



| Helse- og omsorgsdepartementet |            |
|--------------------------------|------------|
| Saksnr.:                       | Dok.nr.:   |
| 200502859                      | 64         |
| Artikkode:                     | Journ.dato |
| 550                            | 011105     |
| And.:                          | Saksbeh.:  |
| KAB                            | HL         |
| U.off.:                        |            |

Praksiseierforeningen (PeF) er en forening for tannleger som eier og driver en eller flere tannklinikker, og som ser behov og nødvendigheten av å stå samlet i en rekke utfordringer som berører driften av en tannlegepraksis. Formålet er å ivareta praksiseierens interesser, samt støtte og bidra til at de økonomiske og juridiske rammevilkår legges til rette for en sunn og god forretningsdrift. Pr. september 2005 har foreningen 110 medlemsbedrifter.

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 Oslo

## **NOU 11 2005: Hørings svar fra Praksiseierforeningen**

### **Innledning**

Praksiseierforeningen er en forening for tannleger som eier og eller driver en eller flere tannlegepraksiser.

Med bakgrunn i helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev ønsker Praksiseierforeningen å komme med følgende innspill/kommentarer:

Praksiseierforeningen (PeF) har med stor interesse lest NOU 11 2005. Utredningen er grundig og god, men på noen områder innholder utredningen konkrete feil. Tidvis synes vi også at utredningen legger føringer for økt offentlig engasjement i tannhelsetjenesten, til tross for at man pr. i dag har et meget velfungerende privat tilbud i tannhelsetjenesten. Utvalget synes å ikke vektlegge dette meget vesentlige momentet i særlig grad.

Etter vårt syn legger utredningen opp til en altfor sterk offentlig styring av tannhelsetjenesten. Utredningen synes å tilkjenne en nedvurdering av den private tannhelsetjenesten. Det finnes forskningsmateriale som ganske klart viser at befolkningens oppfatning av den private tannhelsetjenesten er meget god.

Det forundrer oss også i stor grad at nye og svært relevante norske samfunnsodontologiske forskningsresultater er fraværende i utvalgets vurderinger.

### **Hva koster det å drive en tannlegepraksis, generell praksisøkonomi.**

Utredningens kapittel 10.1.3 sier at "Fylkeskommunen kan også bruke ledig kapasitet til å behandle voksent fullt betalende klientell, men de får da ikke ta del i subsidieelementet i tjenesten. Denne offentlige tjenesten kan likevel oftere være billigere for klienten enn privat sektor."

Etter vårt syn er den offentlige tannhelsetjenesten pr. definisjon subsidiert for alle brukere. Den offentlige tannhelsetjenesten har et honorarnivå som pr. time ligger under det koster å drive en privat tannlegepraksis. Dette kan dokumenteres i den kostnadsanalyse som PeF gjorde i samarbeid med NTF i 2004. Analysen er gjort tilgjengelig for tannhelseutvalget. Tallene var innhentet fra Visma Regnskap. Analysen viser at en to-stols tannlegepraksis koster i underkant av kr. 1600.- pr time å drive. Det offentlige honorarnivå ligger i snitt på ca. 1100.- pr. time. Subsidieringen burde være åpenbar. I tillegg har vi grunn til å tro at den offentlige tannhelsetjenesten har momsfradrag på sine investeringer og øvrige innkjøp som ytterligere gir et subsidielement. Dette er viktige faktorer som har stor betydning for prisfastsettelsen på tannhelsetjenestene i fremtiden. Vi tør påstå at etter vi fikk fri prisfastsettelse på tannhelsetjenester i det private markedet har kvaliteten på tjenestene øket. Vi mener at bransjen er blitt mer profesjonalisert og at vi lojalt har fulgt opp økte myndighetskrav på alle områder, krav som i stor grad har medført betydelige merkostnader for praksiseier. Kapittel 10.4 gjentar påstanden om at offentlig tannhelsetjeneste er billigere enn den private. Vi mener fremdeles at en systematisk subsidiering er årsaken til dette.

### **Kommentarer til utvalgets tilrådinger:**

#### **Den offentlige tannhelsetjenesten:**

PeF mener at tannhelsetjenesten må styrkes, spesielt for svake grupper i samfunnet som pr. i dag ikke har et tilfredsstillende tilbud. Vi stiller oss negativ til en struktur hvor den private sektoren styres etter den tradisjonelle offentlige forvaltningsmodell.

Dette begrunner vi med at den offentlige tannhelsetjenesten ikke er bygget rundt en bedriftsøkonomisk forsvarlig modell (se innledning). Videre er den private sektor selvfinansierende på alle plan og en regulering etter dagens offentlige modell vil ikke gi levedyktige private praksiser. Den offentlige tannhelsetjenesten som styrings- og forvaltningsorgan for privat praksis vil for oss være uakseptabelt all den tid vi i utgangspunktet selv står for hele det økonomiske ansvaret for vår praksisdrift.

Vi er enige med utvalget i at det må settes inn økte ressurser til spesielle grupper som nevnt i utredningen. Vi er også enige i at det ikke er nødvendig med generell offentlig finansiering av tannhelsetjenesten.

