset til å omfatte personer som «bor eller midlertidig oppholder seg i fylket». Dette tilsvarer personkretsen som i dag har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, jf. punkt 4.1.6. Det innebærer at fylkeskommunen der pasienten er bosatt ikke har plikt til å tilby tannhelsetjenester når vedkommende oppholder seg i et annet fylke. Det er den fylkeskommunen i det fylket der pasienten til enhver tid oppholder seg som er ansvarlig for å sørge for tannhelsetjenester. Det vil si at oppholdsprinsippet legges til grunn for avgrensning av fylkeskommunens ansvar, på samme måte som for kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Det vises til departementets omtale av dette spørsmålet i Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.8.2.

Tannhelsetjenesteloven gjelder ikke for tannhelsetjenester som ytes i utlandet. Den enkelte fylkeskommune har ikke plikt til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige utenfor fylkets grenser, herunder for innbyggere som oppholder seg i utlandet. Fylkeskommunen har heller ikke ansvar for å sørge for et regelmessig og oppsøkende tilbud i utlandet til personer innenfor de prioriterte gruppene som bor eller oppholder seg der. Fylkeskommunen har likevel ansvar for dekning av utgifter til tannbehandling for de prioriterte gruppene som er utført i andre EØS-land, i den grad utgiftene ville blitt dekket

av fylkeskommunen dersom den aktuelle behandlingen hadde blitt utført i Norge, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd og folketrygdloven § 5-24 a med tilhørende forskrift som gjennomfører pasientrettighetsdirektivet i norsk rett.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 6-6 at loven gjelder for Svalbard «i den utstrekning departementet bestemmer». I forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover- og forskrifter for Svalbard og Jan Mayen, er det fastsatt at en rekke helselover- og forskrifter skal få anvendelse i disse områdene. Forskriften trådte i kraft 1. oktober 2015.

Tannhelsetjenesteloven er, i likhet med blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, ikke omfattet av forskriften og disse lovene er dermed ikke gjort gjeldende hverken på Svalbard eller Jan Mayen. Det betyr at den enkelte fylkeskommune ikke har plikt til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for innbyggere som oppholder seg på øygruppen. Personer som bor eller oppholder seg på Svalbard har heller ikke rettigheter til tannhelsetjenester på stedet. Personer som er medlemmer i folketrygden under opphold på Svalbard, vil likevel ha rett til stønad til dekning av utgifter til tannlegehjelp og tannpleierhjelp etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a.

I tannhelsetjenesteloven § 6-7 er det presisert at det som er fastsatt for fylkeskommuner i loven også gjelder for bykommunen Oslo.

20.5.2.2 Departementets vurdering og forslag

Når det gjelder det geografiske virkeområdet for ny tannhelsetjenestelov, har departementet lagt til grunn de overordnede prinsippene for å gi norsk lovgivning anvendelse for Svalbard. Den hittil siste svalbardmeldingen, Meld. St. 26 (2023-2024) *Svalbard,* viser til at det i tidligere stortingsmeldinger om Svalbard er slått fast at det rettslige rammeverket for øygruppen skal være mest mulig likt fastlandet og at ny lovgivning for fastlandet som hovedregel skal gis anvendelse for Svalbard, med mindre særlige forhold taler mot dette eller det er behov for unntak eller tilpasninger. Særlig for offentligrettslig lovgivning må det tas stilling til om loven passer for Svalbard og om det er behov for stedlige tilpasninger. Dette må ses i lys av at utgangspunktet etter Svalbardloven § 2 andre ledd er at offentligrettslig lovgivning bare gjelder for Svalbard i den utstrekning dette er særskilt fastsatt.

Spørsmålet er om det er behov for å videreføre en lovbestemmelse som gir hjemmel for å kunne fastsette forskrift om tannhelsetjenestelovens anvendelse for Svalbard. Det er videre et spørsmål om det per i dag er behov for å benytte en slik forskriftshjemmel til å gi tannhelsetjenesteloven anvendelse for Svalbard.

Departementet viser til at organiseringen av det eksisterende tannhelsetjenestetilbudet på Svalbard er annerledes enn på fastlandet. Tilbudet gis av Longyearbyen sykehus. Sykehuset er organisert som en avdeling under Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF. Sykehusdriften finansieres over svalbardbudsjettet som en egen årlig bevilgning til Helse Nord RHF. Tannklinikken har langt på vei samme funksjon som den offentlige tannhelsetjenesten på fastlandet, som der er fylkeskommunens ansvar. Sykehuset har inngått avtale med spesialist i kjeveortopedi på fastlandet som jevnlig besøker sykehuset og som blant annet utfører behandling knyttet til tannregulering. Innslaget av pasienter på

øygruppen som trenger akutt tannbehandling er ellers relativt høyt, blant annet som følge av cruisetrafikk, fiskere i havområdene rundt Svalbard mv.

Når det gjelder tjenestetilbudet på Svalbard, har forskrift om helselovgivning for Svalbard og Jan Mayen bestemmelser om spesialisthelsetjenestelovens anvendelse for Svalbard. Det følger av forskriften § 3 at det regionale helseforetaket Helse Nord RHF skal sørge for akuttmedisinsk beredskap og andre helsetjenester på Svalbard i den utstrekning dette er nødvendig og hensiktsmessig ut fra de stedlige forholdene. Av vedtektene for Universitetssykehuset Nord-Norge HF som er fastsatt av Helse Nord RHF, fremgår det blant annet at gjennom Longyearbyen sykehus skal virksomheten levere tilfredsstillende helsetjeneste til den norske befolkningen og alle som ferdes på og rundt Svalbard. Virksomheten på Svalbard skal også omfatte første- og andrelinjetjenester. I vedtektene er dette definert som «tjenester tilsvarende et helsesenter på fastlandet, herunder også akuttmedisinsk beredskap, bedriftshelsetjeneste og tannhelsetjeneste».

Av hensyn til harmonisering med andre helselover, foreslår departementet å videreføre en bestemmelse i ny tannhelsetjenestelov som gir hjemmel til å fastsette forskrift om tannhelsetjenestelovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, utformet etter mønster av bestemmelsene om stedlig virkeområde i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 tredje ledd første punktum og spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 tredje ledd første punktum. Utforming av fullmaktsbestemmelsen i tråd med tilsvarende standardbestemmelser i nyere helselovgivning gir en mer helhetlig regulering. Det innebærer blant annet at myndigheten legges til «Kongen» i stedet for «departementet». Spørsmålet om å gi lover anvendelse i disse områdene må generelt regnes for å være saker av viktighet som skal forelegges Kongen. Forslaget medfører at Kongen gis fullmakt til å bestemme om, og eventuelt i hvilken utstrekning loven skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen.

Dagens forskriftshjemmel i tannhelsetjenesteloven omfatter ikke Jan Mayen. Det er ingen fast bosetting på øya og det oppholder seg til enhver tid om lag 20 personer der, hvorav ingen barn. Tjenestetiden er vanligvis seks måneder eller ett år. Det finnes ikke noe ordinært helsetjenestetilbud på Jan Mayen eller noen offentlig administrasjon utenom Forsvarets egen stasjon. Det er til enhver tid én sykepleier ved stasjonen og vedkommende skal ha erfaring i akuttmedisin. Ved akutt behandlingsbehov tilkaller Forsvaret i enkelte tilfeller tannlege fra fastlandet.

Samtidig er Jan Mayen, i likhet med Svalbard, en del av kongeriket Norge og de samme prinsipper for lovers anvendelse på Svalbard gjelder for Jan Mayen. Departementet foreslår å utvide dagens hjemmel til å omfatte Jan Mayen i tillegg til Svalbard, selv om dette ikke vil ha noen praktisk betydning. Forslaget medfører en formell utvidelse av adgangen til å gjøre regler om det offentliges ansvar for tannhelsetjenester gjeldende også på Jan Mayen. Utvidelsen av hjemmelen vil ikke i seg selv ha økonomiske eller administrative konsekvenser før den eventuelt blir benyttet til å gi slike forskrifter i disse områdene.

Med virkning fra 1. januar 2015 ble en rekke helselover og -forskrifter gjort helt eller delvis gjeldende for Svalbard, jf. forskrift om anvendelse av helselover- og forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. Blant annet er helsepersonelloven, helsetilsynsloven,

spesialisthelsetjenesteloven og smittevernloven gitt anvendelse helt eller delvis. Hverken helse- og omsorgstjenesteloven eller pasient- og brukerrettighetsloven er gjort gjeldende da tjenestetilbudet på øygruppen skal være begrenset. Heller ikke dagens hjemmel til å gi tannhelsetjenesteloven anvendelse på Svalbard er benyttet.

Departementet viser til de vurderingene som ble gjort av flere helselover, herunder tannhelsetjenesteloven, i høringsnotatet av 20. mars 2013 om ovennevnte forskrift, og fastholder tidligere standpunkt om at det ikke anses nødvendig eller hensiktsmessig å gi tannhelsetjenesteloven anvendelse på Svalbard.

Som nevnt er organiseringen av det offentlige tannhelsetjenestetilbudet annerledes på Svalbard enn på det norske fastlandet, med statlig forankring av ansvaret blant annet for tannhelsetjenester under Helse Nord RHF. Tannhelsetjenestetilbudet på Svalbard bør fortsatt ivaretas innenfor den eksisterende organiseringen av tannklinikken ved Longyearbyen sykehus.

De spesielle administrative forholdene på Svalbard som innebærer at Svalbard ikke er en kommune eller fylkeskommune, har også betydning. Longyearbyen lokalstyre er ikke pålagt plikt til å sørge for helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester som på det norske fastlandet ivaretas av den enkelte kommune og fylkeskommune, heller ikke den type helsetjenester som det offentlige tilbyr på Svalbard. Longyearbyen lokalstyre bør ikke pålegges oppgaver som vil kreve oppbygging av et lokalt administrativt apparat langt utover eksisterende rammer, og som forutsetter oppbygging av kompetanse på spesifikke fagområder samt tilførsel av ressurser i form av økte statlige overføringer, eventuelt økning av skattenivået. Det er vedtatt politikk at de administrative ordningene på Svalbard skal holdes på et minimalt, men likevel forsvarlig nivå. Det er derfor viktig at det bare innføres regelverk som kan etterleves og håndheves ut fra tilgjengelige ressurser på stedet.

Det er i dag i underkant av 2 600 innbyggere i Longyearbyen, og av disse er ca. 930 personer, dvs. ca. 36 prosent, utenlandske statsborgere fra mer enn 50 ulike land. Både tjenestetilbud og statlig infrastruktur er under press. Ut fra de overordnede føringene for norsk svalbardpolitikk, senest beskrevet i Meld. St. 26 (2023-2024) *Svalbard*, anser departementet det ikke som aktuelt å gi tannhelsetjenesteloven anvendelse på øygruppen.

Virkeområdebestemmelsene i flere andre helselover enn tannhelsetjenesteloven, herunder helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2, spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 har i tillegg en hjemmel for at Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser som er gitt i lovene skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel. Gjennom § 5 i rammeforskriften som regulerer HMS i petroleumsvirksomheten, er helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven gitt anvendelse i petroleumsvirksomhet til havs, men ikke helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesten. Departementet har heller ikke identifisert behov for å ta inn en tilsvarende hjemmel i ny tannhelsetjenestelov.

I dag er bestemmelsene som regulerer tannhelsetjenestelovens geografiske virkeområde plassert bakerst i loven, jf. §§ 6-6 og 6-7. Av pedagogiske hensyn bør en felles

bestemmelse om lovens virkeområde tas inn foran i loven. Uttrykket «bykommunen Oslo» bør erstattes med «Oslo kommune», noe som vil være mer i tråd med tilsvarende bestemmelse i folkehelseloven § 2.

Det vises til lovforslaget § 1-1 første og tredje ledd i kapittel 25.

20.6 Forholdet til andre lover

20.6.1 Forholdet til helsepersonelloven

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som regulerer forholdet til helsepersonelloven. Det er likevel ingen tvil om at helsepersonelloven i dag gjelder direkte for autorisert helsepersonell og eventuelt annet personell i den grad de yter helsehjelp i form av tannhelsetjenester, enten hjelpen gis av ansatte i fylkeskommunen eller av andre offentlige eller private tjenesteytere. Til sammenligning fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 at helsepersonelloven gjelder tilsvarende for alt personell som yter tjenester etter loven. Bakgrunnen for denne bestemmelsen er imidlertid at personell som yter tjenester som tidligere falt inn under sosialtjenesteloven av 1991, skal ha de samme plikter som helsepersonell som er direkte omfattet av helsepersonelloven. Departementet kan ikke se at det er behov for en tilsvarende bestemmelse i ny tannhelsetjenestelov.

20.6.2 Forholdet til forvaltningsloven

20.6.2.1 Innledning

Hovedregelen i norsk rett er at tildeling av rettigheter fra det offentlige til private skal følge reglene i forvaltningsloven og skje i form av enkeltvedtak. I tannhelsetjenesteloven er det imidlertid slått fast at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak om rett til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1 tredje ledd.

I forbindelse med gjennomgangen av gjeldende rett, vil det under punkt 20.6.2.2 først bli redegjort for reglene i forvaltningsloven. Deretter gis det en omtale av aktuelle bestemmelser i tannhelsetjenesteloven. Til slutt gis det en beskrivelse av hvordan forholdet til forvaltningsloven er regulert i tilstøtende lovgivning, som helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

20.6.2.2 Gjeldende rett

Forvaltningsloven

Ved Stortingets behandling av Prop. 79 L (2024-2025) *Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)*, jf. Innst. 478 L (2024-2025), den 16. juni 2025, ble regjeringens forslag til ny forvaltningslov vedtatt. Loven er p.t. ikke satt i kraft. Beskrivelsen og vurderingen av forvaltningslovens forhold til gjeldende tannhelsetjenestelov og ny tannhelsetjenestelov, tar derfor utgangspunkt i gjeldende forvaltningslov av 1967.

Utgangspunktet er at lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) gjelder generelt for virksomhet som drives av forvaltningsorganer, herunder fylkeskommuner og kommuner, jf. forvaltningsloven §1. Hvis forvaltningsloven ikke skal gjelde for virksomhet som faller inn under lovens virkeområde, må dette fremgå av den loven som regulerer den aktuelle virksomheten. Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i offentlig forvaltning og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med offentlig forvaltning. Unntak fra forvaltningsloven må derfor begrunnes.

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd inneholder enkelte saksbehandlingskrav knyttet til vedtak om nødvendig tannhelsehjelp. Pasienten skal gis informasjon som vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen pålegger fylkeskommunen på virksomhetsnivå å organisere den offentlige tannhelsetjenesten slik at man unngår unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet. Lovens saksbehandlingskrav må suppleres med ulovfestede forvaltningsprinsipper og uskrevne regler for forsvarlig saksbehandling, jf. også St.meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* punkt 8.2.4. Bestemmelsen går ikke lenger enn det som følger av opplysningsplikten i forvaltningsloven § 11.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen generell bestemmelse om forholdet til forvaltningsloven. Hovedregelen i norsk rett er at tildeling av rettigheter fra det offentlige til private skal følge reglene i forvaltningsloven og skje i form av enkeltvedtak. I tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd er det imidlertid slått fast at forvaltningslovens regler ikke gjelder for fylkeskommunens vedtak om rett til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1 første ledd. Unntaket er begrenset til «vedtak etter paragrafen her». Samtidig er unntaket videre enn etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd ved at det omfatter hele forvaltningsloven og ikke bare forvaltningsloven kapittel IV og V om saksforberedelse og enkeltvedtak.

Forarbeidene til tannhelsetjenesteloven gir ingen begrunnelse for at forvaltningsloven ikke gjelder for slike avgjørelser, men det kan trolig antas at forvaltningslovens krav om skriftlighet og begrunnelse ikke egner seg så godt for utpreget uformelle og kliniske avgjørelser knyttet til tildeling av tannhelsetjenester. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd er identisk med bestemmelsen i tidligere kommunehelsetjenesteloven av 1982 § 2-1 tredje ledd. Forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven vil derfor kunne gi veiledning om motivene. I Ot.prp. nr. 66 (1982-83) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*, er begrunnelsen for unntaket fra forvaltningsloven som følger (side 31):

> «Tredje ledd slår fast at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak som treffes etter § 2-1 [om rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen]. Vedtak om å gi eller nekte legehjelp etter § 2-1 vil trolig være enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Det kan være tvilsomt i hvilken grad forvaltningslovens regler passer på de vedtak det her gjelder, og man har valgt uttrykkelig å ta inn i bestemmelsen at forvaltningsloven ikke kommer til anvendelse.»

Begrensningen av unntaket i tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd til «vedtak etter paragrafen her» innebærer at tannhelsetjenesteloven som sådan ikke er unntatt fra forvaltningslovens anvendelse. Forvaltningsloven vil dermed komme til anvendelse for andre vedtak som fylkeskommunen treffer etter loven. Som eksempel på slike vedtak kan nevnes at fylkeskommunen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd er tillagt myndighet til selv å fastsette lokal forskrift om dekning av pasientens skyssutgifter i forbindelse med reise til og fra tannbehandling som gis av fylkeskommunen. Endringer av reglene eller fastsetting av nye regler om reiseutgifter må følge saksbehandlingsreglene for forskrifter i forvaltningsloven kapittel VII, som blant annet stiller krav om høring. Det samme gjelder dersom fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud om tannhelsetjenester til andre persongrupper enn de som er lovpålagt, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav g. Et slikt vedtak kan ikke omgjøres uten at saken har vært på alminnelig høring. Det vises her til departementets uttalelser i punkt 4.3 i Ot.prp. nr. 54 (2001-2002) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i enkelte andre lover (forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren m.v.):*

> «Noen av fylkeskommunens avgjørelser etter de foreslåtte endrede bestemmelser vil være vedtak av en slik art at de faller inn under forvaltningslovens regler om forskrifter, jf. lovens § 2 og kapittel VII. Når fylkeskommunen skal endre de bestemmelser som nå fremgår av plan eller fastsette nye regler på området, må saksbehandlingsreglene i forvaltningslovens kapittel VII følges når det gjelder de avgjørelsene som må anses som forskrifter. Dette er klart for så vidt gjelder bestemmelser om vederlag etter § 2-2 første ledd og skyssutgifter etter § 5-1 tredje ledd, men kan etter forholdene også gjelde andre av fylkeskommunens vedtak eller bestemmelser.»

Helse- og omsorgstjenesteloven

Prinsippet om at forvaltningsloven primært skal legges til grunn, er langt på vei slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2, hvor det fremgår at «forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven». Det betyr at forvaltningsloven gjelder i den grad hverken helse- og omsorgstjenesteloven selv eller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte. Bestemmelsen innebærer at kommunene som hovedregel må følge reglene i forvaltningsloven. Dette er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett i forhold til kommunehelsetjenesteloven av 1982.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd fremgår at forvaltningsloven kapittel IV (regler om saksforberedelse ved enkeltvedtak) og kapittel V (regler om vedtaket) ikke gjelder for vedtak som treffes etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Kapittel 2 inneholder blant annet regler om rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder likevel for vedtak om enkelte kommunale omsorgstjenester som forventes å vare lenger enn to uker, jf. § 2-7 andre ledd.

Dette betyr at (også) de øvrige reglene i forvaltningsloven gjelder for vedtak etter dette kapittelet.

Opprinnelig gjorde pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 unntak fra hele forvaltningsloven for vedtak etter kapittel 2. Bestemmelsen ble tatt inn loven i 2003 ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 63 *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m*. og lovendringen trådte i kraft 1. september 2004. Bestemmelsen ble vedtatt etter forslag fra sosialkomiteen om at forvaltningsloven ikke skal gjelde for slike avgjørelser. Komiteen hadde følgende merknader, jf. Innst. O. nr. 23 (2003-2004) side 6:

> «[…] I flere sammenhenger har det kommet opp at det er uklart i hvilken grad forvaltningsloven gjelder for avgjørelser som tas i klinisk arbeid. I tillegg er det innbyrdes forholdet mellom saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven og helselovgivningen uklart. Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven er først og fremst beregnet på tradisjonell forvaltningsvirksomhet. Når helsepersonell må arbeide innenfor rettslige rammer som både er krevende og uklare, mener komiteen at det kan føre til feil bruk av ressurser og unødig byråkratisering som ikke er til beste for pasienten. Pasienten er best tjent med at helsepersonellets ressurser benyttes til medisinskfaglig arbeid. Helselovgivningen har dessuten særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientenes interesser blir ivaretatt i forhold til bl.a. informasjon, medvirkning og rett til å klage. Komiteen vil derfor fremsette et forslag om at forvaltningsloven i alle fall ikke skal omfatte avgjørelser som treffes etter pasientrettighetsloven kap. 2, og peker på at denne løsningen også gjelder innen kommunehelsetjenesten der forvaltningsloven ikke gjelder for vedtak om rett til helsehjelp. Komiteen ser at dette ikke nødvendigvis løser alle problemstillinger som kan tenkes å oppstå i forholdet mellom forvaltningsloven og helselovgivningen. […].»

Unntaket i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 ble igjen endret i forbindelse med vedtakelsen av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at forvaltningsloven fra 1. januar 2012 har fått utvidet anvendelse på kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

20.6.2.3 Praksis ved tildeling av tannhelsehjelp

Utgangspunktet etter tannhelsetjenesteloven i dag er altså at forvaltningsloven ikke skal gjelde for avgjørelser om tildeling av tannhelsehjelp til grupper som nevnt i lovens § 1-3. Offentlige tannhelsetjenester ytes som regel uten at det er fremmet en formell søknad. Tjenestene ytes ofte ved personlig henvendelse og direkte kontakt mellom det enkelte tannhelsepersonell og den enkelte pasient. I mange tilfeller ytes tjenestene på bakgrunn av at fylkeskommunen gir et oppsøkende tilbud overfor pasientgruppene som er nevnt i § 1-3 første ledd bokstav a til g. Enkelte av de nevnte pasientgruppene mottar omsorgstjenester fra kommunen og kommunen vil i disse tilfellene videreformidle kontakt med fylkeskommunen ved behov. Tannhelsepersonellet foretar forskjellige faktiske handlinger, diagnostiske vurderinger og kliniske beslutninger. Vurderingen av hva slags hjelp som skal gis, vil bero på et helsefaglig skjønn.

Etter helsepersonelloven § 4 skal helsepersonellet innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og

samhandling med annet kvalifisert personell. Henvisning kan skje til videre utredning eller behandling både i fylkeskommunen og i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel oral kirurgi utført av tannlegespesialister ved sykehus eller henvisning til hudlege eller øre-nese-halslege. En henvisning er en prosessuell beslutning og regnes ikke som enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand.

20.6.2.4 Departementets vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at forholdet til forvaltningsloven bør tydeliggjøres i ny tannhelsetjenestelov. Det må vurderes om det er behov for harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven på dette punktet, herunder om bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd kan gis anvendelse for tannhelsetjenester uten tilpasninger.

Forvaltningsloven gjelder i dag fullt ut for vedtak etter andre bestemmelser enn § 2-1 som fylkeskommunen treffer i forbindelse med tannhelsetjenester. Spørsmålet er om det i tannhelsetjenesteloven er grunn til å presisere at forvaltningsloven skal gjelde for fylkeskommunens virksomhet på samme måte som det er gjort i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 når det gjelder kommunens virksomhet. Pedagogiske hensyn kan etter departementets vurdering tale for å tydeliggjøre at fylkeskommunens virksomhet som sådan er omfattet av forvaltningslovens regler. En slik bestemmelse kan blant annet bidra til bevisstgjøring knyttet til fylkeskommunenes praksis når det gjelder dekning av pasienters reiseutgifter, jf. lovforslaget § 6-1 tredje ledd. Fylkeskommunen er i disse tilfellene delegert myndighet til å fastsette lokal forskrift om dekning av reiseutgifter og da kommer blant annet kravene om alminnelig høring mv. i forvaltningsloven kapittel VII til anvendelse.

Ved vurderingen av i hvilken utstrekning forvaltningsloven bør få anvendelse for tannhelsetjenester som ytes av fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven, har departementet sett hen til tidligere drøftinger i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 11.7.

Departementet kom her til at det ikke er grunn til å unnta reglene i forvaltningsloven kapittel II og III når det gjelder kommunens virksomhet etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det er vist til at krav til habilitet mv. allerede følger av ulovfestede saksbehandlingsregler. Det er også vist til at regler i annen helselovgivning går lengre enn forvaltningslovens regler. Som eksempler nevnes pasient- og brukerrettighetslovens regler om rett til medvirkning og informasjon, samt helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet, krav til sparsomhet og taushetsplikt.

Videre la departementet i proposisjonen til grunn at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt fortsatt ikke bør gjelde ved tildeling og avslag på hjelp fra kommunen og spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det er vist til at det er viktig at tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer på en måte som sikrer rettferdig og riktig fordeling, og at den enkeltes rettssikkerhet blir ivaretatt. Samtidig er det påpekt at det er viktig at tjenestene ikke blir «overbyråkratisert», og at det ikke blir brukt unødvendig tid på skriftlighet og vedtaksprosedyrer.

Det kan være ulike grunner til å gjøre unntak fra forvaltningsloven. Samtidig taler hensynet til et oversiktlig regelverk for et mest mulig likt eller harmonisert regelverk ved tildeling av tjenester. Et enhetlig regelverk kan bedre rettssikkerheten for den enkelte ved at det blir enklere å forutberegne sin rettsstilling og ha oversikt over hvilke regler som gjelder.

Videre uttaler departementet i Prop. 91 L (2010-2011) blant annet:

> «Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette betyr at reglene om enkeltvedtak uansett ikke gjelder for disse handlingene. Unntaket fra forvaltningsloven kapittel IV og V skyldes særlig hensynet til at helsetjenesten må kunne iverksette et avgrenset behandlingstilbud så raskt som mulig. I lovforarbeidene har departementet i sin begrunnelse lagt avgjørende vekt på at reglene i kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten, og faller utenfor de avgjørelser som disse bestemmelsene er ment å regulere. Ved tildeling av tjenester av mer langvarig karakter må det stilles strengere krav til at saksbehandlingen følger reglene i forvaltningsloven både av hensyn til pasientens behov og bruk av offentlige ressurser.»

Departementet konkluderte deretter som følger:

> «Etter en helhetsvurdering er departementet kommet til at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som hovedregel ikke bør komme til anvendelse ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven. Departementet legger avgjørende vekt på at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten. Beslutninger om tildeling av helsehjelp vil ofte ikke være tidsmessig eller saklig atskilt fra helsepersonells øvrige virksomhet og vil i hovedsak ikke være slike avgjørelser som forvaltningsloven kapittel IV og V er ment å regulere. Dersom forvaltningslovens regler om enkeltvedtak som hovedregel skulle gjelde ved tildeling og avslag på helsehjelp, vil dette medføre tolkningsproblemer og avgrensningsspørsmål om hvilke beslutninger som skal anses om enkeltvedtak. Dessuten ville unntakene «overskygge» en hovedregel om at forvaltningsloven kapittel IV og V skal gjelde. Etter departementets vurdering er det mest hensiktsmessig at unntak fra reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V framgår direkte i loven.»

Det vises i tillegg til Prop. 71 L (2016-2017), hvor departementet har vurdert spørsmålet om forvaltningslovens anvendelse direkte i relasjon til tannhelsetjenester, jf. punkt 10.7.2.4:

> «Etter departementets vurdering vil de samme hensynene som er nevnt over, gjøre seg gjeldende for kommunens kliniske tannhelsevirksomhet. Tannhelsehjelp ytes som regel uten at det er fremmet en formell søknad om dette og uten at det treffes et skriftlig tildelingsvedtak. Retten til nødvendig tannhelsehjelp er i stor grad basert på objektive kriterier; dels basert på alder eller avledede rettigheter. Hjelpen ytes ofte basert på innkalling eller ved personlig henvendelse og direkte kontakt med det enkelte helsepersonell. Personellet foretar ulike beslutninger knyttet til utredning og diagnostisering, blant annet henvisninger til private tannlegespesialister, til tannlegespesialister ansatt i egen eller en annen fylkeskommune og til spesialisthelsetjenesten. Departementet kan ikke se at det er behov for å videreføre et mer omfattende unntak fra forvaltningslovens anvendelse ved tildeling av kommunal tannhelsehjelp, enn hva som gjelder for andre kommunale helse og omsorgstjenester og

spesialisthelsetjenester. Tvert imot er det på dette området behov for harmonisering slik at forvaltningsloven får lik anvendelse på alle helsetjenester.»

Som følge av forslaget om ny lovstruktur i dette høringsnotatet, vil retten til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen bli regulert av pasient- og brukerrettighetsloven. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd at forvaltningsloven kapittel IV og V som hovedregel ikke gjelder for vedtak etter kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven. I høringsnotatet foreslås det at bestemmelser om rett til nødvendig tannhelsehjelp tas inn i et eget nytt kapittel 2A i pasient- og brukerrettighetsloven. Det foreslås i den forbindelse å ta inn en bestemmelse i forslaget til § 2A-1 fjerde ledd som gjelder forvaltningslovens anvendelse for vedtak om nødvendig tannhelsehjelp. Bestemmelsen tilsvarer bestemmelsen i § 2-7 første ledd som gjelder for kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester etter lovens kapittel 2. Det vises til omtale i punkt 21.4.3.

Det innebærer at det generelle unntaket fra forvaltningsloven som i dag gjelder ved tildeling av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, vil bli innskrenket til bare å gjelde reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V. Som nevnt, egner ikke disse reglene seg for den kliniske delen av tannhelsevirksomheten, inkludert tildeling av nødvendig tannhelsehjelp.

Dette betyr at fylkeskommunen må følge de øvrige bestemmelsene i forvaltningsloven i forbindelse med tildeling av tannhelsetjenester til pasienter med rettigheter. Eksempler på regler i forvaltningsloven som da må følges, er habilitetsreglene i kapittel II og alminnelige regler om saksbehandlingen i kapittel III (blant annet om veiledningsplikt, saksbehandlingstid, foreløpig svar, muntlig konferanse og nedtegning av opplysninger, rett til å la seg bistå av fullmektig og taushetsplikt). Slike prosessuelle rettigheter og plikter følger imidlertid allerede av ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper, av tannhelsetjenesteloven og den øvrige helselovgivningen. Pasienten har dessuten prosessuelle rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, 4 og 5. For tannhelsetjenester innebærer dermed anvendelse av reglene i forvaltningsloven kapittel II og III i hovedsak en videreføring og presisering av gjeldende rett.

Departementet legger etter dette til grunn at det ikke er behov for tilpasninger i form av et mer omfattende unntak fra forvaltningsloven når det gjelder tannhelsetjenester, enn det som gjelder for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Departementet foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse i ny tannhelsetjenestelov som innebærer at forvaltningsloven gjelder for fylkeskommunens virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av tannhelsetjenesteloven og av pasient- og brukerrettighetsloven. Bestemmelsen innebærer en harmonisering med bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2. Det betyr at forvaltningsloven gjelder for fylkeskommunens virksomhet i den grad hverken tannhelsetjenesteloven selv eller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte. Eksempel på en bestemmelse som fraviker forvaltningsloven, er forslaget til § 7-1 om taushetsplikt i ny tannhelsetjenestelov. Opplysninger som ikke er underlagt taushetsplikt

etter forvaltningsloven § 13 andre ledd, vil kunne være omfattet av taushetsplikten etter tannhelsetjenesteloven. Se nærmere om taushetspliktreglene i punkt 20.13.

Forslaget innebærer i praksis en videreføring av gjeldende rett, og vil ikke føre til merarbeid for fylkeskommunen sett i forhold til hvilke prosessuelle plikter fylkeskommunen er pålagt i dag.

Forslaget berører ikke de delene av fylkeskommunens virksomhet som ikke gjelder avgjørelser om rett til tannhelsehjelp. Disse delene av virksomheten skal fortsatt følge reglene i forvaltningsloven fullt ut; det vil si både kapitlene om enkeltvedtak og de andre kapitlene, for eksempel kapittel VII om forskrifter.

Det vises til § 1-3 i lovforslaget i kapittel 25.

20.7 Folkerettslige forpliktelser om trygdekoordinering

20.7.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 1-8 første ledd gir Kongen myndighet til i forskrift å gjennomføre bilaterale avtaler med andre land om trygdekoordinering, slik at avtalene blir en del av norsk rett. På den måten sikres transparens i gjennomføringen. Bestemmelsen vil blant annet kunne få anvendelse for inngåelse av avtaler hvor det saklige virkeområdet for avtalen er avgrenset til å omfatte helsetjenester. I slike tilfeller er det Helse- og omsorgsdepartementet, og ikke Arbeids- og inkluderingsdepartementet, som har myndighet til å fremforhandle avtaler.

Det er fastsatt forskrift om gjennomføring av bilaterale avtaler som trådte i kraft 15. november 2024. Forskriften inneholder en kronologisk oversikt over bilaterale trygdeavtaler som Norge har inngått med andre land, i hovedsak land utenfor EØS. Forskriften sikrer korrekt gjennomføring av avtalene i norsk rett ved at de skal gjelde som forskrift.

Tannhelsetjenesteloven § 1-8 andre ledd slår fast prinsippet om at bestemmelser som er gitt i eller i medhold av loven, må tolkes og anvendes i samsvar med forpliktelser som følger av EØS-avtalens hoveddel, forordninger og bilaterale avtaler som er gjennomført i norsk rett. I den utstrekning det er nødvendig for å overholde disse forpliktelsene, skal loven fravikes. Dette er uttrykk for en forrangsbestemmelse i tilfelle motstrid.

20.7.2 Departementets vurdering og forslag

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-8 er relativt ny og ble innført i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 71 L (2021-2022) *Endringer i folketrygdloven mv. (synliggjøring av folkerettslige forpliktelser til trygdekoordinering)*, jf. Innst. 33 L (2022-2023). Tilsvarende endringer ble vedtatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-3, spesialisthelsetjenesteloven § 1-3 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-4. Lovendringene trådte i kraft 25. november 2022.

Bakgrunnen for bestemmelsen er Trygdekoordineringsutvalgets utredning, jf. NOU 2021: 8 *Trygd over landegrensene – Gjennomføring og synliggjøring av Norges trygdekoordineringsforpliktelser*. Bestemmelsen viderefører og synliggjør koblingen mellom folkeretten og tannhelsetjenesteloven, og tilsvarende mellom folkeretten og de andre nevnte helselovene.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre bestemmelsen uendret i ny tannhelsetjenestelov.

Det vises til § 1-4 i lovforslaget i kapittel 25.

20.8 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester

20.8.1 Innledning

Fylkeskommunen er pliktsubjekt og ansvarlig for organisering og ytelse av offentlig finansierte tannhelsetjenester til befolkningen. Dette er en videreføring av gjeldende organisering, og dermed av gjeldende rett.

I dette punktet foreslår departementet blant annet å

- videreføre fylkeskommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester for befolkningen, med enkelte justeringer
- videreføre fylkeskommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid
- videreføre fylkeskommunens ansvar for å sørge for et oppsøkende og regelmessig tilbud om nødvendige tannhelsetjenester til bestemte persongrupper
- oppheve bestemmelsen om at fylkeskommunen kan vedta å prioritere andre grupper i tillegg til de lovpålagte gruppene som er listet opp i loven, med den begrunnelse at bestemmelsen anses overflødig
- videreføre fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep
- oppheve bestemmelsen om fylkeskommunens ansvar for samordning av den offentlige og private tannhelsetjenesten, med den begrunnelse at innholdet dekkes av andre bestemmelser i tannhelsetjenesteloven
- videreføre fylkeskommunens plikt til samarbeid med andre tjenesteytere
- regulere fylkeskommunens mulighet til å inngå avtaler med andre offentlige og private tjenesteytere på samme måte som det er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, slik at
  - fylkeskommunen står fritt til å inngå avtaler om ytelse av tannhelsetjenester med andre offentlige eller private tjenesteytere, uavhengig av hvordan de er organisert
  - det fortsatt gjelder et forbud mot overdragelse av slike avtaler
  - særskilte lovfestede krav til prosess for hvordan slike avtaler skal inngås, oppheves.

Departementet drøfter også i dette punktet om det bør inntas en bestemmelse i ny tannhelsetjenestelov om plikt til å utarbeide individuell plan, men foreslår ikke dette.

Departementet foreslår en endret oppbygging av bestemmelsene som angir fylkeskommunens ansvar, slik at de angis i egne paragrafer i større grad enn i dagens tannhelsetjenestelov og de andre tjenestelovene. Dette er for å gjøre det lettere å finne frem i ny tannhelsetjenestelov.

Gjeldende rett er tidligere omtalt i punkt 4.1 i høringsnotatet, og det vil på noen punkter derfor vises tilbake til denne redegjørelsen.

Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper speiles av lovfestingen av rettigheter for de samme personene i pasient- og brukerrettighetsloven, se kapittel 21.

20.8.2 Fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester

20.8.2.1 Gjeldende rett

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Formuleringen «alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket» innebærer at det fylket som vedkommende til enhver tid oppholder seg i, er ansvarlig for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige også for personer som midlertidig befinner seg i fylket, selv om de er bosatt i et annet fylke. Dette gjelder ikke bare for bestemte persongrupper med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, men også for den øvrige befolkningen. Med dette legger tannhelsetjenesteloven oppholdsprinsippet til grunn.

Begrepet «tilgjengelig» er ikke konkretisert i tannhelsetjenesteloven. I Prop. 71 L (2016-2017) er dette nærmere omtalt i punkt 10.8.5.1:

> «Tilgjengeligheten kan i praksis måles på grunnlag av ulike faktorer. Dette kan for eksempel være tilgangen på tilstrekkelig kvalifisert personell, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til behov og etterspørsel hos befolkningen, reiseavstand til nærmeste tannhelsetilbud, tilbudet av offentlig transport, åpningstider, ventetid på behandling og geografisk plassering av tannklinikker. Avgjørende for tilgjengeligheten vil i praksis ofte være at klinikkene er stabilt bemannet med kvalifisert personell. Det er opp til fylkeskommunen selv å vurdere hva som er et tilgjengelig tannhelsetilbud ut fra nevnte faktorer, og hvordan dette ansvaret kan oppfylles. Fylkeskommunen må skaffe seg oversikt over det samlede tilbudet av private og offentlige tannhelsetjenester i fylket og på det grunnlag vurdere hvorvidt tannhelsetilbudet er forsvarlig sett i forhold til hele befolkningen.»

Lovens tidlige forarbeider bidrar heller ikke til å kaste lys over hva som ligger i formuleringen om at tannhelsetjenester «i rimelig grad» skal være tilgjengelige. Denne begrensningen har først og fremst historiske årsaker, og er knyttet til at det på landsbasis var et mangelfullt utbygd offentlig tannhelsetilbud da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983. Sosialdepartementet forutsatte i Ot.prp. nr. 49 (1982-83) i stedet en gradvis iverksetting av tannhelsetilbudet til befolkningen som fulgte av lovforslaget.

Formuleringen «i rimelig grad» i § 1-1 er utformet som en rettslig standard. Det betyr at innholdet i plikten kan endres med endrede forutsetninger og forventninger ut fra den odontologifaglige utviklingen, utviklingen i tannhelse- og sykdomsbildet i befolkningen, endrede verdioppfatninger, den generelle samfunnsutviklingen mv.

Formuleringen «sørge for» pålegger fylkeskommunen et ansvar for at tannhelsetjenester gjøres tilgjengelige for befolkningen i fylket, enten gjennom egne ansatte eller avtaler med private, jf. tredje ledd.

Det er gitt en mer utfyllende omtale av gjeldende rett i punkt 4.1.2.

20.8.2.2 Departementets vurdering og forslag

Fylkeskommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester i fylket er grunnleggende for å sikre befolkningen tilgang på tannhelsehjelp, og foreslås videreført i ny lov med noe endret ordlyd.

Departementet foreslår å endre oppbyggingen og inndelingen av bestemmelsene som samlet beskriver fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester, jf. lovforslagets kapittel 2. Dette foreslås av pedagogiske og lovtekniske grunner, slik at de ulike sidene av fylkeskommunens ansvar og plikter tydeliggjøres ettersom de dels er av helt ulik art. Departementet foreslår at fylkeskommunens ansvar for å *sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige* fremgår av en egen bestemmelse. Dette begrunnes i at tilgjengelighetsansvaret skiller seg klart fra ansvaret for å *sørge for et tilbud om nødvendig tannhelsehjelp* til nærmere bestemte grupper. Ansvaret for å sørge for et tilbud, det vil si en plikt til å yte tannhelsehjelpen selv eller gjennom avtaler med private, foreslås dermed regulert i en egen bestemmelse. Se omtalen av dette nedenfor i punkt 20.8.4.

Tilgjengelighetsansvaret er et særlig ansvar som fylkeskommunen har overfor personer som til enhver tid oppholder seg i fylket. Tilgjengelighetsansvaret har betydning for den voksne delen av befolkningen som ikke har rettigheter til tannhelsetjenester, og som selv betaler de fulle kostnadene for behandlingen.

Tannhelsetjenesteloven legger som nevnt oppholdsprinsippet til grunn, slik at fylkeskommunens ansvar gjelder overfor alle som befinner seg i fylket, selv om de er bosatt i et annet fylke. Departementet foreslår derfor en noe endret ordlyd i formuleringen av personkretsen som ansvaret gjelder overfor. Dagens formulering «alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket» er unødig komplisert så lenge det er oppholdsprinsippet som gjelder. Begrepet «midlertidig» har ingen selvstendig betydning ved siden av begrepet «oppholder seg», og heller ikke «bor» har praktisk betydning. Ordlyden foreslås derfor endret og forenklet i samsvar med dette.

