



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0330 Oslo

Vår referanse
16/00911-2

Dato
30. september 2016

Høringsuttalelse – Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

DEL I – INNLEDNING

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets («departementet») høringsnotat av 6. juni 2016 om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen («høringsnotatet»).

Den norske tannlegeforening («NTF») avgir med dette sin høringsuttalelse til forslagene i høringsnotatet som er knyttet til tannhelsetjenesten.¹ Høringsuttalelsen har vært behandlet i relevante organisasjonsledd i foreningen.

NTF vil innledningsvis bemerke at høringsfristen er svært kort tatt i betraktning omfanget av de endringer som foreslås og at høringsnotatet ble sendt ut rett før sommerferien. NTF har av den grunn sett seg nødt til å fokusere på et utvalg av problemstillinger av særlig betydning for tannhelsetjenesten. NTF kan ikke nødvendigvis tas til inntekt for å støtte departementets syn der problemstillinger ikke er kommentert.

NTF er bransjeorganisasjonen for landets tannleger, inkludert tannlegespesialister, og har en medlemsopplutning på ca. 95 %. Foreningen har rundt 6 400 medlemmer, derav i overkant av 450 spesialister. Av foreningens yrkesaktive medlemmer er ca. 1/3 offentlig ansatte og 2/3 selvstendig næringsdrivende tannleger.

¹ Tannhelsetjenesten omfatter både den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og privat sektor.

NTF mener at det ikke er forsvarlig å vedta en overflytting av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten («DOT») fra fylkeskommunene til kommunene basert på forslagene i høringsnotatet.

- NTF er alvorlig bekymret for at forslaget vil svekke den norske tannhelsemodellen og medføre negative konsekvenser for befolkningens tannhelse.
- Regjeringens og Stortingets forutsetning for å flytte dette ansvaret har hele tiden vært at kommunene er store og robuste og dermed i stand til å utføre oppgaven. Denne forutsetningen er ikke oppfylt.
- Det foreligger ingen behovs- eller konsekvensutredning. Forslaget medfører betydelig usikkerhet når det gjelder muligheten for å opprettholde et forsvarlig og velfungerende tannhelsetilbud til befolkningen.

Dersom departementet likevel fremmer et lovforslag basert på høringsnotatet, vil NTF spesielt påpeke følgende forhold:

- Høringsnotatet gir ikke Stortinget et tilstrekkelig grunnlag for å forutse de samlede konsekvensene av forslagene for hele tannhelsetjenesten (offentlig og privat sektor).
- Høringsnotatet unnlater eller utsetter å drøfte vesentlige problemstillinger som bør være en forutsetning for behandlingen av ethvert lovforslag i Stortinget.
- Forslaget er ikke en revisjon, men en organisatorisk reform med betydelige materielle endringer for tannhelsetjenesten. Før lovforslaget legges frem våren 2017 må departementet redegjøre for samtlige materielle endringer som høringsnotatet innebærer.
- Tannhelsetjenestens særtrekk tilsier at tjenesten fortsatt må reguleres i en egen tannhelsetjenestelov. NTF støtter en revisjon av gjeldende tannhelsetjenestelov.
- Forslaget er ikke faglig begrunnet eller konsekvensutredet opp mot dagens modell.
- En god offentlig tannhelsetjeneste fordrer store og robuste fagmiljøer.
- Interkommunalt samarbeid som løsning er ikke et tilfredsstillende alternativ.
- Ansvaret for de regionale odontologiske kompetansesentrene («ROK») må ligge på regionalt nivå, og kan ikke flyttes til kommunene.
- I dag eksisterer det ingen offentlig «spesialisttannhelsetjeneste». Tannlegespesialistene jobber i all hovedsak helprivat, dvs. uten offentlig driftstilskudd.
- Det er uakseptabelt at private tjenesteytere uten noen form for avtale med kommunen reguleres i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Den lovfestede retten til vederlagsfri behandling i DOT må videreføres uendret.
- Virksomhetsoverdragelsen vil være svært krevende å gjennomføre. Forholdet til offentlig ansatte tannleger er særdeles overfladisk behandlet.
- Forhold av vesentlig betydning for tannhelsetjenesten må reguleres i lov og ikke i forskrift.
- Økonomiske og administrative konsekvenser er sterkt undervurdert og underkommunisert.
- Overføringen vil utløse betydelige transaksjonskostnader.
- DOT må sikres tilstrekkelig finansiering ved øremerkede overføringer.
- Forslaget om ikrafttredelse av lovendringene 1. januar 2020 vil kunne få svært uheldige konsekvenser for DOT.

DEL II – NÆRMERE REDEGJØRELSE FOR NTFs HOVEDSYNSPUNKTER

Regjeringens og Stortingets forutsetning for å flytte ansvaret for DOT fra fylkeskommunene til kommunene har hele tiden vært at kommunene utgjør store og robuste enheter som vil være i stand til å utføre denne oppgaven på en minst like god måte som de 19 fylkeskommunene gjør i dag. Denne forutsetningen er ikke oppfylt. NTF mener prinsipielt at det ikke er forsvarlig å flytte ansvaret for DOT uten at denne grunnleggende forutsetningen er oppfylt, og uten at saken er grundig utredet.

Dersom regjeringen, i strid med NTFs faglige råd, likevel fremmer et lovforslag basert på høringsnotatet, ser NTF seg nødt til å kommentere en rekke forhold i høringsnotatet av stor betydning for pasientene og tannhelsetjenesten.

1. Grunnleggende særtrekk ved tannhelsetjenesten må ivaretas

Den norske tannhelsemodellen, med en sterk offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende privat sektor, har vært en ubetinget suksess. Grunnleggende forhold ved den samlede tannhelsetjenesten må derfor ivaretas, og eventuelle endringer må være faglig begrunnet og basert på riktig virkelighetsoppfatning.

Tannhelsetjenesten er på vesentlige områder annerledes enn den øvrige helse- og omsorgstjenesten. NTF vil derfor kort redegjøre for tannhelsetjenestens rolle, organisering og finansiering:

Særtrekk ved DOT

I motsetning til den øvrige helse- og omsorgstjenesten har DOT et lovbestemt ansvar for tannbehandling til bestemte befolkningsgrupper. Tilbudet skal være regelmessig og oppsøkende.

Tannhelsetjenestelovens begrep «*Den offentlige tannhelsetjenesten*» har en reell betydning og er en «institusjon» i helsetjenesten.

I motsetning til «spesialisthelsetjenesten» finnes ikke en offentlig «spesialisttannhelsetjeneste». Et lite antall tannlegespesialister er likevel ansatt i ulike deler av offentlig sektor – på universitetene, i forsvaret og i helseforetakene, på ROKene og i DOT. DOT henviser stort sett til privatpraktiserende spesialister ved behov for spesialisttannhelsetjenester.

DOT er en velfungerende tjeneste i dag. Dette bekreftes ved at det er inngått svært få avtaler om kjøp av tannhelsetjenester fra private til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Departementet anslår at slike avtaler bare utgjør til sammen 20-30 årsverk (s. 254).

DOT har i dag en organisatorisk forankring som sikrer stordriftsfordeler, sterke fagmiljøer og et godt tannhelsetilbud over hele landet.

Særtrekk ved privat tannhelsetjeneste

Privat tannhelsetjeneste består av selvstendig næringsdrivende tannleger som driver virksomhet, uten noen form for offentlig finansiering («**helprivat**»), i motsetning til andre helsepersonellgrupper hvor innslaget av helprivate tjenester er marginalt.

Privat tannhelsetjeneste har ikke offentlig driftstilskudd, i motsetning til f. eks. privatpraktiserende fastleger og avtalespesialister som tildeles avtalehjemler fra henholdsvis kommune og regionalt helseforetak. Tannlegene har fri etableringsrett, fri prisfastsetting og svært høye etableringskostnader.

Privat tannhelsetjeneste ivaretar i hovedsak behandlingsbehovet til hele den voksne befolkningen som ikke tilhører en prioritert pasientgruppe i DOT, i motsetning til annet helprivat helsepersonell som har en marginal rolle.

Den voksne befolkning må som hovedregel betale for sin egen tannbehandling. Andre helsetjenester dekkes hovedsakelig fra folketrygden. Enkelte pasienter har likevel rett til stønad til dekning av tannlegeutgifter fra folketrygden, ved særskilte tannbehandlingsbehov på grunn av sykdom. Dette er regulert i folketrygdloven.

Ca. 90% av tannlegespesialistene er helprivate tjenestetilbydere, i motsetning til spesialisthelsetjenesten for øvrig som hovedsakelig består av offentlig ansatt helsepersonell eller helsepersonell med driftsavtaler med det offentlige.

Pasientenes rett til stønad til tannbehandling fra folketrygden

I tillegg til de pasientgrupper som har krav på et gratis tilbud fra DOT, har enkelte pasienter rett til stønad til dekning av tannlegeutgifter fra folketrygden ved særskilte tannbehandlingsbehov på grunn av sykdom eller skade. Dette er en meget god og kostnadseffektiv ordning som gjør at mange av dem som trenger det aller mest, får støtte til tannbehandling også der hvor de ikke omfattes av DOTs ansvarsområde. I 2015 ble det utbetalt 2,3 milliarder kroner til stønad til tannbehandling til denne gruppen. Stønad fra folketrygden ytes uavhengig av om tannbehandlingen utføres av DOT eller privatpraktiserende tannlege. I den utstrekning pasienten har rett til behandling fra DOT etter tannhelsetjenesteloven, ytes det ikke stønad etter folketrygdloven § 5-6. NTF arbeider kontinuerlig for at trygdesystemet skal bli enda bedre.

2. Manglende utredning

NTF mener forslagene i høringsnotatet ikke er tilstrekkelig utredet, og derfor ikke er forsvarlig å gjennomføre. Høringsnotatet gir ikke Stortinget et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere de samlede konsekvenser av forslagene for tannhelsetjenesten.

Heller ikke Oppgavemeldingen eller Primærhelsetjenestemeldingen inneholder en nærmere utredning av følgene for befolkningen av en overføring av DOT til kommunene. Det kan synes som om forslaget primært har sin bakgrunn i målet om at kommunene skal få tilført flere nye oppgaver som ledd i kommunereformen. NTF kan ikke se at det foreligger et faglig begrunnet behov for å

flytte DOT til kommunene. Tvert imot har tidligere utredninger konkludert med at DOT må ligge på et regionalt nivå.²

For å sikre en forsvarlig og velfungerende tannhelsetjeneste for befolkningen i fremtiden, er det nødvendig med grundige utredninger med bl.a. fokus på tannhelsetjenestens oppbygning og oppgaver. Målet må være å sikre en tannhelsetjeneste med tannleger med relevant kompetanse, samt spesialisttannleger, universiteter og ROKer med høy kompetanse i spesialiserte støttefunksjoner som sammen bidrar til et godt tannhelsetilbud til befolkningen. Det må også fremgå klart hvilken rolle DOT skal ha i tannhelsetjenesten. NTF er bekymret for at begrepet «*Den offentlige tannhelsetjenesten*» fjernes fullstendig fra lovverket og kan ikke se at departementet har redegjort for hvilke konsekvenser dette vil ha.

Til tross for at Kommunal- og forvaltningskomitéens flertall uttrykkelig har bedt regjeringen vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i «*spesialisttannhelsetjenesten*» har departementet heller ikke utredet hvordan fagmiljøene knyttet til spesialisthelsetjenester, inkludert ROKene, skal ivaretas ved overføring til kommunene.³ NTF ser med bekymring på at departementet ikke vil igangsette arbeidet med å utrede hvordan disse fagmiljøene kan ivaretas ved overføring til kommunen, før etter at departementets forslag til lovendringer er behandlet av Stortinget (s. 204).

3. Store og robuste kommuner

Det er bred enighet om at en grunnleggende forutsetning for at kommunene skal kunne overta ansvaret for DOT, er at de utgjør store nok enheter som er i stand til å utføre denne oppgaven på en minst like god måte som de 19 fylkeskommunene gjør i dag. Denne forutsetningen er i tråd med det som er lagt til grunn av regjeringen selv i Oppgavemeldingen. Det er gjentatte ganger uttalt at en forutsetning for å kunne overføre ansvaret for DOT er at kommunene som skal overta ansvaret, er store og robuste. Fordelene en ser med en slik overflytting er ubetinget knyttet opp mot at denne forutsetningen innfris.⁴ Stortinget fravek ikke denne forutsetningen da de traff vedtak om å overføre ansvaret for DOT til kommunene.⁵ Kommunesammenslåingen går ikke så raskt som Stortinget la til grunn da vedtaket om overflytting ble fattet. Forutsetningen om store og robuste kommuner er ikke oppfylt.

Resultatet av kommunesammenslåingen vil være avgjørende for om kommunene vil bli i stand til å drifte et offentlig tannhelsetilbud alene, sikre kompetent tannlegefaglig ledelse samt sikre tannlegeenheter som kan ivareta bemanning, kompetanse og erfaring. Norge har i dag et svært godt tannhelsetilbud, og en av de viktigste suksessfaktorene har vært store enheter som løser oppgaver på tvers av kommunegrenser. Store robuste enheter gir bedre muligheter for operativ og strategisk styring og ledelse av tjenesten. Størrelsen på de administrative enheter påvirker også arbeidstagneres tilknytning og motivasjon, og mulighetene til etablering av profesjonell kultur i

² Jf. bl.a. St.meld. nr. 12 (2006-07) Regionale fortrinn – regional fremtid og St. meld. 35 (2006-07) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.

³ Innst. 333 S, s. 50

⁴ Meld. St. 14 (2014 – 2015), s. 9 og s. 41 – 42.

⁵ Innst. 333 S fra kommunal- og forvaltningskomitéen, s. 10 og 11. Se også s. 33 der Regjeringens forutsetninger for forslaget er gjentatt.

forhold til de oppgaver som tjenesten skal løse. Tjenesten er avhengig av spesialisert fagkompetanse og størrelsen på fagmiljøet av avgjørende betydning. Både ansatte og ledelse melder om viktigheten av at fagmiljøene er av en viss størrelse.

Færre og større klinikker sikrer blant annet stabil bemanning, bredt fagmiljø med tilgang til avansert utstyr og bedre muligheter til opplæring og fagutvikling. Dette anses nødvendig for at DOT fortsatt skal kunne gi gode og likeverdige tjenester til innbyggerne.

Det er en rådende oppfatning blant NTFs medlemmer at størrelsen på fagmiljøet påvirker muligheten for å

- videreføre og systematisere det helsefremmende og forebyggende arbeidet
- opprettholde og styrke tilsyn for eldre og langtidssyke i hjemmesykepleie
- videreføre og videreutvikle tilbudet til rusmisbrukere
- tilby avanserte tannhelsetjenester som lystgass, narkose og behandling av pasienter i TOO-team (tortur, overgrep og odontofobi)
- være i stand til å rekruttere og beholde tannleger, m.a.o. sørge for bedre stabilitet i personale og kompetansemiljøet
- gjennomføre nødvendig og avgjørende opplæring og oppfølging av nytt tannhelsepersonell
- opprettholde tilbudet og kvaliteten i behandlingen
- tilby tannhelsetjenester til ikke prioriterte grupper

Etter NTFs oppfatning vil en overføring av DOT innebære store administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene. Fylkeskommunenes stordriftsfordeler vil gå tapt og det kan se ut som om et stort antall kommuner vil bli for små til å kunne etablere eller videreføre en forsvarlig offentlig tannhelsetjeneste.

NTF vil påpeke at det offentlige tannhelsetilbudet i andre nordiske land er forankret i store regioner. I Sverige i länene (fylker), i Danmark i store kommuner (etter en massiv kommunesammenslåing) og i Finland er de i ferd med å flytte den offentlige tannhelsetjenesten fra kommuner til nyopprettede regioner.

Tannhelseoppgavene er sterkt spesialiserte, noe som også vil stille krav til kommunenes bestillerkompetanse dersom de velger å kjøpe tannhelsetjenester i stedet for å drifte et eget tilbud. NTF er i denne forbindelse bekymret for at stadig inngåelse av nye kontrakter om kjøp og salg av tannhelsetjenester kan medføre relativt høye kostnader i forbindelse med inngåelse, kontroll og overvåking av kontrakter.