Vi er videre enige i at man ved avsluttet behandling i DOT ved 18 års alder bør få en individuelt tilpasset vurdering av egen tannhelse. Men vi er sterkt imot at DOT skal være behjelpelig med å finne ny tannlege til pasienten. Dette røkker ved prinsippet om fritt tannlegevalg.

#### **Tilbud til svake grupper i samfunnet.**

PeF er for at også pasienter med rusmiddelavhengighet skal få et bedre tannhelsetilbud. Det som er vår erfaring er at disse pasientene har en livssituasjon som gjør at de vanskelig klarer å følge alle timeavtaler. I den grad disse skal behandles i privat eller offentlig sektor må det bli aksept for at noen dekker inn kostnadene ved ubenyttede timeavtaler. Videre må regelverket oppmykes på dette området slik at det ikke lenger stilles krav til forutgående jevnlig tannbehandling for denne gruppen all den tid deres livssituasjon ofte gjør dette vanskelig.

PeF er av den oppfatning av at alle institusjonspasienter må få styrket sitt tannhelsetilbud. Vi ser viktigheten av primært forebyggende tannhelsearbeid, men ved behov for operativ behandling må også dette tilbudet finnes på institusjonen uten vesentlig ventetid for pasienten slik at god oral helse kan opprettholdes.

Informasjonsarbeidet og den forebyggende behandling må styrkes i alle ledd.

#### **Pasientens økonomisk situasjon:**

Utvalget skriver at de ser alvorlig på at økonomiske forhold skal være avgjørende for muligheten til god tannhelse. Vi mener at slike forhold KAN være avgjørende, men vi opplever i privat praksis at selv pasienter med svak økonomi prioriterer sin tannhelse både hva angår eget tannstell og tannbehandling.

For pasienter med store behandlingsutgifter som ikke faller inn under gruppen "samfunnets svakeste" ser vi for oss skattefradrag som en enkel, effektiv og ubyråkratisk måte å kompensere for disse kostnader på en måte som gjør at pasienten virkelig ser "effekten" av tiltaket.

#### **Tannlegenes daglige behandlingspanorama:**

PeF merker seg utvalgets vurderinger rundt kosmetisk tannpleie i sentrale byområder. Vi har data fra en stor klinikk i Oslo sentrum som viser at arbeidsdagen i hovedsak går med til "tradisjonell" tannbehandling som fyllingsterapi og forebyggende behandling. Bleking og skallfasetter utgjør kun en beskjeden del av behandlingshverdagen (0,25 %).

For øvrig er vi enige i utvalgets vurderinger.

#### **Trygdefinansiering av tannbehandling:**

PeF er glad for den økningen i trygderefusjon for tannbehandling som vi har sett de senere årene.

Regelverket er etter vår oppfatning komplisert og dette kan være uheldig både med hensyn til pasientens rettigheter og tannlegens hverdag i søknads- og regningsfasen. Vi ser det derfor som svært viktig at regelverket forenkles slik at det ikke blir en belastning både for pasient og tannlege å ha med trygden å gjøre. Mange tannleger oppfatter det slik i dag.

At tannpleiere får en selvstendig refusjonsrett for behandling de er kompetente til å gjennomføre er et meget godt forslag.

### **Tannpleiernes rolle i tannhelsetjenesten.**

Tannpleierne er en viktig ressurs i tannhelsetjenesten. Deres kompetanse må utnyttes i større grad enn hva som er tilfelle i dag. Befolkningen må også "oppdraes" til å akseptere tannpleierne som en selvstendig og kompetent del av tannhelseteamet.

### **Prinsippet for bruk av egenandeler**

Utvalgets vurderinger rundt mellomlegg i tillegg til egenandeler synes svakt fundert. Vi kan ikke se at utvalget har belegg for å hevde at dette er prisdrivende, samt at det skulle gi incentiver til hvor man etablerer seg. Grunnen til denne egenandelen skyldes at departementets takster er for lave sett i forhold til hva det koster å drive praksis.

Vi har grunn til å tro at der er mye ubenyttet behandlingstid i den offentlige tannhelsetjenesten. Det ville derfor være et feil signal til pasientene at det skulle være uten økonomiske forpliktelser å unnlate å møte til avtalte timer. Uvanen med å unnlate å møte til avtalte timer følger dessverre pasienten også senere i livet i den private tannhelsetjenesten. Vår erfaring med et strammere regime rundt denne problemstillingen er at man fort vil venne pasienten av med å ikke møte opp til avtalt tid når man må betale for ubenyttede timer.

### **Tiltak for bedre fordeling av tannleger.**

Utvalgets stigmatiserende omtale av den private tannhelsetjenesten er bygget på myter mer enn fakta. Til tross for utvalgets oppfatning så lever til og med tannlegene i tettsteder i en hverdag hvor markedskreftene rår.

Utvalget synes ikke å ha oppfattet at der finnes en reell smertegrense hva angår prisfastsetting. Det er ikke sann at vi opererer i et fritt "cowboymarked".