I dagens lov er det angitt at tannhelsetjenester «i rimelig grad» skal være tilgjengelige. I forslaget til ny lov videreføres ikke denne formuleringen. Ved vedtakelse av loven i 1983 var dette forbeholdet begrunnet i et behov for gradvis oppbygging og iverksetting av et offentlig tannhelsetilbud til befolkningen. Det ble imidlertid i lovens forarbeider ikke nærmere presisert hva formuleringen er ment å skulle innebære.

Etter departementets vurdering er det uklart hva som ligger i formuleringen «i rimelig grad». Dette er ment å utgjøre en begrensning i fylkeskommunens ansvar, men omfanget

av begrensningen er uklart. Et slikt forbehold er derfor vanskelig å tolke og anvende ut fra dagens forhold, og det er uvisst om dette forbeholdet har hatt og fortsatt har en reell og selvstendig betydning for forståelsen av rekkevidden av fylkeskommunens ansvar. Slik departementet ser det, må forbeholdet «i rimelig grad» i sin helhet forstås ut fra den situasjonen som eksisterte da loven ble vedtatt i 1983, hvor det offentlige tannhelsetilbudet var mangelfullt utbygd og det var store forskjeller i tilbudet mellom fylkene. Det er behov for tydeliggjøring og forenkling, og formuleringen bør derfor ikke videreføres. Ikke minst er det av betydning for fylkeskommunene å få klargjort rekkevidden av lovpålagte oppgaver.

Departementet kan heller ikke se at det er grunn til å angi en slik begrensning i fylkeskommunens ansvar, ut over den konkrete vurderingen av tilgjengelighet som uansett må gjøres knyttet til lokale forhold. Uavhengig av forbeholdet som ligger i formuleringen «i rimelig grad», så må fylkeskommunen avgjøre hva som anses som forsvarlig, hensiktsmessig og kostnadseffektivt for å sikre at tannhelsetjenester er tilgjengelige.

Departementet legger til grunn at fylkeskommunens tilgjengelighetsansvar innebærer at enhver som oppholder seg i fylket ved behov skal kunne finne og oppsøke tannhelsehjelp. Det presiseres at det her er tale om den delen av befolkningen som ikke er del av gruppene med rett til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven, men andre, voksne pasienter, som betaler fullt ut for tjenestene. Formuleringen «er tilgjengelige» angir et visst minstenivå på tilgang på tannhelsetjenester som ligger lavere enn det som kan karakteriseres som optimal tilgjengelighet, men som ikke kan være lavere enn det som følger av det generelle helserettslige kravet til forsvarlige tjenester.

Innholdet i tilgjengelighetsansvaret måles på grunnlag av ulike faktorer. Dette er for eksempel tilgang på tilstrekkelig kvalifisert personell i fylket, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til behov og etterspørsel i befolkningen (befolkningstetthet), lengden på reise til tannhelsetilbud, åpningstider, ventetid på behandling og fysisk tilgjengelighet til tannklinikker. Det vil være en konkret vurdering hva som ligger i fylkeskommunens ansvar, og blant annet vil det avhenge av lokale geografiske forhold.

Fylkeskommunen kan fritt velge hvordan den vil organisere og løse lovpålagte oppgaver. Tilgjengelighetsansvaret kan oppfylles ved at fylkeskommunen selv yter tjenester, ved at fylkeskommunen inngår avtale med private tjenesteytere om ytelse av tannhelsetjenester, eller ved interkommunalt samarbeid med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i nabofylket. Tilgjengelighetsansvaret kan også ivaretas ved at fylkeskommunen tilrettelegger for eller oppfordrer private til å etablere seg.

Dersom det ikke er tilgang på private tannleger kan plikten til å sørge for tilgjengelige tjenester innebære at fylkeskommunen må utvide tilbudet ved å etablere egne klinikker der de yter tjenester mot full betaling for den voksne befolkningen. I dagens tannhelsetjenestelov § 1-3 andre ledd første punktum fremgår det at i tillegg til de prioriterte oppgavene, kan Den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter bestemmelser fastsatt av fylkeskommunen. Denne bestemmelsen foreslås ikke videreført i ny lov. Departementet viser for det første til at

plikten for fylkeskommunen til selv å yte tjenester til betalende pasienter uansett kan følge av ansvaret for å sørge for tilgjengelige tjenester, som beskrevet ovenfor. Departementet mener videre at det er uheldig å lovfeste en slik bestemmelse som kun sier noe om fylkeskommunens muligheter til å drive en gitt næringsvirksomhet i det private markedet. Departementet peker på at fylkeskommunen først og fremst må oppfylle sine lovpålagte plikter til å sørge for tannhelsetjenester til befolkningen etter kapittel 2 i forslag til ny lov. Virksomhet som fylkeskommunen har kapasitet til og ønsker å drive ut over dette, står den fritt til å gjøre uten at det er nødvendig eller hensiktsmessig å regulere i lov.

For å oppfylle tilgjengelighetsansvaret må fylkeskommunen ha oversikt over de samlede tannhelseressursene og behandlingskapasiteten i fylket, inkludert privatpraktiserende tannhelsepersonell, og vurdere og planlegge tilgjengeligheten på bakgrunn av disse. Ved å ha tilstrekkelig oversikt og samordne med privat tannhelsetjeneste, kan fylkeskommunen sikre en best mulig utnyttelse av ressursene i tannhelsesektoren og sikre mest mulig likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Tilgjengelighetsansvaret må derfor ses i sammenheng med blant annet fylkeskommunens adgang til å pålegge «helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov» å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-5, som foreslås videreført i ny lov, jf. punkt 20.10.5. Tilgjengelighetsansvaret må også ses i sammenheng med § 1-3b, som gir fylkeskommunen plikt til å «motta og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten». Også denne bestemmelsen foreslås videreført i ny lov, jf. punkt 20.10.4.

Når det gjelder det konkrete omfang og innhold av tannhelsehjelpen som skal være tilgjengelig, følger dette av formuleringen «nødvendige» tannhelsetjenester. Dette er en presisering som er ny i forhold til dagens bestemmelse, men som ikke innebærer noen realitetsendring. Formuleringen viser til tjenester som etter en odontologisk vurdering er nødvendige for å ivareta tann- og munnhelsen, og avgrenser mot tjenester som ikke har helsemessig indikasjon. Det vises til omtalen av begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» i punkt 4.1.6 og 14.4.3.

Departementet foreslår å videreføre særbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd andre punktum som gir departementet hjemmel til å forskriftsfeste en plikt for fylkeskommunen til å sørge for å tilby tannhelsetjenester til voksne mot betaling, i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud fra private tjenesteytere. Dette gjelder voksne som ikke omfattes av fylkeskommunens ansvar for de lovpålagte gruppene. Departementet kan fastsette bestemmelser om pliktens varighet og geografiske omfang. Bestemmelsen er en tilpasning til EØS-retten, og det er gitt utfyllende bestemmelser i forskrift. Det vises til omtale i punkt 4.7.4. Det er gitt nærmere bestemmelser om plikten til å yte slike tjenester i forskrift om føring av atskilte regnskaper, samt veiledning i departementets rundskriv I-6/2024. Forskriftshjemmelen foreslås videreført med noe endret ordlyd som følge av at bestemmelsen i § 1-3 andre ledd første punktum i dagens tannhelsetjenestelov som gir fylkeskommunen adgang til å yte tjenester til voksne pasienter mot betaling i tillegg til de lovpålagte oppgavene, foreslås opphevet. Forskriftshjemmelen foreslås dessuten flyttet fra bestemmelsen som regulerer

gruppeansvaret til bestemmelsen som regulerer tilgjengelighetsansvaret, som hjemmelen har en tematisk nærmere tilknytning til. Dette er en rent teknisk og pedagogisk endring som innebærer en opprydding og en mer rendyrket gruppeansvarsbestemmelse.

Det vises til § 2-1 i lovforslaget i kapittel 25.

20.8.3 Fylkeskommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

20.8.3.1 Gjeldende rett

Helsefremmende og forebyggende arbeid står sentralt i tannhelsetjenesteloven. Det følger av formålsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-2 at «fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling». Videre skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Av de spesielle merknadene til bestemmelsen i § 1-2, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83), går det frem at i tillegg til å forebygge og behandle tannsykdom eller skade, har fylkeskommunens tannhelsetjeneste også som oppgave å påvirke forhold i nærmiljø og samfunn for derved å fremme tannhelsen. Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd første punktum skal den offentlige tannhelsetjenesten organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. I tillegg skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper i befolkningen, jf. § 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til g. Dette gjøres blant annet gjennom regelmessig innkalling til tannhelseundersøkelse og gjennom oppsøkende virksomhet i barnehager, i skoler og på institusjoner.

Det følger av folkehelseloven § 21 at fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket på populasjonsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen. Det vises for øvrig til redegjørelsen for forholdet til folkehelseloven i punkt 4.5.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 inneholder en bestemmelse om helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Videre skal helse- og omsorgstjenestene bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

20.8.3.2 Departementets vurdering og forslag

I tannhelsetjenesteloven er helsefremmende og forebyggende arbeid prioritert. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gjør en viktig innsats på dette området, blant annet gjennom regelmessig innkalling til tannhelseundersøkelse og gjennom oppsøkende virksomhet i barnehager, i skoler og på institusjoner. Rådene som de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gir for å bedre helsen er ofte sammenfallende. God munnhygiene, balansert kosthold, begrenset sukkerinntak, vann som foretrukket tørstedrikk for å unngå syreskader, bruk av fluorider for å forebygge hull i tennene og røykfrihet er tannhelsetjenestens viktigste anbefalinger. Tannhelsetjenesten er

også viktig for å avdekke omsorgssvikt og mishandling av barn, spiseforstyrrelser og andre symptomer på psykiske problemer. De to viktigste primærforebyggende tiltak er regelmessig tannhelseundersøkelse og opplæring i hvordan man kan ivareta en god tann- og munnhelse. Når pasientene blir innkalt til regelmessig undersøkelse vil det kunne gis slik opplæring, og pasienten vil dermed kunne ha gode forutsetninger for å ta vare på egen tann- og munnhelse.

På denne bakgrunn mener departementet at fylkeskommunens ansvar for forebyggende tannhelsetjenester bør tydeliggjøres ved at ansvaret for forebyggende arbeid kommer klart frem av en egen bestemmelse i loven, på samme måte som bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første og andre ledd. Dette er en harmonisering av lovverket. Lovforslaget omfatter dermed både fylkeskommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og den fylkeskommunale tannhelsetjenestens plikt til å bidra til fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 21. Som beskrevet i punkt 3.5, vil det i løpet av 2026 foreligge data fra Kommunalt pasientregister som vil kunne styrke kunnskapsgrunnlaget. Data fra KPR vil også kunne inngå i utarbeidingen av oversikten etter § 21.

Lovforslaget bygger på eksisterende plikter i tannhelsetjenesteloven § 1-2 og folkehelseloven, og er dermed en videreføring av gjeldende rett.

Det vises til § 2-2 i lovforslaget i kapittel 25.

20.8.4 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper

20.8.4.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper i befolkningen har vært et grunnleggende element i den offentlige tannhelsetjenesten. I gjeldende lov har man omtalt disse persongruppene som prioriterte grupper. Kriteriene for å omfattes av en av persongruppene er i all hovedsak knyttet til alder eller diagnose, eller avledet av at man har rett til bestemte helse- og omsorgstjenester etter annen lovgivning.

Følgende grupper er listet opp i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til f:

a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
d. Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 28 år.
e. Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud:
    - personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
    - avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2

- legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16

f. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen.

g. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Gjeldende rett om dette temaet er omtalt utfyllende under punkt 4.1.5.

20.8.4.2 Departementets vurdering og forslag

Innledning

I punkt 14.2 og 14.3 har departementet vurdert både hvordan de etablerte prioriteringskriteriene skal anvendes i tannhelsetjenesten, og hvordan rettighetssubjektene kan defineres i loven. Departementet foreslår at de persongruppene som i dag har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen videreføres uendret i ny lov, se punkt 17.5. Det er kjente svakheter ved å utforme rettighetsbestemmelser og tildele rett til tannhelsehjelp på denne måten, ved tilhørighet til ulike grupper, slik det er beskrevet i punkt 14.2 og 14.3.

Departementet mener likevel det er mest hensiktsmessig å videreføre de rettighetene som allerede er lovfestet og innarbeidet i praksis, for så å gradvis utvide rettighetene til befolkningen på grunnlag av alder som kriterium. Etter hvert som aldersspennene utvides, vil rettigheter basert på tilhørighet til de ulike persongruppene bli overflødige. Det samme vil gjelde for de rettigheter til dekning av utgifter til tannhelsehjelp som følger av folketrygdloven.

Det gis en omtale av de enkelte gruppene nedenfor. Oppsummert foreslås det noen tekniske og språklige endringer for å gjøre loven enklere å lese og anvende, og begreper er modernisert og tilpasset annen relevant lovgivning. Disse endringene kommenteres fortløpende. Bestemmelsen har også fått endret oppbygging. Dette innebærer ikke i seg selv materielle endringer.

Departementet forslår imidlertid en materiell endring ved at bestemmelsen om gruppe g i § 1-3 første ledd som omhandler «andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere» ikke videreføres. Det vises til omtale nedenfor.

Fylkeskommunens ansvar for tilbud om tannhelsehjelp

Omfanget av fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til bestemte grupper etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd foreslås videreført i ny tannhelsetjenestelov, med noe endret ordlyd. Departementet foreslår å tydeliggjøre i lovteksten at dette ansvaret er et sørge-for-ansvar. Fylkeskommunens sørge-for-ansvar fremgår i gjeldende lov bare forutsetningsvis via bestemmelsen om tilgjengelighetsansvaret i § 1-1. Departementet mener at det grunnleggende ansvaret for bestemte persongrupper (gruppeansvaret) bør fremgå direkte av lovens ordlyd i den

bestemmelsen som direkte regulerer tjenesteansvaret for de aktuelle gruppene. Tydeliggjøring av fylkeskommunens sørge-for-ansvar for tannhelsetjenester vil bringe dette lovverket mer i samsvar med utformingen av ansvarsbestemmelsene i øvrig helselovgivning.

Begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» som blant annet finnes i dagens § 1-3, foreslås ikke videreført i ny lov og erstattes i stedet med «fylkeskommunen». Det er fylkeskommunen som er pliktsubjekt etter loven og er pålagt det offentlige ansvaret for ytelse av tannhelsetjenester. Denne formuleringen samsvarer med gjeldende prinsipper for styring av kommunesektoren, slik at fylkeskommunen pålegges ansvar og plikter, og selv bestemmer organiseringen av tjenesteytingen. Det er også i tråd med tilsvarende formulering i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 for så vidt gjelder kommunene.

Videre foreslår departementet å presisere begrepet «tilbud» i § 1-3 første ledd ved å føye til at tilbudet dreier seg om «nødvendig tannhelsehjelp». Begrepet «tannhelsehjelp» benyttes gjennomgående i dagens lov, jf. rettighetsbestemmelsen i § 2-1, og begrepet «nødvendig» angir det konkrete omfanget og innholdet av tannhelsehjelpen. Dette er en presisering som er ny sammenholdt med dagens bestemmelse, men som ikke innebærer noen utvidelse av fylkeskommunens ansvar eller annen realitetsendring. Formuleringen viser til tjenester som er nødvendige for å ivareta tann- og munnhelsen, og avgrenser mot tjenester som ikke har helsemessig indikasjon. Formuleringen av forslaget til pliktbestemmelse i ny tannhelsetjenestelov vil også i større grad speile forslaget til ny rettighetsbestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven, enn hva som er tilfelle i dag.

Et regelmessig og oppsøkende tilbud

Når det gjelder hva som ligger i lovens formulering «et regelmessig og oppsøkende tilbud», er dette utfyllende beskrevet i punkt 4.1.5.3. Departementet foreslår å videreføre formuleringen i ny tannhelsetjenestelov. Dette kriteriet er grunnleggende i forståelsen av rekkevidden av, og grensene for, fylkeskommunens ansvar. Det er sikker rett at det vil variere mellom persongruppene hva som ligger i dette kravet for fylkeskommunen. For aldersgruppen unge voksne er det i Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.3.3 beskrevet slik:

> «Departementet understrekar at plikta til oppsøkjande verksemd ikkje strekk seg til å omfatte innkalling av pasientane for rutineundersøking. Til samanlikning blir aldersgruppa 0-18 år rutinemessig innkalla, men for dei pasientane er omsyna andre, der ein ønskjer kontroll av tannsettet som er under utvikling. For unge vaksne er eit viktig formål å lette overgangen til å ha ansvar for å ta vare på eiga tannhelse. Eit tilgjengeleg behandlingstilbod til redusert pris som blir gjort kjent for pasientane på ein eigna måte, er slik departementet vurderer det tilstrekkeleg til å oppfylle plikta til oppsøkjande verksemd overfor desse pasientane.»

I Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) er særtrekk ved pasientgruppene trukket frem i forbindelse med begrepet «oppsøkende». I punkt 1.2 fremgår det at formålet med lovforslagene blant annet er å sikre et tilbud om organisert og oppsøkende tannhelsehjelp til barn og ungdom, samt ulike vanskeligstilte grupper, som for eksempel psykisk utviklingshemmede og langtidssyke.

Etter departementets vurdering ligger det i formuleringen «oppsøkende virksomhet» både en plikt til aktiv innsats for å informere om tannhelsetilbudet til personer som har rettigheter etter loven og aktiv innkalling av pasientene, samt en plikt til transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på tannklinikk. Når det gjelder krav til oppsøkende virksomhet for oppfyllelse av tjenesteansvaret, er fylkeskommunens plikt mer omfattende enn det som gjelder for helsetjenesten for øvrig.

Samlet fremgår av forarbeidene gjengitt over at formen på og rekkevidden av plikten til oppsøkende virksomhet overfor den enkelte pasientgruppe må vurderes på grunnlag av gruppens særtrekk og den enkelte pasientens livs- og helsesituasjon. Hensynet til formålet med behandlingen (kontroll av tannsett under utvikling) og pasientens egne forhold (vanskeligstilte grupper, grupper med andre fysiske, psykiske og sosiale funksjonshindringer) vil måtte vurderes.

For barn i alderen 0 til 18 år er det klart at plikten innebærer at fylkeskommunen aktivt skal innkalle til undersøkelse og eventuell behandling. Dette ivaretar hensynet til at barn ikke skal være avhengig av at foreldrene følger opp forebygging og behandling av tannhelsen. For særlig skrøpelige pasienter kan transport til tannklinikk være utfordrende. Dette vil for eksempel kunne gjelde for beboere på sykehjem, men også for skrøpelige personer som fortsatt bor i eget hjem. Stadig flere eldre bor i dag lenger i eget hjem, med redusert helsetilstand og kommunale tjenester i hjemmet. I slike tilfeller mener departementet at fylkeskommunens plikt til oppsøkende virksomhet vil kunne innebære at helt nødvendig tannhelsehjelp må utføres der pasienten bor, i form av ambulante tjenester i det omfang det er mulig. Tjenestetilbudet kan riktignok bli noe redusert under slike omstendigheter, men en begrenset undersøkelse, diagnostikk og eventuell behandling kan utføres med utstyr som tannhelsepersonellet kan bringe med seg. Det vil være opp til fylkeskommunen å vurdere behovene for den enkelte pasient i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten som har ansvar for å kartlegge og følge opp egne tjenestemottakeres generelle munnhelse som del av sine tjenester.

Om begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» og kjeveortopedisk behandling

Begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» omfatter i utgangspunktet all tannhelsehjelp som etter en odontologisk vurdering anses nødvendig for å ivareta medisinske behov, og dermed i utgangspunktet også behov for kjeveortopedisk behandling som anses medisinsk nødvendig. Departementet foreslår imidlertid å ta inn en bestemmelse i forslaget til ny tannhelsetjenestelov som uttrykkelig presiserer at fylkeskommunens ansvar for nødvendig tannhelsehjelp til bestemte persongrupper ikke omfatter kjeveortopedisk behandling. Denne begrensningen i fylkeskommunens ansvar fremkommer ikke av ordlyden i gjeldende lov. Det er likevel langvarig praksis for å innfortolke en slik begrensning, ettersom kjeveortopedisk behandling for barn og unge opp til 20 år i stedet finansieres gjennom folketrygdens stønadsordning, dersom det er vurdert å være odontologisk nødvendig. Praksisen er i tråd med prinsippet i folketrygdloven § 5-1 tredje ledd, som innebærer at folketrygden yter stønad i den utstrekning det offentlige ikke yter stønad etter

annen lovgivning. Folketrygdens stønadsordning yter stønad til kjeveortopedisk behandling til personer som faller innenfor folketrygdens regelverk.

Kjeveortopedisk behandling utføres i all hovedsak ikke av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gjennom sørge-for-ansvaret, men av private tannlegespesialister. I noen deler av landet utfører fylkeskommunens tannleger kjeveortopedisk behandling, men da som del av det private markedet. Stønaden dekker bare deler av kostnadene til slik behandling, og pasienten må selv betale de resterende kostnadene utover stønaden basert på tannlegens pris. Departementet mener det bør fremkomme tydelig av lovens ordlyd at fylkeskommunen ikke har ansvar for å utføre kjeveortopedisk behandling som en del av retten til nødvendig tannhelsehjelp.

Omtale av gruppene i loven

Departementet foreslår ingen endringer i dagens bestemmelser om fylkeskommunens ansvar for tannhelsehjelp *til barn og unge 0-18* år samt *unge voksne 19-28 år*. Det vises til omtale i punkt 17.5.

Videre foreslås det å videreføre fylkeskommunens ansvar for *personer med psykisk utviklingshemming*. Formuleringen «i og utenfor institusjon» er foreslått fjernet for denne gruppen, da den etter HVPU-reformen ikke lenger har noen praktisk betydning.

Også fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til *personer med rusavhengighet som mottar nærmere definerte helse- og omsorgstjenester* og *innsatte i fengsler i kriminalomsorgen*, foreslås videreført uendret og med samme ordlyd i ny tannhelsetjenestelov. Bakgrunnen for at disse gruppene i dag er omfattet av fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven, er beskrevet i punkt 4.1.5.2.

I tillegg foreslås det at dagens bestemmelse som omfatter persongruppen «grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie» deles opp i to bestemmelser som regulerer henholdsvis personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie, og personer som oppholder seg i helseinstitusjon. Det er uklart ut fra dagens lovtekst hvem som kan regnes som eldre, langtidssyke og uføre. Heller ikke alle eldre, langtidssyke og uføre er omfattet, jf. formuleringen «grupper av». Det er også uklart hvilke grupper innenfor disse kategoriene som er ment å være omfattet. Dette gjør det vanskelig å klargjøre omfanget av fylkeskommunens ansvar og hvem som har tilsvarende rettigheter. Denne formuleringen foreslås derfor erstattet med den mer generelle og nøytrale formuleringen «personer» som blant annet benyttes i helse- og omsorgstjenesteloven.

Begrepet «hjemmesykepleie» foreslås endret til «helsetjenester i hjemmet» for å samsvare med begrepsbruken i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette kan omfatte ulike typer helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Ved utarbeidelse av helse- og omsorgstjenesteloven tok man sikte på en mer overordnet og profesjonsnøytral regulering av kommunens plikt til å tilby eller yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Som følge av dette ville det ikke lenger være aktuelt å operere med en så detaljert eller profesjonsspesifikk angivelse av de ulike deltjenestene som kommunens totale

tjenestetilbud kan bestå av. Begrepet «hjemmesykepleie» i dagens tannhelsetjenestelov har dermed ikke lenger noen selvstendig rettslig betydning. Det er imidlertid ikke ment å utvide gruppen med rett til nødvendig tannhelsehjelp sammenliknet med i dag. Dermed er det behov for å presisere i tannhelsetjenesteloven at ikke enhver helsetjeneste som ytes i hjemmet vil medføre rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Det foreslås derfor å innta en begrensning ved å føye til formuleringen «i form av sykepleie». Dette avgrenser mot for eksempel tjenester som praktisk hjelp og bistand, ergoterapi eller fysioterapitjenester i hjemmet, og ut fra enkeltvedtak om kommunale tjenester vil det være tydelig hvilke personer som får avledet rett til tannhelsehjelp. Bruken av begrepet «sykepleie» i lovforslaget innebærer ikke at det kun er tjenester som ytes av autoriserte sykepleiere som er omfattet. En del oppgaver som kan utføres av sykepleiere, utføres i praksis også av helsefagarbeidere og ufaglærte. Dette er i tråd med gjeldende rett og innebærer ingen utvidelse av hvilke kommunale tjenester som gir avledet rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Begrepet «institusjon» er ikke definert i dagens tannhelsetjenestelov eller dens forarbeider. Ordlyden gir ingen begrensning i behandlingsnivå; det vil si om det kun menes kommunale institusjoner eller også institusjoner under spesialisthelsetjenesten. Siden fylkeskommunens ansvar videreføres uendret i ny tannhelsetjenestelov, legger departementet til grunn at begrepet institusjon fortsatt må benyttes for å regulere dette ansvaret. Selv om begrepet videreføres i ny lov, er det likevel behov for å klarlegge rekkevidden av begrepet når det anvendes i denne sammenhengen.

Som nevnt under punkt 4.1.5.2, har departementet i merknadene til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten lagt til grunn at med «institusjon» i denne sammenhengen menes sykehus, sykehjem, aldershjem o.l. som får sitt budsjett og regnskap godkjent av og tilskudd til drift fra en offentlig instans, eller er tatt med i kommunal eller fylkeskommunal helse- og sosialplan. Denne type planverk eksisterer i liten grad lenger og plankrav på helseområdet er i stor grad fjernet fra lovgivningen. Bakgrunnen for at kommunale institusjoner er nevnt i forskriften, er at fylkeskommunen ved tannhelsetjenestelovens ikrafttredelse var tillagt ansvaret for sykehjemmene, mens kommunen hadde ansvar for aldershjem.

Som en konsekvens av sykehusreformen i 2002 ble ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene, uten at rettighetene til tannhelsehjelp for pasienter i institusjon ble endret. Det betyr at ikke bare kommunale, men også statlige helseinstitusjoner omfattes av institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven. Det samme gjelder private helseinstitusjoner som har avtale med kommune eller regionalt helseforetak, siden slike institusjoner må anses for å være finansiert over offentlige budsjetter. Det må avgrenses mot andre typer institusjoner som ikke er helseinstitusjoner, eller andre former for kommunale boliger hvor det ikke ytes helsehjelp.

Innenfor spesialisthelsetjenesten vil både somatiske sykehus/avdelinger, institusjoner/avdelinger innenfor psykisk helsevern og institusjoner/avdelinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes. Opphold på private behandlingssteder som

hverken har avtale med kommune eller regionalt helseforetak, faller utenfor tannhelsetjenesteloven. Det samme gjør poliklinisk behandling som ikke medfører innleggelse i institusjon. Spesialisthelsetjenesteloven har flere bestemmelser som pålegger «helseinstitusjoner etter loven her» plikter, men loven gir ingen definisjon av institusjonsbegrepet.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c skal kommunen tilby plass i institusjon, herunder sykehjem. I forskrift fastsatt med hjemmel i § 3-2 andre ledd, er det gitt en nærmere angivelse av begrepet «institusjon» i helse- og omsorgstjenesteloven og begrepet «institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten» som benyttes i pasientskadeloven. Som institusjon regnes her institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger, institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, aldershjem, sykehjem og døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Departementet legger til grunn at vederlagsforskriften i sin nåværende form ikke vil bli videreført ved ny tannhelsetjenestelov. Merknadene til institusjonsbegrepet i forskriften er dessuten utdaterte og bygger på tidligere organisering av helse- og omsorgstjenesten fra en annen tid. Etter departementets vurdering er det derfor formålstjenlig at institusjonsbegrepet som er beskrevet i forskriften til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 legges til grunn som retningsgivende for fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

Departementet er kjent med mange ulike problemstillinger og uklarheter knyttet til dagens bestemmelser i tannhelsetjenesteloven § 1-3 hva gjelder avgrensning av type tjenester, omfang, krav til varighet og hyppighet av den kommunale tjenesteytingen, type institusjon mv. som er avgjørende for avledede rettigheter til tannhelsehjelp. Dette er forhold som er avgjørende både for at retten til tannhelsehjelp skal inntre, og for hvorvidt tjenestene skal ytes uten vederlag. Det er ikke foreslått presiseringer i lovteksten av slike vilkår. Hensikten med de foreslått endringene er å tydeliggjøre vilkårene for den avledede retten til tannhelsehjelp og bidra til likebehandling, uten at det innebærer realitetsendringer.

Departementet foreslår ikke å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav g som omfatter «andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere». Dersom fylkeskommunen ønsker å gi tannhelsehjelp til enkeltstående grupper i tillegg til sine lovpålagte oppgaver, står fylkeskommunen fritt til det. Departementet kan ikke se at det er nødvendig og hensiktsmessig å videreføre en slik lovbestemmelse, da det ikke er en oppgave som fylkeskommunen er pålagt å utføre. Dersom tannhelsehjelp skal gis til enkeltgrupper som fylkeskommunen ønsker å yte tjenester til utover de lovpålagte oppgavene, må det uansett fattes vedtak om dette i tråd med forvaltningslovens regler. Slike vedtak vil regnes som forskrifter etter forvaltningsloven, med de rettsvirkninger som følger av dette, jf. punkt 20.6.2.

Lovtekniske spørsmål ved utvidelse av gruppene

Det er en forutsetning for at en tannhelsereform skal lykkes at utvidelsen av antall personer med rettigheter må foregå gradvis, slik at tjenesten kan bygges opp og rettighetene faktisk oppfylles. Lovteknisk er det et spørsmål hvordan en slik utvidelse kan gjøres når det er en målsetting at det skal fremgå tydelig av lovverket hvem som har rett til tannhelsehjelp.

I senere år har Stortinget bevilget midler i forbindelse med budsjettprosesser til utvidelse av gruppen unge voksne, og lovendringene har kommet i etterkant. Fylkeskommunene har blitt orientert ved rundskriv, og departementet er kjent med at det i praksis har vært ulikheter mellom fylkene knyttet til om unge voksne faktisk har fått et tilbud om tannhelsehjelp eller ikke, til tross for at Stortinget har bevilget midler til dette formålet. Departementet mener det er både prinsipielt og praktisk viktig i en situasjon der det jevnlig bevilges penger til fylkeskommunene som en del av rammetilskuddet, at nødvendige endringer i regelverket kommer på plass så raskt som mulig etter at budsjettet er vedtatt.

Departementet har vurdert ulike løsninger for raskt å kunne oppdatere regelverket i tråd med Stortingets eventuelle fremtidige budsjettvedtak, slik at man unngår mellomperioder hvor departementet må gi midlertidige retningslinjer i rundskriv til fylkeskommunene. Slike mellomperioder før regelverksendringene er på plass kan skape usikkerhet om praktiseringen og uklarheter om pasientenes rettigheter.

Spørsmålet er om utvidelser av rettigheter til å omfatte nye aldersgrupper bør skje i lov eller forskrift. Dersom det kan forventes hyppige endringer i regelverket på dette punktet vil det være en fordel med en forskriftshjemmel, der Kongen eller departementet gis myndighet til å gi forskrift om hvilke aldersgrupper som har rett til tannhelsehjelp. I tilfeller der det vedtas endringer som følge av Stortingets budsjettvedtak, vil den etterfølgende høringen av forslag til forskriftsendringer kunne gjøres relativt kort. Samtidig innebærer bruk av forskrift at det ikke tydelig fremgår av selve loven hvilke aldersgrupper som har rett til tannhelsehjelp, og innbyggerne ville måtte gå til forskriften for å få avklart sine rettigheter. Departementet mener dette er uheldig. Utgangspunktet er at alle spørsmål som er av en slik karakter at Stortinget bør ta stilling til dem, bør reguleres i lov og ikke overlates til forskrift. Foruten rent politiske hensyn kan særlig forholdet til borgernes rettssikkerhet fremheves. Rettigheter og plikter bør i størst mulig grad fremgå av loven. En fordel ved å bruke lovs form er at lov er den rettskilden som pasienter og rettsanvendere lettest kan skaffe seg adgang til.

Departementet foreslår derfor at det legges opp til å gjøre nødvendige endringer i lovverket om hvilke aldersgrupper som har rett til tannhelsehjelp gjennom en lovproposisjon som fremmes straks i etterkant av Stortingets budsjettvedtak. En slik proposisjon kan etter departementets vurdering fremmes uten forutgående høring. Departementet mener at det vil være anledning til å gjøre lovendringer uten høring fordi denne modellen med gradvis utvidelse av rettigheter basert på alder høres allerede nå i dette høringsnotatet. Under forutsetning av at Stortinget har bevilget de nødvendige midlene til utvidelse av rettigheter, legger departementet til grunn at endringer i

rettigheter basert på alder fremover kan vedtas uten forutgående høring, eller med forkortet høring. I henhold til utredningsinstruksen § 3-3 kan høring unnlates dersom det må anses som åpenbart unødvendig. Det kan være aktuelt der Stortinget har fattet detaljerte vedtak som gjør det unødvendig med en særskilt høring av tiltaket, jf. punkt 3.3.5 i Veileder til utredningsinstruksen. Departementet presiserer at spørsmålet om å gjøre unntak fra kravet om høring, eventuelt forkortet høringsfrist, må vurderes konkret fra sak til sak.

Det vises til § 2-3 i lovforslaget i kapittel 25.

20.8.5 Fylkeskommunens ansvar for styringssystem mv.

20.8.5.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 1-3a med tittel «Tilrettelegging mv.» pålegger fylkeskommunen internkontrollplikt. Etter bestemmelsen har fylkeskommunen plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

Det er gitt utfyllende bestemmelser om fylkeskommunens plikter etter § 1-3a i forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3a er likelydende § 1-3a i den tidligere kommunehelsetjenesteloven av 1982, som ble avløst av helse- og omsorgstjenesteloven i 2012. Det ble da inntatt likelydende bestemmelser om internkontrollplikt og systematisk styring i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd som skulle tydeliggjøre kommunenes og de regionale helseforetakenes plikter etter gjeldende rett. Bestemmelsene tydeliggjør en plikt for kommunene og de regionale helseforetakene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er også hjemlet i, og gir utfyllende bestemmelser for, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd.

20.8.5.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet foreslår å videreføre innholdet i tannhelsetjenesteloven § 1-3a i en egen bestemmelse om internkontroll (nå kalt styringssystem) og systematisk styring i ny tannhelsetjenestelov, og harmonisere ordlyden med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd. Den vil da også komme bedre i samsvar med ordlyden i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår å lovfeste at fylkeskommunens ansvar etter §§ 2-1 til 2-3 for tilgjengelige tannhelsetjenester for befolkningen, helsefremmende og forebyggende arbeid og nødvendig tannhelsehjelp til bestemte grupper innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller

forskrift. Dette medfører ingen endringer av gjeldende rett. Tiltakene planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er grunnleggende forutsetninger for styring av det fylkeskommunale ansvaret, og dette vil etter departementets oppfatning tydeliggjøre ansvaret.

Krav til *planlegging* innebærer blant annet at fylkeskommunen må vurdere behovet for tannhelsetjenester og legge planer for hvordan behovet skal dekkes. Fylkeskommunen har ansvaret for å vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i fylket. Krav til *gjennomføring* innebærer blant annet at fylkeskommunen har ansvar for at tannhelsetjenesten blir organisert og gjennomført i tråd med fylkeskommunens vedtatte planer, og at tannhelsetjenestene som tilbys er forsvarlige. Krav til *evaluering* innebærer at fylkeskommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk. Innspill til å gjennomføre evaluering av tjenestetilbudet kan komme fra flere hold, blant annet gjennom klager fra tjenestemottakere, opplysninger fra helsepersonell, fra tilsynsmyndigheten og fra brukerundersøkelser. Krav til *korrigering* innebærer at fylkeskommunen har ansvar for å korrigere uforsvarlige og uønskede forhold. Fylkeskommunen må iverksette tiltak dersom evaluering av tjenestetilbudet, tilsyn eller andre forhold viser at fylkeskommunens tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig eller forsvarlig.

Av hensyn til harmonisering foreslår departementet også at hjemmelen til å fastsette forskrift om nærmere bestemmelser om pliktens innhold legges til Kongen slik som i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Det vises til § 2-4 i lovforslaget i kapittel 25.

20.8.6 Fylkeskommunens ansvar for tilbud til personer med midlertidig oppholdstillatelse

20.8.6.1 Gjeldende rett

Det vises til beskrivelsen av gjeldende rett i punkt 4.1.5.4.

I tannhelsetjenesteloven § 1-3 d er det tatt inn en egen bestemmelse som avgrenser fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til unge voksne i aldersgruppen fra 19 til 28 år etter § 1-3 første ledd bokstav d. Bestemmelsen lyder:

> «Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar etter § 1-3 første ledd bokstav d gjelder ikke for personer med midlertidig oppholdstillatelse i Norge som ikke har bodd minst fem år i riket, jf. § 2-1 a.»

Pliktbestemmelsen som nevnt over speiles av rettighetsbestemmelser i lovens kapittel 2. I tannhelsetjenesteloven § 2-1 a er det inntatt en begrensning i retten til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1 for personer med midlertidig oppholdstillatelse, i form av et vilkår om botid av en viss varighet for å få rettigheten. Bestemmelsen lyder:

> «Personer som nevnt i § 1-3 første ledd bokstav d som har midlertidig oppholdstillatelse i riket, må ha fem års botid i riket for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1.»

Dette innebærer at personer i alderen 19 til 28 år som har midlertidig oppholdstillatelse må bo minst fem år i Norge, før de har rett til nødvendig tannhelsehjelp. Botidskravet gjelder ikke for de andre persongruppene som er listet opp i § 1-3.

Det er gjort unntak fra kravet om botid for personer med midlertidig oppholdstillatelse som har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat. Rettigheter til nødvendige helsetjenester og tannhelsetjenester kan blant annet følge av EØS-avtalens trygdedel eller av andre multilaterale og bilaterale trygdeavtaler som Norge har inngått med land i og utenfor EØS.

Bakgrunnen for innføringen av bestemmelser med krav om botid for rett til tannhelsetjenester er knyttet til tiltak for å redusere ankomstene til Norge av fordrevne fra Ukraina, jf. Prop. 101 L (2023-2024) *Endringer i integreringsloven, folketrygdloven og tannhelsetjenesteloven (innstramminger)* kapittel 7.

20.8.6.2 Departementets vurdering og forslag

Forslaget er i sin helhet en videreføring av gjeldende rett. Departementet vurderer at hensynene bak bestemmelsen fortsatt kan begrunne en slik begrensning i plikten som fylkeskommunen har til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud for enkelte persongrupper. Gruppen det gjelder er imidlertid blitt noe utvidet siden bestemmelsen ble vedtatt, ved at aldersspennet er utvidet fra 24 til 28 år som øvre grense. Departementet kan ikke se at dette i vesentlig grad endrer avveiningene i vurderingen av hvorvidt det kan foreligge usaklig forskjellsbehandling mellom persongrupper basert på nasjonalitet. Det vises til drøftelsen i Prop. 101 L (2023-2024) punkt 7.5. Departementet peker likevel på at vurderingen av en slik forskjellsbehandling basert på at det stilles særskilte botidskrav for enkelte grupper for at de skal omfattes av fylkeskommunens plikt til å gi regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp, vil måtte gjøres fortløpende dersom en stadig større del av befolkningen for øvrig får rett til tannhelsehjelp.

Det vises til § 2-5 i lovforslaget i kapittel 25.

I tillegg foreslår departementet å ta inn en tilsvarende bestemmelse i ny § 2A-2 i pasient- og brukerrettighetsloven som viderefører dagens bestemmelse om begrensing i retten til nødvendig tannhelsehjelp for personer med midlertidig oppholdstillatelse, se omtale i punkt 21.5.

20.8.7 Fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

20.8.7.1 Gjeldende rett

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3c at fylkeskommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Fylkeskommunen skal legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Lovbestemmelsen ble satt i kraft 1. januar 2018. Det er tatt inn tilsvarende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f. Bakgrunnen for bestemmelsen er blant annet at Norge

har sluttet seg til en rekke internasjonale avtaler som forplikter staten til å beskytte egne borgere mot vold, overgrep og annen inhuman behandling, jf. nærmere omtale i Prop. 71 L (2016-2017) punkt 6.3.1.

20.8.7.2 Departementets vurdering og forslag

Mange instanser og tjenester har et ansvar for å handle dersom de får mistanke om at noen blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Gjennom de mange ulike helse- og omsorgstjenestene som tilbys, blant annet tjenestene som tilbys gjennom fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenestene, legevakt og tannhelsetjenesten, kommer helse- og omsorgstjenestene i nær kontakt med en stor andel av befolkningen som kan ha vært utsatt for eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Tjenestene er derfor også i en særlig posisjon til å kunne forebygge, avdekke, avverge og intervenere tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvise til andre instanser. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten møter alle barn og unge regelmessig gjennom jevnlige innkallinger til tannhelseundersøkelser. Tannhelsepersonell arbeider i sterk belysning, noe som gjør det lettere å observere skader i munnhule, ansikt, hals og hode.