4. Interkommunalt samarbeid

Det er en uttalt politisk målsetting å redusere bruken av interkommunalt samarbeid. I høringsnotatet trekkes likevel interkommunalt samarbeid frem flere steder som et nødvendig alternativ for kommuner som blir for små til å drifte en tannhelsetjeneste på egen hånd. NTF støtter flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteén i deres vurdering av at et for stort omfang av interkommunale samarbeid vil bidra til uthuling og forvitring av kommunene og vil være i strid med

generalistkommuneprinsippet.⁶ Utstrakt bruk av interkommunalt samarbeid vil kunne tvinges frem av en overflytting av DOT

Etter NTFs vurdering må det skje svært store endringer i dagens kommunestruktur før mange av kommunene blir store nok til selv å opprette og drifte en forsvarlig tannhelsetjeneste. Per i dag har nærmere 1/4 av norske kommuner ikke egen tannklinikk, eller en tannklinikk som bare er bemannet noen dager i uken. I tillegg pågår det prosesser i mange fylkeskommuner som innebærer omfattende nedleggelse eller større endringer i klinikkstrukturene. Dette innebærer at realiteten for svært mange kommuner uten egne klinikker, vil være interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenester fra private. I lys av dette vil forutsetningen om en offentlig tannhelsetjeneste forankret i kommunen, i tett samarbeid med kommunenes øvrige helsetjeneste, ikke kunne oppfylles for mange kommuners vedkommende.

5. Tannlegefaglig ledelse

Robuste fagmiljøer med god ledelse er av vesentlig betydning for at kommunen skal kunne ivareta sine oppgaver på forsvarlig måte. NTF mener at den faglige ledelsen av DOT må baseres på odontologisk fagkompetanse. DOTs faglige leder må ha som en sentral oppgave å gi råd i tannlegefaglige spørsmål som gjelder planlegging, organisering og drift av den kommunale tannhelsetjenesten. Den faglige lederen må også ha oppgaver knyttet til råd og veiledning, tilsyn og til en viss grad instruksjon i forhold til øvrig tannhelsepersonell i kommunen.

6. Gratis tannbehandling til prioriterte grupper

Høringsnotatet skaper usikkerhet rundt hvilke grupper som skal motta vederlagsfri tannbehandling i fremtiden. Departementet foreslår at lovbestemmelsen om *gratis* tannbehandling til visse prioriterte grupper (barn og unge 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, pasienter i hjemmesykepleie og/eller institusjon) fjernes i det nye lovforslaget. Dette til tross for at Stortinget uttrykkelig ønsket å lovhjemle prinsippet om at tannbehandling til disse gruppene skulle være gratis da forslaget til ny tannhelsetjenestelov ble behandlet i 1983.⁷ Stortinget anså den gang spørsmålet om vederlagsfrihet for tannhelsetjenester som så grunnleggende at det burde fremgå direkte av lov.

Av høringsnotatet fremgår at departementet ikke lenger anser lovfesting av denne type forhold som «*nødvendig eller hensiktsmessig*». NTF er kritisk både til forslaget om at dette skal reguleres i vederlagsforskriften, og til at innholdet i bestemmelsene skal fastsettes først etter at endringene er vedtatt. Et vedtak om dette medfører at Stortinget delegerer myndighet til å beslutte hvilke grupper som skal få gratis tannbehandling til den til enhver tid sittende regjering.

7. «Spesialisttannhelsetjenesten»

Departementet foreslår at ansvaret for «spesialisttannhelsetjenesten» skal overføres til kommunene. I dag eksisterer det ikke en «spesialisttannhelsetjeneste» tilsvarende

⁶ Innst. 333 S, s. 20.

⁷ Jf. komitéens merknader i Innst. O. nr. 86 (1982-83), s. 6.

spesialisthelsetjenesten. Ca. 90% av alle spesialister i Norge arbeider i dag i privat sektor som selvstendig næringsdrivende tjenestetilbydere. I tillegg arbeider noen av spesialistene på universitetene, i forsvaret og i helseforetakene, i DOT og på ROKene. Det gir med andre ord ikke mening å snakke om en overgripende «spesialisttannhelsetjeneste».

8. Regionale odontologiske kompetansesentre (ROK)

I høringsnotatet foreslås det å overføre ansvar for eierskap og drift av ROKene til den kommunen hvor ROKet er geografisk plassert. NTF deler ikke departementets syn og mener at ROKene bør være organisert på regionalt nivå.

ROKene skal bidra til faglig utvikling og kompetanseheving i hele tannhelsetjenesten, så vel den offentlige som den private. De skal bidra til forskning og rådgivning, tilby praksisplasser til kandidater under spesialistutdanning, inneha tverrfaglig kompetanse og være henvisningsinstans for kompliserte pasientkasus. For at ROKene skal kunne utføre disse oppgavene, er de avhengige av et utstrakt samarbeid med de odontologiske lærestedene og andre forskningsinstitusjoner samt med helseforetakene. Dette vil være svært utfordrende i en kommunal forankring.

ROKene må dekke et stort område for å ha tilstrekkelig tilgang på pasienter. NTF mener at det vil bli en svært krevende administrativ oppgave for vertskommunene å skulle ha så vel eier- som driftsansvar for et kompetansesenter, og administrere avtaler med et betydelig antall kommuner av varierende størrelse som i dag inngår i flere fylker.

9. Regulering av privat praksis uten avtale med kommunen

Dagens tannhelsetjenestelov gjelder kun for det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Privatpraktiserende tannleger vil bare bli berørt direkte ved at DOT inngår avtale med dem om utføring av tjenester til de prioriterte gruppene. Privatpraktiserende tannleger uten avtale med fylkeskommunen kan ikke pålegges forpliktelser etter loven.

NTF går sterkt imot forslaget om at departementet skal kunne regulere privatpraktiserende tannleger som ikke har avtale med kommunen. Forslaget åpner dermed for regulering av et av de «frie» yrkene, uten noen form for reell begrunnelse eller utredning av behov og konsekvenser.⁸ Forslaget fremstår som svært kontroversielt, og vil kunne få store konsekvenser for en helprivat tannhelsetjeneste. NTF vil hevde at forslaget representerer et utilbørlig inngrep overfor en yrkesprofesjon hvor 70 % av virksomheten foregår i privat regi, helt uten finansiering fra det offentlige.

10. Virksomhetsoverdragelse

NTF mener at problemstillinger og utfordringer knyttet til de planlagte virksomhetsoverdragelsene er for dårlig utredet og for lite omtalt i høringsnotatet.

⁸ Se pkt. 5.11.2.

Departementet foreslår at virksomhetsoverdragelsen skal gjennomføres uten at fylkeskommunene får vederlag for den eventuelle verdien av virksomhetene. NTF vil påpeke at en vederlagsfri overføring av tannklinikene og ROKene ikke er forenlig med EØS-avtalens statsstøtteregler.

De bemanningsmessige og strukturelle utfordringer ved å splitte DOT opp i mange små enheter er ikke utredet. Det er ikke redegjort for utgifter knyttet til selve overføringen og heller ikke redegjort for økte kostnader ved den videre drift av mange små enheter.

NTF forutsetter at det settes av tilstrekkelige ressurser til planlegging, gjennomføring og nødvendig etterarbeid i forbindelse med overføringen.

De arbeidsrettslige spørsmålene overlates i hovedsak til arbeidsgiver og arbeidstakernes organisasjoner. NTF forutsetter at reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven og bestemmelsene i Hovedavtalen legges til grunn ved overdragelsen.

11. Økonomiske administrative konsekvenser

Departementet konkluderer i nesten samtlige deler av høringsnotatet med at overføringen av ansvaret for DOT til kommunene ikke vil innebære noen administrative eller økonomiske konsekvenser. NTF mener at dette ikke medfører riktighet.

Departementet har heller ikke vurdert aktuelle overgangskostnader knyttet til overdragelsen av de ulike virksomheter som oppgaveoverføringen medfører. Disse kostnadene vil med all sannsynlighet bli betydelige.

12. Delegering av beslutningsmyndighet fra Storting til regjering/departement

Høringsnotatet åpner for at viktige problemstillinger som regulering av vederlag for tannhelsetjenester til prioriterte grupper (inkludert om tannhelsetilbudet skal være gratis) og regulering av privat tannhelsevirksomhet flyttes fra lov til forskrift. Det foreligger ingen utkast til de aktuelle forskriftene, og det er også uklart i hvilken grad hjemlene vil benyttes. NTF er av den oppfatning at det her dreier seg om spørsmål av så grunnleggende betydning at de bør reguleres i lov og ikke unntas Stortingets styringsmulighet.

13. Revisjon eller reform

Departementet hevder at oppgaveoverføringen ikke dreier seg om en reform, kun en teknisk revisjon. NTF er av en helt annen oppfatning. Dette er ingen liten lovrevisjon. Som det fremgår av punktene foran, innebærer overføringen såpass mange vesentlige strukturelle endringer at den uten tvil må gis betegnelsen «reform», og dette uten at konsekvensene er utredet. Det er svært bekymringsfullt at de reelle endringene underkommuniseres i høringsnotatet.

Lovforslaget inneholder også en rekke materielle endringer i forhold til gjeldende rett. Et sentralt begrep som *Den offentlige tannhelsetjeneste* er foreslått fjernet. Lovfestet rett til hhv. vederlagsfri tannbehandling for prioriterte pasientgrupper i DOT og retten til å kunne kreve vederlag for

kjeveortopedisk behandling er ikke videreført. Videre foreslås det at departementet i forskrift kan regulere privatpraktiserende tannleger som ikke har avtale med kommunene.

14. Ikrafttredelse 2020: Hvileskjær eller nedbygging?

Departementet foreslår at vedtaket om overføring av ansvaret for DOT skal iverksettes først fra 1. januar 2020. NTF er meget bekymret for hvilke konsekvenser det vil få for DOT at det tar lang tid fra vedtaket fattes til overflyttingen gjennomføres. DOT er en kostandsintensiv tjeneste som kontinuerlig har behov for investering og oppgradering. NTF stiller spørsmål ved om fylkeskommunene i perioden frem mot 2020 vil prioritere investeringer i en tjeneste som er planlagt overført til kommunene uten noen form for vederlag.

Dette kan også få konsekvenser for rekruttering til stillinger og stabilitet i DOT. NTF er kjent med at dette er en problemstilling flere av fylkestannlegene er bekymret for.

15. Øvrige kommentarer

NTF er bekymret for overføring av nye oppgaver som vil kreve store ressurser til mange små kommuner som allerede har kompetansemangel og ledelsesutfordringer. Forslaget om å overføre tannhelsetjenesten og distriktpsykiatriske sentre (DPS) til kommunene fremstår mer som et ledd i regjeringens politikk for å slå sammen kommuner, enn å styrke tilbudet til viktige pasientgrupper. NTF mener at det er uansvarlig å foreta slike overflyttinger uten en grundig konsekvensutredning.

Vi støtter Den norske legeforening når de sier at en slik flytting vil kunne bryte ned sårbare fagmiljøer det har tatt år å bygge opp, og at de foreslåtte endringene vil medføre betydelige administrative og økonomiske konsekvenser. Dette er underkommunisert i høringsnotatet. Det er heller ikke redegjort tilfredsstillende for transaksjonskostnadene som vil påløpe.

DEL III – NTFs MERKNADER TIL ENKELTE PUNKTER I HØRINGSNOTATET

NTF gjør for ordens skyld oppmerksom på at nummereringen under dette punktet følger nummereringen i høringsnotatets disposisjon.

Regjeringens og Stortingets forutsetning for å flytte ansvaret for DOT fra fylkeskommunene til kommunene har hele tiden vært at kommunene utgjør store og robuste enheter som vil være i stand til å utføre denne oppgaven på en minst like god måte som de 19 fylkeskommunene gjør i dag. Denne forutsetningen er ikke oppfylt. NTF mener prinsipalt at det ikke er forsvarlig å flytte ansvaret for DOT uten at denne grunnleggende forutsetningen er oppfylt, og uten at saken er grundig utredet.

Dersom regjeringen, i strid med NTFs faglige råd, likevel fremmer et lovforslag basert på høringsnotatet, ser NTF seg nødt til å kommentere en rekke forhold i høringsnotatet av stor betydning for pasientene og tannhelsetjenesten.

Kapittel 3 Oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014 – 215) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgssektoren

I høringsnotatet er det foreslått en konkret opplisting i loven av hvilke spesifikke profesjoner som enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte helse- og omsorgstjenester med den nødvendige faglige kvalitet.

NTF slutter seg til departementets konklusjon om at nødvendig tilgang på tannlegekompetanse er helt avgjørende for at kommunene skal kunne tilby faglig forsvarlige tannhelsetjenester. Ingen annen yrkesgruppe enn tannleger har tilstrekkelig kompetanse til å løse alle de lovpålagte oppgavene. NTF mener derfor at tannlege må inkluderes, dersom kompetansekrav skal lovfestes (s. 25).

De forpliktelser kommunen har i forhold til et lovfestet krav til kjernekompetanse, må gis et reelt innhold. NTF etterlyser en tydeligere angivelse av hva å «knytte til seg» innebærer. En presisering synes nødvendig for å unngå at kommuner av økonomiske eller andre årsaker velger å «knytte til seg» eksempelvis tannlege i svært begrenset omfang, for deretter å overlate utøvelsen av den lovpålagte tjenesten til personell uten tilsvarende og tilstrekkelig fagkompetanse. En slik organisering av tjenestene vil etter NTFs syn true pasientsikkerheten og ikke være faglig forsvarlig.

Om tannleger og tannpleiere

I høringsnotatet har departementet viet en del plass til å beskrive tannpleieres kompetanse og plass i tannhelsetjenesten. NTF kjenner seg bare delvis igjen i det som er beskrevet. Dette gjør det nødvendig å peke på noen grunnleggende forskjeller i utdanning og kompetanse mellom de to profesjonene, som må gjenspeiles i oppgavefordeling og pasientansvar. Disse forskjellene har videre vesentlig betydning for forslaget om lovfesting av basiskompetanse i kommunene, og i hvilken grad

tannlege og tannpleier kan sidestilles dersom kommunene skal inngå avtaler med private tjenesteytere på tannhelseområdet (s. 146 flg.)

Utdanning

Tannlegestudiet er en femårig mastergradsutdanning i odontologi som gir generell akademisk og medisinsk kompetanse i tillegg til breddekompetanse innenfor odontologisk diagnostikk og de fleste former for behandling. I kraft av sin utdanning har tannlegen autorisasjon til selvstendig å diagnostisere, utarbeide behandlingsplaner, forebygge og behandle sykdommer og anomalier i tenner, munnhule og det omkringliggende vev for pasienter i ulike aldre og med ulike behov. Av yrkesgruppene i tannhelsetjenesten er det kun tannlegen som er utdannet for og har tillatelse til å utføre behandling i form av irreversible inngrep.

Tannleger med spesialistkompetanse har gjennom tre års videreutdanning (fem år for oral kirurgi/medisin) ervervet spesialisert kompetanse innen diagnostikk og behandling på avgrensede fagområder.

Tannpleierstudiet er i dag en treårig bachelorutdanning i tannpleiefaget som i særlig grad tar sikte på å gi kompetanse innen helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, med folkehelse som et sentralt innsatsområde. Tannpleieren har dessuten formell kompetanse innenfor en begrenset del av det odontologiske fagområdet, herunder diagnostikk av de vanligste sykdommer (karies og periodontitt) og tilstander i munnen samt enklere behandling, primært av periodontitt. Imidlertid vil en tannpleier ha svært begrenset kompetanse til å avdekke underliggende sykdom og diagnostisere andre medisinske tilstander.

Oppgavefordeling

I høringsnotatet hevdes det at tannpleiere er den personellgruppen som i økende grad ivaretar det regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbudet, og som henviser til tannlege ved behov (s. 95). Departementet viser til at det over tid har skjedd endringer i oppgavedelingen mellom tannpleiere og tannleger. Hensikten er, ifølge departementet, å frigjøre tannlegerressurser som fylkeskommunene kan bruke til oppgaver som kun tannleger er utdannet til å utføre (s. 25).

