Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Oslo 30. september 2016

Høringssvar fra Norsk kjeveortopedisk forening | Forslag til oppfølging av primærhelsemeldingen og oppgavemeldingen mv

Vi viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 6. juni der forslag til oppfølging av primærhelsemeldingen og oppgavemeldingen er presentert. Vårt høringssvar omhandler forslagene knyttet til tannhelsetjenesten.

Norsk kjeveortopedisk forening (NKF), ble stiftet i 1953. De fleste kjeveortopeder i Norge er medlem av foreningen. Foreningen arbeider for at faget skal holde høyt internasjonalt nivå. Kjeveortopedi ble egen spesialitet i 1956. Kjeveortopedi er den del av odontologien som arbeider med diagnostikk og behandling av avvik i kjever, bitt og tannstilling. Den folkelige betegnelsen er «reguleringstannlege». Kjeveortopedene har 3-årig spesialistutdanning. Spesialistutdanningen skjer ved de odontologiske lærestedene i Oslo, Bergen og Tromsø.

Kjeveortopeder er den største gruppen av tannlegespesialister i Norge. Det er om lag 200 kjeveortopeder i Norge med relativt god spredning over hele landet. Kjeveortopedene arbeider i all hovedsak i privat praksis og har dermed fri etableringsrett og fri prissetting.

Vi deler NTFs alvorlige bekymring for at forslaget om å overføre ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen vil svekke den norske tannhelsemodellen og medføre negative konsekvenser for befolkningens tannhelse. Det er vårt syn at overføringen ikke kan gjennomføres på det grunnlaget som foreligger. En grundig utredning må fremlegges før det er forsvarlig å ta stilling til realitetene i saken.

NKF stiller seg bak NTFs høringsuttalelse til forslagene i høringsnotatet.

Tannbehandling av barn og unge utføres vederlagsfritt i den offentlige tannhelsetjenesten. Unntaket er kjeveortopedisk behandling. Kjeveortopedi tilbys i all hovedsak i privat sektor. Pasientene har fritt behandlervalg, og de fleste pasienter som mottar kjeveortopedisk behandling i Norge, mottar trygderefusjon etter bestemte kriterier. Kjeveortopedi står dermed i en særstilling. På den bakgrunn ønsker NKF å bemerke følgende:

NKF mener at dagens system er godt og at det må videreføres. Samtidig ønsker NKF å understreke at vi imøteser en senere gjennomgang av refusjonsordningen for kjeveortopediske tjenester for å sikre god kostnadskontroll og en bærekraftig ordning for pasientene. Vi ønsker også å ta initiativ for å sikre gode henvisningsrutiner og god henvisningskompetanse hos tannlegene og tannpleierne i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT).

Kjeveortopedisk tilbud
Det kjeveortopediske tilbudet i Norge tilbys hovedsakelig i privat virksomhet, og finansieres gjennom trygderefusjon og egenbetaling (egenandel og mellomlegg). Noen få kjeveortopeder er ansatt i DOT og i de odontologiske regionale kompetansesentre (ROK).

Kjeveortopedisk behandling gir rett til refusjon etter folketrygdloven. Pasienter med et kjeveortopedisk behandlingsbehov krysser kommune- og fylkesgrenser for å få kjeveortopedisk behandling. Trygdeoppgjøret skjer elektronisk via HELFO og er derfor enkelt å administrere og har lave administrative kostnader.

Takstene er stykkpriser pr. arbeidsoperasjon, og graderes i grupper etter bittavvikets alvorlighetsgrad beskrevet i en vitenskapelig basert behovsindeks:

- A (svært stort behov, 100% refusjon)
- B (stort behov, 75 % refusjon)
- C (klart behov, 40 % refusjon)

Ca. 1/3 av hvert årskull antas å ha et kjeveortopedisk behandlingsbehov, og i Norge blir de fleste med behov behandlet. Dette er på lik linje med andre nord-europeiske land. Det er tannleger eller tannpleiere i DOT som henviser til kjeveortoped. Som regel starter kjeveortopedisk behandling i tenårene. En kjeveortopedisk behandling tar oftest 1,5 – 2,5 år og er av svært varierende kompleksitet.

Med utgangspunkt i vår erfaring med å diagnostisere og behandle pasienter med avvik i kjever, bitt og tannstilling, og dagens rammebetingelser for kjeveortopedi, vil vi for egen del kommentere enkelte forhold som er av særlig betydning for kjeveortopediske tjenester og våre pasienter. I den grad forholdet er spesifikt omtalt i høringsnotatet er avsnittsnummeret oppgitt i overskriften.

1. Privat praksis, fritt behandlingsvalg og trygderefusjon

<u>Privat praksis sikrer god geografisk spredning og stabilitet</u>
Kjeveortopedisk behandling utføres i hovedsak av privatpraktiserende kjeveortopeder. Etablering av private praksiser har ført til god dekning og geografisk spredning av kjeveortopeder. Et kjeveortopedisk behandlingsløp er ofte relativt langvarig. Stabilitet og kontinuitet blir dermed særlig viktig for å gi et godt tilbud til pasientene. Privatpraktiserende har vist større stabilitet enn offentlig ansatte kjeveortopeder.