I Prop. 71 L (2016-2017) punkt 6.6 ble lovforslaget begrunnet som følger:

> «Etter departementets syn vil innføring av bestemmelser som tydeliggjør ansvaret for helse og omsorgstjenestenes ledelse, kunne bidra til en styrket bevissthet rundt og økt ansvarlighet knyttet til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Etter departementets vurdering vil bestemmelsene kunne føre til en større ansvarliggjøring på alle nivå innenfor tjenestene, fra øverste ledelse av helse og omsorgstjenestene, via ledelsen for de forskjellige tjenester og virksomheter til det enkelte helsepersonell som er i direkte møte med pasienter og brukere. Bestemmelsene vil videre kunne bidra til utvikling av en kultur hvor arbeidet med å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep blir en mer naturlig og integrert del av det å yte helse- og omsorgstjenester.»

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny tannhelsetjenestelov.

Tannhelsetjenesten er også viktig når det gjelder å avdekke omsorgssvikt. I en norsk studie fra 2016[49] fant man at så mange som én av tre tannleger har hatt mistanke om omsorgssvikt, men unnlatt å melde til barnevernet. Departementet vil derfor vurdere om fylkeskommunens tilretteleggingsplikt bør utvides til å også omfatte omsorgssvikt, og komme tilbake til dette i oppfølgingen av den kommende folkehelsemeldingen.

Det vises til § 2-6 i lovforslaget i kapittel 25.

20.8.8 Om samordning av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat sektor

20.8.8.1 Gjeldende rett

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-4 har fylkeskommunen ansvar for samordning av Den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Formålet med samordningen er å sikre en

[49] Brattabø mfl. (2016) Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey, Acta Odontologica Scandinavica, 74:8, 626-632

best mulig utnyttelse av de samlede ressursene innenfor tannhelsesektoren, slik at befolkningen har mest mulig lik tilgjengelighet til tannhelsetjenester over hele landet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens plikt til å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Tilgjengelighetsansvaret innebærer at også privat tannhelsetjeneste må regnes med for å dekke det samlede behovet for tannhelsetjenester i det enkelte fylket.

Opprinnelig fastslo tannhelsetjenesteloven § 1-4 at fylkeskommunen hadde ansvar for «planlegging og samordning» av Den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraksis. Bestemmelsen fastsatte også plikt for fylkeskommunen til å utarbeide en tannhelseplan for hele befolkningen i fylket, som skulle vedtas av fylkestinget og godkjennes av Sosialdepartementet. I spesialmerknaden til paragrafen, jf. Ot.prp.nr. 49 (1982-1983) punkt 9, står det at

> «Offentlig og privat tannhelsetjeneste skal samordnes gjennom planlegging i fylkeskommunens regi.»

I Ot.prp.nr. 49 (1982-1983) side 10 står følgende om samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste:

> «Voksentannpleie vil også i fremtiden hovedsakelig utføres i privatpraksis med fritt tannlegevalg som prinsipp. I store deler av Norge vil det på grunn av spredt bosetting ikke kunne opprettes både et privat og et offentlig tilbud. Her kan fylkeskommunene velge å kjøpe tjenester til prioriterte grupper fra privat tannlege, som hvis nødvendig, gis etableringsstøtte eller gis adgang til å leie klinikk og utstyr fra kommune eller fylkeskommune.
>
> Hvert tannhelsedistrikt skal ha en offentlig ansatt tannlege som administrativ leder.
>
> Samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste sikres i praksis gjennom planlegging, både i tannhelsedistriktene og på fylkesnivå. Planene skal bl.a. vise hva som skal oppnås for befolkningen og hvilke personellgrupper som skal delta i gjennomføringen. På grunnlag av planene kan fylkeskommunenes tannhelseoppgaver fordeles på det ansatte og på det private tannhelsepersonellet.»

I Prop 54 L (2001-2002) la Helsedepartementet fram flere endringer for å forenkle det statlige regelverket rettet mot kommunesektoren. I den forbindelse foreslo man å fjerne flere regler om hvordan kommunene og fylkeskommunene skulle løse sine oppgaver. Departementet foreslo å endre § 1-4 første ledd slik at bestemmelsen kun omhandler samordning av Den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Det ble vist til at fylkeskommunens ansvar for planlegging følger som en naturlig forutsetning av at den har ansvaret for tannhelsetjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1, og at det derfor ikke må reguleres i § 1-4.

20.8.8.2 Departementets vurdering og forslag

Spørsmålet er om det er nødvendig og hensiktsmessig med en egen bestemmelse om fylkeskommunens ansvar for samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste. I dette ligger det også et spørsmål om hva som ligger i begrepet «samordning».

Etter departementets vurdering tilfører i utgangspunktet ikke bestemmelsen om ansvar for samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste noe mer enn det som følger av fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester for befolkningen og plikt til alminnelig styring og planlegging av den offentlige tannhelsetjenesten.

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. For å kunne sørge for dette må fylkeskommunen ha oversikt over privat tannhelsetjeneste i sitt fylke og planlegge det offentlige tilbudet blant annet ut ifra om det er god eller dårlig dekning av tannhelsetjenester i et område. Tilgjengelighetsansvaret kan oppfylles ved at fylkeskommunen selv yter tjenester, ved at fylkeskommunen inngår avtale med private tjenesteytere om ytelse av tannhelsetjenester, eller ved interkommunalt samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten i nabofylket. Tilgjengelighetsansvaret kan også ivaretas ved at fylkeskommunen tilrettelegger for eller oppfordrer private til å etablere seg. Det vises til omtalen av fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester under punkt 20.8.2.

Etter § 1-3a skal fylkeskommunen planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle de kravene som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Bestemmelsen videreføres i ny tannhelsetjenestelov § 2-4 med noe endret ordlyd. Se omtale i punkt 20.8.5 i høringsnotatet.

For å kunne planlegge må fylkeskommunen ha tilgang til nødvendige data, blant annet om privat tannhelsetjeneste i fylket. Tannhelsetjenesteloven § 1-5 gir hjemmel for at fylkeskommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av loven å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen. Bestemmelsen omfatter ikke bare tannhelsepersonell som er ansatt i fylkeskommunen, men også private tjenesteytere som har avtale om ytelse av tannbehandling på vegne av fylkeskommunen. Bestemmelsen foreslås videreført i ny tannhelsetjenestelov, jf. punkt 20.10.5. Tilsvarende bestemmelse er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8.

En annen aktuell bestemmelse i fylkeskommunens styrings- og samordningsarbeid er tannhelsetjenesteloven § 1-3b som pålegger fylkeskommunen plikt til å ta imot og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten. Formålet er å gi myndighetene oversikt over helsepersonelldekningen som grunnlag for å kunne ivareta tilgjengelighetsansvaret og for å kunne iverksette styringstiltak ved behov. Bestemmelsen foreslås videreført i ny tannhelsetjenestelov, jf. punkt 20.10.4. En tilsvarende bestemmelse for kommunens del finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7.

På bakgrunn av dette er det departementets vurdering at det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig med en egen bestemmelse som fastslår fylkeskommunens ansvar for samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste i ny tannhelsetjenestelov. Tvert imot mener departementet at det kan være uheldig, da det er uklart hva som menes med

samordning, og fylkeskommunene ikke har noen virkemidler som de kan bruke overfor private tjenesteytere for å styre disse.

Departementet foreslår derfor at dagens § 1-4 om fylkeskommunens ansvar for samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste, ikke videreføres i ny tannhelsetjenestelov.

20.8.9 Fylkeskommunens plikt til samarbeid

20.8.9.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 6-3 fastslår at fylkeskommuner «kan» inngå avtaler med hverandre om samarbeid om lovpålagte oppgaver. Dette følger også av den alminnelige friheten fylkeskommuner har til å organisere tjenesteytingen slik den selv finner mest hensiktsmessig. Bestemmelsen er overflødig og foreslås ikke videreført. Et eksempel på slikt interkommunalt samarbeid er samarbeid om etablering og drift av odontologiske spesialisttjenester, etter- og videre utdanning og forskning, råd og veiledning ved de odontologiske kompetansesentrene.

Frem til 2022 fantes det ingen bestemmelser i tannhelsetjenesteloven som regulerte samarbeid eller samhandling med andre forvaltningsnivåer eller tjenesteytere. Ved Stortingets behandling av Prop. 100 L (2020-2021) *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)*, jf. Innst. 581 L, ble det vedtatt lovendringer om harmonisering og styrking av reglene om samarbeid og individuell plan i helse- og omsorgstjenesteloven, innføring av en samordningsplikt for kommunen ved ytelse av velferdstjenester, innføring av en rett til barnekoordinator, samt utvidelse av helse- og omsorgstjenestens ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler. Formålet med endringene er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene. Målet er at tjenestemottakeren skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Lovendringene trådte i kraft 1. august 2022.

I forbindelse med ovennevnte lovendringer ble det også tatt inn en ny bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-4a om fylkeskommunens ansvar for samarbeid, som er likelydende med endringene som ble gjort i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4.

Tannhelsetjenesteloven § 1-4a pålegger fylkeskommunen en plikt til samarbeid på systemnivå. Bestemmelsen innebærer at det innføres samarbeidsplikter som langt på vei sammenfaller med de samarbeidsreglene som allerede gjelder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og som i proposisjonen ble foreslått ytterligere styrket. Plikten til å samarbeide med andre velferdstjenester inntrer når det er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi tjenestene etter tannhelsetjenesteloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen.

Om bakgrunnen for lovforslaget, uttaler departementet blant annet i Prop. 100 L (2020-2021) punkt 3.3:

> «Flere høringsinstanser mener at det også bør lovfestes bestemmelser om samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og andre velferdstjenester, i likhet med de samarbeidsregler som gjelder, eller foreslås å gjelde, for de andre velferdstjenestene. Disse høringsinstansene viser blant annet til at tannhelsetjenesten møter de fleste barn og unge. For behandling og oppfølging av mange tannlidelser er det også hensiktsmessig med tett og nært samarbeid med andre velferdstjenester, blant annet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, utdanningssektoren og barneverntjenesten. Flere påpeker at det også synes usikkert om tannhelsetjenesteansvaret vil bli overført til kommunene, og at dette uansett først vil skje om flere år. Dette taler etter deres mening for at man allerede nå bør fastsette slike regler. Under henvisning til dette, og særlig den beskrivelsen og de vurderingene som fremkommer av høringsuttalelsen fra Tannlegeforeningen som er redegjort for under punkt 3.2.1, foreslår departementene å lovfeste samarbeidsbestemmelser også for den offentlige tannhelsetjenesten. Departementene foreslår at det i tannhelsetjenesteloven inntas en ny § 1-4a som regulerer den fylkeskommunale tannhelsetjenestens plikt til samarbeid med andre velferdstjenester.»

Om behovet for at fylkeskommunen samarbeider med andre tjenester, uttalte departementet blant annet, jf. punkt 5.5.4 i proposisjonen:

> «I noen tilfeller vil ikke samarbeid være nødvendig for å gi tjenestemottakeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. For eksempel går de fleste barn i barnehage samtidig som de får oppfølging av helsestasjonen og tannhelsetjenesten. Vanligvis vil ikke dette i seg selv utløse krav om samarbeid mellom disse velferdstjenestene. Hvis barnet i tillegg er på avlastning deler av tiden, kan det derimot være en plikt til å samarbeide. For eksempel kan tannhelsetjenesten ha plikt til å informere avlastningsboligen om oppfølging av barnets tannhelse, fremfor at dette må gå via foreldrene. Dette forutsetter at foreldrene samtykker til deling av taushetsbelagte opplysninger.»

Det vises for øvrig til de spesielle merknadene til bestemmelsen i punkt 9 i proposisjonen.

20.8.9.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-4a om samarbeid, som dels er et resultat av harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det foreslås imidlertid å innta også «helseforetak» i definisjonen av tjenesteytere i bestemmelsens siste ledd. Helseforetak er ikke nevnt i dag, men må anses omfattet etter innfortolkning. Forslaget er dermed en videreføring av gjeldende rett.

Det vises til § 2-7 i lovforslaget i kapittel 25.

20.8.10 Om individuell plan

20.8.10.1 Innledning

Individuell plan er et prosessuelt virkemiddel for planlegging som skal bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere med sammensatte behov for tjenester. Planen skal være et verktøy for å samordne tjenester mellom tjenesteytere og pasient/bruker og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivå, for å gi pasienter og brukere større forutsigbarhet ved tildelingen av tjenester. Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet selve

planen, men det foreligger ingen rett til å få gjennomført tiltakene i planen. Individuell plan gir følgelig ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av regelverket for øvrig. Det skal i prinsippet bare utarbeides én individuell plan per pasient eller bruker.

I dette punktet drøftes det om tannhelsetjenester bør inngå som en del av en individuell plan når det utarbeides en slik plan, og om det bør foretas nødvendige lovmessige tilpasninger for å sikre dette. Spørsmålet er også om det er behov for å lovfeste en selvstendig plikt for fylkeskommunen til å utarbeide individuell plan med utgangspunkt i pasienters rett til nødvendig tannhelsehjelp og behov for langvarige og koordinerte tjenester etter tannhelsetjenesteloven.

20.8.10.2 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 pålegger henholdsvis kommunen, helseforetaket og institusjonen en plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Det er kommunen som har hovedansvar for å sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 andre ledd. Dette gjelder også i tilfeller der en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a pålegger kommunen og helseforetaket en plikt til å tilby koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Videre pålegger helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b kommunen og helseforetaket en plikt til å ha en koordinerende enhet knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a har en egen bestemmelse om barnekoordinator. For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene, eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.

Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Tilsvarende har pasienter og brukere som har behov for somatiske helse- og omsorgstjenester rett til koordinator og barnekoordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-5 b og § 2-5c.

Helsepersonelloven § 4 andre ledd pålegger helsepersonell en plikt til å ta del i arbeidet med den individuelle planen når en pasient eller bruker har rett til en slik plan etter pasient- og bruker rettighetsloven. Helsepersonell skal også snarest mulig gi melding til den koordinerende enheten i henholdsvis spesialisthelsetjenesten eller den kommunale

helse- og omsorgstjenesten om behovet pasienter og brukere har for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38 a.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om individuell plan. I motsetning til kommunen og helseforetakene, har fylkeskommunen ingen lovfestet plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Pasienter og brukere har heller ikke rett til å få utarbeidet individuell plan etter tannhelsetjenesteloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

20.8.10.3 Departementets vurdering

Spørsmålet er om det er behov for å lovfeste en selvstendig plikt for fylkeskommunen til å utarbeide individuell plan med utgangspunkt i pasienters rett til nødvendig tannhelsehjelp og behov for langvarige og koordinerte tjenester etter tannhelsetjenesteloven.

I NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest*, foreslo utvalget at nødvendige tannhelsetjenester burde inngå som en del av den individuelle planen når det ble utarbeidet slik plan. Utvalget anbefalte at de nødvendige lovmessige tilpasninger for å sikre dette ble foretatt. I utvalgets innstilling ble det blant annet vist til at mange av dem som har krav på individuell plan, også er personer som kan ha særlig behov for tannhelsetjenester.

Videre har departementet uttalt i Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* punkt 31.7.6:

> «Mange høringsinstanser har bemerket at tannhelsetjenesten i større grad bør tas inn i arbeidet med individuell plan, og at samarbeidet mellom kommunen og fylkeskommunen på dette området bør styrkes. Tannhelse er en del av den enkeltes totale helse som ofte henger sammen med allmenntilstand og omsorgsbehov. Personer med behov for individuell plan har ofte dårlig tannhelse, særlig tyngre rusmiddelavhengige og psykiatriske pasienter. En regulering av individuell plan i forhold til tannhelsetjenester vil kreve lovendringer, både i tannhelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Departementet arbeider nå med en revisjon av tannhelsetjenesteloven, og en vurdering av regulering av individuell plan vil være en del av dette arbeidet.»

I Prop. 71 L (2016-2017) ble spørsmålet om individuell plan vurdert i forbindelse med forslaget om å overføre det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Departementet uttaler i den forbindelse, jf. punkt 10.17.4 i proposisjonen:

> «Personer som trenger tjenester over lengre tid, som har behov for koordinerte tjenester fra flere etater, deltjenester i kommunen og forvaltningsnivå og som ikke selv er i stand til å ivareta sitt behov for tjenester, trenger særskilt oppmerksomhet fra tjenesteyterne. Mange av disse har redusert tannhelse og stort behov for tannbehandling som også kan strekke seg over lengre tid. Det kan blant annet dreie seg om barn med omfattende behov for tannbehandling, yngre voksne som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og som har behov for omfattende pleie, pleietrengende eldre samt rusavhengige og personer med psykiske lidelser. Forslaget om rettslig forankring av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre at tannhelsetjenester til de som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp naturlig vil kunne inngå som en del av det helhetlige tilbudet fra kommunen som danner grunnlag for nedfelling i en individuell plan.»

Når det gjaldt spørsmålet om pasienters behov for tannhelsetjenester alene kunne være tilstrekkelig for å utløse en plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan, uttalte departementet:

> «Videre fastholder departementet at behandlingsbehovet for de som har rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen bare unntaksvis vil være av et slikt omfang og en slik varighet at det alene er tilstrekkelig for å utløse plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan og tilby koordinator. I tilfeller der pasientens tjenestebehov er avgrenset til tannhelsetjenester, vil dette behovet bli ivaretatt av den kommunale tannklinikken, eventuelt i et samarbeid med aktuelle tannlegespesialister. Plikten til å utarbeide individuell plan vil være avgrenset til tilfeller der det er behov for å koordinere behovet for tannhelsetjenester til personer som har rett til slike tjenester, med vedkommendes behov for øvrige helse- og omsorgstjenester i en individuell plan.»

Personer som har behov for individuell plan, har ofte redusert tannhelse. Personer som trenger tjenester over lengre tid, som har behov for koordinerte tjenester fra flere etater, og som ikke selv er i stand til å ivareta sitt behov for tjenester, trenger særskilt oppmerksomhet fra tjenesteyterne. Det kan blant annet dreie seg om barn med omfattende behov for tannbehandling, yngre voksne som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og har behov for omfattende pleie i hjemmet, pleietrengende eldre samt rusavhengige og personer som i tillegg har psykiske lidelser. Hensynet til likhet, helhet og sammenheng i lovgivningen kan tilsi at retten til individuell plan for pasienter som har behov for tannhelsetjenester som innebærer et lengre behandlingsforløp, blir sikret på linje med pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten eller psykisk helsevern.

Etter departementets vurdering er det imidlertid ikke behov for en egen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven om at fylkeskommunen skal ha et *selvstendig ansvar* for å utarbeide individuell plan for pasienter som kun har behov for tannhelsetjenester. Det fylkeskommunale tannhelsetjenestetilbudet består ikke på samme måte som for kommunene av deltjenester organisatorisk underlagt egne enheter eller etater i kommunen. Det vil derfor som regel ikke være behov for å koordinere det samlede tannhelsetjenestetilbudet til enkeltpersoner og nedfelle dette i en individuell plan. Det vil dessuten være lite hensiktsmessig å pålegge fylkeskommunen et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan hvis hovedtyngden av tjenestebehovet for den aktuelle personen dreier seg om kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenester.

Behovet for å innlemme tannhelsetjenester i en individuell plan, kan ivaretas av kommunen ved at kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven har plikt til å samarbeide om planen med andre tjenesteytere, herunder fylkeskommunen. Tilsvarende gjelder dersom helseforetaket utarbeider individuell plan for pasienter som har langvarige og omfattende behov for odontologisk behandling i spesialisthelsetjenesten og som i tillegg har behov for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen. Kommunen og helseforetaket/institusjonen har plikt til å samarbeide med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten om et helhetlig og samordnet tjenestetilbud og individuell plan der det er behov for det. Etter tannhelsetjenesteloven § 1-4a har fylkeskommunen også plikt til å sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester etter loven, samarbeider med andre

tjenesteytere og ev. barnekoordinator dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Fylkeskommunens samarbeidsplikt foreslås videreført, jf. punkt 20.8.9, og fylkeskommunen vil derfor kunne ha plikt til å bidra inn i kommunens arbeid med individuell plan i det enkelte tilfelle. Departementet ser ikke behov for ytterligere tydeliggjøring av fylkeskommunens rolle som medvirker i planarbeidet.

Departementet ser det etter dette ikke som nødvendig eller hensiktsmessig å foreslå bestemmelser som pålegger fylkeskommunen et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan etter tannhelsetjenesteloven, og heller ikke en eksplisitt lovfesting av fylkeskommunens medvirkeransvar i forbindelse med kommunens planarbeid.

20.8.11 Regulering av avtaler med private tjenesteytere

20.8.11.1 Gjeldende rett

Gjeldende rett er nærmere omtalt i punkt 4.1.3.

Tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd bestemmer at «dersom pasientenes utgifter til tannpleie helt eller delvis skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen, jfr. § 5-1 annet ledd, må privatpraktiserende tannlege ha skriftlig avtale med fylkeskommunen der vedkommende vil ha sitt kontor eller hovedvirke». Tannhelsetjenesteloven § 4-1 andre ledd bestemmer at avtale med fylkeskommunen om godtgjøring av utgifter til tannpleie ikke kan overdras.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 bestemmer at kommunen kan inngå avtale om tjenesteyting med «andre offentlige eller private tjenesteytere», mens spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a bestemmer at de regionale helseforetakene selv kan inngå avtale med «andre tjenesteytere».

Tannhelsetjenesteloven § 4-2 bestemmer at fylkeskommunen skal kunngjøre at interesserte kan melde seg når det er aktuelt å inngå avtale med privatpraktiserende tannlege, og at avtale skal inngås med den som er faglig best skikket. Departementet kan gi nærmere forskrifter om privat virksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten, om kunngjøring av ledig avtale, om fremgangsmåte ved valg blant søkere og om avtalevilkår.

20.8.11.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet ser ikke grunnlag for at loven bør begrense den alminnelige avtalefriheten for fylkeskommunene i sterkere grad enn det som gjelder for den øvrige offentlige helse- og omsorgstjenesten. Tannhelsetjenester bør derfor reguleres på samme måte som spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Det innebærer blant annet at fylkeskommunen kan ivareta sitt ansvar for å sørge for tannhelsetjenester ved å inngå avtale med private virksomheter som yter tannhelsetjenester, uavhengig av hvordan de er organisert. Det vil også gi fylkeskommunen mulighet til å inngå avtaler med tannpleiere eller virksomheter som har ansatt tannpleiere om undersøkelser og behandling som de har kompetanse til å utføre. Loven bør heller ikke stenge for avtaler om tjenesteyting mellom fylkeskommunen og helseforetak eller andre offentlige tjenesteytere.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det i den nye tannhelsetjenesteloven bestemmes at fylkeskommunen kan inngå avtale med «andre offentlige og private tjenesteytere» for å oppfylle sitt ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til befolkningen.

Departementet mener at avtaler som fylkeskommunen inngår med private tilbydere for å oppfylle sitt ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til befolkningen ikke skal omsettes i det private markedet, og foreslår å videreføre forbudet i ny tannhelsetjenestelov. Forbudet er ikke til hinder for at avtaler med fylkeskommunen videreføres ved kjøp, fusjon eller annen virksomhetsoverdragelse.

Bestemmelsene i dagens § 4-2 beskriver en fremgangsmåte for avtaleinngåelse som var utbredt den gang loven ble vedtatt og fremhevet viktige prinsipper for å sikre likebehandling. Det er i dag ikke nødvendig eller hensiktsmessig å lovfeste hvordan fylkeskommunen skal gå frem for å inngå avtale med tjenesteytere. Krav til kunngjøring, prosess og saklige kriterier for utvelgelse av avtaleparter følger av alminnelig forvaltningsrett og annen lovgivning, inkludert lov om offentlige anskaffelser med forskrifter. Offentlig forvaltning er godt kjent med kravene. Tannhelsetjenesteloven bør ikke fravike, eller feilaktig gi inntrykk av å fravike, disse utgangspunktene. Departementet foreslår derfor at bestemmelsene i gjeldende tannhelsetjenestelov § 4-2 om inngåelse av avtale med private ikke videreføres i ny lov om tannhelsetjenester.

Det vises til lovforslaget § 1-2 første ledd og § 2-3 tredje ledd i kapittel 25.

20.9 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

20.9.1 Forsvarlighet

20.9.1.1 Gjeldende rett

Det finnes ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester. Kravet til forsvarlighet på systemnivå fremgår implisitt av tannhelsetjenesteloven § 1-3a som pålegger fylkeskommunen plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Forutsetningen om forsvarlighet gjenspeiles videre i tannhelsetjenesteloven § 6-2, hvor det heter at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på en forsvarlig og hensiktsmessig måte.

Etter helsetilsynsloven § 5 har enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Dette omfatter også enhver som yter tannhelsetjenester, og både fylkeskommunal og privat virksomhet. Nærmere bestemmelser om slik internkontroll er gitt i forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som også gjelder for både fylkeskommunal og privat tannhelsevirksomhet. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og

omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves, jf. forskriften § 1.

Videre følger det av helsepersonelloven § 16 at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Alt helsepersonell har etter helsepersonelloven § 4 en lovpålagt plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

For den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er de grunnleggende kravene til styring nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd. Bestemmelsene slår fast at kommunens og de regionale helseforetakenes overordnede ansvar for henholdsvis kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Nærmere bestemmelser om pliktens innhold følger av nevnte forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 fastsetter i tillegg uttrykkelig som et generelt prinsipp at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Plikten til forsvarlighet er nærmere spesifisert i bestemmelsen. Kravet om forsvarlighet retter seg mot systemnivå og omfatter både kommunen som sådan, den enkelte deltjeneste i kommunen og den enkelte virksomhet, for eksempel sykehjem eller private tjenesteytere som yter tjenester etter avtale med kommunen. En motsvarende bestemmelse til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Når det gjelder det nærmere innholdet i kravet til forsvarlighet, er det er gitt en fyldig beskrivelse i Prop. 91 L (2010–2011) under punkt 20.5 side 263–265. I merknadene til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 er det gitt en kortere omtale av begrepet, hvor det blant annet heter (side 494):

> «Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet i kravet bestemmes av normer utenfor selve loven. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for helse- og omsorgstjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Samtidig følger det av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde til fredsstillende kvalitet, ytes til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester innebærer at virksomheten må planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige. Virksomheten skal også påse at tiltakene fungerer og er tilstrekkelige. Det er i stor grad sammenfall mellom kravene til forsvarlig virksomhetsstyring og kravene til internkontroll.»

20.9.1.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener at gjeldende rett om krav til forsvarlighet ved tilbud eller ytelse av tannhelsetjenester bør tydeliggjøres i ny tannhelsetjenestelov, slik at det blir klargjort at

det like fullt gjelder et krav om forsvarlighet for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og private som yter tannhelsetjenester, som det gjør ved ytelse av øvrige helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår derfor at det i ny tannhelsetjenestelov inntas en bestemmelse tilsvarende de i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om at tannhelsetjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige.

I tillegg foreslår departementet at dagens bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-3a som pålegger fylkeskommunen plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, videreføres i ny lov.

Det vises til lovforslaget § 3-1 i kapittel 25.

20.9.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

20.9.2.1 Gjeldende rett

Det finnes ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det følger imidlertid av forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som gjelder for både fylkeskommunal og privat tannhelsevirksomhet, at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten har plikt til å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette, jf. forskriften § 3. Etter forskriften § 6 bokstav a påligger det en plikt til å planlegge virksomhetens aktiviteter ved å blant annet ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten, jf. forskriften § 6 bokstav a.

Både helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven har egne bestemmelser om systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd fremgår det uttrykkelig at enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Tilsvarende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Pliktsubjektet «enhver» tilsvarer pliktsubjektet i helsetilsynsloven § 5. Det innebærer at kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring omfatter både tilfeller der kommunen yter tjenestene selv og der tjenestene ytes av private på vegne av kommunen etter avtale. Det er i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 andre ledd inntatt en hjemmel for at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om plikten, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven er det også et delmål etter formålsparagrafen å sikre kvalitet på tjenestetilbudet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 nr. 4. En tilsvarende bestemmelse finnes i formålsparagrafen i spesialisthelsetjenesteloven, jf. § 1-1 nr. 2.

20.9.2.2 Departementets vurdering og forslag

Som beskrevet over følger kravet til forsvarlige tjenester og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid allerede av gjeldende rett når det gjelder tannhelsetjenester, blant annet gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener likevel at det bør lovfestes i ny tannhelsetjenestelov, slik at det blir tydeligere at det stilles de samme kravene til systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i tannhelsetjenesten som i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Departementet foreslår derfor at det i ny tannhelsetjenestelov inntas en bestemmelse som uttrykkelig pålegger enhver som yter tannhelsetjenester etter loven å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Departementet foreslår også at det i formålsparagrafen i ny tannhelsetjenestelov angis et delmål om å sikre kvalitet på tjenestetilbudet.

Det vises til lovforslaget i § 1-1 nr. 2 og § 3-1 i kapittel 25.

20.9.3 Informasjon

20.9.3.1 Gjeldende rett

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-6 første ledd skal fylkeskommunen sørge for at det gis slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd skal pasienter og brukere informeres om det dersom de blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter § 7-4. Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen. Dersom skade eller komplikasjon som nevnt i femte ledd er svært alvorlig, skal pasienten eller brukeren gis tilbud om møte med helse- og omsorgstjenesten så snart som mulig etter hendelsen, og senest ti dager etter hendelsen.

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-6 første ledd andre punktum skal fylkeskommunen også sørge for at det gis til pasientens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd. Henvisningen er ved en feiltakelse ikke oppdatert, da det fra 1. juni 2026 skal stå fjerde ledd. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 fjerde ledd har nærmeste pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde til sjette ledd, det vil si om komplikasjoner, klagemuligheter og forebyggende tiltak samt rett til møte, dersom en pasient eller bruker dør og dødsfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-6 andre ledd har virksomheter som er omfattet av tannhelsetjenesteloven plikt til å besvare henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra pasienter eller den som opptrer på vegne av pasienten. Denne plikten gjelder også henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra nærmeste pårørende til avdød pasient eller fra nærmeste pårørende til pasient over 18 år uten samtykkekompetanse. Henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet skal besvares på egnet måte og blant annet oppfylle krav til informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

Etter tredje ledd kan departementet gi forskrift om det nærmere innhold i informasjonsplikten etter første ledd. Slik forskrift er per i dag ikke gitt.

Likelydende bestemmelser om informasjon følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11.

20.9.3.2 Departementets vurdering og forslag

Tannhelsetjenesteloven § 1-6 ble innført fra 1. januar 2020 i forbindelse med at arbeidsområdet for pasient- og brukerombudet ble utvidet til å omfatte tannhelsetjenesten, jf. Prop. 64 L (2018-2019). Formålet med å tydeliggjøre fylkeskommunens ansvar for å gi informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven var å gi pasienter som mottar tannhelsetjenester fra fylkeskommunen samme mulighet til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og andre tilgrensende ordninger som pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. Prop 64 L (2018-2019) punkt 4.2.2. Departementet foreslo derfor at en tilsvarende informasjonsplikt på virksomhetsnivå som gjelder for virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ble lovfestet for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Departementet uttalte i forbindelse med forslaget at det er «en naturlig konsekvens av utvidelsen av arbeidsområdet for pasient- og brukerombudsordningen at fylkeskommunen pålegges å informere pasienter om retten til å henvende seg til pasient- og brukerombudet», jf. Prop. 64 L (2018-2019) punkt 4.2.4.

Fra 1. juli 2022 ble det inntatt et nytt andre ledd i tannhelsetjenesteloven § 1-6 og i de tilsvarende bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, som presiserer plikten til å besvare henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra pasienter og pårørende. Departementet uttalte i forbindelse med forslaget den gang, jf. Prop. 57 L (2021-2022) punkt 5.2, at «en slik plikt for virksomhetene allerede følger for en stor del av dagens lovgivning, men foreslås likevel presisert for å sørge for at henvendelser blir behandlet på lavest mulig nivå». Videre skrev departementet i punkt 5.4:

> «I tilfeller der pasienter, brukere og pårørende av ulike grunner mener at det er begått lovbrudd, vil det etter departementets vurdering ofte være mest hensiktsmessig at dette først tas opp med den som yter tjenesten. Slik situasjonen er i dag, blir mange av disse henvendelsene sendt til statsforvalteren, som vurderer om saken skal følges opp tilsynsmessig eller oversendes tjenesten for behandling eller vurdering. Det er viktig at tjenesten og helsepersonell får tilbakemelding fra pasienter, brukere og pårørende både for å kunne følge opp uønskede hendelser raskt med korrigerende tiltak, men også for å kunne forklare og gi svar på spørsmål, oppklare eventuelle misforståelser, forbedre kommunikasjon og reetablere tillit. I et pasientsikkerhetsperspektiv vil det at slike

tilbakemeldinger gis direkte til tjenesteyter uten at det sendes via statsforvalteren, bidra til at uønskede forhold vil kunne rettes opp og bidra til læring så tidlig som mulig slik at ikke andre pasienter opplever det samme.

Lovendringene innebærer at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten må legge til rette for at pasienter, brukere og pårørende kan rette henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet til virksomheten og at de får svar.»

Departementet viser til at hvordan pasienter, brukere og pårørende blir møtt etter en uønsket hendelse og hvilken informasjon de får, ikke bare er av betydning for hvordan disse selv håndterer hendelsen, men også for tilliten til tjenestene og hvordan en eventuell tilsynssak senere vil arte seg. Pasienter, brukere og pårørende kan rammes to ganger. Først kan de rammes av unødig skade. Dette kan lett oppleves som et tillitsbrudd. Dersom de opplever ikke å bli hørt og tatt hånd om i etterkant, kan deres mistillit til både helsetjeneste og tilsynsmyndighet øke.

På denne bakgrunn foreslår departementet å videreføre tannhelsetjenesteloven § 1-6 om informasjon i ny tannhelsetjenestelov.

Det vises til § 3-3 i lovforslaget i kapittel 25.

20.9.4 Medvirkning

20.9.4.1 Gjeldende rett

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 lovfester pasientens og brukerens rett til å medvirke når det ytes helse- og omsorgstjenester. Dette er en prosessuell rettighet som har sitt utspring i den enkeltes autonomi. Pasienter og brukeres selvråderett og medbestemmelsesrett er et sentralt og gjennomgående prinsipp i pasient- og brukerrettighetsloven. En del av retten til å medvirke handler om at pasienten og brukeren kan bestemme at en eller flere selvvalgte støttepersoner skal kunne være med ved undersøkelse og behandling, jf. § 3-1 femte ledd. Ordlyden i bestemmelsen er endret med virkning fra 1. juli 2026, slik at det kommer tydeligere frem at det dreier seg om en *rettighet*, og at det bare kan gjøres unntak fra denne retten dersom det er nødvendig for å kunne gjennomføre tjenesteytingen på en forsvarlig måte. Det vises til departementets redegjørelse for lovforslaget i Prop. 53 L (2025-2026) *Endringar i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til å ha med andre personar når det blir gitt helse- og omsorgstenester).* Lovendringen er en videreføring og presisering av gjeldende rett og etablert praksis på området.

I forlengelsen av forslaget om å presisere og tydeliggjøre retten til å ha med følgeperson ved undersøkelse og behandling, foreslo departementet i Prop. 53 L (2025-2026) også å lovfeste en generell plikt for det enkelte helsepersonell og for kommuner og helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten til å sørge for at pasienten eller brukeren får medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Denne plikten er fra 1. juli 2026 nedfelt i helsepersonelloven § 10 andre ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 b og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 a. Lovendringene innebærer ingen nye plikter utover allerede etablert praksis og er en lovfesting av gjeldende rett, jf. punkt 7.4 i Prop. 53 L (2025-2026).

20.9.4.2 Departementets vurdering og forslag

Når det gjelder lovfesting av en plikt for kommuner og helseinstitusjoner til å sørge for å oppfylle retten til medvirkning, ble det i Prop. 53 L (2025-2026) ikke foreslått tilsvarende endringer i tannhelsetjenesteloven. Bakgrunnen for dette var at departementet fant det hensiktsmessig å vente med å legge frem et forslag om tilsvarende endringer i tannhelsetjenesteloven, for i stedet å kunne gi en samlet fremleggelse av alle enkeltforslag som inngår i ny tannhelsetjenestelov i det foreliggende høringsnotatet.

Som nevnt i punkt 21.3.1 i høringsnotatet, legger departementet til grunn at de prosessuelle rettighetene knyttet til medvirkning, informasjon, samtykke og innsyn i pasientjournal i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3, 4 og 5 også gjelder for pasienter som mottar tannbehandling fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller fra private tjenesteytere. Videre som nevnt i punkt 21.3.2, er begrepet «helse- og omsorgstjenester» ikke definert i loven, men brukes i varierende grad fra bestemmelse til bestemmelse og i veksling med blant annet begrepene «helsehjelp» og «helsetjenester».

Etter en naturlig språklig forståelse vil fylkeskommunale tannhelsetjenester i utgangspunktet falle utenfor bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer helse- og omsorgstjenester. Departementet legger imidlertid til grunn at hensynet til harmonisering tilsier at tannhelsetjenester så langt det passer bør innfortolkes i begrepet «helse- og omsorgstjenester» i de ulike bestemmelsene i loven, jf. punkt 21.3. Hvorvidt tannhelsetjenester omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven, beror dermed på en tolkning av den enkelte paragraf. Etter departementets vurdering er retten til medvirkning ved undersøkelse og behandling av så sentral og grunnleggende betydning for den enkelte at § 3-1 også vil få anvendelse for fylkeskommunale tannhelsetjenester. Det er ikke holdepunkter i lovforarbeidene eller annet sted for at lovgiver har ønsket å holde tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av det offentlige utenfor de prosessuelle rettighetsbestemmelsene, inkludert medvirkningsretten, i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er etter departementets vurdering ikke tvil om hvorvidt disse rettighetene også gjelder for tannhelsetjenester, enten hjelpen ytes av fylkeskommunen eller private tjenesteytere.

Departementet foreslår etter dette at det tas inn en bestemmelse i ny tannhelsetjenestelov som lovfester en plikt for fylkeskommunen til å sørge for at pasienters og brukeres rett til medvirkning blir oppfylt. Bestemmelsen innebærer en harmonisering med tilsvarende pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslaget er en lovfesting av gjeldende rett og praksis.

Det vises til lovforslaget § 3-4 i kapittel 25.

20.10 Særlige plikter og oppgaver

20.10.1 Beredskapsarbeid

20.10.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen egen bestemmelse som pålegger fylkeskommunen å utarbeide beredskapsplaner. Det har imidlertid helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 slår fast at kommunen har plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. En lignende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b, som fastslår en plikt for de regionale helseforetakene til å utarbeide beredskapsplan etter helseberedskapsloven for institusjoner og tjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner.

Etter lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) § 2-2 første ledd plikter kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Det er presisert at beredskapsplanen også skal omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap gir utfyllende bestemmelser om hvordan beredskapsplaner skal utarbeides, øves og oppdateres.

20.10.1.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener at ny tannhelsetjenestelov i likhet med helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven bør inneholde en bestemmelse om beredskapsplan som viser til helseberedskapslovens regler. Da plikten til å utarbeide beredskapsplan allerede følger av helseberedskapsloven når det gjelder fylkeskommunale tannhelsetjenester, vil en slik bestemmelse ikke medføre endringer i gjeldende rett, men ha en pedagogisk funksjon.

Departementet foreslår å lovfeste at fylkeskommunens beredskapsplan skal samordnes med fylkeskommunens øvrige beredskapsplaner.

Det vises til lovforslaget § 4-1 i kapittel 25.

20.10.2 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

20.10.2.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om plikt til å yte bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder om beordring av personell.

Både helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1c og 2-1d har imidlertid bestemmelser om dette. Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 første ledd

gir kommunen adgang til å pålegge personell som utfører oppgaver etter loven å utføre nærmere tilvist arbeid ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt, er tog- og flyulykker, flom, snøskred og omfattende epidemier mv. Tilsvarende hjemmel for beordring følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 d første ledd, som gir de regionale helseforetakene adgang til å pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og institusjoner som det regionale helseforetaket eier, å utføre nærmere tilvist arbeid ved slike akutte situasjoner.

Videre pålegger helse og omsorgstjenesteloven § 5-3 andre ledd kommunen å yte bistand til andre kommuner ved ulykker og nødsituasjoner, dersom forholdene tilsier det. Forhold som kan nødvendiggjøre bistand kan være at det foreligger behov for personell, materiell eller lokaler som en kommune ikke har tilgjengelig. Den kommunen som yter bistand skal som hovedregel ha kompensasjon for utgiftene fra den kommunen som får bistand, jf. § 5-3 tredje ledd. Kommunene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning. Tilsvarende følger det en gjensidig bistandsplikt mellom de regionale helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1c.

Det finnes også bestemmelser om tjenesteplikt og beordring av personell i helseberedskapsloven § 4-1. Helseberedskapslovens bestemmelser gjelder for personell som tjenestegjør i hele den offentlige helse- og omsorgstjenesten, samt for personell i private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester, jf. helseberedskapsloven §§ 1-3 og 1-4. Dette inkluderer personell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og personell i private virksomheter som tilbyr tannhelsetjenester. Bestemmelsene om tjenesteplikt og beordring i helseberedskapsloven § 4-1 er imidlertid fullmaktsbestemmelser som kun kan utløses i ekstraordinære situasjoner. Disse gjelder dermed for mer alvorlige situasjoner enn de som er omfattet av de ordinære bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. De gir også videre adgang til å beordre personell. Etter § 4-1 første ledd kan personell som er beordringspliktig etter § 1-4, pålegges av arbeidsgiver å jobbe utover ordinær arbeidstid, og av departementet å møte på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid, «når riket er i krig eller når krig truer», eller «ved kriser eller katastrofer i fredstid etter beslutning av Kongen», jf. helseberedskapsloven § 1-5.