Etter NTFs oppfatning er dette en forenkling av virkeligheten, som i tillegg representerer en utvikling der både oppmerksomhet og ressurser fjernes fra det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er tannpleiernes kjerneområde. I en fremtidig situasjon hvor kommunene skal ha ansvar for tannhelsetjenesten, og organiseringen av sitt tilbud, er det dessuten avgjørende at pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet blir satt i sentrum.

NTF støtter ikke departementet når det antydes at hensynet til statens utdanningskostnader og kommunenes personellkostnader skal være styrende for oppgavefordelingen i tannhelsetjenesten (s. 26). NTF er opptatt av at kompetanse og personellressurser blir utnyttet på mest mulig hensiktsmessig måte. Ulikheten i utdanningskostnad gjenspeiler imidlertid nettopp ulikhet i utdanning, kunnskap og kompetanse hos de to yrkesgruppene. Det understreker at tannlege og tannpleier utfører ulike arbeidsoppgaver, og at en tannlege dermed ikke kan erstattes av en tannpleier. Ansvars- og oppgavefordeling må ta utgangspunkt i et pasientsikkerhetsperspektiv. Pasientsikkerheten må ikke svekkes eller settes i fare.

Pasientansvar

Det er bare tannlegen som har autorisasjon til å diagnostisere og legge en helhetlig behandlingsplan for pasienten og som kan ha det overordnede pasientansvaret. For å oppnå ønsket pasientsikkerhet og faglig kvalitet er det nødvendig med en tannleges kunnskap og oversikt over pasientens orale helse. Tannlegen skal planlegge, lede, samordne og utvikle arbeidet i tannhelsetjenesten.

Tannlegen er leder for tannhelseteamet og har det overordnede pasientansvaret.

- Tannlege må inkluderes som en del av kommunens kjernekompetanse, dersom kompetansekrav skal lovfestes
- Det er en vesentlig og grunnleggende forskjell i utdanning og kompetanse mellom tannlege og tannpleier, som har avgjørende betydning for ansvarsområder og oppgavefordeling.

3.4 Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgssektoren

Departementet understreker at det må stilles høye krav til ledelse og styring i en stor og stadig mer kompleks kommunal sektor. Det kreves god ledelse på alle nivåer og tydelige ledelses- og styringslinjer, fra øverste ledelse til ledere i utøvende enheter. Dette slutter NTF seg til.

NTF er bekymret for hvordan ledelsen av DOT vil bli ivaretatt når dagens store og robuste enheter i fylkeskommunen skal erstattes med vesentlig mindre enheter i kommunene. Det er etter NTFs mening helt avgjørende at ledelsesspørsmålet blir ivaretatt på en forsvarlig måte ved en overføring fra fylkeskommunen.

Robuste fagmiljøer med god ledelse er av vesentlig betydning for at kommunen skal kunne ivareta sine oppgaver på forsvarlig måte. Dette gjelder ikke minst ansvaret for DOT. NTF mener derfor at det er nødvendig med lovfestede krav til faglig ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å kunne oppfylle krav til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet mener NTF at det er avgjørende at den faglige lederen av DOT har odontologisk fagkompetanse (dvs. tannlege).

I tillegg må kommunens styrende organer og administrative ledelse kjenne til de tannlegefaglige premissene som er nødvendig for å treffe avgjørelser på forsvarlig grunnlag. NTF mener at DOTs faglige leder må ha som en sentral oppgave å gi råd i tannlegefaglige spørsmål som gjelder planlegging, organisering og drift av tjenesten. Den faglige lederen må også ha oppgaver knyttet til råd og veiledning, tilsyn og til en viss grad instruksjon i forhold til øvrig tannhelsepersonell i kommunen. I spørsmål som gjelder pasientbehandling er tannlegen uansett overordnet samarbeidende personell, jf. helsepersonelloven § 4, tredje ledd.

- Den offentlige tannhelsetjenestens faglige leder må ha odontologisk fagkompetanse.

3.6 Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

NTF støtter en tydeliggjøring i helselovgivningen om at helse- og omsorgstjenesten må ta et utvidet ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. DOT har en viktig rolle på dette området alt i dag, fordi den ser alle barn og unge regelmessig og dermed

er i en unik posisjon for å kunne bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

- DOT har en sentral rolle i å forebygge, avdekke og avverge omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep.

Kapittel 5: Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

5.3 Dagens tannhelsetjeneste – særpreg, gjeldende rett og utviklingstrekk

Utviklingstrekkene i DOT

NTF finner det nødvendig å knytte noen kommentarer til departementets beskrivelse av utviklingstrekkene i tannhelsetjenesten.

Om lag 45 av dagens kommuner er uten egen fylkeskommunal tannklinikk. I om lag 45 av de øvrige kommunene er tannklinikken bemannet kun enkelte dager i uken eller noen dager per måned. Mange fylkeskommuner har de siste 5-10 årene gjennomført endringer i klinikkstrukturen gjennom etablering av større enheter i mer folkerike kommuner og nedleggelse av tannklinikker i de mindre kommunene. Enkelte fylkeskommuner er også i ferd med å vedta planer om ytterligere endringer i klinikkstrukturen mot færre og større klinikker. NTF vil påpeke at det pr. 1. januar 2020 vil kunne være opp mot 100 kommuner uten en eksisterende klinikk.

Ovennevnte underbygger at målsettingen om sterke fagmiljøer med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse som kan imøtekomme økte krav til kvalitet i kommunene ikke vil bli oppfylt. Det fremstår som sannsynlig at et meget stort antall kommuner vil måtte etablere helt nye klinikker, inngå i interkommunale samarbeid med andre kommuner eller kjøpe tjenester fra private tjenesteytere. Dette vil medføre administrative og økonomiske konsekvenser for den enkelte kommune.

Ifølge høringsnotatet blir kun en liten andel av befolkningen over 20 år, drøyt 5 %, behandlet i DOT (s. 93). Det er imidlertid viktig å påpeke at behandlingen av voksne pasienter utgjør ca. 20 % av DOTs totale pasientvolum. Denne delen av virksomheten representerer dermed en vesentlig inntekt for DOT. Dette gir grunn til bekymring for om det finansielle ansvarsprinsipp er, og vil bli, ivaretatt ved finansieringen av DOT (s. 191).

Tannlegespesialistene

Tannlegespesialister utgjør i underkant av 10 % av de yrkesaktive tannlegene, hvorav 90 % av disse arbeider i privat sektor. NTF vil påpeke at det ikke eksisterer en «spesialisttannhelsetjeneste» på linje med den offentlige spesialisthelsetjenesten. Av de offentlige tannlegespesialistene er det kun et fåtall som er ansatt i DOT/fylkeskommunene. De øvrige er ansatt på universitetene, i spesialisthelsetjenesten, eller på ROKene.

NTF vil for øvrig understreke at selv om det er riktig at andelen spesialister er høy i Oslo og Bergen (s. 95), så er dekningsgraden av spesialister nå relativt god i hele landet. Den nasjonale opptakskomiteen for spesialistutdanning har i mange år vært opptatt av og hensyntatt geografisk tilhørighet i opptaksprosessen nettopp for å sikre bedre geografisk spredning av spesialister.

Regionale odontologiske kompetansesentre (ROK)

NTF finner det riktig å påpeke at vi ikke kjenner oss igjen i den beskrivelse som er gitt av ROKene i høringsnotatet (s. 96).

Som et svar på tannhelsetjenestens utfordringer på 1990-tallet vedtok Stortinget i 1998 å be regjeringen fremme forslag om at det skulle etableres ROKer i alle helseregioner som skulle bidra til stabilitet og spredning av kompetanse til distriktene. ROKene skulle gi hele den samlede tannhelsetjenesten et løft og skulle ikke være knyttet til DOT slik det kan synes når en leser høringsnotatet.

De overordnede formål med etablering av ROKene var:⁹

- Fagutvikling og forskning.
- Desentralisert utdanning av spesialister.
- Behandlingstilbud til pasienter med spesielle behov (tverrfaglig spesialistbehandling).
- Kompetansespredning.
- Rådgivingstjeneste.

Det har imidlertid skjedd store endringer i tannhelsetjenesten i de nesten 20 årene som er gått siden Stortingets vedtak. Tannlegedekningen er nå god i hele landet, i stor grad gjelder dette også spesialistdekningen.

NTF har ikke klart å fremskaffe nærmere informasjon om kartleggingen blant Fylkeskommunene som departementet viser til i høringsnotatet (s. 96). Det er heller ikke gitt nærmere referanser eller opplysninger om tidspunkt, form og innhold for kartleggingen.

NTFs lokalforeninger kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen av at etableringen av at ROKene har ført til en markert kvalitetsforbedring av det offentlige tannhelsetilbudet eller gitt en bedre geografisk spredning av spesialister. Det ville jo også være overraskende om man så disse effektene gitt at flere av ROKene har blitt etablert i de store byene nær universitetsmiljøene samt i andre sentrale områder med god spesialistdekning. Det er NTFs oppfatning at etableringen av ROKene har ført til mer sentralisering – og ikke spredning - av spesialistkompetansen.

Flere av ROKene er fortsatt i en oppbygningsfase. NTF er kjent med at enkelte ROKer har problemer med å rekruttere spesialister. Det ville på denne bakgrunn være oppsiktsvekkende hvis denne etableringen allerede hadde ført til en markert kvalitetsforbedring.

⁹ Se bl.a. St. meld. nr. 35 (2006-2007).

5.4 Utgangspunkt for lovforslaget

Departementet understreker at lovforslaget i dette høringsnotatet er resultat av en revisjon og innebærer ingen reform når det gjelder omfanget av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester (s. 97). Departementet hevder at forslaget til lovregulering i all hovedsak innebærer en videreføring av innholdet i tannhelsetjenesteloven og at det i all hovedsak er «et teknisk grep» (s. 251).

NTF deler ikke departementets vurdering. Lovforslaget inneholder flere materielle endringer i forhold til gjeldende rett. At tannhelsetjenesteloven foreslås opphevet har i seg selv reformkarakter, særlig tatt i betraktning at man ikke har foretatt en helhetlig gjennomgang av bestemmelsene i den gjeldende tannhelsetjenesteloven og adressert konsekvensene av at ulike bestemmelser i denne ikke er videreført.

- Forslagene i høringsnotatet har reformkarakter.

5.5 Lovstruktur for fremtidig regulering av kommunale tannhelsetjenester

Departementet foreslår at bestemmelser om kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester rendyrkes i en tjenestelov (helse- og omsorgstjenesteloven), mens pasientens rettigheter til tannhelsehjelp inntas i pasient- og brukerrettighetsloven (s. 99).

NTF mener at DOT ikke bør flyttes til kommunene og at tannhelsetjenesteloven derfor burde beholdes.

NTF er imidlertid enig i at dagens tannhelsetjenestelov bør moderniseres og også harmoniseres med lovverket som regulerer resten av helse- og omsorgstjenestene. DOT er en viktig del av helsetjenesten og NTF er derfor positive til en modernisering av dagens lovverk slik at dette kommer tydeligere frem. De mange særtrekk ved tannhelsetjenesten som departementet selv gjør rede for i høringsnotatet (s. 90) tilsier imidlertid at en slik modernisering og harmonisering bør gjøres uten å inkorporere regelverket om tannhelsetjenesten i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. En egen tannhelsetjenestelov vil i større grad synliggjøre kommunens ansvar for tannhelsetjenester og gi et mer oversiktlig lovverk (s. 98), og vil også bedre kunne hensynta tannhelsetjenestens særpreg.

NTF deler departementets vurdering (s. 98) av at fordelene ved en egen tannhelsetjenestelov fremfor regulering i helse- og omsorgstjenesteloven, er at man i større grad vil kunne «skreddersy» lovbestemmelser tilpasset den kommunale tannhelsetjenesten der det er behov for det. Slik unngår man utilsiktede rettsvirkninger av en mer generell regulering. Som departementet selv påpeker (s. 90) skiller tannhelsetjenesten seg fra øvrige helse- og omsorgstjenester på flere områder, bl.a. ved at innslaget av helprivate tjenesteytere er langt større enn det som er tilfellet for øvrige helse- og omsorgstjenester. Når det i lovforslaget legges opp til at departementet skal kunne regulere privat sektor som ikke har avtaler med kommunen, underbygger dette at det verken er naturlig eller hensiktsmessig å inkorporere tannhelsetjenesteloven i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven.

Dersom Stortinget til tross for dette skulle vedta å inkorporere tannhelsetjenesteloven i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven, må en viktig forutsetning være at det sikres at en slik

endring ikke fører til utilsiktede rettsvirkninger. Det er viktig å ta høyde for tannhelsetjenestens særpreg i en slik endring av lovverket. NTF foreslår da et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven som omhandler forholdet mellom kommunene og privat tannhelsetjeneste.

- Tannhelsetjenesteloven bør beholdes, men moderniseres uavhengig av hvordan DOT er organisert.
- Dersom tannhelsetjenesteloven inkorporeres i helse- og omsorgstjenesteloven må utilsiktede rettsvirkninger forhindres og tannhelsetjenestens særpreg ivaretas.

5.8 Kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen

Fjerning av begrepet «i rimelig grad»

NTF stiller seg bak departementets vurdering av at forslaget til endring i § 3-1 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven, om kommunens ansvar for å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys tannhelsetjenester, er en videreføring av gjeldende rett. Kommunene blir altså ikke pålagt et større ansvar enn det fylkeskommunen har i dag ved at begrepet «i rimelig grad» ikke videreføres (s. 116).

Ansaret for spesialisttannhelsetjenester

Oppgaveoverføringen til kommunene omfatter også fylkeskommunens ansvar for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige for befolkningen i kommunen (s. 113). Departementet påpeker at rekkevidden av kommunens ansvar vil bli det samme som fylkeskommunen har i dag (s. 114).

Dagens praksis med at fylkeskommunens tannhelseledelse har oversikt over hvilke spesialister/spesialistvirksomheter som tilbyr tjenester til befolkningen, er etter NTFs syn hensiktsmessig og tilstrekkelig for å utøve dette ansvaret.

I høringsnotatet kan det synes som om fylkeskommunens ansvar for spesialisttannhelsetjenester i stor grad ivaretas av fylkeskommunens egne ansatte spesialister. NTF vil påpeke at det nevnte ansvaret hovedsakelig ivaretas ved kjøp av spesialisttjenester i en velfungerende privat sektor. Dette vil også kommunene være avhengig av etter en overføring av dette ansvaret. Svært få kommuner vil ha befolkningsgrunnlag nok til å ha behov for å ansette egne spesialister. Det understrekes i denne sammenheng at vi har syv forskjellige odontologiske spesialiteter.

- Kommunens ansvar for at spesialisttjenester er tilgjengelig oppfylles ved at kommunen har oversikt over tilbudet av spesialister/spesialistvirksomheter som tilbyr tjenester til befolkningen.
- Spesialisttannhelsetjenester leveres hovedsakelig av privatpraktiserende tannleger.

Regionale odontologiske kompetansesentre (ROK)

NTF er sterkt kritisk til forslaget om å overføre ansvaret for eierskap og drift av ROKene til den kommunen hvor senteret er geografisk plassert (s. 116).

NTF mener at ROKene kan spille en viktig rolle i fremtidens tannhelsetjeneste gjennom å

- bidra til praksisnær, klinisk forskning og dermed til faglig utvikling i hele tannhelsetjenesten,
- drive faglig rådgivning og dermed bidra til kompetanseheving i hele tannhelsetjenesten og
- tilby tverrfaglig kompetanse og være en henvisningsinstans ved kompliserte pasientkasus.

ROKene er avhengig av samarbeid med mange ulike fagmiljøer for å utføre sine oppgaver. For å bidra til etter- og videreutdanning vil ROKene være helt avhengig av samarbeid med de odontologiske universitetsmiljøene. Det er viktig for NTF å understreke at universitetene fortsatt må ha det overordnede ansvaret for utdanningen av spesialister. Ulike forskningsinstitusjoner og institusjoner i spesialisthelsetjenesten vil være andre viktige samarbeidspartnere.