Vi har sett konkurser i privat sektor i sentral Oslo.

De priser man nå ser i markedet har vært med på å øke standarden på de privateide klinikker. Økte honorarer skyldes tidligere underfinansiering i bransjen i den tiden vi hadde veiledende takster via årlige forhandlinger med myndighetene. Dette har nå stabilisert seg og ført til en bedret kvalitetsmessig standard på norske tannlegepraksiser.

Regulering av det private markedet vil ikke bedre tilgjengeligheten av tannleger i distriktene med mindre man skulle gå til det drastiske skritt å begynne med beordring, også av veletablerte tannleger i sentrale bystrøk.

En slik løsning ser vi på som ytterst urealistisk...

Økonomiske stimulerings tiltak som virkelig merkes er etter vårt syn den eneste farbare vei å gå for å bedre rekrutteringen til distriktene.

### **Takster for tannhelsetjenester og myten om at tannbehandling er dyr.**

På nytt sees en sterkt stigmatiserende holdning fra deler av utvalget. Vi mener at det ikke er holdepunkter for å hevde at det finnes mange privatpraksiser i Norge hvor man kompenserer for manglende pasientmengde med å øke prisene. En slik strategi ville være et rent forretningsmessig selvmord.

Det ville etter all sannsynlighet være lettere å utnytte markedsmakten i utkantstrøk hvor man er alene og pasienten ikke kan velge mellom flere tannleger. Videre må vi presisere at det er et åpenbart gap i driftskostnader, spesielt med hensyn til husleie og lønnsnivå mellom sentrale og mer usentrale områder.

Vår erfaring er videre at pasientene er meget prisbevisste og at dette er et økende fenomen.

Forskningsresultater viser at majoriteten av nordmenn har svært beskjedne kostnader til tannlege. Vi registrerer med tall fra SSB(Forbrukerundersøkelsen 2001-2003) at nordmenn bruker langt mer penger gjennomsnittlig på restaurantbesøk, alkohol, tobakk, bil og feriereiser enn på tenner.

Norske husholdninger bruker mer alene på sukker, sjokolade og andre sukkervarer enn på tannlegetjenester.

Vi hilser velkommen alle tiltak som vil gjøre det lettere for pasientene å orientere seg i tannhelsemarkedet. Vi registrerer at utvalget utelukkende fokuserer på pris i sine vurderinger, kvalitet er ikke nevnt. Videre ser man det som et problem at pasientene er lojale mot "sine" tannleger. I følge utvalget skal dette være prisdrivende. Kanskje pasienten verdsetter sitt gode forhold til en tannlege de har gått til i mange år og opparbeidet et godt forhold til? For de 10 % av pasientene som utelukkende fokuserer på pris når de skal velge tannlege er nok dagens prisopplysningsordning ikke tilfredsstillende. I forskrift om prisopplysning er vi pliktige til å gi skriftlige prisoverslag ved behandlinger dyrere enn kr. 2000.-. Prislister i henhold til forskrift skal også være tilgjengelig for pasientene.

PeF er i mot nasjonale takster for tannbehandling.

### **Etableringskontroll**

Praksiseierforeningen er i mot etableringskontroll i samsvar med dissensen i utvalget. Vi registrerer videre at i land der dette har vært prøvd, har man gått bort fra ordningen.

**Modell for organisering av tannhelsetjenesten.**

Dagens modell med fylkeskommunalt forvaltningsnivå har vist seg å være en effektiv måte å styre tannhelsetjenesten på. PeF er av den oppfatning at slik bør det også være i fremtiden, men man bør påse at administrative stillinger i for stor grad ikke besettes av tannleger som kunne vært i klinisk virksomhet i en tid vi opplever rekrutteringsproblemer. Men som tidligere nevnt ser vi det ikke som relevant at den offentlige tannhelsetjenesten skal styre privat sektor.

**Fasttannlegeordning:**

Praksiseierforeningen er i mot en fasttannlegeordning. Vi ser en slik ordning som kostbar, unødvendig og tungrodd. Den er ei heller egnet som virkemiddel for en bedre fordeling av tannleger.

**Konklusjon:**

Praksiseierforeningen er for en styrket tannhelsetjeneste for samfunnets svakeste. Tilbudet til pasienter med dårlig økonomi, institusjonspasienter, eldre og rusmisbrukere må styrkes. Pasienter med stort behandlingsbehov som ikke faller inn under disse grupper må tilståes skattefradrag for store behandlingsutgifter.

Informasjonsarbeidet og det forebyggende arbeid må styrkes.

PeF er for en obligatorisk turnustjeneste for nyutdannede tannleger forutsatt at de nødvendige ressurser stilles til rådighet for en slik ordning.

Vi er mot prisreguleringer, fasttannlegeordning og etableringskontroll.

Vi er for et mer forenklet trygderefusjonssystem som ivaretar pasientens rettigheter på en best mulig måte.

Bergen 29. oktober 2005

Med vennlig hilsen

Edgar Hundsnæs(s)  
Leder av Praksiseierforeningen