Det finnes dermed ingen bestemmelser som gir fylkeskommunene adgang til å beordre personell som utfører oppgaver etter tannhelsetjenesteloven, til å utføre nærmere tilvist arbeid ved mer vanlige ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter. Det finnes heller ingen bestemmelser som gir fylkeskommunene plikt til å bistå hverandre i slike situasjoner. Gjensidig bistand må i dag bygge på frivillighet.

20.10.2.2 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering bør fylkeskommunene ha hjemmel til å pålegge personell som utfører oppgaver etter tannhelsetjenesteloven, å utføre nærmere tilvist arbeid ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter. Fylkeskommunene bør også ha gjensidig bistandsplikt med andre fylkeskommuner, tilsvarende det kommuner og regionale helseforetak har. Departementet ser det som viktig

at fylkeskommunene i likhet med kommunene og de regionale helseforetakene har nødvendige hjemler for å kunne håndtere ulykker og andre akutte situasjoner selv.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en ny bestemmelse om beordring og bistandsplikt i forslaget til ny tannhelsetjenestelov, tilsvarende bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1c og 2-1d.

Det vises til lovforslaget § 4-2 i kapittel 25.

20.10.3 Politiattest

20.10.3.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 3-1 pålegger fylkeskommunen en plikt til å innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20 a. Kravet til innhenting og fremleggelse av politiattest omfatter både personell ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat tannhelsevirksomhet som utføres etter avtale med fylkeskommunen. En likelydende bestemmelse om krav til politiattest er inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-17.

Bestemmelsen i helsepersonelloven § 20 a første ledd pålegger den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til barn å fremlegge politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 første ledd ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a syvende ledd, samt ved melding om åpning, overtakelse og inntreden i privat virksomhet etter § 18. Videre fremgår det av § 20 a andre ledd at den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til personer med utviklingshemming i tilfeller som nevnt i første ledd, skal fremlegge politiattest som viser om vedkommende er siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt for brudd på overtredelse av nærmere angitte bestemmelser i straffeloven.

Plikten til å fremlegge politiattest omfatter ikke den som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming, jf. tredje ledd. Politiattesten skal ikke være eldre enn tre måneder, jf. fjerde ledd.

Videre følger det av femte ledd at den som har vedtatt forelegg eller dømt for overtredelser av nærmere angitte bestemmelser i straffeloven, er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming.

Etter helsepersonelloven § 20 a sjette ledd fremgår det at den som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal fremlegge politiattest som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4. Det gjelder strengere regler for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det kreves blant annet politiattest for alle som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, ikke bare dem som yter tjenester til barn eller personer med utviklingshemning. Videre er oppregningen over straffebestemmelser som skal anmerkes på attesten, mer omfattende.

20.10.3.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet ser ingen grunn til å endre kravet til politiattest og foreslår å videreføre gjeldende rett om fylkeskommunens plikt til å innhente politiattest i forslaget til ny tannhelsetjenestelov.

Det vises til lovforslaget § 4-3 i kapittel 25.

Det vises også til forslaget til endring av helsepersonelloven § 20 a, jf. punkt 23.2.2. Henvisningen til gjeldende tannhelsetjenestelov § 4-2 første ledd om avtaleinngåelse med private, foreslås endret til en henvisning til § 2-3 tredje ledd i ny tannhelsetjenestelov.

20.10.4 Registrering av helsepersonells virksomhet

20.10.4.1 Gjeldende rett

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3b skal fylkeskommunen «motta og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten». Departementet kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til sentralt register.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3b har tilsvarende ordlyd som den tidligere kommunehelsetjenesteloven § 1-3b, som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7. Bestemmelsene må forstås på samme måte. Det vil si at registreringsplikten omfatter meldinger fra private tannpleiere og tannleger, uavhengig av om de har avtale med fylkeskommunen eller ikke.

Registreringsplikten i tannhelsetjenesteloven § 1-3b må ses i sammenheng med bestemmelsene i helsepersonelloven § 18 som pålegger helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet plikt til å gi kommune eller regionalt helseforetak melding når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av helsepersonelloven. Melding skal også gis ved opphør av slik virksomhet. Meldeplikten er ment å være et hjelpemiddel i myndighetenes planlegging og organisering av helsetjenestene, slik at myndighetene på den måten vil kunne få oversikt over helsepersonelldekningen på landsbasis med muligheter for eventuelt å iverksette styringstiltak. Bestemmelsen gjør det også mulig å ha oversikt over helsepersonell i en beredskapssituasjon. Politiattest som nevnt i helsepersonelloven § 20 a skal følge meldingen.

Rekkevidden av helsepersonelloven § 18 første ledd er nærmere belyst i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)* side 225, hvor det fremgår av spesialmerknadene at bestemmelsen omfatter offentlig ansatte og privatpraktiserende eller privat ansatt helsepersonell når disse påtar seg arbeid som helsepersonell i privat virksomhet. Videre uttales det i forarbeidene om bestemmelsen at «den er for eksempel aktuell når en fysioterapeut, kiropraktor eller tannlege starter selvstendig virksomhet i en kommune». Hverken tannleger eller kiropraktorer har vanligvis avtale med kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak mv. om ytelse av helsetjenester. Det legges derfor til grunn at meldeplikten etter helsepersonelloven § 18 også omfatter helsepersonell som driver privat praksis uten slik avtale.

Helsepersonelloven § 18 pålegger helsepersonell meldeplikt til kommune og regionalt helseforetak, men ikke til fylkeskommunen. Opprinnelig omfattet bestemmelsen melding til kommuner og fylkeskommuner. Som følge av sykehusreformen i 2002, hvor ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene, ble bestemmelsen endret. Av de spesielle merknadene til § 18 i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* punkt 8.15, fremgår det at bestemmelsen i § 18 første ledd første punktum er endret slik at helsepersonells melding skal gis til kommune/fylkeskommune eller regionalt helseforetak. Dette gjenspeiles imidlertid ikke i lovteksten, hvor ordet «fylkeskommune» ble tatt ut og erstattet med «regionalt helseforetak». En utilsiktet konsekvens av lovendringen var at tannhelsepersonells meldeplikt til fylkeskommunen falt bort med virkning fra 1. januar 2002.

20.10.4.2 Departementets vurdering og forslag

Fylkeskommunens registreringsplikt må særlig ses i sammenheng med fylkeskommunens plikt til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen i fylket, se punkt 4.1.4 og 20.8.2 i høringsnotatet. Som ledd i dette har fylkeskommunen behov for å ha oversikt over personell i privat tannhelsetjeneste. Departementet er klar over at fylkeskommunene i dag ikke har et fungerende system for mottak av slike meldinger, men mener at det er viktig å få på plass. Oversikt over virksomhet som er omfattet av tannhelsetjenesteloven vil gi et bedre grunnlag for planlegging av fylkeskommunens tannhelsetjeneste. Det vil også gi et bedre grunnlag for å planlegge beredskap, jf. punkt 20.10.1 om plikt til å utarbeide beredskapsplan.

Departementet foreslår derfor at registreringsplikten videreføres i ny tannhelsetjenestelov, men med noe endret ordlyd for å tydeliggjøre at registreringsplikten, i likhet med meldeplikten etter helsepersonelloven § 18, gjelder privat helsepersonell som yter tannhelsetjenester i fylket.

Samtidig foreslår departementet at helsepersonelloven § 18 endres slik at privat helsepersonells meldeplikt til fylkeskommunen innføres igjen slik det var før 2002.

Det vises til § 4-4 i lovforslaget i kapittel 25 og § 18 i lovforslaget i punkt 26.4.

20.10.5 Opplysningsplikt til fylkeskommunen

20.10.5.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 1-5 gir fylkeskommunen adgang til å pålegge «helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov» å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum skal skje etter samtykke fra den som opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Pålegg etter bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Bestemmelsen gjør det blant annet mulig for fylkeskommunen å innhente opplysninger som er nødvendige for å utarbeide oversikt over tilgjengeligheten av tannhelsetjenester til

befolkningen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1, og for å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, jf. § 1-3 første ledd.

Bestemmelsen må forstås slik at den ikke bare omfatter fylkeskommunens egne ansatte tannhelsepersonell, men også private tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen. Det vises til at bestemmelsen er identisk med den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 3-4, som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8.

20.10.5.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener at bestemmelsen om meldingsplikt til fylkesadministrasjonen bør videreføres i ny tannhelsetjenestelov. Bestemmelsen skal bidra til å ivareta fylkeskommunens behov for innsamling og bearbeiding av informasjon om tannhelsetjenester til bruk for blant annet styring av tannhelsetjenesten. Dette kan dreie seg om informasjon om blant annet kapasitet, åpningstid, muligheter til å delta i organisert akuttjeneste og relevante opplysninger om tannhelsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylkeskommunen i samsvar med folkehelseloven § 21 første ledd. Bestemmelsen gjør det mulig for fylkeskommunen å innhente opplysninger både fra eget ansatt tannhelsepersonell og fra private tjenesteytere med avtale med fylkeskommunen.

Departementet foreslår å endre overskriften på bestemmelsen fra «Meldingsplikt til fylkesadministrasjonen» til «Opplysningsplikt til fylkeskommunen», da bestemmelsen gir fylkeskommunen adgang til å pålegge virksomhetene å gi opplysninger. I tillegg ønsker departementet å unngå sammenblanding med bestemmelsen om «Registrering av tannhelsepersonell», jf. punkt 20.10.5 i dette høringsnotatet, da bestemmelsene dreier seg om ulike typer meldinger og opplysninger.

Forslaget er en videreføring av gjeldende rett.

Det vises til § 4-5 i lovforslaget i kapittel 25.

20.10.6 Pasienters innflytelse

20.10.6.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om pasienters innflytelse. Slike bestemmelser finnes imidlertid i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 og helseforetaksloven § 35 for henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 første ledd har kommunen en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Etter andre ledd plikter kommunene å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Bestemmelsene skal sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters

og brukeres erfaringer og synspunkter. Hvilke systemer som er mest hensiktsmessige vil kunne variere mellom kommuner og mellom ulike virksomheter.

Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 tredje ledd at helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Denne bestemmelsen viderefører den tidligere sosialtjenesteloven § 3-3, som sa at sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten. Bestemmelsen sier ikke noe mer konkret om hva det skal samarbeides om. I praksis vil det ofte være aktuelt å samarbeide om forebyggende tiltak eller grupperettede tiltak, men også når det gjelder tiltak for enkeltpersoner kan det være aktuelt med slik samarbeid. Hvordan samarbeidet skal skje må avklares av den enkelte kommune.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 fjerde ledd presiseres det at for kommuner innenfor forvaltningsområdet for samiske språk, vil det i tillegg til det som følger av bestemmelsens første og andre ledd, gjelde en særlig plikt til å sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utformingen av tjenesten. Bestemmelsen tar sikte på å ivareta samiske hensyn i møtet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten utover rene språkhensyn, som for eksempel ved kulturelle forskjeller. I § 3-10 fjerde ledd andre punktum er det tatt inn en henvisning til sameloven § 3-5 om den enkeltes utvidede rett til bruk av samisk språk i helse- og omsorgsinstitusjoner.

Etter helseforetaksloven § 35 første ledd har de regionale helseforetakene plikt til å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av årlig plan for virksomheten. Etter andre ledd plikter de regionale helseforetakene å sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Etter tredje ledd plikter de regionale helseforetakene å sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven §§ 3-1 bokstav b og 3-5.

Den samiske befolkning har som urfolk rettigheter i henhold til nasjonale lover og internasjonale konvensjoner, herunder Grunnloven § 110 a og sameloven, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 27 og ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater.

Den ovennevnte ILO-konvensjonen har bestemmelser som særskilt gjelder urfolks helse. I artikkel 7 punkt 2 og 3 fremgår det at forbedring av urfolks helse skal skje med deltakelse av og i samarbeid med aktuelle urfolk. Etter konvensjonens artikkel 25 skal regjeringene i de stater som har sluttet seg til konvensjonen «sikre at tilfredsstillende helsetjenester blir gjort tilgjengelige».

I sameloven § 3-5 første ledd er det gitt en egen bestemmelse om utvidet rett til bruk av samiske språk i helse- og omsorgsinstitusjoner. Det følger av bestemmelsen at «den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor offentlige helse- og

omsorgsinstitusjoner og barnevernsinstitusjoner i språkutviklingskommuner og i språkvitaliseringskommuner, har rett til å bli betjent på samisk.» Hvilke kommuner som er språkutviklingsutviklingskommuner og språkvitaliseringskommuner fremgår av forskrift 17. juni 2005 nr. 657 om forvaltningsområdet for samiske språk § 1, som per 1. juli 2026 fastslår at Karasjok, Kautokeino, Nesseby og Tana er språkutviklingskommuner, mens Porsanger, Kåfjord, Lavangen, Tjeldsund, Hattfjelldal, Hamarøy, Røyrvik, Røros og Snåsa er språkvitaliseringskommuner.

Retten til utvidet bruk av samisk språk gjelder ikke overfor landsomfattende offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner og barnevernsinstitusjoner, med mindre det følger av forskrift fastsatt av Kongen, jf. sameloven § 3-5 andre ledd.

På helseområdet følger det også av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjon til pasienter «skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». I forarbeidene til pasientrettighetsloven, Ot.prp. nr. 12 (1998-99), heter det blant annet (punkt 5.6.2.9 flg.):

> «I NOU 1995:6 *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge* er det uttalt at det er en forutsetning for å oppnå likeverdige tilbud for samiske pasienter at de blir forstått av helsepersonell på sitt eget morsmål og ut fra sin kulturelle bakgrunn. Retten til informasjon tilpasset den enkelte pasients individuelle behov tilsier at det bør skaffes tolk eller pasienten bør bli betjent av samisktalende helsepersonell når dette er nødvendig for at pasienten skal gis informasjon som tilfredsstiller kravene i lovutkastet.»

20.10.6.2 Departementets vurdering og forslag

Pasienters og brukeres kunnskap om helse- og omsorgstjenesten er sentralt for å skape en helhetlig tjeneste, og pasient- og brukerinnflytelse er viktig for pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid og for å sikre at helse- og omsorgstjenesten på forsvarlig måte tilbyr det den enkelte pasient eller bruker har rett til. Etter departementets vurdering er det nødvendig at alle fylkeskommuner i likhet med kommunene og de regionale helseforetakene, har en systematisk tilnærming til hvordan pasienter og brukere involveres i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

På denne bakgrunn foreslår departementet det i ny tannhelsetjenestelov inntas egne bestemmelser om pasienters innflytelse, lignende bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10. Det foreslås at fylkeskommunene gis plikt til å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av fylkeskommunens tannhelsetjeneste. Det foreslås også at fylkeskommunene plikter å sørge for at alle virksomheter som yter tannhelsetjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Lovforslaget regulerer ikke hvordan og på hvilket nivå det skal etableres systemer for denne type pasientinnflytelse. Hvilke systemer som er mest hensiktsmessige vil kunne variere mellom fylkeskommuner og mellom ulike virksomheter.

Det vises til § 4-6 første og andre ledd i lovforslaget i kapittel 25.

Etter departementets syn er det imidlertid ikke hensiktsmessig å innta en bestemmelse tilsvarende helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 tredje ledd om tannhelsetjenestens tilrettelegging av samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige

organisasjoner, da bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven er en videreføring av den tidligere sosialtjenesteloven. Det finnes ikke frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som tannhelsetjenesten.

Departementet foreslår videre at det inntas en plikt for fylkeskommuner til å ivareta samiske hensyn ved utformingen av tjenestetilbudet i tannhelsetjenesten, på samme måte som kommuner har når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester.

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven la departementet til grunn at det allerede finnes relevant regelverk som bidrar til å sikre ivaretakelse av samiske hensyn og rettigheter. Departementet mente likevel at det kunne være hensiktsmessig med en lovfesting i helse- og omsorgstjenesteloven for å sikre ivaretakelse av samiske hensyn. Det ble blant annet pekt på at et godt tjenestetilbud tar utgangspunkt i den enkelte pasients eller brukers behov, og at for samiske pasienter og brukere innebærer et godt tjenestetilbud en erkjennelse av at samiske pasienter og brukere har en annen språklig og kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 9.14.3 side 85.

Departementet mener at hensynet til samers språklige og kulturelle bakgrunn også bør tillegges vekt ved utformingen av fylkeskommunens tannhelsetjenestetilbud og synliggjøres i ny tannhelsetjenestelov. En plikt for fylkeskommunen til å ivareta samiske hensyn vil være avgrenset til fylkeskommuner som hører innunder forvaltningsområdet for samisk språk, jf. sameloven § 3-1 bokstav a og tilhørende forskrift om forvaltningsområdet for samiske språk § 1. Det betyr i praksis at plikten til å ivareta samiske hensyn ved utforming av tjenestetilbudet etter tannhelsetjenesteloven vil gjelde for Troms fylkeskommune, Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune og Trøndelag fylkeskommune. Dette vil komme i tillegg til retten som enkeltindivider har etter sameloven § 3-5 til å bli betjent på samisk i offentlige helseinstitusjoner i bestemte kommuner (språkutviklingskommuner og språkvitaliseringskommuner) angitt i forskriften.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at fylkeskommuner som omfattes av forvaltningsområdet for samisk språk, bør pålegges en plikt til å ivareta samiske hensyn ved utformingen av tjenestetilbudet, på samme måte som kommuner har når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved utforming av tjenestene må det etterspørres om valgte strategier og løsninger også gir et godt tilbud til samiske pasienter og brukere, eller om det er nødvendig med særskilte grep for å gi et godt tjenestetilbud.

Departementet foreslår også å ta inn en henvisning til sameloven § 3-5 om utvidet rett til bruk av samisk i helse- og omsorgsinstitusjoner i spesifikke kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk. Departementet presiserer at forslaget ikke innebærer at det gis nye individuelle rettigheter utover de særskilte språkrettigheter som allerede fremgår av sameloven i dag.

Det vises til § 4-6 tredje ledd i lovforslaget i kapittel 25.

20.10.7 Veiledningsplikt overfor den øvrige helse- og omsorgstjenesten

20.10.7.1 Gjeldende rett

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gjensidig veiledningsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11. Veiledningsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 gjelder personell som er ansatt i kommunen, men også private tjenesteytere som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven på vegne av kommunen, jf. § 3-1 femte ledd. Dette gjelder for eksempel privatpraktiserende fastleger og fysioterapeuter. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med den generelle veiledningsplikt for ansatte i offentlig virksomhet som følger av forvaltningsloven § 11. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 gjelder veiledningsplikten for helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet.

Bestemmelsene gir ingen veiledningsplikt overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og tannhelsetjenesteloven har heller ingen bestemmelse om tannhelsepersonells veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

20.10.7.2 Departementets vurdering og forslag

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har siden 2002 hatt en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. I Meld. St. 26 (2014–2015) *Primærhelsetjenestemeldingen* understreket regjeringen at veiledning og kompetansedeling bidrar til bedre samhandling og kompetansebygging mellom de ulike tjenestenivåene. I Prop. 71 L (2016-2017) foreslo departementet en veiledningsplikt for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor spesialisthelsetjenesten. Dette ble innført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11.

Siden departementet i Prop. 71 L (2016-2017) foreslo å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene, la departementet til grunn at veiledningsplikten automatisk ville bli utvidet til å omfatte det som skulle bli kommunale tannhelsetjenester, jf. Prop. 71 L (2016-2017) punkt 4.5. Om behovet for gjensidig veiledningsplikt mellom forvaltningsnivåene når det gjelder tannhelsetjenester, skrev departementet følgende:

> «Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har ikke en tilsvarende veiledningsplikt overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Når ansvaret for tannhelsetjenester overføres til kommunen, vil spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt automatisk bli utvidet til å omfatte kommunale tannhelsetjenester. Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester ligger samlet på ett forvaltningsnivå i dag, og vil fortsatt gjøre det med overføringen av tannhelsetjenester til kommunene. Det er dermed trolig ikke samme behov for gjensidig veiledning mellom forvaltningsnivåene når det gjelder tannhelsetjenester. Det kan imidlertid være tilfeller der det er behov for rådgivning, veiledning og opplysninger fra spesialisthelsetjenesten som er nødvendige for at kommunen skal kunne oppfylle sitt lovpålagte ansvar for tannhelsetjenester. Det vises til at pasienter som er innlagt i helseinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten, vil ha rettigheter til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra kommunen under oppholdet, på samme måte som de har overfor fylkeskommunen i

dag. En pasient kan for eksempel være under medisinsk behandling for en tilstand som påvirker tannhelsen, og behovet for tannbehandling under oppholdet. Med innføring av en tilsvarende veiledningsplikt for kommunen vil det også bli tydeliggjort at helsepersonell i kommunen må gi råd og veiledning til spesialisthelsetjenesten om tannhelse knyttet til medisinsk behandling av innlagte pasienter. Dette kan for eksempel dreie seg om råd for å ivareta munnhygiene, opplysninger om igangsatt tannbehandling, samt veiledning om risiko for mulige komplikasjoner i munn, kjeve og tenner i forbindelse med legemiddelbruk ved medisinsk behandling mv. Det vil si veiledning som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne utføre sine oppgaver.»

På bakgrunn av dette legger departementet til grunn at tannhelsepersonell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten bør ha veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at veiledningsplikten til personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten bør utvides til å omfatte også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

I likhet med veiledningsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11, vil veiledningsplikten til tannhelsepersonell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inkludere råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med helsemessige forhold menes ethvert tiltak som angår pasientens eller brukerens fysiske og psykiske helse. Avgrensningen til «helsemessige forhold» utelukker ikke andre opplysninger som er nødvendige for å ivareta pasientens behov. Uttrykket «helsemessige forhold» skal tolkes vidt slik at for eksempel opplysninger om sosiale forhold som anses som viktige for å sikre forsvarlig oppfølging ved inn- og utskriving fra spesialisthelsetjenesten vil være omfattet av bestemmelsen. Det ligger likevel en avgrensning i uttrykket slik at omfanget av veiledningsplikten vil være begrenset til den informasjonen som er nødvendig for at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver. Hva som er nødvendig må vurderes i sammenheng med blant annet plikten til å yte forsvarlige helsetjenester. Forhold som den øvrige helse- og omsorgstjenesten er like nær eller nærmere til å orientere seg om, vil ikke utløse veiledningsplikt for tannhelsepersonellet.

I prinsippet omfattes både veiledning som tannhelsepersonell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gir av eget tiltak og veiledning etter anmodning fra spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten påhviler det enkelte tannhelsepersonellet, og gjelder fortrinnsvis veiledning vedrørende enkeltpasienter som den øvrige helse- og omsorgstjenesten har eller overtar ansvar for. Veiledningsplikten vil imidlertid etter en konkret vurdering også kunne omfatte veiledning for pasient- eller brukergrupper dersom det anses som påkrevd for at de andre nivåene i helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver. Som eksempel kan det være behov for generell veiledning om helsemessige forhold innen områder med overlappende grenseflater mellom tjenestenivåene. Det må vurderes konkret hvem som trenger veiledning. Kontaktlege kan for eksempel ha behov for en slik

veiledning for å kunne ivareta sin medisinskfaglige koordineringsrolle, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a.

Det vises til § 4-7 i lovforslaget i kapittel 25.

Departementet foreslår også endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 for å utvide veiledningsplikten her til å omfatte veiledning overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. På denne måten blir det gjensidig veiledningsplikt mellom alle tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Det vises til § 6-3 i lovforslaget i punkt 26.2 og § 5-11 i lovforslaget i punkt 26.3.

20.11 Yrkesrettet praksis, utdanning og forskning

20.11.1 Undervisning og yrkesrettet praksis

20.11.1.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunens ansvar for undervisning og praktisk opplæring er nedfelt i tannhelsetjenesteloven § 6-1 første ledd, hvor det fremgår at enhver fylkeskommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Bestemmelsen er likelydende med bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 første ledd.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 første ledd pålegger enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Med hjemmel i § 8-1 andre ledd er det gitt forskrifter som blant annet regulerer turnustjeneste for fysioterapeuter, veiledet tjeneste for allmennleger og spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.

Verken betegnelsen «tannhelsepersonell» i tannhelsetjenesteloven § 6-1 eller «helsepersonell» etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 er forbeholdt personell som er ferdig utdannet og autorisert. Bestemmelsene kan også omfatte elever og studenter som er under utdanning og som i forbindelse med helsefaglig undervisning, opplæring og praksis utfører handlinger som kan regnes som helsehjelp, jf. definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 3. Bestemmelsene omfatter således både personer som mottar praksisundervisning som del av utdanningen, samt yrkesaktivt personell.

De regionale helseforetakenes ansvar for deltakelse i undervisning og opplæring er beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-5, hvor det fremgår at de regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 2 at utdanning av helsepersonell er en av sykehusenes hovedoppgaver.

Både kommunens og fylkeskommunens plikter når det gjelder undervisning og praktisk opplæring, er altså begrenset til et medvirkningsansvar. Dette til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, hvor undervisning og opplæring er en særlig oppgave som

sykehusene skal ivareta. Finansieringen av denne oppgaven inngår i de ordinære finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten.

20.11.1.2 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering er det viktig at bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven som i dag pålegger fylkeskommunene å medvirke til undervisning og praktisk opplæring (yrkesrettet praksis) av tannhelsepersonell videreføres i ny lov, da dette bidrar til å sikre blant annet praksisplasser for studenter i den offentlige tannhelsetjenesten. Medvirkningsansvaret innebærer også at fylkeskommunen skal bidra til at universitetsklinikkene og andre undervisningsklinikker har tilstrekkelig pasientgrunnlag, også ved en utvidelse av fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til en større del av befolkningen på sikt.

Spørsmålet er om dette ansvaret bør utvides til å bli et sørge-for-ansvar, eventuelt ved å innta et sørge-for-ansvar for praksisplasser i utdanningen.

I forbindelse med høringen av forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven i 2011, mente flere høringsinstanser at *kommunens* ansvar for undervisning og praktisk opplæring måtte tydeliggjøres i større grad, blant annet ved at kommunene burde bli pålagt et tilsvarende sørge-for-ansvar som spesialisthelsetjenesten, og ikke bare et medvirkningsansvar. I lovforarbeidene ble dette drøftet nærmere, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 22.6 side 280. Etter departementets vurdering var et slikt ansvar ikke hensiktsmessig, blant annet grunnet ulike ansvarsforhold. Det ble også pekt på at det var behov for nærmere vurderinger av hvilke konsekvenser en slik endring ville medføre for kommunene.

Videre fikk Helsedirektoratet i 2019 i oppdrag å utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av en eventuell utvidelse av dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning til et kommunalt sørge-for-ansvar for praksisutdanning. Tannhelseutvalget mener det er behov for en tilsvarende utredning knyttet til tannhelseutdanningene i Norge. Tannhelseutvalget foreslår videre å lovregulere et sørge-for-ansvar for praksis i utdanningene for tannhelsetjenesten, jf. NOU 2024:18 punkt 13.3.3. Departementet har vurdert dette, men mener at det per nå er behov for mer utredning. Etter departementets syn vil en innføring av et fylkeskommunalt sørge-for-ansvar for praksis i tannhelseutdanningene nå medføre for stor uforutsigbarhet for fylkeskommunene.

Departementet foreslår derfor å videreføre fylkeskommunens medvirkningsansvar for undervisning og praktisk opplæring som i dag. Samtidig mener departementet at dersom fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester gradvis utvides, vil det på et tidspunkt være naturlig å vurdere om fylkeskommunens ansvar skal løftes fra et medvirkningsansvar til et sørge-for-ansvar. Når fylkeskommunen har et helhetlig ansvar for tannhelsetjenesten til en større andel av befolkningen, vil den fylkeskommunale tjenesten være helt avgjørende både som eget praksissted, som «leverandør» av pasienter til grunnutdanningene og som bestiller av fremtidig spesialistkompetanse.

Videre foreslår departementet en endring i ordlyden ved at dagens formulering «praktisk opplæring» erstattes av formuleringen «yrkesrettet praksis». Dette innebærer kun en

presisering for å skille denne opplæringen fra opplæring i en konkret arbeidssituasjon for ferdig utdannet personell, jf. nærmere omtale under punkt 20.11.2 nedenfor om opplæring, videre- og etterutdanning. Bestemmelsen omfatter undervisning og opplæring av så vel studenter og elever som yrkesaktivt personell. Forslaget til ny bestemmelse om fylkeskommunens medvirkningsansvar for undervisning og yrkesrettet praksis av tannhelsepersonell og annet helsepersonell vil, i likhet med dagens lovbestemmelser, gjelde uansett hvor man er i utdanningsløpet, det vil si både før og etter autorisasjon som helsepersonell.

For å sikre at fylkeskommunen også medvirker til undervisning og yrkesrettet praksis av annet helsepersonell enn tannhelsepersonell, foreslås det å eksplisitt lovfeste dette i ny tannhelsetjenestelov. Departementet viser til at kommunene og de regionale helseforetakene allerede har plikt til å medvirke til undervisning og yrkesrettet praksis for helsepersonell, jf. omtalen under gjeldende rett. Videre bidrar fylkeskommunalt tannhelsepersonell i dag i undervisning om tann- og munnhelse og ivaretakelse av god tann- og munnhygiene for personell ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.. Departementet er derfor av den oppfatning at forslaget delvis innebærer en lovfesting av det som anses som gjeldende praksis. Fylkeskommunens plikt til å medvirke til undervisning og yrkesrettet praksis vil være begrenset til det som omhandler oral helse og skal ikke gå inn i det som er kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar. Samtidig ser departementet at gjeldende praksis kan være ulik mellom fylkeskommunene, og at det kan variere i hvilken grad en slik plikt til medvirkning vil kunne medføre merarbeid. Departementet ber derfor særlig om fylkeskommunes synspunkter på forslaget.

Departementet har videre vurdert om det er behov for å lovfeste en plikt til å inngå avtale om praksis mellom fylkeskommune og utdanningsinstitusjon, eventuelt kommune eller andre. Dagens praksisordning for studenter i fylkeskommunale tannklinikker er basert på avtaler mellom utdanningsinstitusjoner og fylkeskommunene. Departementet anser det ikke som nødvendig å lovfeste krav til slik avtaler, men vil understreke betydningen av at medvirkningsansvaret oppfylles. Det er svært viktig at fylkeskommunene samarbeider med universitets- og høyskolesektoren, samt videregående skoler som utdanner tannhelsesekretærer, og medvirker til at det er tilstrekkelig praksisplasser for yrkesrettet praksis for studentene. Det er også viktig at fylkeskommunen medvirker til at det er tilstrekkelig pasientgrunnlag på undervisningsklinikkene ved lærestedene.

I tillegg foreslår departementet å innta en hjemmel til å gi forskrift om fylkeskommunens medvirkning til undervisning og yrkesrettet praksis. Det er i dag i tannhelsetjenesteloven § 6-5 gitt en generell hjemmel til at departementet kan gi nærmere forskrifter til utfylling og gjennomføring av tannhelsetjenesteloven. Denne generelle hjemmelen foreslås ikke videreført. For å opprettholde muligheten til eventuelt å tydeliggjøre og presisere fylkeskommunens ansvar for medvirkning til undervisning og yrkesrettet praksis, anser departementet det som hensiktsmessig å videreføre en hjemmel for departementet til dette.

Det vises til lovforslaget § 5-1 i kapittel 25.

20.11.2 Opplæring, videre- og etterutdanning

20.11.2.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 6-1 andre ledd slår fast at fylkeskommunen skal sørge for at dens ansatte tannhelsepersonell får påkrevd videre- og etterutdanning. I merknadene til § 6-1 i forarbeidene til tannhelsetjenesteloven, fremgår det at fylkeskommunens plikt er begrenset til egne ansatte, men at den også bør legge til rette for at tannhelsepersonell i privat virksomhet får anledning til undervisning mv. Tannhelsepersonell innen Den offentlige tannhelsetjenesten plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir forskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like, jf. tannhelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd. Ut fra hva som ligger i begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd, innebærer dette at bestemmelsen i § 6-1 tredje ledd omfatter både ansatt tannhelsepersonell og privat tannhelsepersonell som har avtale med fylkeskommunen.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven § 1-3a planlegge, organisere og tilrettelegge for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Dette innebærer blant annet at fylkeskommunen skal legge til rette for at helsepersonell som yter tjenester etter loven oppfyller krav om forsvarlig yrkesutøvelse etter bestemmelser i helsepersonelloven (§ 4). I tillegg sier helsepersonelloven at virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (§ 16). Bestemmelsene må forstås slik at fylkeskommunen skal vurdere behovet for, og tilrettelegge for opplæring, videre- og etterutdanning for alle som utfører tjenester etter tannhelsetjenesteloven, så vel egne ansatte som private med avtale. Dette vil være med på å sikre kvaliteten på de tjenestene som skal tilbys etter loven, uavhengig av hvem som utfører tjenesten.

Lovbestemmelsen stiller ikke krav til at fylkeskommunen selv skal organisere videre- og etterutdanningstilbud.

Kommunen har ansvar for etter- og videreutdanning for sine ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Det følger av § 8-2 første ledd at kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning. Videre har kommunen plikt til å medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning, jf. § 8-2 andre ledd. Av § 8-2 tredje ledd følger at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 at virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis «slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning» som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Med opplæring menes her opplæring i en konkret arbeidssituasjon for ferdig utdannet personell, i motsetning til yrkesrettet praksis (tidligere kalt praktisk opplæring) under utdanning. Det vil si opplæring som er påkrevd for at den enkelte skal

kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Etter departementets vurdering er dette relevant blant annet for nyansatte, ved endringer i oppgaver eller ved bruk av nytt teknisk utstyr mv.

20.11.2.2 Departementets vurdering og forslag

Både kommunene, fylkeskommunene og helseforetak har et lovfestet ansvar for å sørge for at egne ansatte får nødvendig videre- og etterutdanning. I tillegg har kommunene etter helse- og omsorgstjenesteloven en uttrykkelig plikt til å medvirke til at også private tjenesteytere som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Departementet mener at tannhelsetjenesteloven bør oppstille tilsvarende plikt for fylkeskommunen til å medvirke til at private ytere av tannhelsetjenester som har avtale med fylkeskommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Forslaget innebærer en utvidelse av fylkeskommunens plikter sammenlignet med det fylkeskommunen er pålagt etter gjeldende rett. Departementet viser imidlertid til at privat tannhelsepersonell med avtale med fylkeskommunen plikter å ta del i videre- og etterutdanning i dag, jf. tannhelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd. Etter departementets vurdering bør personellets plikt til deltakelse speiles i en plikt for fylkeskommunen til å legge til rette for slik deltakelse. Dette må også ses i sammenheng med fylkeskommunens plikter blant annet etter helsepersonelloven § 16 til å organisere virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Medvirkningsplikten er ikke ment å gå lenger enn til å medvirke til at helsepersonell som er knyttet til fylkeskommunen ved avtale, får adgang til å søke nødvendig videre- og etterutdanning. En slik medvirkning fra fylkeskommunens side vil kunne bestå i bistand til vikarordning og lignende ved blant annet kursopphold. Det forutsettes således ikke kostnadsdekning. Ved avtaleinngåelse med private som skal utføre tjeneste eller arbeid etter tannhelsetjenesteloven, kan også fylkeskommunen stille som krav at personellet til enhver tid innehar den kompetanse som anses nødvendig for å utøve forsvarlig virksomhet, samt regulere hvordan eksempelvis fravær og vikar i forbindelse med kurs skal løses.

Departementet mener at en slik plikt for fylkeskommunen vil være viktig med tanke på at en fremtidig utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester antagelig vil medføre at fylkeskommunen må inngå flere avtaler med private tilbydere av tannhelsetjenester framover, og medvirkning til etter- og videreutdanning vil bidra til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten.

Departementet foreslår også at ordlyden i bestemmelsen utvides til å også omfatte «opplæring» i tillegg til videre- og etterutdanning, i likhet med ordlyden i tilsvarende bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-10. Med opplæring menes her opplæring i en konkret arbeidssituasjon for ferdig utdannet personell. Det vil si opplæring som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Etter departementets vurdering er dette relevant blant annet for nyansatte, ved endringer i oppgaver eller ved bruk av nytt teknisk utstyr mv. Dette er kun en presisering av gjeldende rett som foreslås av pedagogiske grunner, da påkrevd opplæring allerede er en forutsetning for å yte forsvarlige tjenester. Virksomheter som yter helsehjelp, skal etter helsepersonelloven § 16

organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det vises også til fylkeskommunens plikt etter tannhelsetjenesteloven § 1-3a til å planlegge, organisere og tilrettelegge for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, som videreføres i ny lov, jf. omtalen i punkt 20.8.5.

I tillegg foreslår departementet å innta en hjemmel for departementet til å gi forskrift om fylkeskommunens medvirkning til opplæring, etter- og videreutdanning. Det er i dag i tannhelsetjenesteloven § 6-5 gitt en generell hjemmel til at departementet kan gi nærmere forskrifter til utfylling og gjennomføring av tannhelsetjenesteloven. Denne generelle hjemmelen foreslås ikke videreført i ny lov. For å opprettholde muligheten til eventuelt å tydeliggjøre og presisere fylkeskommunens ansvar for opplæring, etter- og videreutdanning, anser departementet det som hensiktsmessig å videreføre en hjemmel for til å gi forskrift om dette.

Det vises til lovforslaget § 5-2 i kapittel 25.

20.11.3 Forskning

20.11.3.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som pålegger fylkeskommunen et ansvar for forskning.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir imidlertid kommunen plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. § 8-3. For å oppfylle plikten til å medvirke til forskning må kommunen utvise en aktivitet, men den stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Et medvirkningsansvar krever ikke at kommunen selv skal initiere eller finansiere forskning. Eksempler på hvordan medvirkning til forskning kan foregå, kan være tilgjengeliggjøring av data innhentet fra tjenesten til forskningsprosjekter, å synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov for forskningsinstitusjonene, eller å ha oversikt over forskningsaktiviteten i egen kommune.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 3 at forskning er en av sykehusenes hovedoppgaver. Videre følger det av helseforetakslovens formålsbestemmelse at tilrettelegging for forskning og undervisning er blant helseforetakenes formål. Etter helseforetaksloven § 2 følger det at det bare er virksomheter som yter eller legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, som kan etableres som regionale helseforetak. Virksomheten må yte spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning eller tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, for å kunne etableres som helseforetak. Etter helseforetaksloven §§ 10 og 11 er et av minstekravene til vedtektene til regionale helseforetak og helseforetak at de angir forskningspolitiske målsettinger.

20.11.3.2 Departementets vurdering og forslag

Det vises til omtale av forskning i tannhelsetjenesten i kapittel 10.

Det er en pågående forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017–2027). Bakgrunnen var en kartlegging som viste liten vekst innenfor fagfeltet, sammenlignet med andre helsefag og medisin. Tjenesteforskning har de senere årene blitt styrket blant annet gjennom oppbygging av tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre (ROK). Det er imidlertid behov for fortsatt økning av tjenesteforskningen innenfor oralhelsefeltet.

Departementet mener at det er viktig å legge til rette for kunnskapsbasert utvikling av helsetjenestene, og mer forskning i og med de områdene som er relevante for tannhelsetjenesten. Det er viktig at forskningsmiljøene tar helsetjenestene med i en tidlig fase når prosjekter etableres. Helsetjenestene bør også oftere være deltakende aktører i forskningssystemet.

Departementet publiserte i mars 2026 Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning 2026–2036. Regjeringens visjon er at klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling og at Norge skal være blant de mest attraktive land i Europa for gjennomføring av industristudier. For å klargjøre helsetjenestens ansvar for forskning og bidra til å gjennomføre klinisk forskning som en integrert del av tjenesteutøvelsen, er det blant annet satt som tiltak at det i løpet av planperioden skal utredes om den offentlige tannhelsetjenesten skal ha et lovpålagt ansvar for forskning. Dette skal også sikre kunnskap om effekt og sikkerhet av helsehjelpen som ytes i den offentlige tannhelsetjenesten.

Også Tannhelseutvalget mener det er behov for å vurdere hvilke ansvar tannhelsetjenestene bør ha for forskning, og har i sin utredning foreslått at sørge-for-nivået for tannhelsetjenester får et medvirkningsansvar for forskning på lik linje som det kommunene har for forskning innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. NOU 2024: 18 punkt 12.5.2 og 13.3.3.

Departementet er enig i at fylkeskommunene bør få et medvirkningsansvar for forskning på tannhelsefeltet på lik linje som det kommunene har for forskning innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og foreslår nå å lovfeste dette i ny tannhelsetjenestelov. Departementet viser til at det allerede er etablert kompetansesentre som driver forskning og tjenesteutvikling, og at forskningsaktiviteten ved sentrene er bygget opp gjennom flere år. Sentrene har allerede forskningsmiljøer som driver praksisnær forskning innenfor tannhelsefeltet.