ROKenes oppgaver understreker at de bør organiseres på et regionalt nivå. En organisering på kommunalt nivå vil kreve utstrakt bruk av interkommunalt samarbeid som vil være svært utfordrende både administrativt og økonomisk.

Skal ROKene kunne utføre sine viktige og spesialiserte oppgaver må de dekke et stort område for å ha tilstrekkelig tilgang på pasienter. Behovet for tverrfaglig og avansert behandling ved kompliserte kasus er begrenset. NTF kan ikke se behovet og begrunnelsen for antallet, størrelsen og plasseringen av kompetansemiljøene som nå bygges opp i ROKene.

- ROKene må fortsatt organiseres på regionalt nivå.

5.9 Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper

Plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud

NTF støtter forslaget om å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven om plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper av befolkningen. Dette er et viktig og grunnleggende prinsipp.

NTF stiller spørsmål ved departementets uttalelser om at lovforslaget i høringsnotatet stort sett viderefører gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, med enkelte tillegg og presiseringer, idet gruppeansvaret utvides i forhold til gjeldende rett og derfor får økonomiske konsekvenser. Det er vanskelig å se at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2b kun innebærer en harmonisering i forhold til begrepsbruken i resten av primærhelsetjenesten.

Hovedprinsippet om at ingen skal få innskrenket sine rettigheter til tannbehandling fra det offentlige er viktig. NTF mener at dette må ligge til grunn ved en overflytting av ansvar.

De nye gruppene i helse- og omsorgstjenesteloven §3-2b

Ny gruppe 1 omfatter alle barn og unge opp til 20 år. Effekten av et systematisk og oppfølgende tilbud til denne gruppen har hatt stor betydning for den bedrede tannhelsen i befolkningen. Tannhelsepersonell har også en viktig rolle i forhold til å avsløre omsorgssvikt og overgrep eller andre helsemessige utfordringer hos denne gruppen. Regelmessig oppfølging i offentlig regi sikrer et likt tilbud for alle.

NTF støtter at personer med psykisk utviklingshemming fortsatt skal gis et regelmessig og oppøkende tilbud fra tannhelsetjenesten, jf. ny gruppe 2.

Departementet mener at det er behov for justering av kriteriene for nåværende gruppe c, for å få større treffsikkerhet når det gjelder hvilke personer som har et reelt behov for tannhelsetjenester. Departementet uttaler at de på et senere tidspunkt vil vurdere vilkårene for rett til tannhelsehjelp med et siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelseressursene. NTF er positiv til dette. I høringsnotatet foreslås det at nåværende gruppe c deles i to nye grupper; «*personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten*» og «*personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie*». De kommunene som har store institusjoner i spesialisthelsetjenesten vil med dette forslaget få en større økonomisk belastning enn de kommunene som ikke har det. NTF vil også påpeke at forsøksordningen med sykehusodontologi bør evalueres og ses i sammenheng med kommunenes ansvar.

Departementet foreslår at kommunene fortsatt skal ha anledning til å vedta og gi et tannhelsetilbud til andre grupper enn dem som følger av listen i ny § 3-2 b. NTF vil påpeke at dette vil kunne medføre økonomiske konsekvenser for kommunene. De som defineres inn i slike grupper mister retten til stønad etter folketrygdloven fordi det ikke gis stønad til personer som har rettigheter etter annen lovgivning. NTF mener derfor at stønad etter folketrygdloven til ulike tannhelsetjenester må følge pasienten og at en slik rettighet ikke bør mistes hvis en får tilbud etter annet lovverk. Dette forutsetter i tilfelle en lovendring i folketrygdloven.

Det følger av departementets lovforslag at kommunene skal kunne yte tannhelsetjenester til voksne mot betaling etter nærmere bestemmelser fastsatt av kommunen. Dette er ikke en endring i forhold til gjeldende rett, men NTF vil understreke at tilbudet til de voksne pasientene *ikke* må tilbys på bekostning av tilbudet til gruppene som har rettigheter etter loven.

NTF støtter at personer med rusavhengighet får lovfestet rett til tannbehandling ved innføring av ny gruppe 5. Personer med rusavhengighet kan ha kompliserte og store behandlingsbehov som ofte er svært kostnadskrevenende. Det vil derfor være utfordrende for små kommuner med begrensede fagmiljøer og stram økonomi å kunne gi et forsvarlig tilbud til denne gruppen. Det er også viktig at disse pasientene følges opp i en rehabiliteringsfase av DOT. NTF vil påpeke at den svakeste gruppen rusavhengige fremdeles ikke omfattes av DOTs ansvarsområde. Dette er de aktive rusavhengige som ikke mottar legemiddelasistert rehabilitering eller andre tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten som nevnt i forslaget til ny § 3-2 b nr. 5.

Det er positivt at innsatte i fengsler får lovfestet rett til tannbehandling ved innføring av ny gruppe 6. NTF er likevel bekymret for at mange kommuner ikke vil klare å oppfylle dette kravet. Kommuner med store institusjoner vil få en ekstra økonomisk belastning.

Bekymringen for om kommunene vil klare å gi et forsvarlig tilbud til gruppen med rusavhengighet og de innsatte i fengsel forsterkes fordi disse pasientene mister rett til stønad etter folketrygdloven § 5-6. Dette vil ha økonomiske konsekvenser for kommunene fordi behandlingen av disse pasientene ikke lenger vil utløse stønad fra folketrygden. NTF er bekymret for at begge disse gruppene ikke vil få et forsvarlig tannhelsetjenestetilbud.

Prioriteringsbestemmelser

NTF mener at det er viktig at kommunen ikke skal ha mulighet til å nedprioritere enkelte grupper ut fra økonomiske hensyn i en hardt presset kommuneøkonomi. NTF slutter seg derfor til departementets begrunnelse for at alle de lovpålagte gruppene skal ha lik prioritet og at kommunen må sørge for et regelmessig og oppsøkende tilbud til alle gruppene.

NTF deler imidlertid ikke departementets oppfatning om at forslagene om ny gruppeinndeling innebærer få eller ingen økonomiske- og administrative konsekvenser. At gruppe C utvides, samt at personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler får lovfestet rettighet vil i seg selv kunne innebære store administrative- og økonomiske konsekvenser. I tillegg vil de pasientene som tidligere har hatt rett til stønad fra folketrygden miste denne retten hvis de blir definert i en gruppe. Dette vil få økonomiske konsekvenser for den enkelte kommune. NTF mener at rett til stønad i folketrygden bør følge pasienten uavhengig av om pasienten får tilbud etter et annet regelverk.

NTF vil understreke at et godt tannhelsetilbud i kommunen til disse gruppene betinger at kommunen får tilført tilstrekkelige midler og at disse øremerkes.

Departementet understreker at det må skilles mellom retten til tannhelsehjelp og retten til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp (s. 141). NTF mener at det må lovfestes vederlagsfri behandling til de gruppene som i dag har det. Dette er en så grunnleggende rettighet at det må være hjemlet i lov. I ny gruppeinndeling omhandles kun retten til å motta helsehjelp, og ikke spørsmålet om tjenesten skal være vederlagsfri. NTF mener dette er uheldig og at spørsmålet burde vært avklart på nåværende tidspunkt.

- En overføring av ansvaret for DOT til kommunene betinger tilstrekkelig og øremerket finansiering.
- De nye foreslåtte gruppene skal ha lik prioritet.
- Retten til gratis tannbehandling er grunnleggende og bør lovfestes.
- Retten til tannhelsehjelp og retten til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp må sees i sammenheng og avklares samtidig.

5.10 Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid

NTF er bekymret for at små kommuner verken har ressurser eller kompetanse til å drive folkehelsearbeid i samme grad som fylkeskommunen har i dag. Helsefremmende og forebyggende arbeid har vært en sentral del av tannhelsetjenestens arbeid. Etter NTFs oppfatning har fylkeskommunene vært meget godt i stand til å prioritere det helsefremmende og forebyggende arbeidet fordi de er organisert i større enheter og har ressurser og kompetanse til å drive folkehelsearbeid. De kan tenke helhetlig og uavhengig av kommunegrensene. Kommunens plikter i forhold til folkehelsearbeidet blir utvidet. Dette krever imidlertid mer administrasjon og samordning som vil få økonomiske og administrative konsekvenser. Primærforebyggende tiltak bør prioriteres, og folkehelsearbeid må fortsatt være viktig for tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenestelovens bestemmelse om at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling foreslås ikke videreført. NTF legger til grunn at det forebyggende arbeid og behandling skal ha lik prioritet. Dette forutsetter at det er tilstrekkelige ressurser til å løse de lovpålagte oppgavene.

- Integrering av tannhelsetjenesten i det helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen vil kreve administrative og økonomiske ressurser.

5.11 Forholdet til privat sektor

NTF mener det må vurderes å ta inn et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven om forholdet mellom kommunene og privat tannhelsetjeneste, jf. at tannhelsetjenesteloven har et eget kapittel 4 om forholdet mellom fylkeskommune og privat tannhelsetjeneste. Det vises i denne sammenheng til at departementet uttrykkelig har bedt om høringsinstansenes vurdering av helheten i de valg som er gjort i høringsnotatet, herunder om det er behov for ytterligere særregler og unntak for tannhelsetjenester sett i lys av at den i hovedsak er privat organisert og finansiert (s. 252).

Regulering i et eget kapittel vil synliggjøre de materielle endringene som foreslås for privat tannhelsetjeneste og begrunnes med det store innslag av tannleger som driver helprivat uten offentlige driftstilskudd. NTF mener dette er mulig å få til uten å duplisere lovbestemmelser.

5.11.1 Avtaler med private tjenesteytere

Tannhelsetjenesteloven § 4-1 Avtale med privatpraktiserende tannlege

I dag kan fylkeskommunen inngå avtale med privatpraktiserende *tannlege* om behandling av prioriterte gruppene.¹⁰

Dersom pasientens utgifter til tannpleie helt eller delvis skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen, må den privatpraktiserende tannlegen ha skriftlig avtale med fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 første ledd, jf. 5-1.

Departementet foreslår at bestemmelsen i § 4-1 første ledd ikke videreføres, fordi formuleringen etter departementets oppfatning er begrensende for fylkeskommunens mulighet til å oppfylle sitt «sørge for» ansvar. Departementet viser til at helse- og omsorgstjenesteloven omtaler avtaler med «private tjenesteytere» generelt, og foreslår i stedet at kommunene skal kunne inngå avtale om pasientbehandling ikke bare med privatpraktiserende tannlege, men også med tannpleier.

NTF er uenig i departementets vurderinger. Flere faglige argumenter tilsier at den eksisterende ordningen etter tannhelsetjenesteloven bør videreføres.

Høringsnotatet synes i liten grad å vektlegge betydningen av høy tannlegefaglig kompetanse, og gjenspeiler ikke de lovbestemte kravene i helsepersonelloven § 4 (3) om forsvarlighet:

¹⁰ Jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd og §§ 4-1 første ledd og § 4-2

«Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient».

NTF mener det er helt nødvendig at prinsippet om at tannlegen skal planlegge, lede, samordne og utvikle arbeidet i tannhelsetjenesten også må gjelde i en fremtidig kommunal tannhelsetjeneste. Dagens ordning fungerer godt ved at tannpleierne får utnyttet sin kompetanse under ledelse av og i samråd med tannlege. I et tannhelseteam vil tannlege og tannpleier utfylle hverandre med sin kompetanse og etablere hensiktsmessige samarbeidsrelasjoner.

Tannlegen må fortsatt være faglig leder av tannhelseteamet og ha det overordnede ansvaret for pasientbehandlingen. NTF er bekymret for at departementets forslag vil kunne medføre at tannpleier kan avgjøre om en pasient skal få tilgang til odontologisk fagkompetanse eller ikke, ved at pasienten må «henvises» fra tannpleier til tannlege. Dette er ikke faglig forsvarlig. NTF kan derfor ikke se at det foreligger et reelt behov for at kommunene skal kunne inngå avtaler om kjøp av tjenester fra privatpraktiserende tannpleier. Selvstendig behandlingsansvar for tannpleiere, i den utstrekning høringsnotatet synes å legge opp til, vil ikke kunne ivareta kommunens lovpålagte ansvar.

NTF er kjent med at enkelte tannleger (praksiseiere) inngår samarbeidsavtaler med privatpraktiserende tannpleiere, og legger til grunn at de om lag 40-50 tannpleierne som er selvstendig næringsdrivende (s. 147) nesten utelukkende inngår i et faglig tannhelseteam med tannlege og annet tannhelsepersonell.

Det kan synes som om departementet forsøker å innføre et nytt rettslig grunnlag for å overføre et større ansvar for undersøkelse, diagnostikk, planlegging og iverksettelse av behandling fra tannlege til tannpleier som en «førstelinjetjeneste», utelukkende begrunnet i økonomiske hensyn. Departementet har imidlertid ikke sannsynliggjort at forslaget vil innebære resursmessige eller økonomiske besparelser for kommunene.

NTF er likevel bekymret for at enkelte kommuner av økonomiske årsaker kan velge å gi tannpleiere ansvar og oppgaver de ikke har kompetanse til innenfor forsvarlighetsprinsippets rammer.

- Tannhelsetjenesteloven § 4-1 må videreføres uendret i helse- og omsorgstjenesteloven.
- Kommunene kan ikke løse sine lovpålagte oppgaver gjennom kjøp av tannhelsetjenester fra privatpraktiserende tannpleier alene.

Tannhelsetjenesteloven § 4-2 Vilkår for inngåelse av avtaler med private tjenesteytere

Departementet foreslår ikke å videreføre tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd:

«Hvis en fylkeskommune ønsker å inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper som nevnt i § 1-3 bokstavene a-e, skal den kunngjøre at interesserte kan melde seg. Avtale skal inngås med den som er faglig best skikket.»

I høringsnotatet s. 148 vises det til departementets vurdering i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, hvor det konkluderes med at bestemmelsen er «overflødig».¹¹ Det vises imidlertid der bl.a. til at «*Sivilombudsmannen har i flere saker som gjelder tildeling av avtalehjemler lagt til grunn at det ulovfestede kvalifikasjonsprinsipp må gjelde også ved inngåelse av avtaler med en selvstendig næringsdrivende*»

NTF mener departementets redegjørelse om «allmenngyldige forvaltnings- og kontraktsrettslige prinsipper» ikke er riktig (s. 148). Departementet har feilaktig sett bort fra at det for tannhelsetjenesten er aktuelt med avtaler om **kjøp av tannhelsetjenester**, i motsetning til tildeling av avtalehjemler (driftstilskudd) som for andre helsepersonellgrupper som f.eks. fastleger og fysioterapeuter.

Departementet understreker at reglene om offentlige anskaffelser må følges ved tjenestekjøp både fra private tjenesteytere og fra andre kommuner (s. 237). NTF er bekymret for de anskaffelsesrettslige utfordringene og konsekvensene av det nye anskaffelsesregelverket som trer i kraft fra 1. januar 2017, og som innebærer at terskelverdien for innkjøp av helse- og omsorgstjenester blir hevet til 6,3 millioner. Dette selv om lov om offentlige anskaffelser vil legge føringer på kommunenes anskaffelsesvirksomhet også for anskaffelser under terskelverdiene, herunder de grunnleggende krav og prinsipper om bl.a. likebehandling og forutsigbarhet og at anskaffelsen så langt det er mulig skal være basert på konkurranse, jf. § 5.

Etter regelverket for offentlige anskaffelser *kan* kvalifikasjoner tillegges vekt, som en av flere momenter ved inngåelse av avtaler, men NTF er ikke enig i at det eksisterer et ulovfestet kontraktsrettslig kvalifikasjonsprinsipp også ved tjenestekjøp. Det fremgår av de nevnte forarbeider til helse- og omsorgstjenesteloven at de konkrete referansene til det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet bare gjelder for ansettelser og inngåelse med private om avtaler om driftstilskudd.

NTF mener dette tilsier at departementet bør vurdere å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd, herunder bestemmelsen om at kommunen er forpliktet til å «*kunngjøre at interesserte kan melde seg*» og at «*avtale skal inngås med den som er faglig best skikket*».

- Tannhelsetjenesteloven § 4-2 første og andre ledd, må videreføres.