En eventuell overføring av kjeveortopedien til DOT eller ROKene, med offentlig ansatte kjeveortopeder, må forventes å gi et mindre stabilt tilbud av kjeveortopediske tjenester til befolkningen i distriktene. Større turnover med hyppigere skifte av behandler og vakanser er uheldig for pasientene og fører til uheldige opphold i behandlingen.

Fritt behandlingsvalg og trygderefusjon for pasientene gir likebehandling og bedre tjenester
Fritt behandlingsvalg og rett til trygderefusjon for kjeveortopediske pasienter bidrar til å sette pasienten i sentrum og stimulerer til høy kvalitet på tjenestene. Trygderefusjonen følger pasientene, noe som sikrer likebehandling uavhengig av bosted og kommuneøkonomi. I tillegg gir dette pasientene mulighet til selv å velge kjeveortoped i sitt geografiske nærmiljø.

Et behovsgradert refusjonssystem med egenbetaling har bidratt til å styre trygderefusjon til pasienter med størst behandlingsbehov, slik at få må avstå fra behandling av økonomiske årsaker. Dette bidrar til å utjevne sosiale forskjeller.

- NKF mener at fritt behandlingsvalg og trygderefusjon for pasienten må videreføres.

2. Vederlag for tannhelsetjenester (pkt. 5.19.2)

Barn og unge har rett til vederlagsfrie tjenester i DOT. I tannhelsetjenesteloven § 2-2 er det imidlertid gjort unntak for kjeveortopedisk behandling. Dette innebærer at kjeveortopeden kan ta vederlag av pasienten utover folketrygdens refusjonsbeløp (egenbetaling). Departementet foreslår at hjemmelen ikke videreføres «i tråd med moderne lovgivningsteknikk bør detaljregulering av spørsmål knyttet til betaling av egenandeler skje i forskrift fremfor i lov».

NKF er kritisk til dette. Endringen flytter makt fra Stortinget til departementet. Dette fratar politikerne styring over feltet og gir, slik NKF ser det, departementet for store fullmakter til selv å fastsette viktige prinsipper i finansieringsordningen og organiseringen av kjeveortopediske tjenester.

- NKF mener at tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd må videreføres.

3. Særlig om finansiering av spesialisttannhelsetjenester (pkt. 5.19.5)

I forbindelse med behandlingen av oppgavemeldingen (Innst 33 S (2014-2015)) la flertallet i Kommunal- og forvaltningskomiteen til grunn at regjeringen skulle legge til rette for å videreføre kompetansemiljøene i ROKene og *spesialisttannhelsetjenesten*. NKF er av den oppfatning at denne utredningen burde vært gjort før et vedtak i Stortinget.

Avslutningsvis i punkt 5.19.5 i høringsnotatet omtales rammefinansiering av spesialisttannhelsetjenestene. NKF mener at en rammefinansiering kan føre til ulik behandling av kjeveortopediske pasientene, avhengig av kommuneøkonomi. Dette kan resultere i at pasienter med stort behov, langvarig og kompleks behandling ikke får nødvendig behandling.

Forslaget om rammefinansiering av spesialisttannhelsetjenesten må ses i sammenheng med forslaget om endringen i §2-2 andre ledd ovenfor. Dersom lovhjemmelen til å kreve vederlag fjernes, vil departementet lettere kunne endre organisering og finansiering av tannhelsetjenestene, uten å involvere Stortinget. Dette vil redusere Stortingets muligheter til å styre tjenestetilbudet.

4. Regionale kompetansesentre

De senere årene er det flyttet midler fra folketrygden til oppbygging av ROK. Omtalen av ROK i høringsnotatet er upresis, og etter vår vurdering også delvis uriktig.

NKF kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen av at ROKene har ført til en bedre geografisk spredning av spesialister eller kvalitetsforbedringer i tannhelsetjenesten. Tvert imot har de bidratt til en overetablering og sentralisering av kjeveortopeder i de større byene. For å sikre nok pasienter til ROKene har enkelte fylker styrt de kjeveortopediske henvisningene fra DOT til ROKene. Dette omtales også i høringsnotatet.

- NKF er kritisk til styrt henvisning og mener det undergraver pasientenes valgfrihet når det gjelder kjeveortopedisk behandling. NKF stiller også spørsmål ved om styrt henvisning av pasienter fra DOT til ROKene er forenelig med EØS art. 61 og art. 31.

5. Administrative og økonomiske konsekvenser

Det foreligger ingen samlet vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene i høringsnotatet. Etter vår vurdering vil disse konsekvensene være betydelige.

Når det gjelder kjeveortopedi mener NKF at en videreføring av ordningen med fritt behandlervalg og trygdefinansiering vil sikre at de administrative og økonomiske kostnadene fortsatt kan holdes på et minimalt nivå.

Oppsummerende konklusjon

NKF stiller seg bak NTFs høringsuttalelse til forslagene i høringsnotatet.

NKF mener at dagens modell for kjeveortopedi må videreføres. Dette har vært et viktig bidrag til gode og likeverdige kjeveortopediske tjenester til pasientene, og reduserte sosiale forskjeller. Dette vil også sikre at administrative og økonomiske konsekvenser fortsatt kan holdes på et minimalt nivå.

Med vennlig hilsen

Norsk kjeveortopedisk forening