Hensikten med et medvirkningsansvar er at tannhelsetjenesten holder seg oppdatert om utvikling av diagnostikk- og behandlingstilbud, og vurderer nytte og skade av ulike behandlingstilbud. Departementet legger til grunn at det vil være opp til fylkeskommunene hvordan de, i samarbeid med de odontologiske lærestedene og andre aktører i tannhelsetjenesten og helsetjenesten for øvrig, vil utføre sitt medvirkningsansvar. For å oppfylle plikten til å medvirke til forskning må fylkeskommunen utvise en aktivitet, men den stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Se også punkt 19.5 for nærmere omtale av veien videre for de regionale odontologiske kompetansesentrene. Videre mener departementet at dersom fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester gradvis utvides til en større andel av befolkningen, vil det på et tidspunkt være naturlig å vurdere om fylkeskommunens ansvar skal løftes fra et

medvirkningsansvar til et sørge-for-ansvar. Etter departementets syn bør dette imidlertid utredes noe mer.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovfeste en plikt for fylkeskommunene til å medvirke til og legge til rette for forskning på tannhelsetjenester.

Det vises til lovforslaget § 5-3 i kapittel 25.

20.12 Finansiering og egenbetaling

20.12.1 Fylkeskommunens ansvar for nødvendige bevilgninger

20.12.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 5-1 første ledd pålegger fylkeskommunen å dekke utgifter ved Den offentlige tannhelsetjenesten. Begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» er i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd avgrenset til å omfatte tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i loven § 1-3, enten av fylkeskommunens ansatte tannleger eller av private tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen.

20.12.1.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at fylkeskommunen fortsatt skal dekke utgifter i forbindelse med ytelse av tannhelsetjenester som den har ansvar for etter ny tannhelsetjenestelov. Gjeldende bestemmelse om fylkeskommunens ansvar for utgifter foreslås derfor videreført, men med en noe annen ordlyd etter mønster av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd.

Det vises til lovforslaget § 6-1 første ledd i kapittel 25.

20.12.2 Dekning av utgifter til tannhelsehjelp utført av private

20.12.2.1 Gjeldende rett

Av tannhelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd går det frem at pasientens utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, helt eller delvis skal dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger. Etter tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd er det en forutsetning for at pasientens utgifter til tannbehandling helt eller delvis skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen etter § 5-1 andre ledd, at den privatpraktiserende tannlegen har skriftlig avtale med fylkeskommunen der vedkommende vil ha sitt kontor eller hovedvirke. Utgifter til tannbehandling av voksne personer som ikke har rettigheter etter loven, forutsettes å bli dekket gjennom pasientens egenbetaling og eventuell stønad fra folketrygden.

20.12.2.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet foreslår å endre denne bestemmelsen. Departementet viser til at oppgjør for tannhelsetjenester utført av private etter avtale med fylkeskommunen forutsettes gjennomført mellom avtalepartene. Pasientens utgifter er fastsatt som lovregulert egenbetaling, og denne skal ikke fylkeskommunen dekke. Departementet foreslår derfor å

endre ordlyden slik at det er tydelig at fylkeskommunen skal dekke utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger.

Det vises til § 6-1 andre ledd i lovforslaget i kapittel 25.

Videre foreslår departementet at bestemmelsen i dagens tannhelsetjenestelov § 4-1 første ledd ikke videreføres i ny lov, da den må anses som unødvendig. Fylkeskommunen har ikke plikt til å yte vederlag til private tjenesteytere eller andre rettssubjekter, med mindre det følger av lov eller avtale. Forslaget om å oppheve denne bestemmelsen endrer derfor ikke gjeldende rett.

20.12.3 Dekning av reiseutgifter for pasienter

20.12.3.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven har ingen bestemmelser som pålegger fylkeskommunen å sørge for selve pasienttransporten i tilknytning til tannbehandling som utføres i regi av eller på vegne av fylkeskommunen.

Det følger likevel av tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd at fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter, det vil si reiseutgifter, for pasienter som omfattes av gruppene i § 1-3 og som søker tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, i samsvar med forskrift fastsatt av fylkeskommunen.

Hvor stor del av reiseutgiftene som dekkes, bestemmes dermed av den enkelte fylkeskommune i lokal forskrift. Det vises i den forbindelse til punkt 20.6.2 om forvaltningslovens anvendelse. Fylkeskommunens ansvar for dekning av reiseutgifter omfatter også tilfeller der pasienter innenfor de bestemte persongruppene mottar tannhelsehjelp hos privat tannlege som har avtale med fylkeskommunen.

20.12.3.2 Departementets vurdering og forslag

Tannhelsetjenesteloven forutsetter i dag at fylkeskommunen selv fastsetter bestemmelser om reiseutgifter i forskrift. Men når det gjelder praktiseringen av bestemmelsen og omfanget av slike lokale forskrifter, synes det å være gitt et beskjedent antall forskrifter. Det er derfor uklart hvor stor variasjon det er i fylkenes praksis. Hensynet til lik dekning og praksis i hele landet kan derfor tilsi at slike forskrifter bør fastsettes på sentralt nivå, det vil si av departementet.

Departementet anser det imidlertid som mest hensiktsmessig at det fortsatt er den enkelte fylkeskommune som ved lov gis myndighet til selv å fastsette lokal forskrift. Innad i den enkelte fylkeskommune og mellom fylkeskommunene er det store forskjeller i bosettingsmønster, reiseavstand til nærmeste tannklinikk og tilgjengelighet til kollektivtransport. Departementet mener det er den enkelte fylkeskommune som er best egnet til å vurdere grunnlaget for og nivået på dekningen av reiseutgifter for pasienter de har ansvar for etter tannhelsetjenesteloven.

Departementet mener imidlertid at det er grunn til å gjøre noen språklige endringer i lovens ordlyd. Det er ønskelig å tydeliggjøre at fylkeskommunen *skal* dekke utgifter for

pasienter de har ansvar for etter § 2-3, og videre at fylkeskommunen *skal* fastsette forskrift om dekning av utgifter ettersom det i dag er uklart hvor mange fylkeskommuner som faktisk har gitt slik forskrift. Dette er en videreføring og presisering av gjeldende rett. De nærmere vilkårene for dekning av utgifter vil være opp til fylkeskommunene å sette, da dette som nevnt vil bero på lokale forhold.

Fylkeskommunens beslutninger om dekning av reiseutgifter for pasienter vil være enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 og må følge forvaltningslovens regler, herunder kapittel IV om klage, jf. lovutkastet § 1-3 om forvaltningslovens anvendelse.

Det vises til § 6-1 tredje ledd i lovutkastet i kapittel 25.

20.12.4 Dekning av utgifter til tannhelsetjenester mottatt i annet EØS-land

20.12.4.1 Gjeldende rett

Det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd at i den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 1-3 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal fylkeskommunen dekke utgifter til tannhelsetjenester som personer bosatt i fylket har mottatt i et annet EØS-land. Bestemmelsen er likelydende med bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 sjette ledd. Departementet har i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 gitt nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen. Av forskriften § 3 fremgår at det ytes stønad til dekning av utgifter til tannbehandling utført i andre EØS-land, når hjelpen gis til personer som omfattes av gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e. Stønaden utbetales til pasienten og Helfo foretar et etterfølgende oppgjør med fylkeskommunen der vedkommende er bosatt.

20.12.4.2 Departementets vurdering og forslag

Det vises til utfyllende redegjørelse for bestemmelsen og stønadsordningen i punkt 4.7.7.2. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny tannhelsetjenestelov. Tilsvarende bestemmelser finnes også i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 5-2.

Det vises til § 6-1 fjerde ledd i lovforslaget i kapittel 25.

20.12.5 Pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester

20.12.5.1 Gjeldende rett

Reguleringen av pasienters egenbetaling for tannhelsehjelp fra fylkeskommunen følger av tannhelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (vederlagsforskriften).

Tannhelsetjenesteloven § 2-2 og vederlagsforskriften regulerer egenbetaling for hjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, enten behandlingen utføres av fylkeskommunen selv eller av en privatpraktiserende tannlege med fylkeskommunal avtale. Vederlaget beregnes med utgangspunkt i takster fastsatt av departementet med hjemmel i folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a, og regelverket etablerer ulike betalingskategorier basert på pasientgrupper og tjenestebehov.

En rekke grupper har lovfestet rett til helt kostnadsfri tannhelsehjelp, inkludert nødvendige utgifter til tanntekniske arbeider. Dette gjelder barn og unge opp til 18 år samt personer med psykisk utviklingshemming. Betalingsfritaket omfatter også eldre, langtidssyke og uføre som er innlagt i institusjon eller mottar hjemmesykepleie minst én gang per uke i sammenhengende tre måneder eller mer. Det stilles ikke krav om et vesentlig pleiebehov, og bruk av velferdsteknologi, som elektronisk legemiddeldispenser, likestilles med fysiske hjemmebesøk. Dersom tannbehandlingen direkte påvirker eller har sammenheng med sykdommen pasienten behandles for, ytes hjelpen vederlagsfritt uavhengig av om tremånederskravet er oppfylt. Videre har personer med rusmiddelavhengighet som mottar visse helse- og omsorgstjenester av minst tre måneders varighet, rett til gratis tannbehandling fra oppstart av behandlingsopplegget. Innsatte i fengsel har tilsvarende rettighet dersom soningen varer i tre måneder eller mer, mens akutt tannhelsehjelp alltid er gratis for innsatte uavhengig av soningstidens lengde.

For andre grupper gjelder særskilte betalingsordninger eller full egenbetaling. Ungdom og unge voksne fra 19 til og med 28 år har krav på redusert vederlag og skal ikke betale mer enn 25 prosent av departementets takster, inkludert tanntekniske kostnader. For andre pasientgrupper som fylkeskommunen selv velger å prioritere, står fylkeskommunen fritt til å fastsette vederlagets størrelse. Voksne over 28 år som ikke faller inn under de lovfestede gruppene, må betale fullt vederlag etter fylkeskommunens fastsatte priser samt dekke eventuelle tanntekniske utgifter selv. Dette gjelder også i utkantstrøk der fylkeskommunen er forpliktet til å tilby tannhelsetjenester til den øvrige voksne befolkningen på grunn av manglende privat tilbud.

Et generelt unntak fra reglene om gratis eller redusert behandling gjelder for kjeveortopedi. For kjeveortopedisk behandling og apparatur kan det kreves fullt vederlag av samtlige pasientgrupper. Slik behandling utføres i hovedsak av private spesialister, og pasienten må selv dekke de kostnadene som overstiger eventuell stønad fra folketrygden.

Det vises til punkt 4.1.8 for mer utfyllende omtale av gjeldende rett.

20.12.5.2 Departementets vurdering og forslag

Innledning

Utgangspunktet er at det må foreligge hjemmel i lov for at fylkeskommunen skal kunne kreve betaling av pasienter for tannhelsetjenester. Det betyr ikke nødvendigvis at regler om dette må fremgå av selve loven; det kan være tilstrekkelig at de fremgår av forskrift som er gitt med hjemmel i loven. Når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, er nærmere regler om egenbetaling i all hovedsak regulert i forskrifter gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven, folketrygdloven og spesialisthelsetjenesteloven. Hensynet til harmonisering kan tale for at egenbetaling for tannhelsetjenester bør reguleres i forskrift på samme måte. Som følge av departementets forslag nedenfor, er det imidlertid ikke behov for samme detaljeringsgrad i reguleringen av egenbetaling for tannhelsetjenester som for øvrige helsetjenester. Egenbetaling for tannhelsetjenester slik det foreslås her er av annen karakter enn i helsetjenesten for øvrig, ved at summen beregnes som en andel av kostnadene for tjenesten. Betalingen er i dag

heller ikke del av grunnlaget for opptjening til frikort. Hensynet til lettere tilgang til gjeldende rett og forutsigbarhet for den enkelte pasient kan da tilsi at egenbetalingen for tannhelsehjelp i stedet bør reguleres direkte i lov. Departementet også grunn til å forenkle regelverket for å sikre lik praksis og praktikable regler. Dagens lovhjemmel for departementet til å fastsette forskrift om egenbetaling, foreslås derfor ikke videreført i ny tannhelsetjenestelov. Departementet foreslår å regulere pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester direkte i den nye loven.

Gruppene barn og unge fra 0 til og med 18 år og personer med psykisk utviklingshemming

Barn og unge fra 0 til og med 18 år og personer med psykisk utviklingshemming mottar i dag tannbehandling fra fylkeskommunen uten egenbetaling. Dette foreslås videreført på lovs nivå.

Egenbetaling for voksne pasienter fra og med 19 år

Departementet foreslår at det lovfestes at for tannhelsehjelp til personer som nevnt i § 2-3 første ledd nr. 2, det vil si personer fra og med 19 år og opp til den alder som til enhver tid fremgår av loven (per i dag 28 år), kan fylkeskommunen kreve inntil 25 prosent egenbetaling, beregnet ut fra fylkeskommunens kostnader ved å levere tjenesten.

Departementet foreslår at egenbetalingen tydelig skal knyttes til fylkeskommunens kostnad ved å levere tjenesten, og ikke til en statlig fastsatt pris/takst, fordi kostnadsnivået vil variere mellom fylkeskommuner. En slik tilnærming gir fylkeskommunen handlingsrom og muligheter for tilpasninger basert på lokale forhold. I noen grad kompenseres de ulike kostnadene gjennom kommuneøkonomiopplegget, men når egenbetalingen skal utgjøre 25 prosent av finansieringen, er det etter departementets syn viktig at denne også reflekterer fylkeskommunens kostnad ved å levere tjenesten. Dette er særlig viktig når departementet mener at en forutsetning for å lykkes med en reform, er at den private tannhelsetjenesten tas i bruk. Å la egenbetalingen reflektere fylkeskommunens kostnader for tjenesten, innebærer at fylkeskommunens økonomiske risiko ved å inngå avtaler med private aktører reduseres tilsvarende.

Denne tilnærmingen til egenbetaling er tilsvarende den som er gjeldende for kommunens adgang til å ta egenbetaling for omsorgstjenester, hvor forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester slår fast at kommunen ikke kan ta egenandeler som overstiger kommunens egne utgifter til den aktuelle tjenesten.

Selv om denne tilnærmingen vil innebære at egenbetalingen blir ulik mellom fylker, viser dagens priser i fylkeskommunal tannhelsetjeneste at konsekvensene trolig blir små for den enkelte pasient. Fylkeskommunens priser for f.eks. preparering og fylling, 1 flate, varierer fra om lag 900 til om lag 1300 kroner. For pasienter vil det innebære at egenbetalingen vil variere mellom 225 og 325 kroner for denne behandlingen.

Departementet mener det er hensiktsmessig at pasientenes egenbetaling fremgår tydelig av loven, både for pasienten og fylkeskommunen selv.

Egenbetaling for andre grupper med rettigheter etter loven

I dagens vederlagsforskrift er det inntatt krav til varighet av de angitte helse- og omsorgstjenestene som retten til tannhelsehjelp er avledet av, som vilkår for at tannhelsehjelpen skal ytes vederlagsfritt. Det samme gjelder for oppholdets lengde for innsatte i fengsler, med unntak av akutt tannhelsehjelp, som gis vederlagsfritt uavhengig av oppholdets varighet. Forskriften utfylles av merknader gitt i 1984 av daværende Sosialdepartementet, som også stiller krav til hyppighet av tjenestene som ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet er kjent med at det er usikkerhet blant fylkeskommunene når det gjelder anvendelsen av regelverket, og at praksis for innkreving av egenbetaling er ulik. Etter departementets vurdering er regelverket i praksis vanskelig tilgjengelig, ved at det er gitt merknader til gjeldende vederlagsforskrift som ikke ligger tilgjengelig på Lovdata. Den rettskildemessige betydningen av Sosialdepartementets merknader fra 1984 er uklar, og tolkningen av enkelte av uttalelsene er krevende. Regelverket er i tillegg ressurskrevende å anvende ved at det må gjøres konkrete vurderinger av antatt lengde på opphold mv. Det er også gitt veiledning fra helsemyndigheter for å bidra til tilpasning av regelverket til dagens forhold med blant annet velferdsteknologi. Samlet sett er regelverket vanskelig tilgjengelig og gir risiko for ulik praksis.

For å forenkle regelverket foreslår departementet at det skal fremgå av loven at det for alle andre pasientgrupper med rettigheter etter loven enn voksne fra 19 år og eldre, ikke kan tas egenbetaling. Dette innebærer at dagens vilkår om varighet og hyppighet av tjenester ikke videreføres. Pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester reguleres da i sin helhet i lov, og dagens forskriftsregulering av egenbetaling (vederlag) for tannbehandling videreføres ikke.

Departementet mener av flere grunner at denne endringen med forenkling gjennom avvikling av vilkår for tannhelsehjelp uten egenbetaling, i praksis ikke vil føre til økte kostnader av betydning. For det første skal behandlingen i dag gis vederlagsfritt dersom behandlingen eller oppholdet er ment å vare mer enn tre måneder, eller tannbehandlingen har sammenheng med sykdommen pasienten er innlagt for. Dette vil gjelde mange. For det andre er departementet kjent med at fylkeskommuner i en del tilfeller allerede i dag yter tannhelsehjelp vederlagsfritt uten å vurdere om vilkårene for varighet og hyppighet er oppfylt, for å slippe ressursbruken ved å gjøre de konkrete vurderingene. Når det gjelder gruppen personer innsatt i fengsel, gis akutt tannhelsehjelp uansett uten egenbetaling. Departementet mener endringen samlet sett vil gi redusert ressursbruk i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, som ikke lenger vil måtte gjøre vurderinger av hvorvidt tjenestene skal være vederlagsfrie.

Særlig om kjeveortopedisk behandling

Forslaget innebærer at den særskilte bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd om fylkeskommunens adgang til å kreve betaling for kjeveortopedisk behandling, ikke videreføres. En slik videreføring er imidlertid ikke nødvendig, da det er uttrykkelig presisert i forslaget til ny lovtekst at fylkeskommunens ansvar for nødvendig

tannhelsehjelp ikke omfatter kjeveortopedisk behandling, se omtale i punkt 20.8.4.2. Dersom fylkeskommunen likevel velger å yte kjeveortopedisk behandling, vil dette være som en aktør i det private markedet, som de står fritt til å gjøre og ta full betaling for. Se omtalen av slik virksomhet under punkt 19.2.

Det vises til § 6-2 i lovforslaget i kapittel 25.

20.12.6 Tilskudd fra staten

20.12.6.1 Gjeldende rett

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av fylkeskommunens utgifter, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-2. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene etter regler gitt av Kongen.

20.12.6.2 Departementets vurdering og forslag

Det er et hovedprinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren at den økonomiske styringen skal være basert på rammestyring. Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven om årlig rammetilskudd fra staten til delvis dekning av fylkeskommunens utgifter. Likelydende bestemmelse fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5.

Det vises til § 6-3 i lovforslaget i kapittel 25.

20.12.7 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper

20.12.7.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 5-3 omhandler plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. Bestemmelsen er utformet som en fullmaktsbestemmelse som gir departementet myndighet til å gi forskrift om føring av atskilte regnskaper, krav til fordeling av inntekter og utgifter, regulering av overskudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendige for å unngå kryssubsidiering mellom tannhelsetjenester som fylkeskommunen tilbyr der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere (økonomisk aktivitet). Det er gitt nærmere regler i forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv. Disse reglene trådte i kraft 1. januar 2015. Formålet er å pålegge fylkeskommunen plikt til å iverksette tiltak for å unngå ulovlig statsstøtte i form av kryssubsidiering. For en nærmere redegjørelse for bestemmelsen og bakgrunnen for denne, vises det til punkt 4.7.2 til 4.7.5.

20.12.7.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet viser til redegjørelsen i punkt 4.7.5 og foreslår at bestemmelsen som gir hjemmel for å gi forskrift som pålegger fylkeskommunen plikt til å føre atskilte regnskaper, videreføres uendret i ny tannhelsetjenestelov. Det vises i den forbindelse til forskriften § 8 hvor det fremgår at forskriften ble revidert i 2024 og vedtatt forlenget i 10 år med virkning frem til 31. desember 2034. Det foreslås å videreføre forskriften uendret med oppdaterte hjemmelshenvisninger til ny tannhelsetjenestelov.

Det vises til § 6-4 i lovforslaget i kapittel 25.

20.13 Taushetsplikt

20.13.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om taushetsplikt. Helsepersonell omfattes imidlertid av taushetsreglene i helsepersonelloven §§ 21 følgende. Helsepersonelloven § 21 første ledd fastslår at opplysninger «om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell, er underlagt taushetsplikt». Taushetsplikten gjelder tilsvarende for samarbeidende personell som mottar slike opplysninger, jf. helsepersonelloven § 25 første ledd, jf. § 21 fjerde ledd. I tillegg har enhver som behandler helseopplysninger etter helseregisterloven, samt andre som får adgang eller kjennskap til helseopplysninger fra helseregistre, taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 følgende, jf. helseregisterloven § 17. Videre har enhver som behandler helseopplysninger etter pasientjournalloven taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 følgende, jf. pasientjournalloven § 15. Andre som får adgang eller kjennskap til helseopplysninger fra et behandlingsrettet helseregister, har samme taushetsplikt.

Videre gjelder forvaltningsloven for fylkeskommunens virksomhet etter tannhelsetjenesteloven, jf. punkt 20.6.2.2. Taushetspliktreglene i forvaltningsloven §§ 13 følgende gjelder derfor uavkortet for enhver som yter tjenester eller arbeid for fylkeskommunen som forvaltningsorgan. Den forvaltningsmessige taushetsplikten gjelder imidlertid ikke for private tjenesteytere som utfører tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen etter avtale. Dette fordi private tannklinikker ikke kan regnes som «forvaltningsorgan» i forvaltningslovens forstand.

For den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er det lovfestet noen særskilte regler om taushetsplikt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-1. Fordi bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven også gjelder her, vil disse særskilte reglene i hovedsak kun gjelde for administrativt ansatte som håndterer opplysninger som ikke omfattes av reglene i helsepersonelloven, pasientjournalloven eller helseregisterloven.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 første ledd følger det at forvaltningslovens regler om taushetsplikt gjelder for enhver som yter tjenester eller arbeid etter loven. Det vil si at også private med avtale med kommunen er omfattet, selv om disse ikke er forvaltningsorganer. Overtredelse straffes etter straffeloven § 209. Videre følger det av andre ledd at taushetsplikten også gjelder fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning. Dette utvider taushetspliktens bruksområde sammenlignet med forvaltningslovens regler, som sier at fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted i utgangspunktet ikke er taushetsbelagte opplysninger, jf. forvaltningslovens § 13 andre ledd første punktum.

Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 tredje ledd at dersom et barns interesser tilsier det, kan statsforvalteren eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 inneholder tilsvarende bestemmelser som helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 første og andre ledd. I tillegg er det presisert at opplysning om en pasients navn, transportbehov og om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløpet, kan gis til transportør i forbindelse med transport etter § 2-1 a første ledd nr. 6.

20.13.2 Departementets vurdering og forslag

Taushetsplikten er en forutsetning for at personer som oppsøker helsetjenesten har tillit til at opplysninger trygt kan deles. Departementet vurderer at tannhelsetjenesteloven bør inneholde bestemmelser om taushetsplikt tilsvarende bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 første og andre ledd. Departementet foreslår derfor å lovfeste i ny tannhelsetjenestelov at forvaltningslovens regler om taushetsplikt gjelder for enhver som yter tjenester eller arbeid etter loven. Det vil si at også private med avtale med fylkeskommunen er omfattet, selv om disse ikke er forvaltningsorganer.

Departementet foreslår videre at bestemmelsen om taushetsplikt etter ny tannhelsetjenestelov får videre anvendelsesområde sammenlignet med forvaltningsloven § 13 annet ledd, ved at også pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted omfattes av taushetsplikten. Departementet foreslår at det kan gjøres unntak for en pasients oppholdssted når det ikke kan skade tilliten til tannhelsetjenesten.

Bestemmelsene tar høyde for at det er ansatte i tannhelsetjenesten som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 følgende, pasientjournalloven § 15 eller helseregisterloven § 17, for eksempel personer som er ansatt i administrative stillinger.

Departementet ser ikke grunn til å innta bestemmelsen som følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 tredje ledd, om at statsforvalteren eller departementet kan bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt av hensyn til barnet selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent. Så vidt departementet kjenner til, er bestemmelsen knapt blitt benyttet. Det vises også til at tilsvarende bestemmelse fulgte av den tidligere barnevernsloven § 6-7, men ble opphevet i ny barnevernlov da det ikke ble ansett å være behov for den. Hverken foreldrene eller andre privatpersoner kan pålegges taushetsplikt etter bestemmelsen. Disse vil kunne hente ut dokumentasjon og videreformidle denne.

Departementet viser imidlertid til bestemmelsen i forvaltningsloven § 13 b annet ledd, som sier at "Part eller partsrepresentant som blir gjort kjent med opplysninger etter første ledd nr. 1, kan bare bruke opplysningene i den utstrekning det er nødvendig for å vareta partens tarv i saken. Forvaltningsorganet skal gjøre ham merksam på dette. Likeledes kan forvaltningsorganet pålegge taushetsplikt når vitner o.l. får opplysninger undergitt taushetsplikt i forbindelse med at de uttaler seg til organet. Overtreding av 264

taushetsplikt etter dette ledd kan straffes etter straffelovens § 209, dersom vedkommende er gjort merksam på at overtreding kan få slik følge."

Det vises til § 7-1 i lovforslaget i kapittel 25.

20.14 Statlig tilsyn

20.14.1 Gjeldende rett

20.14.1.1 Tannhelsetjenesteloven

Tilsyn med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er i dag regulert både i tannhelsetjenesteloven og i lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven). Helsetilsynsloven er nærmere omtalt nedenfor.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd at fylkestannlegen fører tilsyn med privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen. Bakgrunnen for denne bestemmelsen er beskrevet i forarbeidene til loven, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83) punkt 8:

> «Tilsyn med iverksettelsen av godkjente planer og bruken av statlige tilskudd er en statlig oppgave. Departementet vil vurdere hvordan slike tilsynsoppgaver best kan gjennomføres. Tannhelsetjenesten har et omfang som ligger nær opp til den kommunale legetjenesten, slik at så vel faglige som økonomiske tilsynsbehov foreligger. Det føres i dag ikke faglig, offentlig tilsyn med den private del av tannhelsetjenesten. Departementet foreslår at slikt tilsyn innføres f.eks. med de private tannleger som inngår avtaler med fylkeskommunene om behandling av prioriterte grupper.»

Videre er det gitt bestemmelser om tilsyn og veiledning overfor fylkeskommunene i tannhelsetjenesteloven § 6-2. Av § 6-2 første ledd fremgår at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte, og se til at lover og forskrifter for tannhelsetjenesten blir kjent og overholdt. Det følger av § 6-2 andre ledd at Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet, uten hinder av taushetsplikt, kan kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter som er påkrevd for oversikt, kontroll og tilsyn. Det foretas inspeksjon og undersøkelser også av journal og opptegnelser mv. Etter § 6-2 tredje ledd har Statens helsetilsyn adgang til å pålegge fylkestannlegen å utføre tilsynsoppgaver som nevnt i første og andre ledd på vegne av Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn kan forelegge innhentede opplysninger for sakkyndige til uttalelse, jf. § 6-2 fjerde ledd.

Både bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 tredje ledd som tillegger fylkestannlegen en rolle i tilsynet med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, må ses i sammenheng med at kapittel 3 i tannhelsetjenesteloven tidligere inneholdt en rekke administrative og organisatoriske bestemmelser, med blant annet krav til fylkestannlege som etatssjef og administrativ leder for Den offentlige tannhelsetjenesten og inndeling i tannhelsedistrikter med distriktstannleger som ledere. Disse bestemmelsene ble opphevet ved en lovendring i kraft fra 1. juli 2003 fordi bestemmelser om intern organisering, ledelse og administrering ble ansett som overflødige, jf. Ot.prp. nr. 54 (2001–2002) punkt 4.5.2.4 side 12.

Ved opphevingen av det lovfestede kravet om fylkestannlege, ble imidlertid hverken spørsmålet om fylkestannlegens tilsyn med privat tannhelse virksomhet som har avtale med fylkeskommunen, eller adgangen for Statens helsetilsyn til å pålegge fylkestannlegen å utføre tilsyn på helsetilsynets vegne, drøftet i forarbeidene til endringsloven. Det er uvisst hvorfor bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 tredje ledd har blitt stående uendret.

Lovfesting av egne bestemmelser om tilsyn i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 må også ses i lys av at tannhelsetjenesteloven ble vedtatt og iverksatt før den tidligere helsetilsynsloven (og følgelig lenge før dagens helsetilsynslov). Bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 6-2 korresponderer langt på vei med tidligere tilsynsbestemmelser i kommunehelsetjenesteloven av 1982, som ikke ble videreført i helse- og omsorgstjenesteloven.

20.14.1.2 Helsetilsynsloven

Helsetilsynsloven regulerer tilsyn både med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som sådan, med det enkelte tannhelsepersonell som arbeider i fylkeskommunen og med privatpraktiserende tannhelsepersonell.

I forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) fra 2012, ble det vedtatt endringer i den daværende helsetilsynsloven av 1984. Myndigheten til å føre regionalt tilsyn med helsetjenesten ble overført fra Helsetilsynet i fylket til fylkesmannen (nå statsforvalteren) fra 1. januar 2012. Helsetilsynet i fylket opphørte dermed som egen forvaltningsinstans, men var en integrert del av fylkesmannsembetet. Fra 1. januar 2012 ble det én felles tilsyns- og klageinstans for alle helse- og omsorgstjenester og alt helsepersonell. Endringen i den daværende helsetilsynsloven innebar at fylkesmannen fra samme tidspunkt også ble regional tilsynsmyndighet overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, selv om dette ikke fremgår av eksisterende tilsynsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven.

Dagens helsetilsynslov ble vedtatt i 2017 og trådte i hovedsak i kraft fra 1. januar 2018. Noen bestemmelser trådte i kraft fra 1. januar 2019, og de siste fra 1. oktober 2021. Fra 1. januar 2021 fikk fylkesmannen den kjønnsnøytrale tittelen statsforvalter.

Helsetilsynsloven gjelder alle typer virksomheter som yter eller tilbyr helse- og omsorgstjenester i riket, jf. § 2 og Prop. 150 L (2016-2017) punkt 9.4.

Helsetilsynsloven § 4 første ledd slår fast at Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet. Statsforvalteren er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. helsetilsynsloven § 3 tredje ledd. Det betyr at Statens helsetilsyn kan instruere statsforvalteren som regional tilsynsinstans i enkeltsaker. Slik instruksjonsrett kan være nødvendig for å sikre riktig og lik behandling av saker på landsbasis.

Oppgavene til Statens helsetilsyn og statsforvalteren er nærmere definert i helsetilsynsloven § 4. I § 4 andre ledd fremgår at statsforvalteren skal føre tilsyn med «helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter

helse- og omsorgstjenester». I forbindelse med tilsynet skal statsforvalteren blant annet gi veiledning som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket.

Statsforvalteren skal i tillegg holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i helse- og omsorgstjenesten i fylket og om forhold som innvirker på disse, jf. § 4 tredje ledd første punktum. Statsforvalteren skal også informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier reaksjoner mot helsepersonell etter reglene i helsepersonelloven kapittel 11, jf. helsetilsynsloven § 4 tredje ledd andre punktum. Det er Statens helsetilsyn som gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i dette kapittelet.

Tilsyn med virksomheter utøves både som planlagt tilsyn og som hendelsesbasert tilsyn. Statsforvalteren skal blant annet påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem for egen virksomhet, slik at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter, jf. helsetilsynsloven § 5 andre ledd. Plikten til å etablere internkontroll er utdypet i forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og erstattet interkontrollforskriften fra 2002.

Statens helsetilsyn og statsforvalteren har etter helsetilsynsloven § 8 første ledd myndighet til å gi pålegg om å rette på forholdene dersom en virksomhet innen helse- og omsorgstjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uforsvarlig. Etter helsetilsynsloven § 8 andre ledd kan Statens helsetilsyn i tillegg gi virksomheter pålegg om stenging dersom virksomheten drives uforsvarlig med fare for liv og helse til pasienter eller brukere, og pålegg om retting ikke etterkommes innen fristen som er gitt. Overfor virksomheter som yter spesialisthelsetjenester, kan Statens helsetilsyn i pålegg også fastsette tvangsmulkt, jf. helsetilsynsloven § 9 første ledd.

Myndigheten til å gi pålegg til virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 annet ledd. Tannhelsetjenesteloven har ikke tilsvarende bestemmelser om pålegg, men de generelle hjemlene i helsetilsynsloven § 8 gis også anvendelse på offentlig og privat tannhelsevirksomhet.

Etter helsetilsynsloven § 4 andre ledd tredje punktum følger det at når det føres tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal dette gjøres etter reglene i kommuneloven kapittel 30. Bestemmelsen må leses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 annet ledd første punktum, som sier at kommuneloven kapittel 30 gjelder for statsforvalterens tilsyn med kommunene, med unntak av § 30-4 som gjelder pålegg om retting. Lignende henvisninger til kommuneloven er ikke inntatt i helsetilsynsloven eller tannhelsetjenesteloven hva gjelder statlig tilsyn med fylkeskommunale tannhelsetjenester. Kommuneloven kapittel 30 gjelder imidlertid statlig tilsyn med både kommuners og fylkeskommuners oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av lov når ikke annet følger av lovgivningen ellers, jf. kommuneloven § 30-1 første ledd.

Tilsyn med kommunesektoren er begrenset til lovlighetstilsyn, jf. kommuneloven § 30-2. Det betyr at tilsynsmyndighetenes kompetanse til å kontrollere fylkeskommunene er underlagt de samme begrensningene som domstolene ved at tilsynsorganene ikke kan overprøve fylkeskommunenes forvaltningsskjønn («det frie skjønnet»). Denne begrensningen er begrunnet i hensynet til den kommunale handlefriheten og legalitetsprinsippet, og er et uttrykk for rammestyringsprinsippet. Det forutsettes at tilsynsmyndighetene er tydelige på når det føres tilsyn og når det gis veiledning, blant annet slik at veiledning i praksis ikke blir en skjult og indirekte form for statlig styring. Det skal ikke være tvil om når statsforvalteren opptrer som tilsynsmyndighet. Det er ikke en motsetning mellom lovlighetstilsyn og veiledning, så lenge tilsynsmyndigheten er tydelig på sine roller.

20.14.2 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering er det ikke grunn til å videreføre innholdet i bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 tredje ledd og 6-2 tredje ledd som tillegger fylkestannlegen tilsynsoppgaver overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat tannhelsevirksomhet. Det å delegere myndighet fra et statlig, uavhengig tilsyn til ledelsen av en kommunal virksomhet som yter de aktuelle tjenestene og dermed selv er gjenstand for tilsynet, strider mot de prinsipper om uavhengighet som er lagt til grunn i tilsvarende lovgivning. Videre forutsettes det at fylkeskommunen selv følger opp at avtaler den inngår med private tjenesteytere, overholdes. Siden det er et avtalebasert system som ligger til grunn for fylkeskommunens samarbeid med private ytere av tannhelsetjenester, kan departementet ikke se at det er nødvendig med en egen lovbestemmelse som pålegger fylkeskommunen å føre tilsyn med privat avtalevirksomhet. Departementet kjenner heller ikke til at bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 6-2 har vært praktisert.

Bestemmelsene anses uansett ikke lenger å ha noen selvstendig betydning utover de generelle reglene i helsetilsynsloven, som også gjelder for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Tilsynsbestemmelsene i tannhelsetjenesteloven anses som utdaterte og uhensiktsmessige, og bør erstattes av mer moderne lovbestemmelser.

Departementet mener at bestemmelsene i ny tannhelsetjenestelov om tilsyn med tannhelsetjenester, bør være i samsvar med og henvise til de generelle reglene om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og kommunesektoren i helsetilsynsloven og kommuneloven. Departementet viser til utformingen av tilsynsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3, og foreslår at det i ny tannhelsetjenestelov inntas en bestemmelse om statlig tilsyn som harmoniserer med denne. Dette innebærer at bestemmelsen gir en oversikt over hvilke plikter statsforvalteren skal føre tilsyn med. Det innebærer også at bestemmelsen henviser til reglene i kommuneloven kapittel 30, med unntak av § 30-4 om pålegg om retting, og til reglene i helsetilsynsloven § 8 om pålegg om retting og stenging.

Videre foreslår departementet at helsetilsynsloven § 4 andre ledd tredje punktum oppdateres slik at også fylkeskommunale tannhelsetjenester nevnes i henvisningen til

kommunelovens kapittel 30 om statlig tilsyn. Departementet foreslår i tillegg å nevne unntaket fra kommuneloven § 30-4 i samme bestemmelse, slik at unntaket kan leses direkte ut av helsetilsynsloven, og ikke kun står i helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Det vil da komme klart frem at når det føres tilsyn med fylkeskommunale tannhelsetjenester, så skal dette gjøres etter reglene i kommuneloven kapittel 30, med unntak av § 30-4.

Forslagene er i sin helhet en videreføring av gjeldende rett.

Det vises til forslag til § 7-2 i kapittel 25 om ny tannhelsetjenestelov og til endringsforslag til helsetilsynsloven § 4 i punkt 26.5.

20.15 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren

20.15.1 Gjeldende rett

20.15.1.1 Tannhelsetjenesteloven

Etter tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd kan Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet «kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter» som er påkrevd for oversikt, kontroll og tilsyn. Det foretas inspeksjon og undersøkelser også av journal og opptegnelser mv. Det fremgår av bestemmelsen at taushetsplikt ikke er til hinder for å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene. Det forutsettes imidlertid at utlevering av opplysningene er nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver. Bestemmelsen skal sikre at tilsynsmyndighetene gis opplysninger som er nødvendige for at tilsynsorganet kan utføre sine oppgaver. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd tilsvarer den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd.

Etter ordlyden i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd er det noe uklart hvem Statens helsetilsyn kan kreve opplysninger av i tilsynsøyemed. Forarbeidene til tannhelsetjenesteloven kaster heller ikke lys over dette spørsmålet. Forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven synes imidlertid å forutsette at de tilsvarende reglene i loven § 6-3 ikke bare retter seg mot kommunen som sådan, men også mot kommunens ansatte helsepersonell og privatpraktiserende som har avtale med kommunen, jf. departementets uttalelser til § 6-3 i Ot.prp. nr. 66 (1981–82) side 36. Departementet legger etter dette til grunn at hverken bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd eller kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd gir hjemmel for å pålegge private tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen eller kommunen å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene.

20.15.1.2 Helsetilsynsloven

Etter helsetilsynsloven § 7 første ledd skal enhver som utfører tjeneste eller arbeid i helse- og omsorgstjenesten, på anmodning gi tilsynsmyndigheten opplysninger som tilsynsmyndigheten mener er nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Med enhver menes både personell og virksomheter i helse- og

omsorgstjenestene. Bestemmelsen er generelt utformet slik at den også omfatter virksomheter som faller utenfor tjenestelovene.

Det er tilsynsmyndigheten som avgjør og styrer hvilke opplysninger som er nødvendig å innhente og fremskaffe for gjennomføring av tilsyn med personell og virksomheter. Dette gjelder også tilgang til helseopplysninger som behandles elektronisk og hjelpemidler for slik behandling av helseopplysninger som elektronisk pasientjournal, dokumenter, lyd- og bildeopptak og lignende. Den som skal gi slik opplysning, skal også gi tilsynsmyndigheten adgang til virksomhetens lokaler og utstyr, og yte bistand for at tilsynsmyndigheten kan gjennomføre prøver og kontroller på den måten som tilsynsmyndigheten finner nødvendig.

Etter tredje ledd kan den som skal gi opplysninger, eller som ønsker å gi opplysninger til tilsynsmyndigheten av eget tiltak, gjøre det uten hinder av taushetsplikt dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt tilsynsmyndigheten i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering, jf. tredje ledd.

Dersom tilsynsmyndighetens anmodning om opplysninger ikke etterkommes, kan tilsynsmyndigheten etter § 7 fjerde ledd gi pålegg om å gi opplysningene eller om å gi adgang til virksomheten, jf. forvaltningsloven § 14. Slike pålegg kan gis både til individer og til virksomheter. Pålegget skal inneholde en frist for oppfyllelse.

I forbindelse med innføringen av helsetilsynsloven i 2017 ble bestemmelsene om opplysningsplikt i spesialisthelsetjenesteloven § 5-9 og helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 endret slik at de henviser til helsetilsynsloven § 7, og slår fast at bestemmelsene i helsetilsynsloven § 7 gjelder for enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår helse- og omsorgstjenester som omfattes av disse lovene. Også helsepersonelloven § 30 henviser til bestemmelsene i helsetilsynsloven § 7 og slår fast at disse gjelder for alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester.

Tilsvarende endring ble ikke gjort i tannhelsetjenesteloven den gangen fordi det var planlagt at ansvaret for tannhelsetjenesten skulle overføres til kommunene og falle innunder helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 71 L (2016-2017) og lovvedtak 108 (2016-2017). Helsetilsynsloven § 7 gjelder likevel for alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, inkludert tannhelsetjenester, samt alt personell som utfører tjeneste eller arbeid som angår tannhelsetjenester. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd anses dermed ikke lenger å ha noen selvstendig betydning.

20.15.2 Departementets vurdering og forslag

Tilsynsbestemmelsene i tannhelsetjenesteloven anses som utdaterte og anses ikke lenger å ha noen selvstendig betydning utover de generelle reglene i helsetilsynsloven. De bør derfor erstattes av mer moderne lovbestemmelser. Departementet mener at bestemmelsen om opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene i ny tannhelsetjenestelov bør harmoniseres med bestemmelsene om opplysningsplikt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2,

spesialisthelsetjenesteloven § 5-9 og helsepersonelloven § 30, slik at det henvises til de generelle reglene i helsetilsynsloven § 7.