5.11.2 Private tjenesteytere uten avtale med kommunen

Innledning

Tannhelsetjenesteloven omhandler kun det offentlige ansvar for tannhelsetjenester. Privatpraktiserende tannleger uten avtale med fylkeskommunen kan ikke pålegges forpliktelser etter tannhelsetjenesteloven (s. 102).

¹¹ Prop. 91 L (2010-2011) punkt 14.4.1.

NTF tar sterkt avstand fra forslaget om at: «... forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum også kan gis anvendelse for tannhelsetjenester som utføres av private som ikke har avtale med kommunen.»

Forslaget åpner for regulering av en «helprivat» tannhelsetjeneste uten avtale med kommunen, og er en materiell endring med store og uforutsigbare konsekvenser. NTF reagerer sterkt på forslaget som i realiteten åpner for generell regulering av et «fritt» yrke, uten noen form for reell begrunnelse eller utredning av behov og konsekvenser. Dette er et svært inngripende forslag for privat tannhelsetjeneste, som ikke engang er omtalt av departementet i kapittel 2 (Oppsummering av høringsforslaget) og heller ikke i kapittel 9 (Spesielle merknader til lovendringer).

Dersom departementet fastholder sin forståelse av forskriftshjemmelen er dette ett av de punktene hvor NTF mener det er behov for særregler som departementet ønsker innspill om (s. 252).

Det rettslige grunnlaget for forslaget - Hva innebærer forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd?

Forskriftshjemmelen i tannhelsetjenesteloven § 4-2 (Inngåelse av avtale med privat tannlege) er ikke benyttet, og gjelder ikke private tannleger uten avtale med fylkeskommunen:

«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.»

Som departementet helt riktig påpeker «det må kreves klare holdepunkter i loven eller forarbeidene for å pålegge private tjenesteytere plikter» (s. 149). NTF mener departementet feilaktig legger til grunn at det foreligger en slik klar hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd, som lyder:

«Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.»

Siste setning i denne bestemmelsen må ses i sammenheng med den tilsvarende bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven.

Ifølge forarbeidene til Helse- og omsorgstjenesteloven¹² viderefører § 3-2 fjerde ledd den tidligere kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd (Inngåelse av avtale om privat praksis m.m.), som lød slik:

«Departementet kan gi nærmere forskrifter om privat virksomhet innen helsetjenesten i kommunene, om kunngjøring av ledig praksis, om framgangsmåten ved valg blant søkere og om avtalevilkår.»

¹² Prp. 91 L (2010-2011).

Videre uttales det under merknadene til § 3-2 fjerde ledd:

«Fjerde ledd fastslår at departementet kan gi forskrift om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Bestemmelsen er omtalt i punkt 14.4.3 og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd og sosialtjenesteloven § 7-10. Departementet vil bl a kunne regulere hvordan tildeling av avtalehjemler for privat praksis skal foregå og hvilke kriterier og avtaler som skal gjelde. Presiseringen av at det blant annet kan gis kvalitets- og funksjonskrav er ny, men innebærer ingen endret rettstilstand. Det samme gjelder presiseringen av at forskriftene vil kunne regulere private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.»

Forarbeidene har i punkt 14.4.3 ingen begrunnelse for den endrede ordlyden i § 3-2 fjerde ledd andre punktum, ut over at:

«Kravene til disse virksomhetenes tjenester bør i all hovedsak være de samme som til de virksomhetene som yter tjenester på vegne av kommunen.»

Siden forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven presiserer at rettstilstanden er uendret, er forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven § 4-2 også relevant ved fortolkningen av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd. Det fremgår der bl. a. at:¹³

«Departementet vil peke på at ved valget av alternativ for innpassing av privat praksis i en helsetjeneste hvor primærkommunen er tillagt ansvaret, er det to hovedhensyn som må ivaretas:

- Hensynet til et krav om innflytelse fra den ansvarlige instans på lokalisering, volum etc på den helsetjenesten som skal drives privat. **Når det offentlige finansierer et tiltak, har det offentlige også rett og plikt til innflytelse.***
- Hensynet til at privat praksis, som karakteriseres ved sin autonomi, gis frihet for den enkelte yrkesutøver til å utforme sin arbeidssituasjon.»*

Kun helseprofesjoner som hovedsakelig er offentlig finansiert (leger og fysioterapeuter) er omtalt i forarbeidene. Tannlegebransjen er derimot hovedsakelig helprivat (uten offentlig driftstilskudd).

NTF mener lovens forarbeider, formålet med og forutsetningene for helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd innebærer at departementet fortolker forskriftshjemmelen feil.

NTF understreker for øvrig at høringsnotatet kapittel 5.11.1.2 og 5.11.2 er selvmotsigende med hensyn til departementets fortolkning av omfanget av forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd.

Det vises til begrunnelsen for å ikke videreføre tannhelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd (s. 148):

¹³ Ot.prp. nr. 66 (1981-82) pkt. 3.3.2.

«Den tilsvarende bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd ble videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd, som har en mer generell ordlyd. Det betyr at den adgangen fylkeskommunen i dag har til å gi forskrifter om privat tannhelsevirksomhet som har avtale med fylkeskommunen, foreslås videreført uten at det er behov for endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd.»

Departementet uttaler videre (s. 150):

«Tannhelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd åpner for at departementet kan gi forskrifter om "privat tannhelsevirksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten". Bestemmelsen er bygget over samme lest som den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd, og må forstås på samme måte med den begrensningen som ligger i begrepet "Den offentlige tannhelsetjenesten". Det vil si at forskriftshjemmelen er begrenset til å omfatte regulering av virksomheten til private tannleger som har avtale med fylkeskommunen, og ikke private tannleger uten slik avtale.»

NTF vil hevde at det ikke er noen holdepunkter for at forskriftshjemmelen er ment å skulle benyttes til å regulere helprivate helsetjenester (uten avtale med kommunen), som i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er «marginalt» (s. 154).

Det mest nærliggende synes å være at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum er en lite gjennomtenkt formulering, som da heller aldri er benyttet. NTF mener at § 3-2 fjerde ledd andre punktum er så uklar og ubegrunnet at den bør vurderes opphevet.

Hvorfor er det behov for særregler i helse- og omsorgstjenesteloven for tannhelsetjenesten?

Dersom departementet fastholder sin forståelse av at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd, vil NTF hevde at det må gjøres unntak for private tannhelsetjenester uten avtale med kommunen. NTF er ikke enig med departementet at det er hensiktsmessig at privat tannhelsetjeneste behandles «på samme måte» som private ytere av andre helse- og omsorgstjenester (s. 150).

Hovedårsaken til at privat tannhelsetjeneste må unntas fra forskriftshjemmelen i § 3-2 fjerde ledd er dens særpreg sett opp mot andre helsetjenester. For en nærmere beskrivelse vises til pkt. 1 i Del II. Det foreslås for øvrig ingen endringer i offentlig finansiering av private tannhelsetjenester, se helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1.

NTF mener dette entydig viser at privat tannhelsetjeneste uten avtale med kommunen må unntas fra helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd.

Det er under enhver omstendighet nødvendig med unntak for tannhelsetjenester. NTF foreslår prinsipielt at dette reguleres i en egen bestemmelse i det tidligere foreslåtte nye kapittelet i helse- og omsorgstjenesteloven om forholdet mellom kommunen og privat tannhelsetjeneste. Subsidiært foreslås følgende presisering i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd:

«Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen. Forskriftshjemmelen gjelder ikke for privat tannhelsepersonell uten avtale med kommunen.»

Uttalelsen om at «Behovet for å regulere privat tannhelsevirksomhet er i første rekke knyttet til privatpraktiserende tannpleiere og tannleger som praktiserer med trygderefusjon» er misvisende. Enkelte pasienter har rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom. Dette er allerede grundig regulert i folketrygdloven § 5-6, jf. forskrift 16. desember 2014 og Rundskriv I-8/2015. Nesten alle tannleger har avtale om direkteoppgjør med HELFO for slik pasientbehandling.

Kommunen overtar det samme ansvaret som fylkeskommunen har hatt for å «samordne» offentlig og privat tannhelsetjeneste, og «sørge for» tilgjengelige tannhelsetjenester. Det er ingen holdepunkter for at kommunene har større behov for en slik forskriftshjemmel enn fylkeskommunene. Det er generelt god tannlegedekning og en god balanse mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste i dag.

De eksempler som nevnes (s. 150) er delvis et offentlig ansvar, som ikke kan skyves over på private tannleger uten avtale om finansiering («kapasitet» og «deltagelse i folkehelsearbeid»), og delvis krav som vil følge av helsepersonelloven («kvalifikasjoner»).

Behovet for «opplysninger om tannhelsetilstanden til voksne (ikke individdata) for planformål og andre opplysninger som er relevante i samordningssammenheng» er etter departementets vurdering allerede ivaretatt (s. 155), og kan uansett innhentes med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 5-7 og eventuelt 5-8. Heller ikke dette underbygger forslaget.

NTF er videre kritiske til at forslaget også omfatter tannlegespesialistene, hvorav rundt 90% jobber i privat sektor (s 94). Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter ikke andre spesialisthelsetjenester.

NTF reagerer sterkt på forslaget som innebærer at regulering av et fritt yrke kan skje gjennom en *forskrift* fra departementet, og ikke gjennom lovregulering.

Det er under enhver omstendighet uakseptabelt at privat tannhelsesektor selv må bære de økonomiske og administrative konsekvensene (pkt. 5.11.3).

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum bør foreslås opphevet.
- § 3-2 fjerde ledd andre punktum kan ikke fortolkes som en generell forskriftshjemmel overfor helprivate tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.
- Det er under enhver omstendighet nødvendig med unntak for tannhelsetjenester.

5.12 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

5.12.2 Ny hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid

Tannhelsetjenesteloven § 6-3 åpner for at fylkeskommuner kan inngå avtaler med hverandre om samarbeid om lovpålagte oppgaver.

NTF er kritisk til forslaget om at helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6, som gir departementet hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom kommuner, også skal få anvendelse for tannhelsetjenester.

Forslaget viser at departementet i realiteten har gått bort fra forutsetningen om store og robuste kommuner.

- Kommuner bør ikke kunne pålegges interkommunalt samarbeid om tannhelsetjenester.

5.12.4 Ansvar for samordning av offentlige og private tannhelsetjenester

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-4 at fylkeskommunen har ansvaret for samordning av DOT og privat sektor.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 inneholder i dag ingen tilsvarende bestemmelse om samordning av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og privat sektor. Dette har blant annet sammenheng med at innslaget av helprivate tjenester (uten avtale med kommunen) på disse områdene er marginalt (s. 154).

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 nytt andre ledd, med følgende ordlyd:

"Kommunen har ansvar for å samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet."

Departementet uttaler at:

«På landsbasis er privat sektor dominerende når det gjelder å yte tannhelsetjenester. Verken loven eller dens forarbeider kaster lys over hva som ligger i begrepet «samordning». Bestemmelsen sier heller ingenting om hvilke virkemidler fylkeskommunen har for å samordne virksomheten med privat sektor.» (s. 154)

NTF deler ikke departementets oppfatning av at dette ikke er omtalt i forarbeidene, jf. Ot.prp.nr. 49 (1982-1983), kapittel 5 der følgende fremgår:

«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 bosetning ikke kunne opprettholdes 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.»

Det vises for øvrig til Prop 16 L (2014-2015) Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå krysssubsidiering), pkt. 4.2.1 (Ansvar for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen), hvor det uttales følgende om fylkeskommunens «sørge for» og tilgjengelighetsansvaret i tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd:

«(...) må ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar for å samordne DOT og privat sektor, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-4. Samordningen skal både sikre effektiv utnyttelse av de samlede tannhelseressursene i fylket og likeverdig tilgang på tannhelsetjenester over hele landet. Dette innebærer at fylkeskommunen må ha oversikt over tannhelseressursene og behandlingsskapiteten i fylket og vurdere tilgjengeligheten på bakgrunn av faktorene som er nevnt i avsnittet over. Fylkeskommunens virkemidler for å ivareta tilgjengelighetsansvaret må i første rekke forstås ut fra muligheten til å rekruttere kvalifisert personell til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samt å legge forholdene til rette for og oppmuntre til etablering av privat tannhelsevirksomhet i fylket.»

Begrunnelsen for å videreføre fylkeskommunenes plikt til samordning er for å gjøre kommunene i stand til å oppfylle sin plikt til å sikre at det er tilgjengelige tannhelsetjenester for hele befolkningen. NTF mener at departementet tolker tilgjengelighetsansvaret for vidt, og at de virkemidler som allerede eksisterer er tilstrekkelige for at kommunen skal kunne ivareta dette ansvaret.

Bestemmelsen ble tatt inn i tannhelsetjenesteloven på et tidspunkt hvor det var stor tannlegemangel og dårlig tannlegedekning i distriktene. Bestemmelsen om samordning har liten praktisk betydning i en situasjon hvor det både er en sterk offentlig tannhelsesektor og et fungerende privat marked med god tilgang på tannhelsetjenester i de fleste deler av landet.

NTF stiller derfor spørsmål ved om det er nødvendig og hensiktsmessig å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-4 om samordning.

Dersom bestemmelsen videreføres, må samordning i tilfelle innebære at det offentlige sørger for økonomiske og andre incitamenters slik at privatpraktiserende ønsker å etablere seg i distrikter med lav tannlegedekning, jf. Prop 16 L (2014-2015). NTF stiller i den sammenheng spørsmål ved departementets vurdering av at forslaget ikke har økonomiske konsekvenser.

NTF mener bestemmelsen ikke under noen omstendighet kan forstås slik at den gir hjemmel for offentlige regulering eller inngrep i tannlegers etableringsfrihet (s. 149 flg. og s. 155), med mindre dette er basert på avtale med privatpraktiserende tannleger.

NTF er ikke enig i at samordningsoppgaven er avhengig av at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 om meldingsplikt til kommuneadministrasjonen utvides til også å gjelde private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunene. Det vises til vurderingene under pkt. 5.16 nedenfor.

NTF mener at et eventuelt samordningsansvar som også involverer privat tannhelsevirksomhet bør inntas i et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. det som er sagt foran innledningsvis under pkt. 5.11.

- Departementet tolker tilgjengelighetsansvaret for vidt. De virkemidler som allerede eksisterer er tilstrekkelige for at kommunen skal kunne ivareta dette ansvaret.
- Det bør vurderes om det er nødvendig å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-4 om samordning.

5.13 Kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp

Akutt tannbehandling er i utgangspunktet basert på pasientens egen opplevelse av smerter og ubehag. Det er svært sjelden fare for liv eller permanent tap av funksjon i akuttsituasjoner. Smertelindring er en aktuell problemstilling. En kommunal legevakt kan i de aller fleste tilfeller være førstelinjetjeneste ved smertelindring og behandling av infeksjoner. Kun ved alvorlige traumer og infeksjonstilstander vil det kunne være behov for tannlegekompetanse.

- Det er ikke behov for en lovfesting av krav om tannlegevakt.

5.14 Pasient- og brukermedvirkning

Det har ikke vært noe lovpålagt krav til fylkeskommunen å innhente erfaringer og synspunkter fra pasienter på systemnivå. Kartlegginger har vært utført i varierende grad og da som ledd i kvalitetssikringsarbeidet innen den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Pliktene som følger av helse- og omsorgstjenesteloven vil sikre pasientenes medvirkningsrett. I et folkehelseperspektiv vil et samarbeid med brukergruppers organisasjoner og frivillige organisasjoner være positivt. Slik departementet poengterer betyr det utvidede plikter for kommunen og for privatpraktiserende tannhelsepersonell som har avtale med kommunen. NTF vil påpeke at dette da også vil kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser for kommunen.

- Pasient- og brukermedvirkning er viktig for å sikre kvalitet i tannhelsetjenesten.

5.15 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

I forhold til kvalitet på tjenestetilbudet er forsvarlighetsprinsippet i helse- og omsorgstjenesteloven grunnleggende.

Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet er begreper som er vanskelige å måle. God dokumentasjon er avgjørende og behovet for gode data fra tjenesten er stort. Rapporteringene fra fylkene til SSB danner grunnlag for statistikk, men gir ikke et fullstendig bilde av situasjonen. Ved opprettelse av registerdata er det viktig at data rapporteres på systemnivå for å ivareta forhold knyttet til personvern.