Forslaget er i sin helhet en videreføring av gjeldende rett.

Det vises til lovforslaget § 7-3 i kapittel 25.

20.16 Melding og rapport om alvorlige hendelser

20.16.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 1-7 pålegger virksomheter som er omfattet av loven å sende melding til statsforvalteren og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen, eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Meldeplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Meldingen skal sendes snarest mulig og senest innen fem virkedager, og det skal også sendes en kopi av meldingen til Statens helsetilsyn.

Virksomheten skal i tillegg oversende en rapport om hendelsen til statsforvalteren innen tre måneder etter at meldingen er sendt. Rapporten skal blant annet inneholde en gjennomgang av hendelsen og mulige årsaker til denne, hvilke tiltak virksomheten vil sette i verk for at lignende hendelser ikke skal skje igjen, og hvordan pasienten, brukeren, nærmeste pårørende og berørt helsepersonell er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet.

Bestemmelsen speiler helsetilsynsloven § 6 og lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten § 7, som pålegger alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester en slik plikt til å sende melding og rapport ved alvorlige hendelser. Likelydende bestemmelser finnes også i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a. I tillegg har pasienter, brukere og pårørende en rett til å melde ifra om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten til statsforvalteren og Ukom etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6.

Plikten til å sende melding og rapport om alvorlige hendelser inngår i Meldeordningen for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, som har til formål å bidra til å styrke arbeidet med læring og forbedring for å kunne forebygge, avdekke og avverge alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten.

20.16.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener det vil være pedagogisk nyttig med likelydende bestemmelser i tjenestelovene som speiler bestemmelsene i helsetilsynsloven og lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår derfor å videreføre plikten til å melde ifra om alvorlige hendelser i en egen bestemmelse i ny tannhelsetjenestelov. Forslaget medfører ingen endringer i gjeldende rett.

Det vises til lovforslaget § 7-4 i kapittel 25.

20.17 Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

20.17.1 Gjeldende rett

Det finnes ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven om Helsedirektoratets rolle som faglig veileder. Det er imidlertid likelydende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven 7-3 som fastslår Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis, og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. Det fremgår av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 21.2.5.3, at dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering. På de områdene hvor det er utviklet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, er det et ledelsesansvar å sikre at disse blir implementert i virksomheten. I tillegg til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer er det behov for å ha oversikt over det internasjonale tilfanget av retningslinjer, for å gjøre disse tilgjengelige for tjenesten.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet.

Departementet kan bestemme på hvilke områder direktoratet skal utarbeide slike retningslinjer og veiledere. For eksempel kan departementet bestemme at Helsedirektoratet ikke skal utarbeide faglige retningslinjer på visse områder dersom departementet mener at det heller bør være de regionale helseforetakene som utarbeider retningslinjene på de områdene, jf. Prop. 11 L (2023-2024) *Endringar i helselovgivinga (organisatoriske endringar i sentral helseforvaltning)* punkt 5.3.

Helsedirektoratet skal også utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig.

20.17.2 Departementets vurdering og forslag

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har flere ulike roller. Direktoratet er et fagorgan på folkehelse, levekårs- og helse- og omsorgstjenester og har

en rekke faste forvaltningsoppgaver. Helsedirektoratet skal også sikre at vedtatt politikk iverksettes på dette området. Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er viktige virkemidler for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 ble begge innført i forbindelse med etableringen av helse- og omsorgstjenesteloven, som trådte i kraft i 2012. Før dette fremkom Helsedirektoratets rolle som faglig veileder kun av ulike styringsdokumenter utstedt av departementet, men ikke i lovgivning rettet mot helse- og omsorgstjenestene. Bakgrunnen for lovfestingen av Helsedirektoratets ansvar var blant annet å bidra til at Helsedirektoratets rolle ble tydeligere i helse- og omsorgstjenesten. Det fremgår av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 21.2.5.3, at Helsedirektoratet i høringen tok opp at det burde være en tilsvarende lovbestemmelse i tannhelsetjenesteloven, og at departementet planla å vurdere dette i forbindelse med den planlagte revisjonen av tannhelsetjenesteloven den gang.

I forbindelse med forslag til endringer i helselovgivningen på grunn av organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltningen og medfølgende, jf. Prop. 11 L (2023-2024), vurderte departementet at bestemmelsene burde opprettholdes til tross for at Helsedirektoratet også uten hjemmel i lov kan utarbeide faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer, jf. Prop. 11 L (2023-2024) punkt 5.3. Departementet pekte på bestemmelsenes pedagogiske funksjon og viste til høringsinstansenes bekymring for at fjerning av bestemmelsene kunne forringe tyngden og verdien til produktene fra Helsedirektoratet, og bekymringen for svekket lovkrav i en tid med stadig sterkere krav til kunnskapsbasert praksis. Departementet foreslo etter dette å gi departementet myndighet til å bestemme på hvilke områder direktoratet skal utarbeide veiledere og faglige retningslinjer.

På bakgrunn av ovennevnte samt hensynet til målet om å harmonisere tannhelsetjenesten med øvrige helse- og omsorgstjenester, foreslår departementet at det i ny tannhelsetjenestelov inntas en bestemmelse om Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer i ny tannhelsetjenestelov.

Forslaget er en videreføring av gjeldende rett.

Det vises til lovforslaget § 7-5 i kapittel 25.

21 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

21.1 Innledning

I dette punktet foreslår departementet endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

Punktet må ses i sammenheng med punkt 20.2, hvor departementet drøfter lovstruktur for ny tannhelsetjenestelov og foreslår at ny tannhelsetjenestelov skal være en ren pliktlov, mens rettigheter til tannhelsetjenester skal reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven.

Dette alternativet er i tråd med den lovstrukturen som er valgt for regulering av andre helse- og omsorgstjenester, inkludert spesialisthelsetjenester hvor ansvaret er forankret hos staten ved de regionale helseforetakene. Etter departementets vurdering vil dette alternativet på best måte ivareta behovet for forenkling, harmonisering og modernisering av regelverket for offentlige tannhelsetjenester. Regulering av rettigheter til tannhelsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven sammen med andre rettigheter til helse- og omsorgstjenester vil gi bedre oversikt og større forutsigbarhet for pasienter.

Departementet foreslår i dette punktet de nødvendige endringene i pasient- og brukerrettighetsloven.

Regjeringen har satt ned et utvalg som skal utrede ny pasient- og brukerrettighetslov. Målet er en lov som er lettere for pasienter, brukere, pårørende og tjenesteytere å forstå, og samtidig bidrar til likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Utvalget skal levere sin utredning i form av Norsk offentlig utredning (NOU) innen 14. mai 2027. Departementet legger til grunn at rettigheter til tannhelsetjenester vil bli omfattet av utvalgets vurderinger og forslag, men ser ingen grunn til å vente på utvalgets leveranse, da dette og en videre oppfølging av utvalgets forslag vil ta lengre tid. Pasient- og brukerrettighetslovutvalget er orientert om departementets forslag i dette høringsnotatet.

21.2 Virkeområde og personkrets (rettighetssubjekt)

21.2.1 Innledning

Som nevnt over, foreslår departementet at ny tannhelsetjenestelov innrettes som en rendyrket pliktlov eller tjenestelov. Dette innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte har til tjenester etter loven, i stor grad må bestemmes av annen lovgivning, hvor særlig pasient- og brukerrettighetsloven vil være sentral. Spørsmålet om hvilken personkrets som omfattes av loven og som dermed kan ha rettigheter etter den, må avgjøres med utgangspunkt i lovens virkeområdebestemmelse. I tillegg kommer de konkrete rettighetsbestemmelsene som presiserer og avgrenser rettighetene ytterligere.

21.2.2 Gjeldende rett

Rett til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1 er forbeholdt bestemte persongrupper. Alle nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de «bor eller midlertidig oppholder seg». Det er den fylkeskommune der pasienten oppholder seg som har ansvar for at pasientens rettigheter blir oppfylt. Retten til tannhelsehjelp gjelder i praksis overfor den fylkeskommune hvor pasienten til enhver tid oppholder seg, uavhengig av i hvilket fylke vedkommende har sitt bosted. Tannhelsetjenesteloven legger dermed oppholdsprinsippet til grunn. Begrepet «bor» anses ikke å ha noen selvstendig betydning ved siden av «oppholder seg». Det vises her til redegjørelsen for gjeldende rett i punkt 4.1.2 og 4.1.6.

Kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven omhandler rett til helse- og omsorgstjenester og transport. Retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven følger av § 2-1. Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven fremgår av § 2-2. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 har ikke bestemmelser om rett til nødvendig tannhelsehjelp. Retten til nødvendig tannhelsehjelp reguleres dermed i sin helhet av tannhelsetjenesteloven.

Virkeområdebestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 første ledd første punktum slår fast at loven gjelder for «alle som oppholder seg i riket». Lovens utgangspunkt er det rent faktiske oppholdet i Norge. Bestemmelsen favner dermed i utgangspunktet vidt. Det følger imidlertid av § 1-2 første ledd andre punktum at Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

Slike unntak er fastsatt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Forskriften presiserer og innsnevrer personkretsen som har rettigheter etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 ut fra hvilken tilknytning de har til Norge. Forskriften § 2 definerer hvilke personer som har fulle rettigheter til helsehjelp etter lovens kapittel 2. Med «fulle rettigheter» menes rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det er et vilkår for fulle rettigheter at man har lovlig opphold i Norge. I tillegg til lovlig opphold, må man enten ha fast opphold i riket, være medlem i folketrygden eller ha rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter). Et eksempel på en slik gjensidighetsavtale er EØS-avtalens trygdedel, jf. omtale i punkt 4.7.7. Med «fast opphold» i riket regnes i denne sammenheng opphold som er ment å vare eller har vart minst 12 måneder.

Personer som ikke fyller vilkårene i forskriften § 2, vil som hovedregel ikke ha fulle rettigheter til helsehjelp. I forskriften § 4 er det likevel gjort et generelt unntak for barn. Med bakgrunn i forpliktelsene som følger av barnekonvensjonen, har barn under 18 år som hovedregel fulle rettigheter selv om de ikke fyller vilkårene i § 2. Det betyr at barn under 18 år har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen på linje med barn som er bosatt i Norge. Dette gjelder uavhengig av oppholdsstatus, det vil si hvorvidt barnet har lovlig opphold eller ikke.

Videre klargjør forskriften rettigheter til helsehjelp for voksne personer som ikke fyller vilkårene i § 2. Det følger blant annet av forskriften §§ 3 og 5 at alle som oppholder seg i riket har rett til øyeblikkelig hjelp og annen helsehjelp som ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Forskriften skiller i den forbindelse ikke mellom personer med eller uten lovlig opphold.

Siden hjemmelen for å gjøre unntak fra loven etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 første ledd er begrenset til bestemmelser i lovens kapittel 2, er forskriften tilsvarende

begrenset til å omfatte rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Siden rettigheter til tannhelsetjenester i dag ikke omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, regulerer forskriften ikke rettigheter til tannhelsehjelp for personer uten fast opphold i riket.

21.2.3 Departementets vurdering og forslag

Rettighetsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven begrenser personkretsen ved at den henviser til «alle nevnt i § 1-3». En lignende begrensning til bestemte persongrupper foreslås videreført i den nye rettighetsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven gjennom en henvisning til tannhelsetjenesteloven, jf. punkt 21.4 nedenfor. Regulering av rettigheter til tannhelsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven uten at det samtidig foretas tilpasninger, vil innebære at virkeområdebestemmelsen i § 1-2 første ledd første punktum får uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester. Dette kan skape uklarheter om forholdet mellom virkeområdebestemmelsen og rettighetsbestemmelsen og feilaktig gi inntrykk av at personkretsen som har rett til nødvendig tannhelsehjelp er utvidet til å omfatte «alle» som oppholder seg i riket. Rettigheter til hele befolkningen er målet på sikt, men ikke en del av lovforslaget i det foreliggende høringsnotatet.

Etter departementets vurdering er det derfor behov for særregler for å unngå slike utilsiktede virkninger og for å synliggjøre at retten til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen fremdeles skal være forbeholdt bestemte persongrupper.

Departementet foreslår derfor en endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 første ledd første punktum i form av en tilføyelse som innebærer at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket, «når ikke annet følger av loven her». Denne formuleringen åpner for at det blant annet kan fastsettes lovbestemmelser som har en snevrere personkrets enn det som følger av hovedregelen i virkeområdebestemmelsen. Dette tillegget tar blant annet høyde for å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-1 a som stiller krav om fem års botid i Norge for unge voksne mellom 19 og 28 år for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp. Begrepet «alle» i virkeområdebestemmelsen må dermed forstås i lys av de begrensningene som ligger i de nye rettighetsbestemmelsene for tannhelsetjenester.

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven omfatter samme personkrets som i dag har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen etter denne loven. Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven omfatter derimot en videre personkrets enn den personkretsen som har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven. Dette som følge av at rettighetene til helse- og omsorgstjenester etter kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven for personer uten fast opphold i riket er begrenset gjennom forskriften til § 1-2. Forskriften omfatter som nevnt ikke tannhelsetjenester.

Departementet kan ikke se at det er behov for å forskriftsfeste tilsvarende begrensninger i retten til nødvendig tannhelsehjelp ut fra en persons tilknytning til riket, som gjelder for fulle rettigheter til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Ved vurderingen er det lagt vekt på at det allerede er lovfestede

begrensninger i hvilke persongrupper som har rett til nødvendig tannhelsehjelp som foreslås videreført i ny tannhelsetjenestelov, og at ytterligere begrensninger knyttet til for eksempel krav om fast opphold i riket, medlemskap i folketrygden mv. vil bidra til å komplisere regelverket unødig.

I mangel av eksplisitt regulering er utgangspunktet at alle som hører inn under en av de lovpålagte persongruppene og som oppholder seg i riket, vil ha rett til nødvendig tannhelsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det vises til utlendingsloven § 4 hvor det fremgår at dersom ikke annet følger av gjeldende rettsregler, har utlendinger under sitt lovlige opphold i riket samme rettigheter og plikter som norske statsborgere.

Det vises til § 1-2 første ledd i lovforslaget i punkt 26.1.

21.3 Begrepet «helse- og omsorgstjenesten»

21.3.1 Gjeldende rett

Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d inneholder en definisjon av begrepet «helse- og omsorgstjenesten». I likhet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, inngår «tannhelsetjenesten» i lovens definisjon av helse- og omsorgstjenesten. Definisjonen omfatter også private tilbydere av «helse- og omsorgstjenester».

Begrepet helse- og omsorgstjenesten er et organisatorisk begrep, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 29.6.2 hvor departementet uttaler:

> «I tillegg har departementet foreslått en definisjon av «helse- og omsorgstjenesten» i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Som følge av harmoniseringen av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven mener departementet det er et behov for å definere begrepet «helse- og omsorgstjenesten». Forslaget innebærer at den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester er omfattet av definisjonen. Med andre ord omfatter begrepet «helse- og omsorgstjenesten» hele sektoren, mens den «kommunale helse- og omsorgstjenesten» har et snevrere anvendelsesområde ved at den er knyttet til kommunalt nivå.»

Definisjonen av helse- og omsorgstjenesten må ses i sammenheng med definisjonen av «pasient» i § 1-3 bokstav a. En pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.

Definisjonen av helse- og omsorgstjenesten må også ses i sammenheng med formålsbestemmelsen i § 1-1, hvor det fremgår at lovens er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Selv om den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er en del av den samlede helse- og omsorgstjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven, gjelder ikke reglene i lovens kapittel 2 for tannhelsetjenester. Det følger direkte av ordlyden i de enkelte

bestemmelsene i lovens kapittel 2 at retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester er avgrenset til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Betydningen av at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten regnes som en del av den samlede helse- og omsorgstjenesten i loven, er i første rekke at de prosessuelle rettighetene knyttet til medvirkning, informasjon, samtykke og innsyn i pasientjournal i lovens kapittel 3, 4 og 5 også gjelder for pasienter som mottar tannbehandling fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller fra private tjenesteytere.

21.3.2 Departementets vurdering og forslag

Begrepet «helse- og omsorgstjenester» er ikke definert i loven, men brukes i varierende grad fra bestemmelse til bestemmelse og i veksling med blant annet begrepene «helsehjelp» og «helsetjenester». Etter en naturlig språklig forståelse faller fylkeskommunale tannhelsetjenester i utgangspunktet utenfor bestemmelser i loven som regulerer helse- og omsorgstjenester. I forlengelsen av dette kan det være behov for å presisere at loven også får anvendelse for private tilbydere av tannhelsetjenester, i tillegg til private tilbydere av helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår ingen legaldefinisjon av begrepet helse- og omsorgstjenester i dette høringsnotatet, da det ligger utenfor rammen av dette arbeidet. Departementet legger til grunn at hensynet til harmonisering tilsier at tannhelsetjenester så langt det passer bør innfortolkes i begrepet helse- og omsorgstjenester i de ulike bestemmelsene i loven. Dette gjelder blant annet bestemmelser i lovens kapittel 3, 4 og 5 som gir prosessuelle rettigheter. Det er ikke tvil om hvorvidt disse rettighetene også gjelder for tannhelsetjenester, enten hjelpen ytes av fylkeskommunen eller av private tjenesteytere. I hvilken grad tannhelsetjenester omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven, beror dermed på en tolkning av den enkelte bestemmelse. Det vises til at regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal utrede ny pasient- og brukerrettighetslov. Målet er blant annet en lov som er lettere for pasienter, brukere, pårørende og fagfolk å forstå og anvende.

Departementet foreslår en endring i definisjonen av begrepet «helse- og omsorgstjenesten» i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Endringen innebærer en presisering av at det er «den fylkeskommunale» tannhelsetjenesten som omfattes av loven. Presiseringen er av pedagogisk art og er strengt tatt ikke påkrevd siden ansvaret for offentlige tannhelsetjenester ikke er fordelt på flere forvaltningsnivåer. Dette i motsetning til formuleringen «den kommunale» helse- og omsorgstjenesten som brukes for å skille denne fra den statlige spesialisthelsetjenesten.

Det vises til § 1-3 i lovforslaget i punkt 26.1.

21.4 Rettigheter til tannhelsehjelp – nytt kapittel 2A

21.4.1 Innledning

Departementet viser til forslaget i punkt 20.8.4 til regulering og videreføring av fylkeskommunens ansvar for å sørge for et regelmessig og oppsøkende tilbud om

nødvendig tannhelsehjelp til bestemte persongrupper i ny tannhelsetjenestelov. I dag er pasientens rett til nødvendig tannhelsehjelp regulert i tannhelsetjenesteloven. Departementet viser videre til punkt 20.2 om valg av lovstruktur og drøfter nedenfor hvordan bestemmelser om rett til tannhelsehjelp kan innplasseres i pasient- og brukerrettighetsloven og behovet for særregulering. Departementet foreslår å ta inn en rettighetsbestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven som speiler forslaget til pliktbestemmelse i ny tannhelsetjenestelov.

21.4.2 Gjeldende rett

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd at «alle nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg». Videre fremgår det av § 2-1 andre ledd at Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp, de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet. Det følger av paragrafens tredje ledd at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak etter denne paragrafen.

21.4.3 Departementets vurdering og forslag

Spørsmålet er hvordan rettighetsbestemmelser knyttet til tannhelsetjenester bør utformes ved plassering i pasient- og brukerrettighetsloven, uten at det får utilsiktede virkninger.

Utgangspunktet for departementets vurdering er at gjeldende rett bør videreføres ved at retten til nødvendig tannhelsehjelp, er foreholdt de persongruppene som fylkeskommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til. Som følge av at rettigheter til tannhelsehjelp uansett ikke skal gjelde for «alle» som oppholder seg i riket, jf. punkt 21.2, er det behov for å ta inn særregler i pasient- og brukerrettighetsloven som synlig gjør at disse rettighetene fremdeles skal være forbeholdt bestemte persongrupper.

Departementet foreslår at bestemmelser om rett til tannhelsehjelp ikke tas inn i eksisterende kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven, men plasseres i et eget, nytt kapittel 2A. Hensikten med dette grepet er primært å ivareta behovet for særregulering av tannhelsetjenester i denne loven og dermed unngå mulige utilsiktede virkninger og grunnlag for feilslutninger av en mer generell regulering og konsekvenser som kan være vanskelige å overskue. Videre er det av pedagogiske grunner ønskelig å synliggjøre at det saklige virkeområdet for pasient- og brukerrettighetsloven utvides til også å omfatte rettigheter til tannhelsetjenester. Hensynet til rettsklarhet for rettsanvendere generelt og hensynet til forutberegnelighet for enkeltpersoner spesielt, veier også tungt i denne sammenheng.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det tas inn en egen bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven i form av en ny § 2A-1 som gir en uttømmende regulering av rettigheter til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Etter departementets vurdering bør bestemmelser som gir individuelle rettigheter ideelt sett utformes så detaljert at det er mulig for pasienten å gjøre seg kjent med sine rettigheter uten å måtte gå til annen lovgivning. Dette har også betydning for muligheten til å nyttiggjøre seg klageadgang.

Departementet foreslår derfor å ta inn i pasient- og brukerrettighetsloven en opplisting av de persongruppene som er omfattet av fylkeskommunens ansvar i forslaget til § 2-3 i ny tannhelsetjenestelov. Ulempen er at det medfører en dobbeltregulering. På dette feltet der det ikke er gitt rettigheter til alle, mener imidlertid departementet at en slik regulering har gode grunner for seg. Forslaget innebærer at det må gjøres endringer i begge lovene etter hvert som rettighetene utvides.

Det foreslås å ta inn en bestemmelse i § 2A-1 om at fylkeskommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen er nødvendig for å gjøre det tydelig at pasienter som har rettigheter til tannhelsehjelp skal ha de samme rettigheter til informasjon som andre. Det øvrige innholdet i gjeldende tannhelsetjenestelov § 2-1 dekkes av bestemmelsen i helsepersonelloven § 6 som pålegger helsepersonell en plikt til å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift («sparsomhetsbestemmelsen»).

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd som avskjærer forvaltningslovens anvendelse på vedtak om tildeling av nødvendig tannhelsehjelp, foreslås ikke videreført i pasient- og brukerrettighetsloven. Det foreslås i stedet en bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 2A-1 som tilsvarer bestemmelsen i § 2-7 første ledd, og som innebærer at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke gjelder for vedtak om nødvendig tannhelsehjelp. På den måten blir reglene om forvaltningslovens anvendelse for vedtak om nødvendig tannhelsehjelp harmonisert med det som gjelder for spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester.

Det vises til lovforslaget § 2A-1 i punkt 26.1.

21.5 Krav om botid for rett til tannhelsehjelp for unge voksne med midlertidig oppholdstillatelse

21.5.1 Gjeldende rett

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 2-1 a at det for enkelte personer med midlertidig oppholdstillatelse som nevnt i § 1-3 første ledd bokstav d, er et krav om fem års botid i riket for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Dette gjelder gruppen unge voksne fra 19 til og med 28 år. Denne begrensningen ble tatt inn i loven med virkning fra 1. juli 2024, jf. Prop. 101 L (2023-2024). Lovbestemmelsen er et tiltak i en samlet pakke med virkemidler for å redusere ankomstene til Norge av fordrevne fra Ukraina. Kravet om botid i riket gjelder ikke for personer som har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat. Bestemmelsen speiler tilsvarende begrensninger i pliktbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 d. Det vises til beskrivelsen av gjeldende rett i punkt 4.1.5.4.

21.5.2 Departementets vurdering og forslag

Det vises til departementets vurderinger av pliktbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 d i punkt 20.8.6.

Departementet foreslår å ta inn en bestemmelse i ny § 2A-2 i pasient- og brukerrettighetsloven som viderefører gjeldende bestemmelser i tannhelsetjenesteloven. Departementet vurderer at hensynene bak bestemmelsen fortsatt kan begrunne en slik begrensning i rettigheter for enkelte persongrupper. Gruppen det gjelder er imidlertid blitt noe utvidet siden loven ble vedtatt, ved at aldersspennet er utvidet fra 24 til 28 år som øvre grense. Departementet kan ikke se at dette i vesentlig grad endrer avveiningene i vurderingen av hvorvidt det foreligger usaklig forskjellsbehandling mellom persongrupper basert på nasjonalitet. Det vises til drøftelsen i Prop. 101 L (2023-2024) punkt 7.5. Departementet peker likevel på at vurderingen av en slik forskjellsbehandling hvor det oppstilles særskilte vilkår for å ha rett til tannhelsehjelp for enkelte grupper, vil måtte gjøres fortløpende dersom en stadig større del av befolkningen for øvrig får rett til tannhelsehjelp.

Det vises til lovforslaget § 2A-2 i punkt 26.1.

21.6 Om individuell plan

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 at pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Bestemmelsen i § 2-5 viser til lovbestemmelsene som pålegger kommunene og spesialisthelsetjenesten tilsvarende plikt til å utarbeide individuell plan innenfor sine ansvarsområder. Bestemmelsen i § 2-5 viser ikke til tannhelsetjenesteloven siden det ikke finnes noen korresponderende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som pålegger fylkeskommunen plikt til å utarbeide individuell plan for personer som har rettigheter til tannhelsetjenester. Retten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 er dermed begrenset til somatiske og psykiatriske tjenester som ytes av kommunen og spesialisthelsetjenesten etter de tre nevnte lovene. I tråd med vurderingen under punkt 20.8.10, legger departementet likevel til grunn at behovet for tannbehandling vanligvis ikke vil være av et slikt omfang at det alene utløser en plikt for fylkeskommunen til å utarbeide individuell plan. Departementet foreslår derfor heller ikke å lovfeste en rett for pasienten til individuell plan for tannhelsetjenester.

21.7 Klage

21.7.1 Gjeldende rett

21.7.1.1 Tannhelsetjenesteloven

Av tannhelsetjenesteloven § 2-3 fremgår det at den som ikke får «den hjelp som er bestemt i denne lov og godkjent plan», kan påklage avgjørelsen til det organ

fylkeskommunen bestemmer. Klagen skal fremsettes for «det organ som fylkeskommunen bestemmer». Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages videre til statsforvalteren. Det betyr at det etter tannhelsetjenesteloven er en totrinns klageordning. Dette er en utvidelse i forhold til det generelle systemet etter forvaltningsloven med ett trinns klageordning. Etter forvaltningsloven skal klagen fremsettes for det organ som har truffet vedtaket (førsteinstansen), og ikke for et eget organ som fylkeskommunen bestemmer (første klageinstans).

Klageordningen etter tannhelsetjenesteloven er lik ordningen etter kommunehelsetjenesteloven av 1982. Klageordningen etter kommunehelsetjenesteloven ble ikke videreført med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i 2012, men erstattet av nye klageregler i pasient- og brukerrettighetsloven som er harmonisert med forvaltningslovens system. Av forarbeidene til tannhelsetjenesteloven fremgår det at bestemmelsen i § 2-3 gjelder i stedet for forvaltningslovens regler om klage, uten at dette er begrunnet nærmere. Det synes imidlertid klart at forvaltningsloven kommer til anvendelse og supplerer dagens klageregler i tannhelsetjenesteloven. Dette kommer frem av Sosialdepartementets uttalelser i St.meld. nr. 36 (1989–90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* punkt 8.2.5 side 113, vedrørende den tilsvarende bestemmelsen om klageordning i § 2-4 i kommunehelsetjenesteloven av 1982.

Klageadgangen etter tannhelsetjenesteloven er forbeholdt pasienter som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1. Det man kan klage over er at man ikke får oppfylt sin rett til nødvendig hjelp av rimelig standard, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83). Fristen for å klage etter tannhelsetjenesteloven er tre uker, jf. § 2-1 andre ledd. Dette er i samsvar med den generelle klagefristen i forvaltningsloven, men kortere enn klagefristen på fire uker etter pasient- og brukerrettighetsloven.

21.7.1.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 slår fast at pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2 (med unntak av § 2-4 a om helsehjelp i utlandet), 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til statsforvalteren. Ved klage på brudd på § 2-4 a om helsehjelp i utlandet, er Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) klageinstans. Reglene i kapittel 2 gjelder blant annet rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, men ikke fra tannhelsetjenesten. Reglene i kapittel 3, 4 og 5 gjelder informasjon, medvirkning, samtykke og journalinnsyn, og disse gjelder for tannhelsetjenesten. Klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen, og ikke direkte til klageinstansen.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3 inneholder bestemmelser om klagens form og innhold, herunder krav om skriftlighet mv. Fristen for å klage etter pasient- og brukerrettighetsloven er fire uker, jf. § 7-5. Fristen er dermed lenger enn den alminnelige klagefristen etter forvaltningsloven som er tre uker.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-7 regulerer forvaltningslovens anvendelse i klagesaker etter loven. Utgangspunktet etter § 7-7 første punktum er at forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder «så langt de passer», med de

særlige bestemmelser som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Det er gitt særregler for kommunale helse- og omsorgstjenester i § 7-7 andre og tredje punktum. Ved behandling av klager over kommunale vedtak om helsetjenester, skal klageinstansen legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. For øvrige kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum.

21.7.2 Departementets vurdering og forslag

I forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), ble det med virkning fra 1. januar 2012 foretatt en rekke endringer i klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Hovedformålet var å harmonisere og forenkle regelverket. Dette ble gjort blant annet ved å samle reglene om klage i én lov (pasient- og brukerrettighetsloven), oppheve ordningen med to klageinstanser etter kommunehelsetjenesteloven av 1982, etablere én felles klageinstans for alle kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (fylkesmannen, senere statsforvalteren) og i større grad gi de generelle reglene i forvaltningsloven anvendelse ved klagesaksbehandlingen.

Dagens tannhelsetjenestelov har imidlertid fortsatt egne regler om klage over manglende tannhelsehjelp som avviker fra klagesystemet i pasient- og brukerrettighetsloven, blant annet i form av eget klageorgan i fylkeskommunen før klagen går til statsforvalter, og kortere klagefrist. Samtidig gjelder klageregler etter pasient- og brukerrettighetsloven om informasjon, medvirkning, samtykke og journalinnsyn for tannhelsetjenesten, og avgjørelser knyttet til disse rettighetene kan påklages til statsforvalter.

Særordningen etter tannhelsetjenesteloven bryter med systemet etter forvaltningsloven og klageordninger etter andre sektorlover, og spesielt pasient- og brukerrettighetsloven, der det bare er én klageinstans. Departementet vurderer at klagereglene bør moderniseres og harmoniseres med klagereglene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten ved at rettigheter til tannhelsehjelp og klager om dette reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven. Når klageinstansen er felles for alle helse- og omsorgstjenester, er det uheldig om man skulle operere med ulike klagefrister avhengig av hvilke tjenester det dreier seg om. En samlet regulering av rettigheter til tannhelsehjelp og klage i pasient- og brukerrettighetsloven vil gi et enklere regelverk, bedre oversikt, lengre klagefrist og dermed større forutsigbarhet for pasienter enn det som gjelder etter dagens tannhelsetjenestelov. Felles klageregler i pasient- og brukerrettighetsloven vil føre til at man unngår dobbeltregulering og uklarheter om hvilke regler som gjelder.

Departementet mener at forslaget ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning, ettersom statsforvalteren allerede er del av klageprosessene som beskrevet ovenfor, og det ikke foreslås noen utvidelse av hva det er adgang til å klage på. Dersom større deler av befolkningen på sikt får rett til nødvendig tannhelsehjelp, kan det antas at antall klager vil øke. Det må da vurderes om det er behov før økte ressurser til klagebehandling.

På denne bakgrunn foreslår departementet endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2, slik at den også gjelder for klage etter de nye bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2A om rett til tannhelsetjenester. Dette innebærer at for klager som gjelder rettigheter til tannhelsehjelp, vil det være krav til klagens form og innhold etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3, og fire ukers klagefrist etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5.

Det er i dag ikke gitt egne regler i tannhelsetjenesteloven om klageinstansens prøvingsadgang over fylkeskommunale avgjørelser om tannhelsetjenester. Dette reguleres derfor i sin helhet av forvaltningsloven. Det fremgår av forvaltningsloven § 34 andre ledd andre punktum at der statlig organ er klageinstans for vedtak truffet av en kommune eller fylkeskommune, skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn. Forslaget i høringsnotatet innebærer at tannhelsetjenester skal omfattes av klageordningen i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Tannhelsetjenester omfattes i dag ikke av særreguleringen i § 7-7 andre og tredje punktum om klageinstansens prøvingsadgang over kommunale vedtak om helse- og omsorgstjenester. Det følger da av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-7 første punktum at forvaltningslovens regler om klager over enkeltvedtak gjelder «så langt de passer». Det innebærer at forvaltningsloven § 34 i utgangspunktet fortsatt skal legges til grunn for klageinstansens kompetanse. Dette innebærer ingen endringer i gjeldende rett. I ny forvaltningslov, som ikke er satt i kraft, er terskelen for statlig overprøving hevet. Det fremgår av § 68 nr. 3 i ny forvaltningslov at klageinstansen skal legge *særlig* stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønnet. Som ledd i forberedelsene til ikraftsetting av ny forvaltningslov pågår det et arbeid med gjennomgang av behovet for endringer i sektorlovgivningen. Når det gjelder klageinstansens prøvingsadgang overfor vedtak om fylkeskommunale tannhelsetjenester, foreslår departementet derfor ikke nå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-7 i dette høringsnotatet.

Det vises til lovforslaget § 7-2 i punkt 26.1.

22 Endringer i spesialisthelsetjenesteloven

22.1 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens ansvar for tannhelsehjelp

22.1.1 Innledning

I dette punktet foreslår departementet en endring i spesialisthelsetjenesteloven for å tydeliggjøre og presisere ansvaret spesialisthelsetjenesten har for tannhelsehjelp som er en forutsetning for, integrert del av eller følge av helsetjenestene pasienten får i sykehus.

22.1.2 Gjeldende rett og praksis

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre og tredje ledd lyder:

> «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.
>
> Retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a og 4-4.»

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd lyder:

> «Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder
>
> 1. sykehustjenester,
>
> 2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
>
> 3. akuttmedisinsk beredskap,
>
> 4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
>
> 5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4,
>
> 6. transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og
>
> 7. transport av behandlingspersonell.»

Det ikke tydeliggjort i gjeldende regelverk i hvilken grad spesialisthelsetjenesten er pliktig å yte tannhelsehjelp som en del av spesialisthelsetjenester.

Ut fra informasjonen som er innhentet fra de regionale helseforetakene er det klart at det er til dels stor ulikhet mellom helseforetak i hvordan de forstår og praktiserer sitt ansvar for tannhelsehjelp som del av ansvaret for å sørge for helhetlige spesialisthelsetjenester. Samtidig er finansieringsordningene for slik tannhelsehjelp fragmenterte, og kan bidra til uklarhet rundt ansvarsforholdene. Det vises til beskrivelsen i kapittel 6.

22.1.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet viser til beskrivelsen i kapittel 6 av hvordan helseforetakene i dag ivaretar pasientens behov for tannbehandling i spesialisthelsetjenesten. Utfordringer i dag er at det ikke er etablert helhetlige tjenester for tannhelsehjelp der disse er en nødvendig, integrert del og en forutsetning for behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldingene tilsier at det ikke er en felles forståelse av hvor langt spesialisthelsetjenestens ansvar strekker seg. Videre finnes ikke et systematisk samarbeid mellom den somatiske spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten for å avdekke og behandle tannhelseproblemer.

Finansieringsordningene er fragmenterte og dårlig tilpasset dagens system og pasientenes behov. Dagens system kompliseres av at folketrygdens stønadsordning synes å dekke deler av behandlingen som faller inn under spesialisthelsetjenesten ansvar. Det medfører også at noen helseforetak utløser refusjon fra Helfo når de behandler pasienter i spesialisthelsetjenesten og tar ansvar for og utfører behandlingen i egenregi uten

egenbetaling fra pasienten, mens andre helseforetak overlater pasienten til selv å ta kontakt med privat tannhelsetjeneste og selv betale for sin egen tannbehandling, eventuelt med delvis trygderefusjon av utgifter. Dette kan føre til en uheldig forskjellsbehandling av pasienter.

De fleste voksne må selv betale for egen tannbehandling, og enkelte pasienter kan av økonomiske årsaker eller andre grunner la være å få utført nødvendig tannbehandling. Dette er problematisk der tannbehandlingen er en del av et pågående behandlingsforløp og må koordineres med øvrig medisinsk behandling. Det kan føre til at pasientens munn- og tannhelse ikke undersøkes eller kartlegges, noe som igjen kan føre til uoppdagede infeksjoner. Det kan medføre at behandling i spesialisthelsetjenesten må utsettes, eller at effekten av behandlingen blir dårlig fordi man ikke får et fullstendig bilde av pasientens helsetilstand.

Departementet mener det er nødvendig i større grad å tydeliggjøre og presisere hvilket ansvar helseforetakene og spesialisthelsetjenesten har for å gi tannhelsehjelp som del av en helhetlig oppfølging av pasienten. I hvilken grad pasienter skal motta tannhelsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil være spørsmål om når tannbehandling utgjør en tilstrekkelig nødvendig og integrert del av den øvrige behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Da vil tannbehandling måtte ytes av spesialisthelsetjenesten som del av spesialisthelsetjenestens ansvar.

Departementet foreslår å presisere i spesialisthelsetjenesteloven at det regionale helseforetaket skal sørge for at personer som tilbys spesialisthelsetjenester også tilbys nødvendig tannhelsehjelp som er en forutsetning for, integrert del av eller direkte konsekvens av behandlingen vedkommende får i spesialisthelsetjenesten. Selv om det ikke i dag fremgår av spesialisthelsetjenesteloven en konkret angivelse av tannbehandling eller tannhelsehjelp, mener departementet at dette er en presisering og kodifisering av gjeldende rett når det gjelder ansvar. Som beskrevet over i kapittel 6, tar spesialisthelsetjenesten allerede ansvar for tannhelsehjelp i tilknytning til behandlinger, men praksis er ulik. Forslaget til lovendring begrunnes i behovet for avklaring og en felles forståelse nasjonalt av hvilket ansvar spesialisthelsetjenesten har, for å sikre et likeverdig tilbud til pasientene.

Det må vurderes konkret når tannbehandling utgjør en så tilstrekkelig integrert del av behandlingen at den omfattes av det regionale helseforetakets ansvar. Utfallet av vurderingen er av stor betydning for den enkelte pasient fordi de fleste voksne pasienter ikke har, eller kun har begrensede rettigheter, til tannhelsehjelp etter annet regelverk, og dermed selv må betale fullt ut for tannhelsehjelpen dersom den ikke ytes av spesialisthelsetjenesten. Departementet ser at avklaring av spesialisthelsetjenestens ansvar i noen situasjoner vil være enkel, mens grensegangen i andre tilfeller vil være mer krevende. Det vil kunne være nødvendig å gi retningslinjer fra myndighetshold for å sikre likebehandling nasjonalt.

Departementet viser her også til at det samtidig foreslås å styrke finansieringen til de regionale helseforetakene, se punkt 18. Finansiering knyttet til enkelte stønadspunkter i forskrift til folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a foreslås overført til de regionale

helseforetakene, ettersom behandlingen stønaden skal finansiere i stor grad sammenfaller med det som i praksis er nært knyttet til behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene krever også i varierende grad refusjon for nettopp denne behandlingen allerede i dag. Samlet er forslagene en helt nødvendig opprydding i regelverk for plikter til og finansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten.

Departementet ber høringsinstansene vurdere hvilke konsekvenser en overføring av finansieringsansvaret fra folketrygden til de ordinære finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten vil ha for ressurssituasjonen i tjenesten.

Det vises til § 2-1 a i lovforslaget i punkt 26.2.

22.2 Utvidelse av veiledningsplikten

Det vises til redegjørelsen og drøftelsen i punkt 20.10.7 for omtale av forslag til endring i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 om veiledningsplikt for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, samt til lovforslaget i punkt 26.2.

23 Endringer i andre lover

23.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

23.1.1 Utvidelse av veiledningsplikten

Det vises til redegjørelsen og drøftelsen i punkt 20.10.7 for omtale av forslag til endring i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 om veiledningsplikt for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt til lovforslaget i punkt 26.3.

23.2 Helsepersonelloven

23.2.1 Melding om helsepersonells virksomhet

Det vises til redegjørelsen og drøftelsen i punkt 20.10.5 for omtale av forslag til endring i helsepersonelloven § 18 første ledd om melding om helsepersonells virksomhet, samt til endringsforslaget i punkt 26.4.

23.2.2 Krav om politiattest

Det vises til punkt 20.10.3 om videreføring av krav til politiattest i ny tannhelsetjenestelov. Departementet foreslår som følge av dette endring i helsepersonelloven § 20 a om krav til politiattest, med oppdatert henvisning til ny tannhelsetjenestelov. Henvisningen til § 4-2 første ledd i gjeldende tannhelsetjenestelov endres til en henvisning til § 2-3 andre ledd i ny tannhelsetjenestelov.

Det vises til § 20 a i lovforslaget i punkt 26.4.

23.3 Helsetilsynsloven

Det vises til redegjørelsen og drøftelsen i punkt 20.14 for omtale av forslag til teknisk endring i helsetilsynsloven § 4 andre ledd tredje punktum om tilsyn overfor kommunesektoren, samt til endringsforslaget i punkt 26.5.

24 Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslaget

24.1 Merknader til forslag til ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester

Til § 1-1 Lovens formål

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 1-1 i punkt 20.4.

Paragrafen er ny, men innholdet er i hovedsak en videreføring og presisering av gjeldende rett.

Den er bygget opp på tilsvarende måte som formålsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, og presiserer dermed et felles verdigrunnlag for den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Nr. 1 slår fast at lovens formål er å fremme tannhelse, og å forebygge og behandle sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Bestemmelsen viderefører folkehelse- og forebyggingsperspektivet i gjeldende tannhelsetjenestelov § 1-1. Bestemmelsen må ses i sammenheng med formålsbestemmelsen i folkehelseloven, og fylkeskommunens generelle ansvar for å fremme folkehelse og samordne tiltak innenfor sine sektorområder etter denne loven. Forholdet til folkehelseloven er beskrevet i punkt 4.5, jf. også merknadene til § 2-2.

Av *nr. 2* fremgår at et annet formål med loven er å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet og et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av bosted og økonomi. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens plikt til å drive systematisk kvalitetssikringsarbeid, jf. merknadene til § 3-1.

Av *nr. 3* følger at det er et formål å sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for alle som oppholder seg i fylket, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere, jf. merknadene til § 2-7. Bestemmelsen reflekterer også fylkeskommunens ansvar for å sørge for at tilbud om tannhelsetjenester er tilgjengelig for hele befolkningen i fylket, jf. merknadene til § 2-1.

Nr. 4 legger til grunn at tjenestetilbudet bør tilpasses den enkeltes behov og tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Nr. 5 angir at et formål med loven også er å fremme sosial trygghet og å forebygge sosiale problemer. Med sosial trygghet og sosiale problemer menes i denne sammenheng ikke

primært problemer knyttet til økonomiske forhold hos den enkelte, men utfordringer med å omgås andre mennesker i sosiale sammenhenger som følge av tannhelseproblemer.

I *nr. 6* fremgår formålet om å bidra til at de samlede ressursene utnyttes best mulig. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar for styring og planlegging av virksomheten, jf. merknadene til § 2-4.

Til § 1-2 Lovens virkeområde

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 1-2 i punkt 20.5.

Første ledd første punktum er nytt, men innebærer ingen realitetsendring.

Bestemmelsen beskriver det saklige virkeområdet og fastsetter hvilket forvaltningsnivå som er pliktsubjekt etter loven. I bestemmelsen slås det fast at loven gjelder for tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av fylkeskommunen. Videre fremgår det av bestemmelsen at loven også gjelder for tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av andre offentlige eller private tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen. Bestemmelsen tar høyde for at fylkeskommunen kan velge å oppfylle sitt sørge-for-ansvar ved at egne ansatte yter tannhelsetjenester eller ved å inngå avtale med andre om slik tjenesteytelse. Dette er en videreføring av gjeldende bestemmelser i tannhelsetjenesteloven §§ 1-1 og 4-1, men med en mer profesjonsnøytral utforming uten den begrensningen som ligger i betegnelsen privatpraktiserende tannlege i gjeldende lov.

Av *første ledd andre punktum* fremgår at det som gjelder for fylkeskommunen også omfatter Oslo kommune. Dette er en videreføring av gjeldende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 6-7.

Loven gjelder i utgangspunktet bare for private tjenesteytere i den grad de har avtale med fylkeskommunen. Av *andre ledd* følger at § 4-5 om opplysningsplikt til fylkeskommunen til bruk for planlegging, styring mv likevel får anvendelse for tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av private tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen. Se merknadene til § 4-5.

Det geografiske virkeområdet for loven er «i riket». I *tredje ledd* er Kongen gitt kompetanse til å gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forholdene. Dette er i hovedsak en videreføring av dagens hjemmel i tannhelsetjenesteloven § 6-6, men den er utvidet til å omfatte Jan Mayen.

Til § 1-3 Forholdet til forvaltningsloven

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 1-3 i punkt 20.6.2.

Paragrafen er ny og tydeliggjør forholdet til forvaltningsloven på samme måte som helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2, men medfører ingen realitetsendring.

Paragrafen innebærer at forvaltningsloven skal gjelde for fylkeskommunens virksomhet., hvis ikke tannhelsetjenesteloven eller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte.

Forholdet til forvaltningslovens regler om enkeltvedtak er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7. Etter denne bestemmelsen skal forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt ikke gjelde for vedtak som treffes etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Når det gjelder rett til nødvendig tannhelsehjelp etter lovens kapittel 2A, følger dette direkte av forslaget til § 2A-1 tredje ledd.

Til § 1-4 Folkerettslige forpliktelser om trygdekoordinering

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 1-4 i punkt 20.7.

Paragrafen viderefører i sin helhet gjeldende tannhelsetjenesteloven § 1-8. Tilsvarende bestemmelser finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-3, spesialisthelsetjenesteloven § 1-3 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-4.

Paragrafen regulerer forholdet til EØS-avtalens trygderegler og bi- og multilaterale avtaler med betydning for trygdekoordinering, og synliggjør koblingen mellom folkeretten og tannhelsetjenesteloven.

Første ledd er en forskriftshjemmel som gir Kongen myndighet til å gjennomføre bilaterale avtaler om trygdekoordinering ved forskrift, slik at avtalene blir en del av norsk rett. På den måten sikres transparens i gjennomføringen. Bestemmelsen vil blant annet kunne få anvendelse for avtaler som kun omfatter helsetjenester, herunder tannhelsetjenester, og som Helse og omsorgsdepartementet dermed har myndighet til å fremforhandle. Uttrykket «trygdekoordinering» er ikke begrenset til koordinering av ytelser etter trygdelovgivningen. Prinsippene for trygdekoordinering ligger også til grunn for bilaterale avtaler som regulerer rettigheter til å motta helsetjenester og tannhelsetjenester for personer som er omfattet av en stats trygdeordning under opphold i den andre staten, og dekningen av utgifter for slike tjenester.

Andre ledd er tatt inn av informasjonshensyn. Bestemmelsen regulerer forholdet mellom tannhelsetjenesteloven og forpliktelsene etter folketrygdloven §§ 1-3 a og 1-3 b. Det innebærer at bestemmelser som er gitt i eller i medhold av tannhelsetjenesteloven må tolkes og anvendes i samsvar med forpliktelser som følger av folkerettslige avtaler som er gjennomført i norsk rett, og må om nødvendig fravikes ved eventuell motstrid.

Til § 2-1 Fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 2-1 i punkt 20.8.2.

Første ledd viderefører rettstilstanden fra § 1-1 første ledd i gjeldende lov.

Bestemmelsen omhandler fylkeskommunens ansvar for å sørge for at nødvendige tannhelsetjenester er tilgjengelige for personer som oppholder seg i fylket. I likhet med gjeldende lov, er det i første ledd presisert at fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester også omfatter spesialisttannhelsetjenester. Bestemmelsen pålegger ikke fylkeskommunen en plikt til selv å yte tjenestene. Fylkeskommunen må påse at det finnes et tilbud, slik at personer som oppholder seg i fylket kan finne og oppsøke tannhelsehjelp.

Oppholdsprinsippet ligger til grunn for tannhelsetjenesteloven, slik at fylkeskommunens tilgjengelighetsansvar gjelder overfor alle personer som til enhver tid oppholder seg i fylket. Bestemmelsen omfatter den delen av den voksne befolkningen som ikke har rett til nødvendig tannhelsehjelp og som betaler for tjenestene. Bestemmelsen omfatter ikke de pasientgruppene som har rett til nødvendig tannhelsehjelp og som derfor reguleres av § 2-3. Uttrykket «er tilgjengelige» angir et visst minstenivå på tilgang på tannhelsetjenester som ligger lavere enn det som kan karakteriseres som optimal tilgjengelighet, men som ikke kan være lavere enn det som følger av det generelle helserettslige kravet til forsvarlige tjenester.

Fylkeskommunen kan selv yte tjenester, inngå avtale med private tjenesteytere om ytelse av tannhelsetjenester, eller yte tjenester ved interkommunalt samarbeid med fylkeskommunal tannhelsetjeneste i nabofylker. Tilgjengelighetsansvaret kan også ivaretas ved at fylkeskommunen tilrettelegger for, eller oppfordrer til, at private etablerer seg. For å kunne vurdere og planlegge tilgjengeligheten, må fylkeskommunen ha oversikt over de samlede tannhelseressursene og behandlingskapasiteten i fylket, inkludert privatpraktiserende tannhelsepersonell. Tilgjengelighetsansvaret må derfor ses i sammenheng med § 4-4, som gir fylkeskommunen plikt til å motta og registrere meldinger om privat helsepersonell som yter tannhelsetjenester i fylket. Videre har fylkeskommunens adgang til å pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven § 4-5.

Det konkrete omfanget og innholdet av de tannhelsetjenestene som skal være tilgjengelige, følger av begrepet «nødvendige tannhelsetjenester». Det er tjenester som etter en odontologisk vurdering er nødvendige for å ivareta tann- og munnhelsen, som skal være tilgjengelige Dette avgrenser mot tannbehandling uten helsemessig indikasjon. Det vises til omtalen av nødvendig tannhelsehjelp i merknaden til § 2-3, som har samme meningsinnhold. Presiseringen av «nødvendige» tannhelsetjenester er ny, men innebærer ingen realitetsendring.

Bestemmelsen presiserer at ansvaret også omfatter tilgjengelighet til spesialisttannhelsetjenester, selv om dette også omfattes av begrepet «nødvendige tannhelsetjenester». Dette understreker at spesialisttannhelsetjenester ikke nødvendigvis har tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Spesialisttannhelsetjenester kan ytes både i fylkeskommunal tannhelsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten, og også av tannlegespesialister i privat sektor. Med spesialisttannhelsetjenester menes her utredning, diagnostikk, behandlingsplanlegging, behandling og nødvendig oppfølging som forutsetter kompetanse på spesialistnivå og som utføres av tannlege med spesialistgodkjenning.

Tilgjengelighetsansvaret vurderes ut fra ulike faktorer, som tilgang på tilstrekkelig kvalifisert personell i fylket, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til behov og etterspørsel i befolkningen, reisevei til behandlingstilbud, åpningstider, ventetid på behandling og fysisk tilgjengelighet til tannklinikker. Fylkeskommunens ansvar avhenger av en konkret vurdering, blant annet av lokale geografiske forhold.

Andre ledd viderefører hjemmelen i gjeldende § 1-3 andre ledd andre punktum. Bestemmelsen gir departementet adgang til å gi forskrift om plikt for fylkeskommunen til å sørge for å tilby tannhelsetjenester til voksne mot betaling i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud fra private tjenesteytere. Bestemmelsen gjelder for voksne som ikke omfattes av fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper etter § 2-3. Det er gitt forskrifter om plikten til å sørge for nødvendige tannhelsetjenester av allmenn økonomisk betydning i forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

Til § 2-2 Fylkeskommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 2-2 i punkt 20.8.3.

Paragrafen er en harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første og andre ledd.

Første ledd viderefører innholdet i gjeldende lov § 1-2 med en noe endret ordlyd. Helsefremmende og forbyggende arbeid er grunnleggende for befolkningens tannhelse, og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten spiller en viktig rolle gjennom regelmessig innkalling for tannhelseundersøkelse og oppsøkende virksomhet i barnehager, i skoler og på institusjoner. Fylkeskommunens ansvar for forebyggende arbeid tydeliggjøres.

Andre ledd er ny og pålegger den fylkeskommunale tannhelsetjenesten en plikt til å bidra til fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 21.

Til § 2-3 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 2-3 i punkt 20.8.4.

Paragrafen viderefører gjeldende rett. Det er gjort tekniske og språklige endringer for å gjøre loven enklere å lese og forstå. Enkelte begreper er modernisert og tilpasset annen relevant lovgivning. Plikten speiles av pasientens rett til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen i nytt kapittel 2A i pasient- og brukerrettighetsloven.

Av *første ledd første punktum* følger det at fylkeskommunen har ansvar for å sørge for et regelmessig og oppsøkende tilbud om nødvendig tannhelsehjelp til nærmere definerte grupper av befolkningen. Plikt til å «sørge for» et tilbud er en ny ordlyd, men den er brukt i de andre tjenestelovene på helserettens område og innebærer en harmonisering med disse. Endringen presiserer gjeldende rett. Hensikten er å tydeliggjøre plikten til å yte helsehjelpen, og å presisere skillet mot ansvaret for å finansiere tjenester. Ansvaret kan oppfylles ved at tjenestene ytes av fylkeskommunen selv, eller gjennom avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere, se merknaden til andre ledd.

Plikten gjelder for det første «*tilbud om nødvendig tannhelsehjelp»*. Formuleringen er delvis ny i tannhelsetjenesteloven, men viderefører gjeldende praksis. Begrepet nødvendig tannhelsehjelp er en rettslig standard som viser til tjenester som etter en odontologisk

vurdering er nødvendige for å ivareta tann- og munnhelsen. Det avgrenser mot tjenester som ikke har helsemessig indikasjon. En rettslig standard er dynamisk. Hva som anses som nødvendig, vil endre seg over tid i takt med medisinsk utvikling og samfunnets verdisyn. Dette gir helsepersonell handlingsrom til å utøve faglig skjønn og tilpasse behandlingen til det enkelte individ. Med endringen samsvarer ordlyden i pliktbestemmelsen i større grad med ordlyden i rettighetsbestemmelsen, enn det som er tilfellet i gjeldende tannhelsetjenestelov. Bestemmelsen speiles av pasientens rett til nødvendig tannhelsehjelp etter forslag til ny § 2A-1 i pasient- og brukerrettighetsloven.

For det andre skal tilbudet være «*regelmessig og oppsøkende*». Dette viderefører tidligere tannhelsetjenestelov § 1-3, og er avgjørende for rekkevidden av fylkeskommunens ansvar og plikter. Plikten er mer omfattende enn det som gjelder for helsetjenesten for øvrig, der pasientene i all hovedsak oppsøker helsehjelpen selv. Det vil variere mellom persongruppene i andre ledd hva som kreves av fylkeskommunen. I begrepet «oppsøkende» kan det ligge plikt til aktiv innsats for å informere om tannhelsetilbudet til personer som har rettigheter etter loven, plikt til aktiv innkalling av pasientene, og en plikt til transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på tannklinikk.

For barn i alderen 0 til 18 år innebærer plikten at fylkeskommunen aktivt skal innkalle til undersøkelse og eventuell behandling, for å sikre at barn ikke er avhengig av at foreldrene selv tar initiativ til nødvendig forebygging og behandling. For unge voksne må det på egnet måte gjøres kjent at behandlingstilbudet eksisterer. For særlig skrøpelige pasienter kan det innebære plikt til å tilby helt nødvendig tannhelsehjelp der pasienten bor, i form av ambulante tjenester i det omfanget det er mulig. Omfanget av, og formen på, tjenestene ved oppsøkende virksomhet overfor den enkelte pasientgruppe må vurderes på grunnlag av gruppens særtrekk og den enkelte pasientens livs- og helsesituasjon. Hensynet til formålet med behandlingen (for eksempel kontroll av tannsett under utvikling) og pasientens egne forhold (vanskeligstilte grupper og grupper med andre fysiske, psykiske og sosiale funksjonshindringer) vil måtte vurderes. Begrepet «regelmessig» forutsetter en viss kontinuitet og hyppighet i tilbudet, for eksempel i form av innkallinger med faste intervaller. Grad av hyppighet for den enkelte pasient må vurderes ut fra hva som er forsvarlig, basert på faglig skjønn med utgangspunkt i nasjonale faglige retningslinjer.

Av *første ledd annet punktum* følger det at fylkeskommunens ansvar ikke omfatter kjeveortopedisk behandling. Denne avgrensningen fremkommer ikke av ordlyden i gjeldende lov, men følger av langvarig praksis. Bestemmelsen kodifiserer dermed gjeldende rett.

I *andre ledd* er det listet opp hvilke personer fylkeskommunens ansvar omfatter. Denne speiles av forslag til ny § 2A-1 i pasient- og brukerrettighetsloven. Personkretsen er den samme som i gjeldende tannhelsetjenestelov § 1-3, men det er gjort tekniske og språklige endringer for å modernisere og tilpasse bestemmelsen til dagens begreper og relevant regelverk. Av pedagogiske hensyn er rekkefølgen på gruppene endret.

Nr. 1 gjelder barn og unge «*fra fødsel til og med det året de fyller 18 år*». Bestemmelsen viderefører tidligere § 1-3 andre ledd bokstav a.

Nr. 2 gjelder voksne «*fra det året de fyller 19 til og med det året de fyller 28 år*». Bestemmelsen viderefører tidligere § 1-3 andre ledd bokstav d.

Nr. 3 gjelder *«personer med psykisk utviklingshemming*». Ordlyden er noe endret fra dagens lov, men innebærer ingen endring i gjeldende rett. Formuleringen «psykisk utviklingshemming» innebærer at personen må ha nedsatt kognitiv funksjon, diagnostisert etter gjeldende diagnoseverktøy. Bestemmelsen viderefører tidligere § 1-3 andre ledd bokstav b.

Nr. 4 gjelder personer «*som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie*» og *nr. 5* omfatter personer «*som oppholder seg i helseinstitusjon*». Retten til tannhelsehjelp er i disse tilfellene avledet av at pasienten mottar andre helsetjenester. Disse to gruppene omfatter tidligere § 1-3 andre ledd bokstav c: «grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie», som i andre ledd her er inndelt i to nye bestemmelser. Henvisningen til «eldre, langtidssyke og uføre» er erstattet med det mer nøytrale «personer» som gjenspeiler gjeldende praksis og som ikke innebærer noen realitetsendring.

I nr. 4 brukes oppdaterte begreper fra helse- og omsorgstjenesteloven. Bestemmelsen omfatter «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie». Det avgrenses mot tjenester i hjemmet som ikke er helsehjelp, for eksempel praktisk hjelp og bistand, og mot andre helsetjenester i hjemmet, for eksempel fysioterapi. Med «sykepleie» menes lettere behandling, sårbehandling, legemiddelhåndtering mv. Også psykiatrisk sykepleie omfattes. Sykepleieoppgaver kan utføres av både sykepleiere og annet helsepersonell. Det avgjørende er innholdet i tjenesten. Kommunens enkeltvedtak om tildeling av tjenester vil tydeliggjøre hvilke personer som mottar disse tjenestene og dermed får avledet rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Nr. 5 omfatter personer som oppholder seg i helseinstitusjon. Begrepet institusjon er videreført fra tidligere lov og ytterligere presisert. Det omfatter både kommunale og statlige helseinstitusjoner, i tillegg til private helseinstitusjoner som har avtale med kommune eller helseforetak og finansieres med offentlige midler som del av den offentlige helsetjenesten. Det siktes her til institusjon som har sengeplasser for døgnopphold. Bestemmelsen er ikke ment å omfatte pasienter som kun mottar behandling ved poliklinikk eller andre former for behandling som ikke medfører innleggelse i helseinstitusjon, for eksempel dagkirurgi. Det må avgrenses mot institusjoner som ikke er helseinstitusjoner og andre former for kommunale boliger hvor det ikke ytes helsehjelp. For kommunale institusjoner vises det til forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 med nærmere angivelse av begrepet «institusjon» i helse- og omsorgstjenesteloven og begrepet «institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten» som benyttes i pasientskadeloven.

Det vises til den generelle omtalen i punktene 20.8.4.2 og 4.1.5.2

Nr. 6 gjelder personer «som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar» minst ett av tre ulike tjenestetilbud; etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b,

helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2 eller spesialisthelsetjenesteloven § 3-16. Bestemmelsen viderefører tidligere § 1-3 andre ledd bokstav e.

Departementet peker særskilt på at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 gjelder kommunens ansvar overfor pårørende, og at det er den pårørende som er rettssubjekt etter § 3-6 og som etter nr. 2 i bestemmelsen skal få tilbud om pårørendestøtte fra kommunen på grunn av særlig tyngende omsorgsarbeid. Det er likevel personen med rusmiddelavhengighet som den pårørende har omsorg for som skal ha rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen, ikke den pårørende selv.

For begge de aktuelle kommunale tjenestene vil det bli fattet enkeltvedtak av kommunen for tildeling, som vil gjøre det tydelig hvilke pasienter som får rett til tannhelsetjenester. For pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) blir oppstarten av behandlingsløpet bestemt i spesialisthelsetjenesten, i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-16 med tilhørende forskrift.

Nr. 7 gjelder personer som er innsatt i fengsler i kriminalomsorgen. Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-3 andre ledd bokstav e, kun med en mindre språklig justering. Med betegnelsen «innsatt i fengsler i kriminalomsorgen» etter tannhelsetjenesteloven menes følgende grupper:

- innsatte i varetekt, jf. straffegjennomføringsloven kapittel 4,
- innsatte i fengsel med høyt og lavere sikkerhetsnivå, jf. straffegjennomføringsloven § 10 første ledd bokstav a og b,
- innsatte i overgangsbolig, jf. straffegjennomføringsloven § 10 første ledd bokstav c, og
- innsatte som gjennomfører straffen ved heldøgns opphold i institusjon eller sykehus, jf. straffegjennomføringsloven § 12 og § 13, jf. § 10 tredje ledd.

Følgende innsatte blir ikke definerte som «innsatte i fengsel» etter tannhelsetjenesteloven:

- personer som gjennomfører straffen utenfor fengsel med særlige vilkår etter straffegjennomføringsloven § 16, jf. § 10 første ledd bok stav d. Dette omfatter personer som gjennomfører straffen i hjemmet og personer som gjennomfører straffen med elektronisk fotlenke.

For gruppene i nr. 6 og 7 vises det til omtalen i punkt 4.1.5.2.

Av *tredje ledd* følger at tjenestene som fylkeskommunen har ansvar for kan ytes av fylkeskommunen selv eller ved at fylkeskommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras. Dette viderefører gjeldende rett i gjeldende tannhelsetjenestelov § 4-2 og fortolkningen av denne, men med endret ordlyd som er tilpasset dagens begrepsbruk. Loven begrenser ikke avtalefriheten for fylkeskommunene. Tannhelsetjenester reguleres med dette på samme måte som andre helse- og omsorgstjenester. Fylkeskommunen kan ivareta sitt ansvar ved å inngå avtale med private virksomheter som yter tannhelsetjenester uavhengig av hvordan de er organisert, for eksempel med tannleger, tannpleiere eller virksomheter som har ansatt

tannleger og tannpleiere om undersøkelser og behandling som de har kompetanse til å utføre. Fylkeskommunen kan også inngå avtaler om tjenesteyting med andre fylkeskommuner og helseforetak, eller andre offentlige tjenesteytere. Alminnelige regler om inngåelse av avtaler om tjenesteytelse gjelder. Forbudet mot overdragelse av avtaler er ikke til hinder for at avtaler med fylkeskommunen videreføres ved kjøp, fusjon eller annen virksomhetsoverdragelse. Bestemmelsen må sees i sammenheng med § 1-2 første ledd om lovens virkeområde, som blant annet regulerer i hvilken grad tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen omfattes av loven.

Det vises til omtale i punkt 20.8.11.

Til § 2-4 Fylkeskommunens ansvar for styringssystem mv.

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 2-4 i punkt 20.8.5.

Paragrafen er ny, men innholdet viderefører gjeldende rett.

Den innebærer en harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd.

De grunnleggende kravene til styring fremheves. For å kunne sørge for tannhelsetjenester på en forsvarlig måte, må fylkeskommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter. Det er gitt utfyllende bestemmelser om fylkeskommunens plikter etter § 2-4 i forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Til § 2-5 Ansvar for tilbud til personer med midlertidig oppholdstillatelse

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 2-5 i punkt 20.8.6.

Paragrafen viderefører i sin helhet gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 d. Den avgrenser fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om nødvendig tannhelsehjelp til voksne i § 2-3 andre ledd nr. 2, ved at det oppstilles et krav til fem års botid for personer med midlertidig oppholdstillatelse. Paragrafen speiles av § 2A-2 i pasient- og brukerrettighetsloven. Kravet gjelder ikke for personer som har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat.

Til § 2-6 Fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 2-6 i punkt 20.8.7.

Paragrafen viderefører i sin helhet gjeldende rett.

Tilsvarende bestemmelser finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § § 3-3 a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f.

Paragrafen tydeliggjør at fylkeskommunen, ved administrativ leder, fylkesrådmann og fylkestinget, har ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep kan forebygges, avdekkes og avverges ved ytelse av tannhelsetjenester.

Det stilles krav om at tannhelsetjenesten må organiseres på en slik måte at tjenesteyterne settes i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Ledelsens ansvar for å tilrettelegge tjenestene på en slik måte gjelder uavhengig om tjenestene ytes av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som fylkeskommunen inngår avtale med. Det er viktig å legge til rette for identifisering av personer som kan stå i fare for å bli utsatt for vold eller overgrep, samt tidlig intervensjon.

Hvorvidt det er utøvd vold, beror på en totalvurdering hvor flere momenter må tas i betraktning. Omstendigheter rundt handlingen, særlig graden av voldsomhet og handlingens karakter, vil være sentrale momenter ved vurderingen.

Seksuelle overgrep omfatter ulike former for seksuelle handlinger, herunder samleie, seksuell omgang og seksuell atferd. Seksuell trakassering og seksuelle krenkelser vil også være omfattet.

Til § 2-7 Fylkeskommunens ansvar for samarbeid

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 2-7 i punkt 20.8.9.

Paragrafen viderefører i sin helhet gjeldende rett.

Tilsvarende bestemmelser finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Første ledd gir fylkeskommunen plikt til å sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester omfattet av loven, samarbeider med andre tjenesteytere i oppfølgingen av bestemte pasienter eller brukere som mottar tjenester fra flere tjenesteytere.

Fylkeskommunens sørge-for-ansvar innebærer en plikt til å sette tjenestene i stand til å oppfylle sine samarbeidsplikter, legge til rette for at det kan samarbeides, påse at det faktisk samarbeides der hvor dette er nødvendig, samt korrigere rutiner og praksis dersom det viser seg at det ikke samarbeides i tråd med regelverket.

For at samarbeidsplikten skal inntre, må samarbeid være nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette innebærer at tannhelsetjenesten må gjøre en konkret faglig vurdering av hva den har plikt til å samarbeide om, hvilke andre tjenesteytere den skal samarbeide med når det gjelder de enkelte oppgavene, og en vurdering av hvor omfattende og langvarig samarbeidet vil bli. Dette vil variere ut fra den enkelte pasients eller brukers behov. Av lovforslaget § 2-4 fremgår at fylkeskommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Plikt til samarbeid må også sees i sammenheng med personellets plikt til å drive forsvarlig virksomhet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd. Kravene gjelder uavhengig av om helsepersonellet arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, den

fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Kravet til forsvarlighet innebærer at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og respektere begrensninger i egen kompetanse, jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd. Helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonellet skal også samarbeide med annet kvalifisert personell, dersom pasientens behov tilsier dette. Tannhelsetjenesten må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter den må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid. Samarbeidet skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

I bestemmelsen presiseres også at fylkeskommunen skal sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester skal samarbeide med barnekoordinator, dersom dette er oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2.

Andre ledd regulerer tannhelsetjenestens plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere, uten av det er knyttet til behandling eller oppfølging av en bestemt pasient eller bruker. Fylkeskommunen skal sørge for nødvendig samarbeid mellom tannhelsetjenesten innad i fylkeskommunen, med tannhelsetjenesten i andre fylkeskommuner og med andre tjenesteytere, slik at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan ivareta *sine* oppgaver etter lov eller forskrift.

I tillegg innebærer bestemmelsen en plikt for fylkeskommunen til å sørge for at tannhelsetjenesten samarbeider med andre tjenesteytere for at *disse* skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift. Slikt samarbeid kan for eksempel omfatte drøfting av saker i anonymisert form og tilrettelegging for gjensidig veiledning og informasjon. Samarbeidet kan for eksempel forankres i samarbeidsavtaler eller gjennom faste tverrsektorielle møter, arbeidsformer og rutiner.

Tredje ledd definerer begrepet «tjenesteytere». Med tjenesteytere menes både kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, helseforetak, private tjenesteytere som utfører oppgaver på vegne av slike tjenesteytere og friskoler og private barnehager. Alle disse tjenesteyterne omfattes av samarbeidsplikten.

Samarbeid etter denne bestemmelsen skal skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 4-7 om veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Til § 3-1 Forsvarlighet

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 3-1 i punkt 20.9.1.

Paragrafen innebærer en harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Første ledd første punktum er ny, men innholdet er i all hovedsak en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Bestemmelsen presiserer at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være.

Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og ytes i tilstrekkelig omfang. Virksomheten skal planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at de tjenestene som ytes er forsvarlige. Virksomheten skal også påse at tiltakene virker og er tilstrekkelige. Det er i stor grad sammenfall mellom kravene til forsvarlig virksomhetsstyring og kravene til styringssystem (internkontroll). Bestemmelsen må derfor ses i sammenheng med § 2-4, som viderefører en plikt for fylkeskommunen til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Første ledd andre punktum presiserer i *nr. 1* at fylkeskommunens tilbud som helhet må være forsvarlig.

Nr. 2 presiserer at fylkeskommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient gis et verdig tjenestetilbud. Dette speiler formålsbestemmelsen i § 1-1 nr. 4. Kravet til et verdig tjenestetilbud kan innfortolkes i dagens forsvarlighetskrav.

Nr. 3 presiserer at forsvarlighetskravet blant annet innebærer at fylkeskommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og helsepersonell som utfører tjenesten blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Bestemmelsen viderefører tannhelsetjenesteloven § 1-3 a om tilrettelegging. Se også helsepersonelloven § 16.

Nr. 4 presiserer at fylkeskommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten.

Av *andre ledd* fremgår at Kongen i statsråd i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om fylkeskommunens plikt til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, jf. første ledd nr. 4.

Til § 3-2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 3-2 i punkt 20.9.2.

Paragrafen er ny, men viderefører og presiserer gjeldende rett.

Den innebærer en harmonisering med tilsvarende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Første ledd pålegger plikt for enhver som yter tannhelsetjenester til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsetilsynsloven § 5 som har bestemmelser om plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll. Den som har ansvar for en virksomhet, har også ansvar for internkontrollen. Selv om ansvaret i prinsippet er lagt til øverste leder, for eksempel fylkesdirektøren i fylkeskommunen, vil myndigheten i praksis være delegert til leder av den aktuelle virksomheten når det gjelder den praktiske gjennomføringen av internkontrollen.

Innføring av plikt for enhver som yter tannhelsetjenester til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er et prosesskrav, og ikke et krav til et bestemt kvalitetsnivå. Det stiller først og fremst krav til systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten,

og tydeliggjør at dette er en viktig virksomhetsoppgave. Kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid skal være en del av virksomhetens internkontroll.

Begrepet «pasientsikkerhet» tar utgangspunkt i å verne pasienter og brukere mot å bli påført skade eller bli utsatt for risiko for skade når de mottar tannhelsetjenester. Systematisk pasientsikkerhetsarbeid er alle systematiske tiltak for å opprette og vedlikeholde vern mot unødig skade.

Andre ledd gir departementet hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser blant annet om innholdet i plikten etter første ledd. Det er fastsatt slike bestemmelser i forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det gis også hjemmel for at det kan fastsettes forskrift om politisk behandling av kvalitetskrav, hvor fylkeskommunen selv avgjør om saken skal behandles i fylkestinget eller annet folkevalgt organ. Det sentrale er å sikre at de folkevalgte i fylkeskommunen deltar både i utarbeidelsen av kvalitetskravene og oppfølgingen av dem.

Til § 3-3 Om informasjon

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 3-3 i punkt 20.9.3.

Paragrafen viderefører i sin helhet § 1-6 i gjeldende tannhelsetjenestelov.

Tilsvarende bestemmer finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11.

Første ledd tydeliggjør fylkeskommunens ansvar på virksomhetsnivå for å sørge for at det gis informasjon som pasienten og nærmeste pårørende har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Andre ledd presiserer plikten til å besvare henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra pasienter og pårørende. Plikten ligger hos virksomheten, ikke det enkelte helsepersonell. I tilfeller der et helsepersonell er selvstendig næringsdrivende, vil imidlertid plikten tillegges helsepersonellet som eier av virksomheten. Plikten til å besvare en henvendelse er oppfylt når den som har henvendt seg til tjenesten har fått svar på de delene av henvendelsen som gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. I dette ligger det en viss terskel for hva henvendelsen skal omhandle for at plikten utløses. Tjenesten skal også besvare mindre viktige henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet. Ofte kan disse henvendelsene besvares raskt ved en telefonsamtale. Svaret på henvendelsen behøver således ikke å være skriftlig. Ved behov kan tjenesten avtale et møte med pasienten eller pårørende.

Til § 3-4 Om medvirkning

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 3-4 i punkt 20.9.4.

Paragrafen er ny, men lovfester og presiserer gjeldende rett.

Den er en harmonisering med tilsvarende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 b og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 a.

Fylkeskommunen eller andre som yter tjenester etter tannhelsetjenesteloven, skal sørge for at pasienten sin rett til å medvirke ved undersøkelse og behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 blir oppfylt. Plikten følger også av fylkeskommunens generelle plikt til å yte forsvarlige tannhelsetjenester etter § 3-1.

Til § 4-1 Beredskapsarbeid

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 4-1 i punkt 20.10.1.

Paragrafen er ny, men viderefører i hovedsak gjeldende rett ved å vise til plikten etter helseberedskapsloven § 2-2. Fylkeskommunens beredskapsplan skal samordnes med fylkeskommunens øvrige beredskapsplaner.

Bestemmelsen er en harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b.

Til § 4-2 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 4-2 i punkt 20.10.2.

Paragrafen er ny.

Den innebærer en harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1c og § 2-1d.

Første ledd fastslår at fylkeskommunen kan pålegge personell som i fylkeskommunen utfører oppgaver etter loven her, å utføre nærmere tilvist arbeid ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter.

Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med slik beordring, er tog- og flyulykker, flom, snøskred og omfattende epidemier mv.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 4-1 om tjenesteplikt og beordring i lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Helseberedskapslovens bestemmelser gjelder for personell som tjenestegjør i hele den offentlige helse- og omsorgstjenesten, samt for personell i private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester, jf. helseberedskapsloven §§ 1-3 og 1-4. Dette inkluderer personell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og personell i private virksomheter som tilbyr tannhelsetjenester. Bestemmelsene om tjenesteplikt og beordring i helseberedskapsloven § 4-1 er imidlertid fullmaktsbestemmelser som kun kan utløses i ekstraordinære situasjoner. Disse gjelder dermed for mer alvorlige situasjoner enn de som er omfattet av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven. Helseberedskapsloven gir også videre adgang til å beordre personell.

Andre ledd pålegger fylkeskommunen å yte bistand til andre fylkeskommuner ved ulykker og andre situasjoner, dersom forholdene tilsier det. Forhold som kan tilsi at bistand er nødvendig, er at det foreligger behov for ressurser, personell, materiell eller lokaler som en fylkeskommune ikke har tilgjengelig eller disponerer over i sin drift. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med bistand, er tog- eller flyulykker,

flykapringer, flom, snøskred, epidemier, utslipp av farlige gasser etc. Krav om bistand skal fremmes av den fylkeskommunen som har bistandsbehovet.

Tredje ledd fastslår at den fylkeskommunen som yter bistand skal ha kompensasjon for utgiftene fra den fylkeskommunen bistanden rettes til. Fylkeskommunene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning.

Til § 4-3 Politiattest

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 4-3 i punkt 20.10.3.

Bestemmelsen viderefører i sin helhet § 3-1 i gjeldende tannhelsetjenestelov.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonells plikt til å fremlegge politiattest etter helsepersonelloven § 20 a. Det vises til merknadene til den bestemmelsen.

Til § 4-4 Registrering av helsepersonells virksomhet

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 4-4 i punkt 20.10.4.

Tilsvarende paragraf finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7.

Den viderefører § 1-3b i gjeldende tannhelsetjenestelov, men tydeliggjør at registreringsplikten gjelder tannhelsetjenester som ytes av privat helsepersonell. Begrepet «tannhelsepersonell» i dagens lov er erstattet med betegnelsen «helsepersonell», som benyttes i øvrig helselovgivning. Det fremgår av andre deler av bestemmelsen at det dreier seg om helsepersonell som yter tannhelsetjenester.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 18, som pålegger helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet plikt til å gi kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak melding når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av helsepersonelloven. Melding skal også gis ved opphør av slik virksomhet. Det vises til merknadene til denne bestemmelsen.

Bestemmelsen må også ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige etter § 2-1. For å kunne oppfylle dette ansvaret må fylkeskommunen ha oversikt over de samlede personellressursene i fylket.

Til § 4-5 Opplysningsplikt for fylkeskommunen

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 4-5 i punkt 20.10.5.

Paragrafen viderefører § 1-5 i gjeldende tannhelsetjenestelov. Tittelen er endret fra «meldingsplikt» til «opplysningsplikt» for å unngå forveksling med meldeplikten om alvorlige hendelser etter § 7-4.

Tilsvarende bestemmelser finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8.

Første ledd første punktum gir fylkeskommunen hjemmel til å pålegge helsepersonell som yter tjenester etter denne loven å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette kan dreie seg om informasjon om blant annet kapasitet, åpningstid, muligheter til å delta i organisert akuttjeneste og

relevante opplysninger om tannhelsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylkeskommunen i samsvar med folkehelseloven § 21 første ledd. Bestemmelsen gjør det mulig for fylkeskommunen å innhente opplysninger både fra eget ansatt helsepersonell og fra private tjenesteytere med avtale med fylkeskommunen. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige etter § 2-1. For å kunne oppfylle dette ansvaret må fylkeskommunen ha oversikt over de samlede tannhelseressursene i fylket.

Etter *første ledd andre punktum* kan utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum bare skje etter samtykke fra den som opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Andre ledd fastslår at pålegg etter bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Til § 4-6 Pasienters innflytelse

Det er gitt generelle omtale av forslaget til § 4-6 i punkt 20.10.6.

Paragrafen er ny.

Den er en harmonisering med tilsvarende bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10.

Første ledd pålegger fylkeskommunen å sørge for at representanter for pasienter blir hørt ved utformingen av fylkeskommunens tannhelsetjeneste.

Andre ledd pålegger fylkeskommunen å sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters erfaringer og synspunkter. Bestemmelsen skal sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Lovforslaget regulerer ikke hvordan og på hvilket nivå det skal etableres systemer for denne type pasientinnflytelse. Det vil være opp til den enkelte fylkeskommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters erfaringer og synspunkter. Hvilke systemer som er mest hensiktsmessige, vil kunne variere mellom fylkeskommuner og mellom ulike virksomheter.

Tredje ledd presiserer at for fylkeskommuner innenfor forvaltningsområdet for samiske språk vil det, i tillegg til det som følger av bestemmelsens første og andre ledd, gjelde en særlig plikt til å sørge for at samiske pasienters behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utformingen av tjenesten. Ved utforming av tjenestene må det etterspørres om valgte strategier og løsninger også gir et godt tilbud til samiske pasienter og brukere, eller om det er nødvendig med særskilte grep for å gi et godt tjenestetilbud. Det er inntatt en henvisning til sameloven § 3-5 om utvidet rett til bruk av samisk i helse- og omsorgsinstitusjoner i spesifikke kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk. Dette innebærer ikke at det gis nye individuelle rettigheter utover de særskilte språkrettigheter som allerede fremgår av sameloven i dag.

Til § 4-7 Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 4-7 i punkt 20.10.7.

Paragrafen er ny.

Helsepersonell som yter tjenester omfattet av tannhelsetjenesteloven, har plikt til å veilede den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Plikten omfatter både ansatt helsepersonell og private tjenesteytere som er omfattet av tannhelsetjenesteloven.

Bestemmelsen tilsvarer den veiledningsplikten som helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, og den veiledningsplikten som personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11.

Plikten omfatter ethvert tiltak som angår pasienters fysiske eller psykiske helse, dersom informasjonen er påkrevd for at den øvrige helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver. Veiledningsplikten omfatter både generell veiledning, veiledning knyttet til bestemte grupper og enkeltpasienter. Dette kan eksempelvis dreie seg om generell veiledning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten om tannstell for sykehjemsbeboere, eller opplysning om igangsatt tannbehandling hos enkeltpasienter som blir innlagt i spesialisthelsetjenesten.

Til § 5-1 Undervisning og yrkesrettet praksis

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 5-1 i punkt 20.11.1.

Paragrafen viderefører i hovedsak gjeldende rett, men innebærer også lovfesting av et medvirkningsansvar for undervisning og yrkesrettet praksis også for annet helsepersonell enn helsepersonell som yter tannhelsetjenester. Dette er lovfesting av gjeldende praksis. Begrepet «helsepersonell» i § 5-1 har dermed en videre betydning enn andre bestemmelser i loven, som er begrenset til helsepersonell som yter tannhelsetjenester etter loven.

Begrepet «praktisk opplæring» endres til «yrkesrettet praksis» for å tydeligere skille dette fra opplæring i en arbeidssituasjon, som er regulert i § 5-2.

Første ledd pålegger fylkeskommunen plikt til å medvirke til undervisning og yrkesrettet praksis av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Bestemmelsen gjelder undervisning og yrkesrettet praksis for personer i hele utdanningsløpet, både før og etter autorisasjon som helsepersonell. Medvirkningsansvaret innebærer blant annet at fylkeskommunen skal bidra til at universitetsklinikkene og andre undervisningsklinikker har tilstrekkelig pasientgrunnlag.

Departementet kan etter *andre ledd* gi nærmere forskrifter om fylkeskommunens medvirkning til undervisning og yrkesrettet praksis. Slik forskrift er ikke gitt.