Det understrekes for ordens skyld at det lovbestemte forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 gjelder alt helsepersonell, uavhengig av organiseringen av helsepersonellets virksomhet.

- Det er nødvendig at forsvarlighetskravet også lovfestes på virksomhetsnivå.

5.16 Særlige plikter og oppgaver

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-5 første ledd første punktum at:

«Fylkeskommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen.»

Bestemmelsen tilsvarende helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 første ledd første punktum:

«Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.»

Bestemmelsen i § 5-8 er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 3-4 som gjaldt «helsepersonell som arbeider *innenfor rammen av denne lov*».

Departementet foreslår (s. 177) at det skal tas inn en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 om at «*Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.*»

NTF støtter ikke departementets forslag. NTF vil hevde at dette er en ubegrunnet materiell utvidelse som ikke er i samsvar med tannhelsetjenesteloven.

NTF mener at departementet legger feilaktig til grunn at gjeldende § 5-8 «også omfatter privatpraktiserende helsepersonell uten slik avtale.» Hvis departementets rettsoppfatning stemmer, fremstår forslaget som unødvendig.

NTF vil hevde at det ikke kan være noen tvil om at kun privatpraktiserende tannleger som *har avtale* med fylkeskommunen omfattes av tannhelsetjenesteloven § 1-5. Det vises bl.a. til tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd hvor det fremgår av

«Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.»

NTF vil for øvrig vise til at departementet selv opplyser at behovet for «opplysninger om tannhelsetilstanden til voksne (ikke individdata) for planformål og andre opplysninger som er relevante i samordningssammenheng» allerede er ivarettatt (s. 155), og at nødvendige opplysninger kan innhentes med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7.

- Det er ikke behov for å utvide helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 til også å omfatte private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

5.17 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Departementet peker på at dersom ansvaret for tannhelsetjenester blir forankret i helse- og omsorgstjenesteloven, vil dette medføre at de som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, også vil ha krav på at behovet for tannhelsetjenester blir vurdert som en del av det helhetlige

tilbudet kommunen skal nedfelle i en individuell plan. NTF finner dette både rimelig og hensiktsmessig.

NTF er enig med departementet i at behovet for tannhelsetjenester normalt ikke i seg selv vil medføre en plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan.

- Tannhelsehjelp må være en del av behovsvurderingen ved utarbeidelsen av individuell plan for dem som har rettigheter til slik hjelp.

5.18 Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 pålegger kommunene å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

I grunnutdanningen er det varierende hvor mye klinisk trening som blir utført i DOT. Ved universitetene i Oslo og Bergen foregår nesten all klinisk trening på fakultetsklinikkene. For studentene på universitetet i Tromsø gjennomføres en stor del av den kliniske treningen på DOTs klinikker over hele landet. Dette er klinikker av en viss størrelse hvor de tannlegene som er veiledere har fått egen opplæring. Hvis modellen skal videreføres ved en overføring av DOT til kommunene vil det måtte stilles høye krav til de klinikkene som skal ha dette veiledningsansvaret for studentene i Tromsø. NTF vil påpeke at dette vil være en meget krevende oppgave for små kommuner.

Departementet understreker at helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 innebærer en lovfesting og klargjøring av kommunens medvirkningsansvar når det gjelder mulighet for videre- og etterutdanning av private ytere av tannhelsetjenester, sett i forhold til det fylkeskommunen har i dag (s. 186). NTF er positiv til en slik utvidelse. Ved behandling av spesielle grupper som er prioritert, som rusavhengige og TOO-pasienter, kan det kreves etterutdanning for å oppnå nødvendig kompetanse. Dette vil ha økonomiske konsekvenser for kommunen.

Forskning

Å bidra til forskning er en viktig oppgave for ROKene. Forskning krever målrettet satsing og ROKene vil være avhengig av samarbeid med andre forskningsinstitusjoner som for eksempel universitetene. Det er ikke realistisk å tro at selv store kommuner som overtar ROKene vil ha forutsetninger eller kompetanse til å drive forskning. Kommunene har kun et medvirkningsansvar til forskning (s. 187). Dette er enda et argument for at ROKene må forankres regionalt.

5.19 Finansiering og egenbetaling

Grunnleggende prinsipper for finansiering

Departementet slår fast at de grunnleggende prinsippene for finansiering av offentlige tannhelsetjenester ligger fast med oppgaveoverføringen fra fylkeskommunene til kommunene, jf.

helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd og § 11-5. NTF vil understreke betydning av at det finansielle ansvarsprinsipp opprettholdes dersom tannhelsetjenesteansvaret overføres til kommunene.

Departementet påpeker at den delen av det fylkeskommunale rammetilskuddet som i dag går til tannhelsetjenester (om lag 4,6 %) vil bli trukket ut fra rammetilskuddet til fylkeskommunene og fordelt på større og mer robuste kommuner etter nye kostnadsnøkler. Så langt har ikke kommunereformen ført til en situasjon med store og robuste kommuner (s. 191). NTF mener at departementet burde ha klargjort «nye kostnadsnøkler» og at utfordringene med fordeling av fylkeskommunale rammetilskudd til tannhelsetjenester på kommunene underdrives.

NTF er svært kritisk til at dette arbeidet utsettes til senere i prosessen (s. 191). DOTs oppbygging og de store ulikhetene mellom kommunene vil gjøre denne overføringen meget komplisert. Noen kommuner vil få tilført store, veldrevne klinikker, mens mange kommuner ikke vil få overført tannklinikk i det hele tatt, eller vil få overført tannklinikk som bare er delvis i drift. At dette ikke omtales i høringsnotatet skaper en stor usikkerhet rundt den fremtidige finansieringen av tjenesten. Dette er et så grunnleggende spørsmål og det er så avgjørende for DOTs fremtid og pasientenes tilbud at det burde vært adressert før Stortinget skal ta sin beslutning.

NTF vil påpeke at ca. 20 % av DOTs virksomhet består av behandling av voksne betalende pasienter. Det kommuneoverskridende forvaltningsnivå gir fylkeskommunen mulighet til å omfordele tannlegeressurser til små og mellomstore kommuner som uten omfordeling ikke ville kunne opprettholde et forsvarlig tannhelsetilbud.

NTF mener at departementet på dette tidspunkt burde kommentert disse kompliserte problemstillingene. NTF mener at en øremerking av midler er det eneste som vil kunne sikre en et offentlig tannhelsetilbud med tilstrekkelig kompetanse og forsvarlig kvalitet etter en overføring av ansvaret til kommunene.

- NTF ønsker en øremerking av midler til DOT.
- Stortinget bør ha informasjon om kostnadsnøkler og prinsippene for fordeling av midler før de gjør sitt vedtak.

Dekning av utgifter til privat praksis

Tannhelsetjenesteloven har et eget kapittel 4 (Forholdet mellom fylkeskommunene og privat tannhelsetjeneste), hvor § 4-1 (Privat tannhelsevirksomhet) første ledd lyder:

«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 § 5-1 (Fylkeskommunens ansvar for utgifter) første og andre ledd lyder:

«Fylkeskommunen skal dekke utgifter ved Den offentlige tannhelsetjenesten.»

Pasientenes utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen skal helt eller delvis dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger.»

Departementet foreslår at det i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd tas inn et nytt annet punktum, slik at bestemmelsen lyder:

«Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen. Dersom pasientens utgifter til tannhelsetjenester helt eller delvis skal dekkes av kommunen, må den privatpraktiserende ha avtale med kommunen.»

Som departementet påpeker er finansieringen av privat tannhelsetjeneste helt ulik den øvrige helse- og omsorgstjenesten (s. 192). Avtalene som inngås med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd, innebærer at kommunen yter driftstilskudd til privat helsevirksomhet, basert på tildeling av avtalehjemler og at pasienten vanligvis har rett til stønad til helsetjenester fra folketrygden.

NTF vil påpeke at departementets lovforslag i høringsnotatet vil innebære at også privat tannhelsetjeneste omfattes av den samme bestemmelsen om driftstilskudd som øvrige private helse- og omsorgstjenester. Dette anses å være en utilsiktet lovendring, som følge av inkorporering av tannhelsetjenesten i helse- og omsorgstjenesteloven.

Det vises til at departementet påpeker at:

«(...) avtaler med private tannleger gjelder i hovedsak avtaler om tjenestekjøp, og hvor pasienten som regel ikke har rett til stønad fra folketrygden til tannbehandlingen. ... Etter departementets vurdering er dette en forskjell av reell betydning. Den eksisterende bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd vil derfor etter departementets syn ikke være tilstrekkelig dekkende for tannhelsetjenester utført av private tjenesteytere.» (s. 192)

NTF mener at det materielle innholdet i forslaget til § 11-1 tredje ledd fremstår som uklart, idet avtaler om driftstilskudd og tjenestekjøp er helt forskjellige typer avtaler. Dette underbygger at det bør lages et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven om forholdet mellom kommunene og privat tannhelsetjeneste, etter mal fra tannhelsetjenesteloven kapittel 4. Et eget kapittel vil også understreke tannhelsetjenestens særtrekk, se høringsuttalelsen del II punkt 1.

NTF vil for ordens skyld påpeke at en overføring av tannhelsetjenesten til kommunene også vil kunne reise spørsmål om situasjonen for pasienter med rettigheter fra NAV sosial, som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. NTF legger til grunn at pasienter som ikke selv har økonomi til å dekke nødvendig tannbehandling fortsatt vil kunne få dekket disse kostnadene med hjemmel i sosialtjenesteloven § 18 (Stønad til livsopphold), selv om den privatpraktiserende tannlegen ikke har avtale med kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det vises til at det er snakk om rettigheter på ulike rettslig grunnlag, og med kommunen som ansvarlig i begge tilfeller.

- Det bør lages et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven tilsvarende tannhelsetjenesteloven kapittel 4.
- Det materielle innholdet i forslaget til § 11-1 tredje ledd fremstår som uklart, idet avtaler om driftstilskudd og tjenestekjøp er helt forskjellige typer avtaler.

5.19.2 Vederlag for tannhelsetjenester

I høringsnotatet foreslås det at lovbestemmelsen om gratis tannbehandling til de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 a-c (barn og unge 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, pasienter i hjemmesykepleie og/eller institusjon) ikke tas inn i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette skal senere reguleres i forskrift etter at lovendringene er vedtatt. Dette skaper stor usikkerhet i forhold til de rettighetene som disse gruppene har i dag.

Ved behandlingen av forslag til ny tannhelsetjenestelov i 1983 besluttet Stortinget å lovhjemle prinsippet om at tannbehandling til disse gruppene skulle være gratis. Spørsmålet om vederlagsfrihet for tannhelsetjenester ble den gang ansett som så grunnleggende at det skulle fremgå direkte av lov.

Kjeveortopedisk behandling (tannregulering) av barn og unge står i en særstilling. Mesteparten av kjeveortopedisk behandling utføres av privatpraktiserende spesialister uten avtale med fylkeskommunen. Det ytes stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til behandlingen.

Det fremgår eksplisitt av tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd at det ikke kan kreves vederlag av grupper som nevnt i §1-3 første ledd bokstav a, b og c. Det er imidlertid gjort et unntak for kjeveortopedisk behandling. Dette innebærer at kjeveortopedene kan ta vederlag av pasienten utover folketrygdens refusjonsbeløp (egenbetaling). Forslaget om å fjerne retten til å kreve vederlag for kjeveortopedisk behandling fremgår svært indirekte i høringsnotatet, og er ikke utredet eller nærmere begrunnet.

Departementet hevder at lovfesting av denne type forhold ikke lenger anses som «nødvendig eller hensiktsmessig», og foreslår at spørsmålet skal reguleres i vederlagsforskriften. Denne skal først fastsettes etter at endringene er vedtatt. Dette medfører i realiteten at Stortinget delegerer myndighet til å beslutte hvilke grupper som skal få gratis tannbehandling til den til enhver tid sittende regjering. NTF stiller seg meget kritisk til dette.

- Prinsippet om vederlagsfrihet må videreføres for pasientgrupper som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2b.
- Innholdet i tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd må videreføres.

5.19.3 Pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten

Skyssutgiftene vil variere stort fra sentrale deler av landet til mer spredtbygde strøk. For noen kommuner vil dette kunne medføre store økonomiske konsekvenser, eventuelt kan pasientene få store utgifter hvis kommunene ikke betaler. Dette kan føre til at pasientene ikke kan motta den behandlingen de har krav på.

- Manglende dekning av skyssutgifter må ikke hindre pasientene i å motta den behandling de har krav på.

5.19.4 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester

Behovet for lovbestemmelse og nødvendig endring av eksisterende forskrift

Departementet foreslår å innta en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-6 med følgende ordlyd:

«§ 11-6 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester

Departementet kan 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 kommunen tilbyr der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere.»

Ny § 11-6 tilsvarende tannhelsetjenesteloven § 5-3. NTF støtter forslaget om å videreføre denne fullmaktsbestemmelsen, som gir departementet myndighet til å gi forskrift om føring av atskilte regnskaper, stille krav til fordeling av inntekter og utgifter, regulering av overskudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendig for å unngå ulovlig statsstøtte i form av kryssubsidiering.

NTF vil imidlertid påpeke at dagens forskrift § 5 snarest bør korrigeres.¹⁴ Bestemmelsen lyder:

«Fylkeskommunen skal for hvert regnskapsår utarbeide en oppgave med resultatoppstillinger for de forskjellige deler av virksomheten. Resultatoppstillingene skal presenteres som tilleggsopplysninger i note til årsregnskapet. Med «de forskjellige deler av virksomheten» menes i forskriften her:

- a. tannhelsetjenester som tilbys helt eller delvis vederlagsfritt til pasienter som omfattes av gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e*
- b. tannhelsetjenester som tilbys **voksne** mot betaling i områder der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud (tjenester av allmenn økonomisk betydning)*
- c. tannhelsetjenester som tilbys **voksne** mot betaling i områder med konkurranse fra private tjenesteytere.»*

Bestemmelsen i § 5 er inntatt for å imøtekomme krav fra EFTAs overvåkningsorgan (heretter «**ESA**») til regnskapsmessig skille mellom DOTs økonomiske og ikke-økonomiske virksomhet, jf. vedtak 113/14/COL. Dette for å unngå kryssubsidiering av den konkurranseutsatte delen av virksomheten (de økonomiske aktivitetene).

¹⁴ Forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

ESA har i nevnte vedtak fastslått at å tilby tannhelsetjenester til betalende pasienter, enten det er i et velfungerende marked eller i distriktene uten velfungerende marked utgjør «økonomisk virksomhet».¹⁵ Det vises til vedtakets pkt. 63 der bl.a. følgende fremgår:

«(...) In accordance with the Authority's practice, separate accounts should be kept for the three following activities:

- (i) the non-economic activities (in accordance with Section 1-3(1)(a)-(e) of the DHSA);*
- (ii) the services provided to **paying patients** in remote and sparsely populated areas with a market failure, classified as an SGEI; and*
- (iii) the services provided to **paying patients** in areas with sufficient private alternatives. (...)*»

ESA definerer følgelig DOTs konkurranseutsatte virksomhet til å omfatte tannhelsetjenester til betalende **pasienter**. Likevel har departementet i forskriften § 5 begrenset DOTs konkurranseutsatte virksomhet til kun å omfatte tannhelsetjenester som tilbys **voksne** mot betaling. Dette til tross for at kjeveortopediske tjenester til barn og unge tilbys i et konkurranseutsatt marked.

Kjeveortopedisk tannbehandling til barn og unge finansieres ikke over DOTs budsjetter. Denne pasientgruppen mottar derimot støtte fra folketrygden til tannbehandlingen og må i tillegg betale et vederlag (egenbetaling) til behandlende tannlege, enten denne er ansatt i DOT eller er privatpraktiserende. Støttens størrelse avhenger av hvor stort behov pasienten har for kjeveortopedisk behandling og deles inn i tre stønadsgrupper A, B og C. Kun drøye 1 % av pasientene omfattes av gruppe A (høyeste stønadssats). Resten av pasientene fordeles omtrent likt på gruppe B og C.¹⁶

DOT leverer i liten grad kjeveortopediske tjenester selv, men henviser barn og unge som mottar behandling i DOT til spesialister for kjeveortopedisk behandling.¹⁷ I praksis er dette privatpraktiserende spesialister som ikke mottar noen form for driftsstøtte fra det offentlige (helprivate). Både DOT og de privatpraktiserende spesialistene står fritt til å ta betalt for kjeveortopediske tjenester til barn og unge.

På denne bakgrunn er NTF sterkt uenig i departementets oppfatning om at kjeveortopedisk behandling til barn og unge bør betraktes som en tjeneste av ikke-økonomisk art.¹⁸ NTFs oppfatning synes også bekreftet av Helsedirektoratets beskrivelse av kjeveortopedifeltet i dag, jf. direktoratets rapport nevnt i fotnote 17:

¹⁵ <http://www.eftasurv.int/media/decisions/113-14-COL.pdf>

¹⁶ Evjen G, Grytten J, Ramstad T, Ødegaard J, Stenvik A Nor Tidende 2001; 111:18-21 Malokklusjoner og søknad til folketrygden.

¹⁷ Kun ca. 5 % av denne pasientgruppen behandles av offentlige ansatte kjeveortopedier, jf. Helsedirektoratets rapport IS 2280, «Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier», s. 47.

¹⁸ Jf. Prop. 16 L (2014-2015) Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå krysssubsidiering), jf. pkt. 5.1 Tannhelsetjenester som utgjør en økonomisk aktivitet.

«Der det offentlige ikke har ansvar for å gi et tilbud, kan det ytes hel eller delvis økonomisk støtte til grupper i befolkningen med særegne tannbehandlingsbehov, inkludert kjeveortopedisk behandling, gjennom folketrygdlovens kap. 5. Bakgrunn for folketrygdfinansiering av kjeveortopedimarkedet er å sikre at alle får nødvendig behandling, og å sikre en jevn geografisk fordeling av kjeveortopedier.»¹⁹(...)

«Kjeveortopeditjenester er organisert i et privat marked med fri etablering og fri prissetting. En del kjeveortopediske tjenester finansieres av folketrygden etter bestemte takster uavhengig av hva behandleren krever i egenbetaling fra brukeren.

DOT skal fungere som en portvakt for å avlaste kjeveortopedisk spesialistbehandling. Dette skal være første vurderingsinstans av behovet for spesialisert kjeveortopedisk tjeneste (...)²⁰

Videre uttaler Helsedirektoratet følgende i rapporten pkt. 2.4.3 (Oppgjør, kontroll og utbetaling):

«Gjennom avtale om direkte oppgjør med HELFO får kjeveortopedier utbetalt (brukers) refusjon. Oppgjørene sendes månedlig til HELFO, som foretar kontroll og utbetaler»²¹

- Kjeveortopedisk behandling til barn og unge er å betrakte som en tjeneste av økonomisk art.
- § 5 i forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper mv. må endres.

Risiko for krysssubsidiering av både DOTs og ROKenes konkurranseutsatte virksomhet

Departementet legger til grunn at overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene vil redusere mulig risiko for krysssubsidiering ettersom støttegiver da vil være den enkelte kommune og det i mange små kommuner ikke er noe marked for private tjenesteytere. Etter departementets syn vil en regel om regnskapsmessig skille derfor få mindre betydning.

NTF er ikke enig i denne prognosen og vil påpeke at det formodentlig vil være et like stort marked for private tjenesteytere som i dag. Dersom departementets forslag blir vedtatt, vil kommunene i tillegg måtte sikre et regnskapsmessig skille *både* for virksomheten på DOTs klinikker og i ROKene.

Allerede i NTFs høringsuttalelse til forslaget om endringer i tannhelsetjenesteloven, som følge av ESAs vedtak, pekte NTF på behovet for å presisere at kravene til separat regnskapsføring også gjelder for ROKene.²² Dersom ROKene blir overført til kommunene vil dette fremdeles være viktig. NTF gjentar derfor oppfordringen til departementet om å innta en slik presisering.

ROKene skal drive opplæring, fagutvikling, etter- og videreutdanning og praksisnær forskning i samarbeid med blant annet tannklinikker og spesialistmiljøer. Undervisning/videreutdanning av spesialister tilbys per i dag i et «skjermet» marked, dvs. ikke-konkurranseutsatt marked.²³

¹⁹ Helsedirektoratets rapport IS 2280, s. 12.

²⁰ Helsedirektoratets rapport IS 2280, s. 13.

²¹ Helsedirektoratets rapport IS 2280, s. 19.

²² Jf. NTFs høringsuttalelse av 22. september 2014 til forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven og forslag til forskrift om plikt til å føre atskilte regnskaper mv.

²³ At offentlige undervisningstjenester i utgangspunktet anses som en ikke-økonomiske tjeneste påpekes i Kommisjonens meddelelse 2006/c 323/01 *Fællesskabets rammebestemmelser for statsstøtte til forskning og*

Utdanningsfunksjonen unntar imidlertid ikke ROKene som sådan fra statsstøttereguleringen. I tråd med det EØS-rettslige foretaksbegrepet, vil ROKene hva gjelder utøvelse av virksomhet som knytter seg til betalende pasienter, være å anse som «foretak». Dette gjelder også dersom behandlingen utføres av spesialistkandidater. Når ROKene utfører behandling mot betaling i et konkurranseutsatt marked, vil denne aktiviteten innebære utøvelse av «økonomisk virksomhet». Det er fremhevet i Kommisjonens Rammebestemmelser 3.2.1 at:

«[h]vis forskningsinstitusjoner eller andre innovationsformidlere uten gevinst for øje (...) udøver økonomisk aktivitet (...) bør dette skje på sædvanlige markedsbetingelser, og offentlig finansiering af disse økonomiske aktiviteter vil normalt udgjøre statsstøtte».

Etter det NTF forstår skal ROKene også i fremtiden tilby tjenester på et konkurranseutsatt marked. Selv om ROKene innehar en undervisningsfunksjon og mottar støtte bl.a. i den forbindelse, vil de likevel utøve økonomisk aktivitet og dermed anses som «foretak» underlagt statsstøttereglene ved behandling av betalende pasienter, også der behandlingen utføres av spesialistkandidater.

For å unngå at offentlige midler benyttes til å subsidiere kommersiell virksomhet, krever statsstøttereglene et skarpt organisatorisk eller regnskapsmessig skille mellom økonomiske og ikke-økonomiske aktiviteter. Dette er også understreket i Kommisjonens Rammebestemmelser, hvor det fremgår at dersom en undervisningsinstitusjon utøver både ikke-økonomisk og økonomisk aktivitet, må finansieringen klart kunne adskilles.²⁴

På denne bakgrunn er regelen om regnskapsmessig skille og formålet om å unngå kryssubsidiering ikke mindre aktuelt etter overføring av ansvaret for DOT og ROKene til kommunene. En reell kostnadsfordeling mellom de ulike aktivitetene både i DOT og i ROKene er en forutsetning for at kryssubsidiering unngås. NTF er uenig med departementet i at statsstøtteproblematikken blir mindre aktuell etter overføringen av DOT og ROKene til kommunene.

- Kravene til separat regnskapsføring gjelder også for ROKene.
- Behandling av betalende pasienter må anses som økonomisk virksomhet, også dersom behandlingen utføres av spesialistkandidater.

Henvisning fra tannleger i DOT til spesialister i ROKene/offentlige spesialistklinikker («offentlige spesialistmiljøer»)

NTF setter også spørsmålsteget ved føringene i høringsnotatet for DOTs henvisningspraksis (s. 203). Det fremgår at departementet ser for seg at kommunene skal instruere tannleger i DOT til å henvise pasienter til ROKene/offentlige spesialistklinikker (i DOT). Dette fordi det legges til grunn at en

utvikling og innovasjon (heretter «Kommisjonens Rammebestemmelser» - [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XC1230\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XC1230(01)&from=EN)). Kommisjonens Rammebestemmelser gjør det klart at kjerneoppgavene til universiteter og forskningsinstitusjoner, som undervisning og forskning, faller utenfor.

²⁴ Jf. Kommisjonens Rammebestemmelser pkt. 3.1.1; *«Såfremt den samme enhed udfører aktiviteter af så vel økonomisk som ikke-økonomisk karakter, vil den offentlige finansieringen af ikke-økonomiske aktiviteter, for at undgå krydssubsidiering af den økonomiske aktivitet, ikke falde inn under [statsstøttereguleringen] hvis de to former for aktiviteter samt deres omkostninger og finansiering klart kan adskilles».*

forutsetning for å videreutvikle spesialist-/kompetansemiljøene i kommunene er at disse får henvist tilstrekkelig antall pasienter.

Forholdet til EØS-avtalen art. 31 - Etableringsretten

NTF stiller spørsmål ved om en styrt henvisningspraksis fra DOT til offentlige spesialistmiljøer er forenelig med etableringsretten. Etableringsretten gir regler om fri bevegelse for selvstendig næringsdrivende og juridiske personer som skal utøve virksomhet på en stabil og vedvarende måte i en annen EØS-stat, jf. EØS art. 31. Etableringsretten gjelder ikke bare etablering av virksomhet, men også etterfølgende utøvelse av denne.

NTF mener at en henvisningspraksis som favoriserer spesialister ansatt i offentlige spesialistmiljøer, er egnet til å gjøre det vanskeligere for privatpraktiserende tannleger å etablere seg som tilbydere av spesialisttjenester i Norge. Problemstillingen er særlig aktuell for kjeveortopedier, som utgjør den spesialistgruppen som DOT henviser flest pasienter til. Dersom den største brukergruppen av kjeveortopeditjenester (barn og unge) henvises til kjeveortopedier i offentlige spesialistmiljøer, vil de private tilbyderne av disse tjenestene hindres i å opparbeide seg et tilfredsstillende kundegrunnlag. Dette vanskeliggjør etablering og utøvelse av kjeveortopedivirksomhet i Norge.

NTF mener derfor at en henvisningspraksis som favoriserer kjeveortopedier/spesialister i offentlige spesialistmiljøer, vil kunne innebære en restriksjon på etableringsfriheten.

Forholdet til EØS-avtalen art. 61 - Statsstøttereglene

NTF stiller også spørsmål ved om den henvisningspraksis departementet legger opp til potensielt vil kunne innebære statsstøtte og være et selektivt tiltak til fordel for offentlige spesialistmiljøers kommersielle virksomhet i strid med EØS art. 61.

Når pasienten oppsøker DOT og blir henvist f.eks. til en spesialist for kjeveortopedisk behandling, er utgangspunktet at henvisningen skal være nøytral, slik at pasienten selv kan velge spesialist. Departementet legger opp til at pasientene i stedet bør henvises til spesialister i offentlige spesialistmiljøer.

NTF stiller spørsmål ved om en slik henvisningspraksis er et støttetiltak som kanalisere en sikker inntekt til offentlige spesialistmiljøer, som aktører på det konkurranseutsatte markedet ellers skulle konkurrere om. Videre kan det reises spørsmål ved om tiltaket er en fordel gitt av statsmidler, siden ordningen med styrt henvisning vil være initiert av det offentlige og inntektene som tilføres offentlige spesialistmiljøers næringsvirksomhet bl.a. er folketrygdmidler. Det kan videre reises spørsmål ved om henvisningsordningen også innebærer en kanalisering av pasientenes egenbetaling i strid med statsstøttereglene.

- Det må utredes om styrt henvisning av pasienter fra DOT til ROKene/offentlige spesialistmiljøer er forenelig med EØS art. 31 og art. 61.

5.19.5 Særlig om finansieringen av spesialisttannhelsetjenester

ROKenes oppgaver tilsier at en kommunal forankring ikke er hensiktsmessig. Departementets forslag vil skape behov for utstrakt interkommunalt samarbeid. NTF mener det vil bli en svært krevende administrativ oppgave for vertskommunene å skulle ha så vel eier- som driftsansvar for et kompetansesenter, og administrere avtaler med et betydelig antall kommuner av varierende størrelse som i dag inngår i flere fylker. Det er ingen selvfølge at den enkelte kommune skal velge å benytte tjenestene som tilbys av en annen kommune.

NTF vil påpeke at selv om ROKene er tiltenkt en rolle i utdanningen av spesialister, må det understrekes at universitetene fortsatt må ha det overordnede ansvaret for spesialistutdanningen. Spesialistutdanningen på universitetene er bygget opp gjennom flere år som en viktig del av fagutviklingen i de enkelte fagdisiplinene i odontologi. Dette gir lærere med høy klinisk kompetanse og sikrer tilgang på pasienter med avanserte problemstillinger. Dette fører igjen til høy kvalitet på både grunn- og spesialistutdanningen og er helt avgjørende for nok dybde og bredde i faget. Sentralisert spesialistutdanning må videreføres på fakultetene for å sikre kvaliteten på den odontologiske grunnutdanning og de ulike odontologiske spesialistutdanningene.

NTF merker seg at departementet åpner for særskilt tilskudd til kommuner som driver kompetansesentre/spesialistklinikker, selv om det argumenteres for ordinær rammefinansiering når det kommer til overføring av DOT (s. 204). Argumentene for dette er at særskilt tilskudd til kommuner med spesialistklinikker/kompetansesentre vil gi insentiver for disse kommunene til å videreutvikle spesialisttannhelsetjenestene og tilby slike tjenester til kommuner som ikke har tilgang på spesialister. De samme argumentene vil gjelde for overføringen av DOT til kommunene. Det er vanskelig å forstå hvorfor departementet ikke bruker denne argumentasjonen også når det gjelder overføringen av DOT.

Det er kritikkverdig at departementet først etter behandlingen i Stortinget vil utrede hvordan fagmiljøene knyttet til spesialisttannhelsetjenester, inkludert ROKene, kan ivaretas ved en overføring til kommunen (s. 204). Denne utredningen burde vært gjort på forhånd, sammen med en utredning av konsekvensene av de øvrige av forslagene i høringsnotatet, slik at Stortinget kunne tatt en beslutning på et faglig grunnlag.

NTF stiller seg svært kritisk til at en styring av bruken av ROKene og spesialistmiljøene (s. 203) er hensiktsmessig og nødvendig. Spesialisttjenester leveres i dag hovedsakelig av en velfungerende privat sektor. Det store flertallet av pasientene spesialistene behandler er også henvist fra privat sektor. På grunn av bedret tannhelse vil DOT antakeligvis ha synkende behov for spesialisttjenester. En oppbygging av en spesialisttannhelsetjeneste i offentlig sektor synes derfor unødvendig og svært kostnadskrevende. Se for øvrig også pkt. 5.19.4.

- ROKene må organiseres på regionalt nivå.
- Det er ikke behov for særskilt tilskudd til oppbygging av en spesialisttannhelsetjeneste i offentlig sektor.

5.20 Forskjellige bestemmelser

5.20.2 Statlig tilsyn

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenestene. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn. Departementet foreslår at gjeldende bestemmelser om tilsyn med tannhelsetjenester bør bringes i samsvar med de generelle reglene om statlig tilsyn med kommunesektoren (s. 210).

NTF er kritisk til påstanden om at forslaget er en videreføring av gjeldende rett og ikke får økonomiske eller administrative konsekvenser. Det vises til at en tilsynsmyndighet må ha riktig faglig kompetanse for å utføre tilsyn. Vi mener derfor at det må være odontologisk kompetanse hos tilsynsmyndigheten, og at dette dermed vil få økonomiske konsekvenser.

Manglende odontologisk fagkompetanse synes å være en svakhet også i dag. Det er en uforholdsmessig høy terskel før tilsynsmyndighetene griper inn, og de har i praksis bare en rolle i de mest alvorlige sakene. Dette svekker pasientsikkerheten.

- Tilsynsmyndigheten for tannhelsetjenesten må ha odontologisk fagkompetanse og at det bør settes av midler til dette.

5.21 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Retten til nødvendig tannhelsehjelp (tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd) korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper (tannhelsetjenesteloven § 1-3). Fylkeskommunen skal sørge for at personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven gis tilbud om nødvendig tannhelsehjelp. Dette omfatter både et oppsøkende og regelmessig tannhelsetilbud, akutt tannbehandling og spesialisttannhelsetjenester.

NTF mener at rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen bør fremkomme uttrykkelig i pasient- og brukerrettighetsloven både av pedagogiske hensyn og for at pasientene ikke skal måtte gå til flere lover for å gjøre seg kjent med sine individuelle rettigheter. NTF mener at dette ikke er en unødvendig dobbeltregulering. Ved at teksten i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b også tas inn i pasient- og brukerrettighetslov § 2-1 f kommer det kun klarere frem for pasienten hva som er pasientenes rettigheter, fremfor at det bare gis en henvisning.

- Rett til nødvendig tannhelsehjelp til bestemte persongrupper bør også fremkomme i pasient- og brukerrettighetsloven.

5.22 Gjennomføring av oppgaveoverføringen til kommunene

5.22.2 Virksomhetsoverdragelse – forholdet til de ansatte

En gjennomføring av overføringen på personalområdet avhenger av et godt samarbeid mellom kommunene, fylkeskommunene, de ansatte og deres arbeidstakerorganisasjoner.

NTF forutsetter at reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven og bestemmelsene i Hovedavtalen følges.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og ROKene består av arbeidstakere som utfører klinisk virksomhet og arbeidstakere i administrative stillinger. En del av arbeidstakerne har kombinerte stillinger, de jobber både administrativt og klinisk. Videre har mange arbeidstakere deltidsstillinger, stillinger med arbeidssted på flere klinikker og til dels i ulike kommuner.

Lederstrukturen er så og si lik i alle fylker. Fylkestannlegene er ledere for hele fylket, og de aller fleste fylker har overtannleger som er ledere for et gitt antall kommuner. Hvordan disse skal håndteres i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen, og hvordan de eventuelt skal plasseres i en ny struktur, er uavklart.

NTF foreslår at det i god tid før overføringen foretas en kartlegging av de ansatte og at det nedsettes et sentralt samarbeidsutvalg for å ivareta kravene til medbestemmelse. Samarbeidsutvalget bør bestå av representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, KS og arbeidstakerorganisasjonene. Samarbeidsutvalget kan bidra til en enhetlig arbeidsgiverpolitikk i omstillingsprosessen. I tillegg må det selvsagt utøves medbestemmelse på lokalt plan. Det bør legges til rette for frikjøp av tillitsvalgtressurser som kan følge prosessene fremover. Det må bevilges midler til forberedelse av iverksettingen.

Bemanning av DOT og ROKene, administrativt og klinisk, bør være klar i god tid før ikrafttredelsestidspunktet.

NTF forutsetter at:

- reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven og bestemmelsene i Hovedavtalen skal legges til grunn ved overdragelse av DOT fra fylkeskommunene til kommunene
- det nedsettes et sentralt samarbeidsutvalg i tillegg til lokale utvalg
- bemanningsplanen skal være klar i god tid før ikrafttredelsestidspunktet
- det settes av tilstrekkelige ressurser, både personellmessige og økonomiske, til planlegging, gjennomføring og nødvendig etterarbeid i forbindelse med overføringen

5.22.3 Virksomhetsoverdragelse – forholdet til virksomhetene

Departementet foreslår at det i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 første ledd tas inn en bestemmelse om at kommunen skal overta DOT og ROKene uten at fylkeskommunene får vederlag for den alternative verdien av formuesposisjonene. Videre er det forutsatt at kommunen skal overta den andel av fylkeskommunens gjeld som er tilknyttet virksomheten, eksempelvis lån knyttet til utbygging av tannklinikker. Departementet legger til grunn at overføring av driften av tannklinikkene og ROKene til kommunene bør skje ved at kommunene overtar eierskapet til virksomhetene som produserer tjenestene vederlagsfritt.

Forholdet til EØS-avtalens statsstøttere

NTF vil påpeke at en vederlagsfri overføring av tannklinikkene og ROKene kan være i strid med forbudet mot statsstøtte i EØS artikkel 61 (1). Ved utøvelsen av økonomisk virksomhet opptrer de offentlige tannklinikkene og ROKene som foretak. ESA har tidligere fastslått at å tilby

tannhelsetjenester til betalende pasienter, enten det er i et velfungerende marked eller i distriktene uten velfungerende marked, utgjør «økonomisk virksomhet».²⁵ Både tannklinikene og ROKene tilbyr tannhelsetjenester til ikke-prioriterte pasientgrupper, dvs. betalende pasientgrupper. På denne bakgrunn er det klart at overføring av *foretaksdelen* av tannklinikene og ROKene må skje på markedsmessige vilkår, mao. mot vederlag. NTF vil for ordens skyld bemerke at kjeveortopedisk behandling til barn og unge også må anses som økonomisk virksomhet i denne sammenheng, jf. pkt. 5.19.4 foran.

Det følger av den statsstøtterettslige markedsinvestortesten at det offentliges næringsvirksomhet skal underlegges de samme avkastningskrav som privat næringsvirksomhet. Ved overføring av tannklinikker og ROKer som driver næringsvirksomhet fra fylkeskommunene til kommunene krever statsstøttereglene at tannklinikene og ROKene verdsettes til en korrekt verdi i kommunens regnskaper. I vurderingen må alle relevante verdier inngå, som overføring av fast eiendom og utstyr, gjeldsforpliktelser, pensjonsforpliktelser mv. Hvordan verdifastsettelsen konkret skal skje må avgjøres på bakgrunn av de relevante prinsipper for verdsettelse av de verdier som overføres.

I høringsnotatet omtaler departementet ikke forholdet til EØS-avtalen overhodet. Spørsmålet om vederlagsfrihet knyttes bare opp til de vurderinger som i sin tid ble gjort ved overføringen av sykehusene fra fylkeskommunene til staten i 2002 og av de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene i 1988. Overføringen av sykehjemmene fant sted før EØS-avtalen trådte i kraft. NTF antar at grunnen til at forholdet til EØS-avtalen ikke ble vurdert i forbindelse med overføringen av sykehusene er at disse ikke utfører økonomisk virksomhet.

Etter NTFs syn er det på denne bakgrunn tvilsomt om lovforslaget om vederlagsfri overføring av DOT og ROKene til kommunene er i tråd med statsstøtteregulverket. Slik departementets lovforslag i § 13-4 nå lyder, vil bestemmelsen mest sannsynlig være i strid med Norges folkerettslige forpliktelser etter EØS-avtalen.

Forholdet til Grunnloven § 105

Som begrunnelse for at kommunene ikke skal betale vederlag for overføring av tannklinikene og ROKene viser departementet til vurderinger av forholdet til grunnloven § 105 gjort i forbindelse med overføringen av sykehjemmene og sykehusene.

NTF stiller spørsmål ved dette rettslige grunnlaget. Grunnloven § 105 innebærer som utgangspunkt at ethvert rettssubjekt – fysisk eller juridisk – som blir fratatt sin eiendom, har krav på full erstatning for sitt økonomiske tap som følge av avståelsen. I sin begrunnelse for at forslaget om vederlagsfri overføring ikke er i strid med § 105 viser departementet utelukkende til eldre lovforarbeider til andre lover og en uttalelse fra Lovavdelingen, som angår et svært ulikt saksforhold. I tolkningsuttalelsen som departementet referer til la Lovavdelingen til grunn at aktiva vederlagsfritt kunne overtas for å kunne løse de samme oppgavene som fylkeskommunen til da hadde hatt, bare i statlig regi, uten hinder av Grunnloven § 105. Sentralt i begrunnelsen stod at overføringen av aktiva skjedde i forbindelse med overføringen av oppgaver som ikke ble drevet med økonomisk siktemål.

²⁵ Vedtak 113/14/COL.

Den vederlagsfrie overføringen av aktiva knyttet til DOT og ROKene er ikke utelukkende tilknyttet oppgaver som blir drevet med ikke-økonomisk siktemål. NTF mener derfor at uttalelsen fra Lovavdelingen ikke er anvendbar på herværende sakskompleks, ettersom aktivaene også er tilknyttet økonomisk virksomhet.

NTF anmoder derfor om at departementet revurderer lovforslagets forenelighet med Grunnloven § 105.

- Det må utredes om vederlagsfri virksomhetsoverdragelse er forenlig med EØS art. 61 (1) og Grunnloven § 105.

5.22.4 Interkommunalt samarbeid mv. etter virksomhetsoverdragelsen

Høringsnotatet redegjør i liten grad for hvilken klinikkstruktur som faktisk er i fylkeskommunene i dag.

Det pågår prosesser i mange fylkeskommuner som innebærer større endringer i klinikkstrukturene. Det er grunn til å anta at situasjonen som er beskrevet i høringsnotatet, med 45 kommuner uten tannklinikk og 45 kommuner med delvis betjent tannklinikk, vil være langt unna reell situasjon ved virksomhetsoverdragelsen som er planlagt gjennomført pr. 1. januar i 2020. Dette innebærer at svært mange kommuner vil måtte bygge opp et nytt tilbud, inngå i et interkommunalt samarbeid eller inngå avtale om kjøp av tjenester. Forutsetningen om forankring i kommunen med et tett samarbeid med kommunenes øvrige helsetjeneste vil i lys av dette bare være delvis oppfylt. Høringsnotatet redegjør videre i svært liten grad for kostnadene ved at tannhelsetjenesten splittes opp i mange mindre enheter enn dagens situasjon.

NTF mener det er grunn til bekymring for at man ikke tar høyde for «smådriftsulemper» ved drift av mange små klinikker som det nå legges opp til. Bekymringene gjelder både manglende kartlegging av kostnader forbundet med driften av små enheter men er også en bekymring for oppsplitting av fagmiljøer og problemer med å få tilstrekkelig kvalifiserte søkere til små enheter.

Departementet foreslår i høringsnotatet en rett og plikt for kommunene til å overta både formuesposisjoner og avtalerettslige posisjoner. Det bør i god tid før overføringen kartlegges hvilke posisjoner som er aktuelle for overføring, og hvilke som kan overføres. Kartleggingen bør skje i et samarbeid mellom departementet, fylkeskommunene og kommunene.

- Økonomiske konsekvenser av overføringen og den videre drift av mange små enheter er for dårlig utredet.
- Utstrakt bruk av interkommunalt samarbeid gjør at forutsetningen om forankring i kommunene og nært samarbeid med den øvrige kommunale helsetjenesten bare delvis er oppfylt.
- Det må i god tid før en eventuell overføring kartlegges hvilke enheter og posisjoner som er tenkt overført, og om dette faktisk er mulig.

Kapittel 8 Administrative og økonomiske konsekvenser av de samlede forslagene

En overføring av DOT fra 19 til flere hundre kommuner vil by på betydelige utfordringer. Det å splitte dagens 19 fylkeskommunale administrasjoner opp i det nødvendige antall tilsvarende kommunale vil medføre betydelig ressursbruk. I tillegg kommer en rekke administrative og økonomiske omkostninger knyttet til selve virksomhetsoverdragelsen og til etablering av helt nye formelle og uformelle strukturer. En overføring av DOT til kommunen vil innebære en vidtgående fragmentering av den eksisterende struktur. Fragmenteringen vil medføre tap av regionale enheter med administrativ styrke og kompetanse til å rekruttere og fordele personalressursene mellom distriktene.

Fragmenteringen forutsetter også omfattende samarbeidsprosesser og koordinering mellom kommunene, eventuelt igangsetting av tid- og arbeidskrevende innkjøpsprosesser fra private tilbydere. Det fremstår som høyst uklart innenfor hvilke rammer en slik samordning skal skje. Flere modeller er skissert. Uansett mener NTF at en fragmentering av DOT vil øke administrasjonskostnadene betydelig sammenlignet med dagens situasjon, hvor fylkeskommunen sentralt ivaretar det samlede behovet i fylket.

- De økonomiske og administrative konsekvensene for kommunene ved oppgaveoverføringen av tannhelsetjenesten er gjennomgående undervurdert og underkommunisert.

Kapittel 9 Spesielle merknader til lovendringer

9.1 Merknader til forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

Under kapitteloverskriften til kapittel 9 har departementet tatt inn følgende uvanlige og høyst spesielle merknad:

«Merknad til høringsinstansene: Merk at det ikke er utarbeidet spesielle merknader til alle de foreslåtte lovendringene.» (s. 256)

I tillegg uttaler departementet både i kapittel 2 og under punkt 5.4:

«Departementet understreker at lovforslaget i dette høringsnotatet er resultat av en revisjon og innebærer ingen reform når det gjelder omfanget av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte mindre utvidelser av kommunens plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag.»

NTF er av den oppfatning at ovennevnte ikke gir en rettvise oppsummering av høringsforslaget. Det foreslås tvert imot materielle endringer med potensielt store og uforutsigbare konsekvenser for tannhelsetjenesten, uten faglig begrunnelse, og uten analyse av om det foreligger et reelt behov for endring.

Forslaget innebærer muligens «ingen reform når det gjelder omfanget av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester», men må uten tvil anses som en organisatorisk og materiell reform, som gir muligheter, rettigheter og hjemmel både for kommunene og departementet (gjennom forskrift) på en helt annen måte enn etter tannhelsetjenesteloven.

NTF vil påpeke at det heller ikke i tilstrekkelig grad er redegjort for intensjonen med og de mulige konsekvensene av de foreslåtte endringer.

NTF oppfatter dette som et forsøk fra departementet på å tilsløre at høringsnotatet innebærer betydelige materielle endringer for tannhelsetjenesten, både privat og offentlig sektor.

NTF viser til oppfordringen fra departementet, hvor det uttales:

«Departementet ber på denne bakgrunn om høringsinstansenes vurdering av helheten i de valg som er gjort i dette høringsnotatet, herunder om det eventuelt er behov for ytterligere særregler og unntak for tannhelsetjenester sett i lys av at den i hovedsak er privat organisert og finansiert.» (s. 252)

NTF er av den oppfatning at hverken høringsinstansene eller Stortinget har et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere helheten i de valg som er gjort slik forslaget fremstår i dag.

Av hensyn til Stortingets behandling av saken, og ikke minst av respekt for pasientene, en samlet tannhelsetjeneste og universitetene som primær leverandør av odontologisk utdanning og forskning, er NTF av den oppfatning at departementet før lovforslaget legges frem våren 2017 må redegjøre for samtlige materielle endringer.

NTF mener at departementet må fremlegge forslag til vederlagsforskrift samtidig med lovforslaget, slik at høringsinstansene og Stortinget har et reelt grunnlag for å ta stilling til departementets fremtidige planer for den samlede tannhelsetjenesten.

NTF deler for øvrig departementets vurdering, hvor det bl.a. er påpekt at det er en risiko for utilsiktede rettsvirkninger av en mer generell regulering i helse- og omsorgstjenesteloven (s. 98). En revisjon av eksisterende tannhelsetjenestelov ville i langt større grad også ha synliggjort de materielle endringene som forslaget innebærer.

NTF mener at høringsnotatet gir en svært uoversiktlig fremstilling av hvilke reelle endringer forslagene vil kunne medføre. Det er kritikkverdige, spesielt når tannhelsetjenesteloven foreslås opphevet og inkorporert/erstattet av bestemmelser i to ulike lover, at det ikke er utarbeidet lovspeil som viser

- hvilke bestemmelser erstatter tannhelsetjenesteloven
- hvilke bestemmelser erstattes ikke
- hvilke bestemmelser er helt nye for tannhelsetjenesten

Områder av vesentlig betydning for tannhelsetjenesten er ikke utredet og utelatt fra høringsnotatet,

- dels ved at det foreslås regulert senere i forskrift (ny forskriftshjemmel)
- dels ved at det uttrykkelig er sagt at dette vil departementet komme tilbake til

NTF mener at høringsnotatet ikke gir Stortinget et tilstrekkelig grunnlag for å forutse de samlede konsekvensene av forslagene for tannhelsetjenesten. Høringsnotatet unnlater å drøfte vesentlige problemstillinger, som etter NTFs syn bør være en forutsetning for behandlingen av ethvert lovforslag i Stortinget.

Med vennlig hilsen

Den norske tannlegeforening



Camilla Hansen Steinum
President