Til § 5-2 Opplæring, videre- og etterutdanning

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 5-2 i punkt 20.11.2.

Paragrafen innebærer delvis en videreføring, og delvis en utvidelse, av fylkeskommunens plikter etter gjeldende rett.

Første ledd viderefører gjeldende rett. Fylkeskommunen plikter å sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter tannhelsetjenesteloven får påkrevd opplæring og videre- og etterutdanning. Bestemmelsen presiserer nå, av pedagogiske grunner, at plikten også omfatter påkrevd opplæring.

Med opplæring menes her opplæring i en konkret arbeidssituasjon for ferdig utdannet personell, for eksempel ved nyansettelser, endringer i oppgaver eller ved bruk av nytt teknisk utstyr mv. Det gjelder opplæring som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, og som er en forutsetning for at fylkeskommunen skal kunne yte forsvarlige tannhelsetjenester, jf. § 2-4 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Med «etterutdanning» menes ajourføring, supplering og komplettering av grunnutdanning med sikte på å vedlikeholde kompetanse, og å bedre mestringen i den stilling som innehas. Videreutdanning kjennetegnes ved at den tar sikte på å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn det grunnutdanningen gir.

Bestemmelsen stiller ikke krav til at fylkeskommunen selv skal organisere videre- og etterutdanningstilbud.

Andre ledd utvider fylkeskommunens plikter, sammenlignet med gjeldende tannhelsetjenestelov. Etter bestemmelsen skal fylkeskommunen medvirke til at private ytere av tannhelsetjenester som har avtale med fylkeskommunen, får adgang til nødvendig opplæring, videre- og etterutdanning.

Plikten går ikke lenger enn til å medvirke til at helsepersonell som er knyttet til fylkeskommunen ved avtale, får adgang til å søke nødvendig videre- og etterutdanning. En slik medvirkning fra fylkeskommunens side vil kunne bestå i bistand til vikarordning og lignende ved blant annet kursopphold. Det forutsettes således ikke kostnadsdekning.

Tredje ledd viderefører gjeldende rett. Fylkeskommunens plikt til å legge til rette for helsepersonells deltakelse i opplæring og videre- og etterutdanning, speiles i en plikt for helsepersonellet til å delta i slik opplæring og videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Det kan imidlertid ikke med hjemmel i dette forlanges at helsepersonell skaffer seg en høyere utdanning enn den som svarer til den stillingen de har. Videre- og etterutdanning inngår som en del av arbeidsplikten, men den innebærer ingen plikt til økonomiske ofre i form av betaling for kurs, utgifter til opphold utenfor hjemmet eller lignende. Personalet må få rimelig dekning for merutgifter som videre- og etterutdanning fører med seg. Når det gjelder dekning av merutgifter som videre- og etterutdanning fører med seg for private som yter tannhelsetjenester etter avtale med fylkeskommunen, gir ikke fylkeskommunens medvirkningsansvar etter andre ledd plikt til kostnadsdekning. Det vil si at det må avtales hvordan kostnader til nødvendig etter- og videreutdanning for private tjenesteytere med

avtale, skal dekkes. I utgangspunktet vil det være naturlig å avtale krav om at det private personellet til enhver tid skal være faglig oppdatert, slik at kostnaden for dette må bæres av vedkommendes private arbeidsgiver eller det private personellet selv.

Etter *fjerde ledd* kan departementet gi forskrift om fylkeskommunens medvirkning til opplæring, etter- og videreutdanning. Slik forskrift er ikke gitt.

Til § 5-3 Forskning

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 5-3 i punkt 20.11.3.

Paragrafen er ny og regulerer en ny oppgave for fylkeskommunen.

Fylkeskommunen skal medvirke til, og tilrettelegge for, forskning på tannhelsetjenester. Forskning skal blant annet bidra til kvalitetsforbedring, og må derfor ses i sammenheng med plikten etter § 3-2 til å drive kvalitetsforbedringsarbeid. Fylkeskommunen må utvise en aktivitet for å oppfylle plikten til å medvirke til forskning, men den stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Et medvirkningsansvar innebærer ikke at fylkeskommunen selv må initiere eller konkret finansiere forskning i forbindelse med studier mv. Fylkeskommunens medvirkningsansvar kan blant annet forankres i de regionale odontologiske kompetansesentrene, som har som en av sine oppgaver å utføre praksisnær forskning og kunnskapsutvikling. Eksempler på medvirkning kan være å tilgjengeliggjøre data innhentet fra tjenesten til forskningsprosjekter, å synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov for forskningsinstitusjonene, og å ha oversikt over forskningsaktiviteten i egen fylkeskommune. Andre eksempler kan være å legge plan for hvordan fylkeskommunen ønsker å fremme forskning og kunnskapsbasert praksis for de ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller å utvikle samarbeid med andre fylkeskommuner, kommuner, forskningsinstitusjoner og helseforetak.

Til § 6-1 Fylkeskommunens ansvar for utgifter

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 6-1 i punkt 20.12.1 til 20.12.4.

Paragrafen viderefører innholdet i gjeldende tannhelsetjenestelov § 5-1, med enkelte tekniske endringer og presiseringer.

Første ledd slår fast at fylkeskommunen skal dekke utgifter i forbindelse med ytelse av tannhelsetjenester som den har ansvar for etter loven. Ordlyden er utformet etter mønster av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd.

Andre ledd fastsetter at fylkeskommunen skal dekke utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger.

Tredje ledd første punktum pålegger fylkeskommunen plikt til å dekke reiseutgifter for pasienter som mottar tannhelsehjelp som fylkeskommunen har ansvar for å sørge for etter § 2-3. Plikten omfatter dekning av utgifter, og pålegger ikke fylkeskommunen plikt til å besørge selve transporten. Bestemmelsen omfatter også dekning av reiseutgifter til behandling hos privat tannlege med avtale med fylkeskommunen. I *annet punktum*

presiseres det at fylkeskommunens bestemmelser om dekning av reiseutgifter skal gis i form av en lokal forskrift. Det vil være opp til den enkelte fylkeskommune å fastsette nærmere vilkår for utgiftsdekning ut fra lokale forhold. Forvaltningsloven gjelder for fylkeskommunens beslutninger om dekning av reiseutgifter, jf. § 1-3. Klager på helt eller delvis avslag om dekning av reiseutgifter må følge reglene i forvaltningsloven § 28 andre ledd om klageinstans for fylkeskommunale beslutninger. Lokale forskrifter fastsatt av fylkeskommunen som er gjeldende på tidspunktet for ikrafttredelse av ny tannhelsetjenestelov, vil fortsatt gjelde etter at loven er satt i kraft, jf. § 8-2.

Fjerde ledd pålegger fylkeskommunen plikt til å dekke utgifter til tannhelsetjenester som bosatte i fylkeskommunen har mottatt i et annet EØS-land og fått refundert etter bestemmelser gitt i og i medhold av folketrygdloven § 5-24 a. Stønadsordningen er beskrevet i punkt 4.7.7.2.

Til § 6-2 Pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 6-2 i punkt 20.12.5.

Paragrafen er ny, men viderefører deler av innholdet i gjeldende tannhelsetjenestelov § 2-2 og forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.

Den innebærer at adgangen til å kreve egenbetaling i sin helhet fremgår direkte av loven. Dette er en lovteknisk endring, sammenlignet med gjeldende tannhelsetjenestelov. Loven regulerer nå uttømmende pasienters egenbetaling. Det vil derfor ikke lenger være behov for å gi nærmere bestemmelser om egenbetaling i forskrift. Fylkeskommunen er ikke forpliktet til å kreve betaling av pasienten, selv om det er hjemmel for slik innkreving.

Språkbruken er oppdatert, ved at begrepet «vederlag» er erstattet med «egenbetaling».

Første ledd angir hvilke persongrupper omfattet av § 2-3 som ikke kan avkreves egenbetaling. Dette gjelder personer som omfattes av bestemmelsen i andre ledd nr. 1 og nr. 3 til og med nr. 7. Bestemmelsen viderefører gjeldende rett, ved at barn og unge 0-18 år og personer med psykisk utviklingshemming ikke skal betale for tjenestene. Det er gjort endringer for personer som mottar helsehjelp i hjemmet i form av sykepleie, personer som har opphold i helseinstitusjon, personer med rusavhengighet som mottar nærmere definerte helse- og omsorgstjenester og personer innsatt i fengsel i kriminalomsorgen. Endringene for disse gruppene innebærer å oppheve vilkår som har vært stilt i vederlagsforskriften og i merknader til denne om varighet og hyppighet av de tjenestene som retten til tannhelsehjelp er avledet av, for at tannhelsehjelpen skal være uten egenbetaling. Dette er en forenkling, ved at også disse persongruppene skal motta nødvendig tannhelsehjelp uten egenbetaling, uavhengig av lengden på institusjonsopphold, antall timer med helsetjenester i hjemmet mv. Det vises til omtale i høringsnotatet punkt 20.12.5.2.

Andre ledd bestemmer at personer som omfattes av § 2-3 andre ledd nr. 2 kan avkreves egenbetaling. Dette gjelder voksne i alderen 19-28 år. Bestemmelsen fastsetter også den øvre grensen for pasientens egenbetaling. Bestemmelsen viderefører fylkeskommunens

adgang til å kreve egenbetaling av denne gruppen, men det er gjort enkelte endringer i beregningen av egenbetalingen. Egenbetalingen skal ikke lenger beregnes som maksimalt 25 prosent av departementets fastsatte takster, men som en andel på maksimalt 25 prosent av den enkelte fylkeskommunes kostnader ved å levere tjenesten, og må dermed fastsettes lokalt. Det vises til omtale i punkt 20.12.5.2.

Av *tredje ledd* fremgår det at fylkeskommunen kan kreve full egenbetaling av pasienter som nevnt i § 2-1 andre og tredje ledd, tilsvarende utgiftene ved å yte tjenesten. Dette gjelder blant annet når fylkeskommunen yter tjenester til betalende pasienter i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud. Bestemmelsen viderefører gjeldende rett.

Til § 6-3 Tilskudd fra staten

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 6-3 i punkt 20.12.6.

Paragrafen viderefører gjeldende rett i tannhelsetjenesteloven § 5-2, og slår fast hovedprinsippet om at statlig økonomisk styring av kommunesektoren skal skje gjennom rammetilskudd. Det fremgår at staten årlig skal yte særskilt tilskudd til finansiering av tannhelsetjenester til innsatte i fengsler.

Til § 6-4 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 6-4 i punkt 20.12.7.

Paragrafen viderefører gjeldende rett i tannhelsetjenesteloven § 5-3 og gir hjemmel for å gi forskrift som pålegger fylkeskommunen plikt til å føre atskilte regnskaper. Den viderefører gjeldende rett. Det er fastsatt nærmere bestemmelser i forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

Til § 7-1 Taushetsplikt

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 7-1 i punkt 20.13.

Paragrafen er ny. Den tar høyde for at det er ansatte i tannhelsetjenesten som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven kapittel 5, pasientjournalloven § 15 eller helseregisterloven § 17. Dette gjelder for eksempel personer som er ansatt i administrative stillinger.

Paragrafen er en harmonisering med tilsvarende bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1.

Første ledd slår fast at forvaltningslovens regler om taushetsplikt gjelder for enhver som yter tjenester eller arbeid etter loven. Det vil si at også private som har avtale med fylkeskommunen om å yte tannhelsetjenester er omfattet, selv om disse ikke er forvaltningsorganer.

Andre ledd gir bestemmelsen et videre anvendelsesområde, sammenlignet med forvaltningsloven § 13 annet ledd, ved at også pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted omfattes av

taushetsplikten. Det kan gjøres unntak for opplysning om en pasients oppholdssted når det ikke kan skade tilliten til tannhelsetjenesten.

Til § 7-2 Statlig tilsyn

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 7-2 i punkt 20.14.

Paragrafen erstatter § 4-1 tredje ledd og deler av § 6-2 om tilsyn og veiledning i gjeldende tannhelsetjenestelov, da disse er utdaterte blant annet som følge av ny helsetilsynslov av 2017. Den viderefører gjeldende rett etter helsetilsynsloven og kommuneloven, og er en harmonisering med tilsvarende bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

I *første ledd* fremgår det at statsforvalteren er regional tilsynsinstans, og det er angitt hva det skal føres tilsyn med. Statsforvalteren skal føre lovlighetstilsyn med fylkeskommunens oppfyllelse av plikter etter de kapitlene og bestemmelsene som er nevnt.

Andre ledd første punktum slår fast at reglene i kommuneloven kapittel 30 om statlig tilsyn skal gjelde tilsvarende for tilsynsvirksomhet etter første ledd, med unntak av § 30-4 om pålegg om retting. Etter kommuneloven § 30-4 har statsforvalteren myndighet til å gi pålegg til fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med de bestemmelsene statsforvalteren fører tilsyn med oppfyllelsen av.

Etter *andre ledd andre punktum* kan tilsynsmyndighetene, det vil si Statens helsetilsyn og statsforvalteren, gi pålegg om retting. Kun Statens helsetilsyn kan gi pålegg om stenging. Vilkårene for retting og stenging følger av helsetilsynsloven § 8 første og andre ledd.

Til § 7-3 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 7-3 i punkt 20.15.

Paragrafen erstatter deler av § 6-2 om tilsyn og veiledning i tidligere tannhelsetjenestelov, da denne er utdatert som følge av ny helsetilsynslov av 2017.

Det vises til helsetilsynsloven § 7.

Bestemmelsen er en harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-2.

Til § 7-4 Melding og rapport om alvorlige hendelser

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 7-3 i punkt 20.16.

Paragrafen viderefører gjeldende rett i tannhelsetjenesteloven § 1-7. Ordlyden er justert ved at begrepet «bruker» ikke lenger nevnes, som følge av at fylkeskommunen kun yter tannhelsehjelp og ikke omsorgstjenester slik kommunene gjør.

Tilsvarende bestemmelser finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.

Første ledd tilsvarer bestemmelsene i helsetilsynsloven § 6 andre ledd og lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten § 7 første ledd. Virksomheten plikter å sende melding om alvorlige hendelser både til statsforvalteren og Statens

undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Meldinger om alvorlige hendelser som går til statsforvalteren, skal sendes i kopi til Statens helsetilsyn.

Andre ledd er ny, og tilsvarer bestemmelsen i helsetilsynsloven § 6 tredje ledd. Det vises til de spesielle merknadene til helsetilsynsloven § 6.

Til § 7-5 Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 7-3 i punkt 20.17.

Paragrafen er ny, men innebærer lovfesting av gjeldende rett.

Tilsvarende bestemmelser finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5.

Bestemmelsene lovfester Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer, og tydeliggjør denne delen av Helsedirektoratets rolle.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. Dersom tjenesteytere velger en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

Departementet har myndighet til å bestemme på hvilke områder Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. For eksempel kan departementet bestemme at Helsedirektoratet ikke skal utarbeide faglige retningslinjer på visse områder, dersom departementet mener at det heller bør være fylkeskommunene som utarbeider retningslinjene.

Til § 8-1 Ikrafttredelse

Kongen fastsetter når loven skal tre i kraft. Kongen kan videre bestemme at bestemmelsene i loven kan sette i kraft til forskjellig tid. Klart avgrensede bestemmelser som står i samme paragraf, kan også tre i kraft til forskjellig tid. Bestemmelsen innebærer at klage over tannhelsehjelp som er fremsatt, men ikke avgjort før loven trer i kraft, skal behandles etter bestemmelsene om klage i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.

Til § 8-2 Eldre forskrifter mv.

Paragrafen tilsvarer gjeldende tannhelsetjenestelov § 7-4. Tilsvarende bestemmelse finnes også i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2. Når en ny lov trer i kraft og erstatter en eldre lov, er det vanlig at bestemmelser som er gitt i medhold av den eldre loven, som blir opphevet eller endret, blir stående når de har hjemmel i den nye loven eller forskrifter gitt i medhold av den. Ved den nye lovens ikrafttreden er det for oversiktens skyld hensiktsmessig å gi uttrykkelig hjemmel for at eldre forskrifter, instrukser mv. fortsatt skal gjelde, med mindre de strider mot den nye loven eller forskrifter gitt i medhold av

den. Det innebærer blant annet at lokale forskrifter om dekning av pasienters reiseutgifter som er fastsatt av fylkeskommunen med hjemmel i gjeldende tannhelsetjenestelov § 5-1 tredje ledd, fortsatt vil gjelde når loven trer i kraft. Hjemmelen for at fylkeskommunen kan gi slik forskrift videreføres i § 6-1 tredje ledd.

24.2 Merknader til forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Til § 1-2 Virkeområde

Det er gitt en generell omtale av forslaget i punkt 21.2.

Første ledd innebærer at pasient- og brukerrettighetsloven som hovedregel gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Det er fastsatt nærmere bestemmelser i forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Forskriften omfatter helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, men ikke tannhelsetjenester.

Bestemmelsen i *første punktum* er endret ved at det er tatt inn et forbehold om at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket, men bare i den utstrekning ikke annet følger av loven her. Endringen er en tilpasning til at rettigheter til tannhelsehjelp skal reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven og at det er behov for særregulering av tannhelsetjenester i et eget, nytt kapittel 2A for å unngå mulige utilsiktede virkninger av en mer generell regulering i lovens kapittel 2. Endringen viderefører gjeldende bestemmelser som innebærer at ikke alle som oppholder seg i riket har rettigheter til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, og at retten til nødvendig tannhelsehjelp fortsatt skal være forbeholdt bestemte persongrupper. Slike unntak fra hovedregelen bør fremgå direkte av loven. Det vises til bestemmelsen i § 2A-1.

Til § 1-3 Definisjoner

Det er gitt en generell omtale av forslaget i punkt 21.3.

Bokstav d definerer begrepet «helse- og omsorgstjenesten» som en samlet beskrivelse av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Forslaget presiserer at det menes «den fylkeskommunale» tannhelsetjenesten.

Til § 2A-1 Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Det er gitt en generell omtale av forslaget i punkt 21.4.

Paragrafen er ny i pasient- og brukerrettighetsloven, og regulerer rettigheter til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Bestemmelsene viderefører i all hovedsak gjeldende rett etter gjeldende tannhelsetjenestelov § 2-1.

Første ledd angir uttømmende hvilke personer som har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Bestemmelsen speiler tannhelsetjenesteloven § 2-3, som gir fylkeskommunen en tilsvarende plikt til å sørge for tannhelsehjelpen til de samme pasientgruppene. Rettighetens omfang følger av formuleringen «nødvendig tannhelsehjelp». Tjenester som etter en odontologisk vurdering er nødvendige for å ivareta tann- og munnhelsen omfattes. Det avgrenses mot tjenester som ikke har helsemessig indikasjon. Det vises til omtale av dette i punkt 14.4.3.

Av *andre ledd* følger det at retten til nødvendig tannhelsehjelp etter første ledd ikke omfatter kjeveortopedisk behandling. Bestemmelsen er ny, men presiserer gjeldende rett. Pasienter som fyller vilkårene etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a med tilhørende forskrift, kan likevel ha rett til stønad til dekning av utgifter til kjeveortopedisk behandling etter sistnevnte regler.

Av *tredje ledd* følger det at fylkeskommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen tydeliggjør at pasienter som har rettigheter til tannhelsehjelp skal ha de samme rettighetene til informasjon som de som mottar andre helse- og omsorgstjenester. Dette viderefører rettighetene etter tannhelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd. Bestemmelsen tilsvarer bestemmelsen om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd.

Av *fjerde ledd* følger det at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke gjelder for vedtak etter denne paragrafen. Dette viderefører i hovedsak tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd. Forvaltningslovens anvendelse på tannhelsetjenestelovens område for øvrig følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3.

Til § 2A-2 Krav om botid i riket for personer med midlertidig oppholdstillatelse

Det er gitt en generell omtale av forslaget i punkt 21.5.

Paragrafen er ny i pasient- og brukerrettighetsloven, og angir vilkår for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen for personer i gruppen angitt i § 2A-1 nr. 2.

Bestemmelsene viderefører gjeldende rett slik den fremgår av tannhelsetjenesteloven § 2-1 a. Det stilles krav om minst fem års botid i riket for personer med midlertidig oppholdstillatelse, for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen.

Til § 7-2 Klage mv.

Det er gitt en generell omtale av forslaget i punkt 21.7.

Paragrafen regulerer pasienters og brukeres adgang til å klage til statsforvalteren eller Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten over mulig brudd på bestemmelser i loven.

Regulering av klageadgangen når det gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter til tannhelsetjenester i pasient- og brukerrettighetsloven, innebærer en harmonisering med andre helse- og omsorgstjenester.

Første ledd første punktum er endret slik at det fremgår at klageadgangen til statsforvalteren også omfatter klage etter lovens kapittel 2A om rett til tannhelsetjenester. Bestemmelsen innebærer ingen vesentlig endring, siden statsforvalteren også er klageinstans etter gjeldende tannhelsetjenestelov § 2-3. Regulering av klageadgangen i pasient- og brukerrettighetsloven er en forenkling, fordi pasienten ikke lenger må klage til et organ som bestemmes av fylkeskommunen, før avgjørelsen eventuelt kan klages til statsforvalteren. Klagen skal imidlertid fremsettes overfor den som har truffet avgjørelsen. Fylkeskommunen vil dermed fortsatt motta klagene først og ha mulighet til å omgjøre avgjørelsen, slik tilfellet er etter gjeldende tannhelsetjenestelov. Regulering av klageadgangen for tannhelsetjenester i pasient- og brukerrettighetsloven innebærer også at klagefristen blir utvidet fra tre til fire uker, jf. § 7-5. For øvrig får forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak anvendelse så langt de passer, jf. § 7-7 første punktum. Det innebærer blant annet at bestemmelsen om klageinstansens prøvingsadgang over fylkeskommunale vedtak i forvaltningsloven § 34 andre ledd andre punktum gjelder.

24.3 Merknader til forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-1 a De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester

Det er gitt en generell omtale av forslaget til endring i § 2-1 a i spesialisthelsetjenesteloven i punkt 22.1.

Det tas inn et nytt *nr. 8* i § 2-1 a første ledd.

Bestemmelsen presiserer at det regionale helseforetaket skal sørge for at personer som tilbys spesialisthelsetjenester også tilbys nødvendig tannhelsehjelp som er en forutsetning for, integrert del av eller direkte konsekvens av behandlingen vedkommende får i spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsen tydeliggjør det ansvaret helseforetakene har i dag for å gi tannhelsehjelp som del av en helhetlig oppfølging av pasienten. Det må vurderes konkret når tannbehandling utgjør en så tilstrekkelig integrert del av behandlingen at den omfattes av det regionale helseforetakets ansvar.

Bestemmelsen skal følges av endringer i forskrift til folketrygdloven §§ 5-6 g 5-6 a, som innebærer at midler knyttet til enkelte, relevante stønadspunkter overføres til de ordinære finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. Det skyldes at den behandlingen som stønaden skal finansiere i stor grad sammenfaller med det som i praksis i dag er nært knyttet til behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Til § 6-3 Veiledningsplikt for den øvrige helse- og omsorgstjenesten

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven i punkt 20.10.7 og 22.2.

Bestemmelsen innebærer en utvidelse sammenlignet med gjeldende rett, ved at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal veilede den fylkeskommunale

tannhelsetjenesten i tillegg til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innholdet i veiledningsplikten er uendret.

Helsepersonell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten pålegges plikt til å veilede spesialisthelsetjenesten, jf. § 4-7.

24.4 Merknader til forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

Til § 5-11 Veiledningsplikt overfor den øvrige helse- og omsorgstjenesten

Det er gitt en generell omtale av forslaget til § 5-11 i helse- og omsorgstjenesteloven i punkt 20.10.7 og 23.1.1.

Forslaget innebærer en utvidelse sammenlignet med veiledningsplikten etter gjeldende rett, ved at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal veilede den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i tillegg til spesialisthelsetjenesten. Innholdet i veiledningsplikten er uendret.

Helsepersonell i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten pålegges plikt til å veilede den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 4-7.

24.5 Merknader til forslag til endringer i helsepersonelloven

Til § 18 Melding om helsepersonells virksomhet

Det er gitt en generell omtale av endringsforslaget i punkt 20.10.4.

Bestemmelsen i *første ledd* er endret slik at privat tannhelsepersonells meldeplikt til fylkeskommunen på nytt innføres, slik rettstilstanden var før 2002. Bestemmelsen må ses i sammenheng med tannhelsetjenesteloven § 4-4 om registrering av meldinger om helsepersonell som yter tannhelsetjenester i fylket.

Første ledd pålegger helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet å gi melding til kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis ved virksomhetens opphør.

Til § 20 a Krav om politiattest

Det er gitt en generell omtale av endringsforslaget i punkt 20.10.3.

Henvisningen til gjeldende tannhelsetjenestelov § 4-2 første ledd om avtaleinngåelse med private er oppdatert til en henvisning til § 2-3 tredje ledd i ny tannhelsetjenestelov.

24.6 Merknader til forslag til endringer i helsetilsynsloven

Til § 4 Tilsynsmyndighetenes oppgaver

Det er gitt en generell omtale av endringsforslaget i punkt 20.14 og 23.3.

Andre ledd tredje punktum endres slik at også fylkeskommunale tannhelsetjenester og unntaket fra kommuneloven § 30-4 nevnes. Når det føres tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester, skal dette gjøres etter reglene i kommuneloven kapittel 30, med unntak av § 30-4. Endringen presiserer gjeldende rett etter helsetilsynsloven og kommuneloven kapittel 30, som også gjelder for statlig tilsyn med fylkeskommunen.

Tilsyn med kommunesektoren er begrenset til lovlighetstilsyn, jf. kommuneloven § 30-2. Det betyr at tilsynsmyndighetenes kompetanse til å kontrollere fylkeskommunene er underlagt de samme begrensningene som domstolene. Tilsynsorganene kan ikke overprøve fylkeskommunenes forvaltningsskjønn («det frie skjønnet»). Det forutsettes at tilsynsmyndighetene er tydelige på når det føres tilsyn og når det gis veiledning, blant annet slik at veiledning i praksis ikke blir en skjult og indirekte form for statlig styring. Det skal ikke være tvil om når statsforvalteren opptrer som tilsynsmyndighet. Det er ikke en motsetning mellom lovlighetstilsyn og veiledning, så lenge tilsynsmyndigheten er tydelig på sine roller.

Helsetilsynsloven § 4 andre ledd må ses i sammenheng med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og tannhelsetjenesteloven § 7-2, som også fastslår at kommuneloven kapittel 30 gjelder, med unntak av § 30-4 om pålegg om retting. Statens helsetilsyn og statsforvalteren kan gi pålegg om retting etter helsetilsynsloven § 8. Statens helsetilsyn kan gi pålegg om stenging etter samme bestemmelse.

25 Forslag til ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester

Kapittel 1 Formål og virkeområde mv.

§ 1-1 *Lovens formål*

Lovens formål er å:

1. fremme tannhelse og forebygge og behandle sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
3. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for alle som oppholder seg i fylket, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
4. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet,
5. fremme sosial trygghet, forebygge sosiale problemer, og
6. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

§ 1-2 ***Lovens virkeområde***

Loven gjelder for tannhelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av fylkeskommunen eller av andre offentlige eller private tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen, når ikke annet følger av loven her. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Bestemmelsen i § 4-5 gjelder også for tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av private tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen.

Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold.

§ 1-3 ***Forholdet til forvaltningsloven***

Forvaltningsloven gjelder for fylkeskommunens virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven.

§ 1-4 ***Folkerettslige forpliktelser om trygdekoordinering***

Kongen kan i forskrift gjennomføre bilaterale avtaler med andre land om trygdekoordinering.

Bestemmelsene som er gitt i eller i medhold av denne loven, skal fravikes i den utstrekning det er nødvendig for å overholde forpliktelser som følger av EØS-avtalens hoveddel, bilaterale avtaler som nevnt i første ledd og forordninger og avtaler som nevnt i folketrygdloven §§ 1-3 a og 1-3 b.

Kapittel 2 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester

§ 2-1 ***Fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester***

Fylkeskommunen skal sørge for at nødvendige tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, er tilgjengelige for personer som oppholder seg i fylket.

Departementet kan gi forskrift om at fylkeskommunen skal tilby tannhelsetjenester mot betaling til personer som ikke omfattes av § 2-3, begrenset til områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og om pliktens varighet og geografiske virkeområde.

§ 2-2 ***Fylkeskommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid***

Fylkeskommunen skal fremme tannhelse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal bidra i fylkeskommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 21.

§ 2-3 ***Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper***

Fylkeskommunen skal sørge for at personer som nevnt i andre ledd mottar et regelmessig og oppsøkende tilbud om nødvendig tannhelsehjelp. Fylkeskommunens ansvar etter første punktum omfatter ikke kjeveortopedisk behandling.

Fylkeskommunens ansvar etter første ledd omfatter:

1. barn og unge fra fødsel til og med året de fyller 18 år

2. voksne fra året de fyller 19 år til og med det året de fyller 28 år
3. personer med psykisk utviklingshemming
4. personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie
5. personer som oppholder seg i helseinstitusjon
6. personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar minst ett av følgende tilbud:
    a. personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
    b. avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2
    c. legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16, og
7. personer som er innsatt i fengsler i kriminalomsorgen.

Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av fylkeskommunen selv eller ved at fylkeskommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

§ 2-4 ***Fylkeskommunens ansvar for styringssystem mv.***

Fylkeskommunens ansvar etter §§ 2-1 til 2-3 innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

§ 2-5 ***Ansvar for tilbud til personer med midlertidig oppholdstillatelse***

Fylkeskommunens ansvar etter § 2-3 andre ledd nr. 2 gjelder ikke for personer med midlertidig oppholdstillatelse i Norge som ikke har bodd minst fem år i riket.

Første ledd gjelder ikke for personer som har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat.

§ 2-6 ***Fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep***

Fylkeskommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Fylkeskommunen skal legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

§ 2-7 ***Fylkeskommunens ansvar for samarbeid***

Fylkeskommunen skal sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester som nevnt i §§ 2-1 og 2-3, samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, og samarbeider med barnekoordinator dersom dette er oppnevnt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

Fylkeskommunen skal, i tillegg til å følge opp enkelte pasienter, sørge for nødvendig samarbeid mellom tannhelsetjenesten innad i fylkeskommunen, med tannhelsetjenesten i andre fylkeskommuner og andre tjenesteytere, slik at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Med tjenesteytere etter første og andre ledd menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, helseforetak, private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven § 19 og skoler som får statstilskudd etter privatskolelova § 6-1.

Kapittel 3 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 3-1 *Forsvarlighet*

Tannhelsetjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Fylkeskommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

1. den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud,
2. den enkelte pasient gis et verdig tjenestetilbud,
3. den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og helsepersonell som utfører tjenesten blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og
4. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fylkeskommunens plikt etter første ledd nr. 4.

§ 3-2 *Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*

Enhver som yter tannhelsetjenester etter loven her, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i fylkestinget eller annet folkevalgt organ.

§ 3-3 *Om informasjon*

Fylkeskommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 fjerde ledd.

Virksomheter som er omfattet av loven her, har plikt til å besvare henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra pasienter eller den som opptrer på vegne av pasienten. Denne plikten gjelder også henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra nærmeste pårørende til avdød pasient eller fra nærmeste pårørende til pasient over 18 år uten samtykkekompetanse. Henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet skal besvares på egnet måte og blant annet oppfylle krav til informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i informasjonsplikten etter første ledd.

§ 3-4 *Om medvirkning*

Fylkeskommunen eller andre som yter tjenester etter loven her, skal sørge for at pasienten får medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Kapittel 4 Særlige plikter og oppgaver

§ 4-1 *Beredskapsarbeid*

Fylkeskommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin tannhelsetjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med fylkeskommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 4-2 *Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner*

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan fylkeskommunen pålegge personell som i fylkeskommunen utfører oppgaver etter loven her, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Dersom forholdene tilsier det, skal fylkeskommunen yte bistand til andre fylkeskommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den fylkeskommunen som har bistandsbehovet.

Den fylkeskommunen som mottar bistand etter andre ledd, skal yte fylkeskommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt.

§ 4-3 *Politiattest*

Fylkeskommunen skal innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20 a.

§ 4-4 *Registrering av helsepersonells virksomhet*

Fylkeskommunen skal motta og registrere meldinger om privat helsepersonellsom yter tannhelsetjenester i fylket, jf. helsepersonelloven § 18.

Departementet kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 4-5 *Opplysningsplikt til fylkeskommunen*

Fylkeskommunen kan pålegge helsepersonell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum kan bare skje etter samtykke fra den som opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

§ 4-6 *Pasienters innflytelse*

Fylkeskommunen skal sørge for at representanter for pasienter blir hørt ved utformingen av fylkeskommunens tannhelsetjeneste.

Fylkeskommunen skal sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters erfaringer og synspunkter.

Fylkeskommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk, jf. sameloven § 1-3 nr. 1, skal sørge for at samiske pasienters behov for tilrettelagte tannhelsetjenester blir

vektlagt ved utforming av tjenesten. Dette gjelder også den enkeltes utvidede rett til bruk av samisk språk i helse- og omsorgstjenesten etter sameloven § 3-5.

§ 4-7 *Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten*

Helsepersonell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Kapittel 5 Yrkesrettet praksis, utdanning og forskning mv.

§ 5-1 *Undervisning og yrkesrettet praksis*

Fylkeskommunen plikter å medvirke til undervisning og yrkesrettet praksis for helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fylkeskommunens medvirkning til undervisning og yrkesrettet praksis.

§ 5-2 *Opplæring, videre- og etterutdanning*

Fylkeskommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd opplæring, videre- og etterutdanning.

Fylkeskommunen skal medvirke til at helsepersonell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med fylkeskommunen, får adgang til nødvendig opplæring, videre- og etterutdanning.

Helsepersonell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i opplæring, videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om opplæring, videre- og etterutdanning.

§ 5-3 *Forskning*

Fylkeskommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning på tannhelsetjenester.

Kapittel 6 Finansiering og egenbetaling

§ 6-1 *Fylkeskommunens ansvar for utgifter*

Fylkeskommunen skal sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester som den har ansvar for etter loven her.

Fylkeskommunen skal dekke utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger.

Fylkeskommunen skal dekke reiseutgifter for personer som mottar tannhelsehjelp etter § 2-3. Fylkeskommunen skal gi forskrift om dekning av utgifter etter første punktum.

I den utstrekning tannhelsetjenester som omhandlet i § 2-3 gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal fylkeskommunen dekke utgifter til tannhelsetjenester som bosatte i fylkeskommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

§ 6-2 ***Pasienters egenbetaling for tannhelsetjenester***

For tannhelsehjelp til personer som nevnt i § 2-3 første ledd nr. 1 og nr. 3 til og med nr. 7 kan fylkeskommunen ikke kreve egenbetaling.

For tannhelsehjelp til personer som nevnt i § 2-3 første ledd nr. 2 kan fylkeskommunen kreve inntil 25 prosent egenbetaling, beregnet av fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenesten.

For tannhelsehjelp til personer som nevnt i § 2-1 andre og tredje ledd kan fylkeskommunen kreve full egenbetaling tilsvarende fylkeskommunens kostnader ved å yte tjenesten.

§ 6-3 ***Tilskudd fra staten***

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av fylkeskommunens utgifter. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene etter regler gitt av Kongen. Til de berørte fylkeskommunene yter dessuten staten årlig et særskilt tilskudd til tannhelsetjenester for innsatte i fengsler, jf. § 2-3.

§ 6-4 ***Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper***

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om separate regnskaper, krav til kostnadsallokering, informasjonsplikt, kontrollsystemer, regulering av utbytte og andre krav for å hindre kryssubsidiering mellom fylkeskommunale tannhelsetjenester utenfor et fungerende marked og tannhelsetjenester som fylkeskommunen tilbyr i et fungerende marked med private tjenesteytere.

Kapittel 7 Forskjellige bestemmelser

§ 7-1 ***Taushetsplikt***

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e og 13 g. Overtredelse straffes etter straffeloven § 209.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten å gi slik opplysning.

§ 7-2 ***Statlig tilsyn***

Statsforvalteren skal føre tilsyn med lovligheten av fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 2 til 5, § 6-2 og § 7-3.

Kommuneloven kapittel 30 gjelder tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd, med unntak av § 30-4. Tilsynsmyndighetene kan gi pålegg om retting og Statens

helsetilsyn kan gi pålegg om stenging etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 8.

§ 7-3 ***Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren***

Bestemmelsene i helsetilsynsloven § 7 om plikt til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger og adgang til virksomheten på anmodning, og adgang til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger av eget tiltak uten hinder av taushetsplikt, gjelder for enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår tannhelsetjenester som omfattes av denne loven.

§ 7-4 ***Melding og rapport om alvorlige hendelser***

Virksomheter som er omfattet av loven her, skal snarest mulig og senest innen fem virkedager sende melding til statsforvalteren og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen, jf. helsetilsynsloven § 6 og lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester § 7. Meldeplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. En kopi av meldingen skal sendes til Statens helsetilsyn.

Virksomheten skal i tillegg oversende en rapport om hendelsen til statsforvalteren innen tre måneder etter at melding er sendt. Rapporten skal blant annet inneholde en gjennomgang av hendelsen og mulige årsaker, hvilke tiltak virksomheten vil sette i verk for at lignende hendelser ikke skal skje igjen, og hvordan pasienten, brukeren, nærmeste pårørende og berørt helsepersonell er fulgt opp og involvert i forbedringsarbeidet.

§ 7-5 ***Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer***

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Departementet kan bestemme på hvilke områder direktoratet skal utarbeide slike retningslinjer og veiledere. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Kapittel 8. Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover

§ 8-1 ***Ikrafttredelse***

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan sette de enkelte bestemmelser i loven i kraft til forskjellig tid.

§ 8-2 ***Eldre forskrifter mv.***

Forskrifter, vedtekter og instrukser gitt med hjemmel i lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder også etter at denne lov er satt i kraft, med mindre de strider mot loven her eller forskrift i medhold av loven her.

§ 8-3 ***Endringer i andre lover***

Fra det tidspunkt loven trer i kraft, oppheves lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten. Fra samme tidspunkt gjøres følgende endringer i andre lover.

26 Forslag til endringer i andre lover

26.1 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer (endringer i kursiv):

§ 1-2 første ledd skal lyde:

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket, *når ikke annet følger av loven her*. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

§ 1-3 bokstav d skal lyde:

I loven her menes med

[…]

d. helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, *den fylkeskommunale* tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester;

Nytt kapittel 2A skal lyde:

Kapittel 2A Rett til tannhelsetjenester

§ 2A-1 ***Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten***

Pasienter som er nevnt i nr. 1 til 7 nedenfor, har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen:

1. Barn og unge fra fødsel til og med året de fyller 18 år
2. Voksne fra året de fyller 19 år til og med det året de fyller 28 år
3. Personer med psykisk utviklingshemming
4. Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie
5. Personer som oppholder seg i helseinstitusjon
6. Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar minst ett av følgende tilbud:
    a. personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b

b. avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2
c. legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.

7. Personer som er innsatt i fengsler i kriminalomsorgen.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp etter første ledd omfatter ikke kjeveortopedisk behandling.

Fylkeskommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder ikke for vedtak etter denne paragrafen.

§ 2A-2 ***Krav om botid i riket for personer med midlertidig oppholdstillatelse***

Personer nevnt i § 2A-1 første ledd nr. 2 som har midlertidig oppholdstillatelse i riket, må ha fem års botid i riket for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Kravet om botid i riket gjelder ikke for personer som har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat.

§ 7-2 første ledd skal lyde:

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapittel 2 med unntak av § 2-4 a, *kapitlene 2A*, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og 6-3 er brutt, kan klage til statsforvalteren. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er klageinstans for enkeltvedtak etter § 2-4 a. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

26.2 Endringer i spesialisthelsetjenesteloven

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer (endringer i kursiv):

§ 2-1 a første ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4,
6. transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten,
7. transport av behandlingspersonell, og
8. *nødvendig tannhelsehjelp som er en forutsetning for, integrert del av eller direkte konsekvens av behandling i spesialisthelsetjenesten.*

§ 6-3 skal lyde:

§ 6-3 Veiledningsplikt overfor den *øvrige* helse- og omsorgstjenesten

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten *og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten* råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten *og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten* skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

26.3 Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer (endringer i kursiv):

§ 5-11 skal lyde:

§ 5-11 Veiledningsplikt overfor *den øvrige helse- og omsorgstjenesten*

Personell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten *og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten* råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten *og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten* skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

26.4 Endringer i helsepersonelloven

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. gjøres følgende endringer (endringer i kursiv):

§ 18 første ledd skal lyde:

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet skal gi melding til kommune*, fylkeskommune* eller regionalt helseforetak når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis ved virksomhetens opphør.

§ 20 a første ledd skal lyde:

Den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til barn, skal fremlegge politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 første ledd ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven *§ 2-3 tredje ledd* og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a syvende ledd, samt ved melding om åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18.

26.5 Endringer i helsetilsynsloven

I lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. gjøres følgende endringer (endringer i kursiv):

§ 4 andre ledd skal lyde:

Statsforvalteren skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester. Statsforvalteren skal føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Når det føres tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester *og fylkeskommunale tannhelsetjenester*, skal dette gjøres etter reglene i kommuneloven kapittel 30*, med unntak av § 30-4*. I tilknytning til tilsynet skal statsforvalteren gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket.