

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

E-mail:

sum@sum.dk

enr@sum.dk

lfi@sum.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11

Fax: 70 25 16 37

info@tandlaegeforeningen.dk

www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

JOLI/TRS/CJ

Dato: 6. april 2018

Journal: hoering_027/2018

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og klage- og erstatningsloven (tandpleje til voksne i privat praksis, tilskud, klageadgang mv.)

Tak for det tilsendte materiale, som Tandlægeforeningen modtog fredag før påske den 23. marts 2018 om eftermiddagen. Med en frist for kommentarer fastsat til fredag den 6. april 2018 har Tandlægeforeningen haft seks hverdage til at gennemlæse, analysere og kommentere det meget omfattende materiale. De åbenbart velforberedte forandringer af den almene voksentandpleje, som Sundheds- og Ældreministeriet lægger op til i lovforslaget, er af særdeles gennemgribende karakter. Hvis lovforslaget vedtages, vil der være tale om et fundamentalt opgør med en aftalemodel ("den danske model"), som gennem mange år har været velfungerende. I betragtning af forandringernes omfang og karakter finder Tandlægeforeningen det helt og aldeles uacceptabelt, at foreningen er blevet tildelt seks hverdage til at afgive et høringsvar. Det må derfor være et rimeligt forlangende, at sundhedsministeren anmoder om en klar og tydelig udtalelse fra Folketingets Præsidium, om det findes i overensstemmelse med god lovgivningsskik, at et ministerium foretager en særdeles kortfristet høring vedr. et lovforslag med så gennemgribende betydning hen over påsken, hvor det må forventes, at mange borgere, politikere og rådgivere ikke er tilgængelige mhp. analyser, kommentarer og dialog¹.

Ikke desto mindre har Tandlægeforeningen samlet sine foreløbige kommentarer til lovforslaget på de følgende sider og i det vedhæftede bilagsmateriale, idet ministeren må forvente, at Tandlægeforeningen løbende vil indsende yderligere kommentarer til både lovforslaget og den forventede implementering. Der findes umiddelbart så store politiske såvel som forvaltningsretlige og statsretlige problemer, at denne sag nok ikke kan forventes afsluttet i denne regeringsperiode. Tandlægeforeningen vil fastholde ministeren på sit ansvar for patient- og behandlersikkerheden fremover.

¹ <https://www.b.dk/politiko/pia-kjaersgaard-vil-goere-op-med-korte-hoeringsfrister>

Sammenfatning

Tandlægeforeningen opfordrer på det kraftigste Sundheds- og Ældreministeriet til at genoverveje situationen efter Danske Regioners opsigelse af Tandlægeoverenskomsten og forlænge den gældende ordning jf. sundhedslovens § 229, indtil Folketingets partier er nået til enighed om den bebudede helt nye model for den almene voksentandpleje.

De vigtigste argumenter bag Tandlægeforeningens opfordring er følgende:

- Det er en forudsætning for opnåelse af en fagligt forsvarlig løsning, at den økonomiske ramme til patienternes tilskud afspejler patienternes faktiske sygdomsbillede og ydelsesbehov jf. Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer. Der er behov for at genetablere en økonomisk ramme på et fagligt forsvarligt niveau svarende til 1,7 mia. årligt i 2018-kroner.
- En økonomisk ramme fastholdt på 1,4 mia. kr. årligt vil få den konsekvens, at hver tandklinikers tilbagebetaling af tilskud vil stige fra 36.000 kr. årligt til ca. 150.000 kr. årligt. Det er helt urimeligt og uhørt, at tandlægerne pålægges hele ansvaret for, at Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer på tandlægeområdet er underfinansierede.
- Tandlæger kan naturligvis ikke "gradbøje" eller negligere Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for at imødekomme regionernes krav om budgetsikkerhed. I tilfælde af manglende overholdelse af de nationale kliniske retningslinjer risikerer tandlægerne sanktioner fra Styrelsen for Patientsikkerhed.
- De danske tandlægers prisniveau for de basale tandplejeydelser er i forvejen det laveste i Skandinavien.
- Sundheds- og Ældreministeriet risikerer med det fremsatte lovforslag at splitte hele tandlægebranchen, og at markedet fremover kun reguleres af markedskræfterne, hvilket på langt sigt må forventes at være til skade for patienterne.
- Hvis den økonomiske ramme fastholdes, vil der være tale om et så alvorligt brud fra Sundheds- og Ældreministeriets side på det hidtidige samarbejde mellem ministeriet, regionerne og Tandlægeforeningen, at Sundheds- og Ældreministeriet som følge heraf selv må påtage sig ansvaret for et patientklagesystem mv. for voksentandplejen.

Tandlægeforeningen vil i det følgende uddybe og udfolde foreningens argumenter.

Tandlægeforeningens overordnede kommentarer

For Tandlægeforeningen er det afgørende, at der findes en fagligt forsvarlig løsning, der gør det muligt for tandlægerne at give patienterne de ydelser, som tandlægerne er forpligtede til via Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer.

Under overenskomstforhandlingerne mellem Tandlægeforeningen og Danske Regioner, som afsluttedes med, at Danske Regioner den 28. februar meddelte, at de pga. sammenbrud i forhandlingerne opsagde overenskomsten, var det fra

start til slut Tandlægeforeningens vurdering, at tandlægerne kun kan give patienterne de ydelser, som de skal, hvis det samlede tilskud udgør 1,7 mia. kr. om året, hvilket svarer til i gennemsnit 18 % af den samlede udgift til tandpleje i privat praksis, eftersom patienternes egenbetaling udgør 82 %.

Tandlægeforeningens holdning er uforandret: En fagligt forsvarlig løsning er ensbetydende med, at Folketinget giver patienterne i den almene voksentandpleje de 300 mio. kr. tilbage, som Folketinget og den daværende regering fjernede fra patienttilskuddet i 2013, således at den økonomiske ramme til tilskud til patienterne i den almene voksentandpleje igen bliver 1,7 mia. kr. årligt.

Den nævnte reduktion af patienttilskuddet i 2013 – svarende til 22 % - er efter Tandlægeforeningens opfattelse den egentlige kilde til de faglige og økonomiske udfordringer, som er kernen i den nuværende situation. Umiddelbart efter reduktionen af patienttilskuddet med 300 mio. kr. fastsatte Sundhedsstyrelsen nationale kliniske retningslinjer for undersøgelsesintervaller og for behandling af sygdomme i væv omkring tænder og tandimplantater. Disse retningslinjer blev implementeret i Tandlægeoverenskomsten i 2015, og det blev med direkte afsæt i retningslinjerne fastsat, hvilke ydelser tandlægerne skal give patienterne. Mange af disse ydelser udløser regionalt tilskud. Tandlægeforeningen gjorde igen og igen opmærksom på, at der ikke ville være tilstrækkelig finansiering, hvis tandlægerne skulle overholde Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Tandlægeforeningens advarsler har efterfølgende vist sig at være berettigede, idet patienternes sygdomsbillede og deraf følgende behandlingsbehov i 2016 og 2017 har nødvendiggjort et samlet regionalt tilskud på 1,7 mia. kr.

Det er her væsentligt at bemærke, at tandlægerne naturligvis ikke kan "gradbøje" eller i yderste konsekvens negligere Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer uden at risikere sanktioner fra Styrelsen for Patientsikkerhed. En sanktion kan have meget voldsomme konsekvenser for en tandlæge. Med professor i sundhedsøkonomi Jakob Kjellbergs ord er tandlægerne dermed anbragt i en klemme mellem et sæt faglige retningslinjer og den økonomi, der er stillet til rådighed.

Tandlægeforeningen finder det helt uacceptabelt, at sundhedsministeren og andre politikere før og i direkte forbindelse med offentliggørelsen af planerne om nærværende særlov har givet udtryk for, at udgifterne til tandlægeområdet løber løbsk, og at dette alene skyldes, at tandlægerne fokuserer på at opretholde en høj indtjening.

Fakta er, at regionernes udgifter til patienterne i voksentandplejen i dag er på samme niveau som i 2012. Fakta er endvidere, at det offentlige og patienternes samlede udgifter til de grundlæggende tandplejeydelser, som hidtil har været omfattet af Tandlægeoverenskomsten mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningen, er på et lavere niveau end i både Sverige og Norge.

Det har gennem hele forløbet været erkendt af Danske Regioner, at der ikke er tilstrækkelig finansiering af det patienttilskud, som tandlægenes overholdelse af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer nødvendiggør. I 2014 aftalte Danske Regioner således et økonomiprokollat med Tandlægeforeningen. I 2017 stillede regionerne krav om yderligere 300 mio. kr. til voksentandplejen under forhandlingerne med regeringen om en aftale vedr. regionernes økonomi.

Hvis Sundheds- og Ældreministeriet fastholder en løsning, som ikke er sundhedsfagligt forsvarlig jf. ovenfor, ser Tandlægeforeningen sig ikke i stand til at videreføre det hidtidige medansvar, som foreningen har påtaget sig mht. det hidtil overenskomstbaserede patientklagesystem, der gælder for den almene voksentandpleje.

Tandlægeforeningen skal derfor på det kraftigste opfordre til, at Sundheds- og Ældreministeriet tilfører patienterne i den almene voksentandpleje de tilskudsmidler, der sikrer en fagligt forsvarlig løsning. I modsat fald er der risiko for, at Sundheds- og Ældreministeriets lovgivningsmæssige tiltag får afledte konsekvenser for patientsikkerheden.

Fra aftale- og velfærdsmodel til ren markedsøkonomi

Formålet med det fremsendte lovudkast er ifølge det oplyste at videreføre de vilkår og betingelser for tandlægehjælp til voksne, der hidtil har været delvist reguleret af Tandlægeoverenskomsten, i en situation, hvor Tandlægeoverenskomsten er opsagt med virkning fra den 31. maj 2018.

Sundhedsministeren udtaler, at den "almindelige dansker" ikke vil mærke nogen forandring her og nu. Man kan gå til tandlægen, som man hele tiden har gjort det, og man er stadig tilskudsberettiget, som man hele tiden har været det.

Det fremgår endvidere, at aftalepartierne konstaterer, at der i de seneste år er "identificeret væsentlige styringsudfordringer" i voksentandplejen, og at den forbedrede tandsundhed i befolkningen således ikke har ført til færre udgifter i den del af tandplejen, som er reguleret i Tandlægeoverenskomsten.

Aftalepartierne henviser til, at det i Sundhedsstyrelsens evaluering af styrelsens egne nationale kliniske retningslinjer (NKR) indgår, at der var "betydelige udfordringer med at omsætte NKR til praksis", og at der de seneste år har været en aktivitetsudvikling, som er vanskelig at forklare i lyset af den løbende forbedring af tandsundheden.

I forlængelse af ovenstående tilkendegives det, at det generelle niveau for brugerbetaling ikke må stige, og at en ny model kan realiseres inden for de nuværende økonomiske rammer.

Til ovenstående har Tandlægeforeningen følgende bemærkninger:

Ad: Hensigten om at videreføre eksisterende vilkår

Tandlægeforeningen kan konstatere, at der med det fremsendte lovudkast ikke tilsigtes en videreførelse af hidtil gældende økonomiske rammevilkår.

De gældende rammevilkår på tandlægeoverenskomstområdet er en økonomi-ramme på små 1,4 mia. kr. De tandlæger, som er tilsluttet Tandlægeoverenskomsten (næsten 100 % tilslutning pt.), bærer derudover jf. en økonomiaftale et delt budgetansvar med regionerne for forbrug ud over ovenstående på op til 150 mio. kr. årligt.

Der vedlægges et særskilt notat som bilag 1 om baggrund for, tilblivelse og forståelse af den ovenfor nævnte økonomiaftale, som forud for den Tandlægeoverenskomst, som trådte i kraft den 1. april 2015, blev indgået mellem Tandlægeforeningen og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN).

Hvor tandklinikere, som pt. er tilsluttet Tandlægeoverenskomsten, hidtil på den baggrund i gennemsnit har betalt kr. 36.000 årligt af det offentlige tilskud til patienterne i voksentandplejen, vil dette beløb ifølge det foreliggende udkast stige til ca. kr. 150.000 pr. kliniker årligt. Det vil sige, at klinikerne skal levere sundhedsydelser gratis til patienterne.

Samtidig følger det af forslaget, at tilskuddene til patienterne som en konsekvens af ovenstående vil falde tilsvarende, hvilket Tandlægeforeningen ikke kan udelukke vil kunne skabe en væsentlig risiko for et manglende incitament blandt klinikerne til at være tilsluttet driftsbetingelser og pligter, som svarer til hidtil gældende vilkår.

Supplerende bemærkes, at NKR i modsætning til kliniske retningslinjer på de fleste andre områder er yderst detaljerede, og at tilfælde af manglende efterlevelse som nævnt i Tandlægeforeningens overordnede bemærkninger kan blive mødt med ganske indgribende sanktioner fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Som det også nævnes i Tandlægeforeningens overordnede bemærkninger, kan det dokumenteres, at priserne for basaltandplejen i Danmark på tandlægeoverenskomstområdet samlet set allerede er de laveste i Skandinavien.

Tandlægeforeningen er naturligvis sine konkurrenceretlige forpligtelser i den nuværende situation yderst bevidst, men er alligevel nødsaget til at gøre opmærksom på, at med vilkår som de ovenfor beskrevne risikerer man en splittelse af hele branchen – og dette endda i en situation, hvor man end ikke har gjort sig klart, hvad man vil sætte i stedet, ligesom man fx heller ikke kender konklusionerne i den analyse, der pt. afventes fra VIVE vedr. brugerbetaling i voksentandplejen.

Tandlægeforeningen må konkludere, at det ikke er korrekt, når sundhedsministeren udtaler, at man vil videreføre de vilkår, der hidtil har været gældende.

Ovenstående understreges yderligere af, at det fremsendte udkast ikke tager afsæt i sundhedslovens § 229.

Bestemmelsen i sundhedslovens § 229 er ellers blevet til netop for at kunne løse den situation, som nu er opstået på tandlægeoverenskomstområdet, hvorfor det naturligvis er med dyb forundring og beklagelse, at Tandlægeforeningen har modtaget det fremsendte lovudkast.

Netop møntet på den foreliggende situation anviser sundhedslovens § 229, at der sikres rammebetingelser svarende til de rammebetingelser, som hidtil har været gældende, jf. Tandlægeoverenskomsten – herunder overenskomstens bilag 1.

Sundhedslovens § 229 er et særdeles vigtigt led i hele den danske aftalebaserede model i praksissektoren. Tandlægeforeningen stiller sig ganske uforstående overfor, at man i det fremsendte udkast øjensynligt helt tilsidesætter den aftalebaserede model i forhold til den økonomi, som skal bære den nødvendige og påkrævede sundhedsfaglighed, jf. NKR.

Tandlægeforeningen skal i øvrigt henvise til svar af 15. december 2014 fra daværende sundhedsminister Nick Hækkerup til Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (j.nr.: 1305211 – dok. Nr. 1585753) vedr. baggrunden for og værdien af den danske aftalebaserede model i privatsundhedssektoren.

Tandlægeforeningen tvivler meget på, om der foreligger større samfundsmæssige fordele end ulemper ved at overgå til et system, som i vid udstrækning kan risikere at blive styret af frie markedskræfter. Dette har Tandlægeforeningen intetsteds kunnet finde belæg for. Tværtimod viser alle erfaringer, at uanset at et system styret af frie markedskræfter ganske vist potentielt på kort sigt kan resultere i lavere priser, vil dette billede over en periode på længere sigt kunne udvikle sig til monopoldannelse og højere priser til skade for patienterne (såkaldt "predatory pricing").

Ad: Den "almindelige dansker"

Det er særdeles uheldigt, at man i udkastet anvender udtrykket "den almindelige dansker" i forhold til de patienter, der går til tandlæge.

Sundhedsstyrelsen har meldt ud, at måltallet for risikoindplacering af patienterne i hhv. grøn, gul og rød kategori er 43-50 % grønne, 43-48 % gule og 7 % røde patienter. De faktiske tal i 2016 var dog hhv. 16 % grønne, 77 % gule og 7 % røde. Tallene afspejler, at caries og parodontitis er folkesygdomme. Mht. parodontitis er prævalensen af et gennemsnitligt fæstetab på 3 mm eller mere jf. Lægehåndbogen på Sundhed.dk konstateret hos 40 % af voksenbefolkningen.

Det er vigtigt, at man i ovennævnte sammenhæng gør sig klart, at der er stor forskel på Sundhedsstyrelsens måltal for befolkningen som helhed i forhold til

de tilsvarende tal for de patienter, som rent faktisk går til tandlæge. I sidstnævnte sammenhæng skal Tandlægeforeningen henlede opmærksomheden på, at andelen af unge, som går regelmæssigt til tandlæge, er faldet dramatisk. Samtidig hermed stiger andelen af patienter i den ældre gruppe markant, ligesom gennemsnitslevealderen blandt danskerne som bekendt er i stigning.

Tandlægeforeningen skal endvidere gøre opmærksom på, at det ikke er korrekt, at patienterne vil være tilskudsberettigede som hidtil, idet der dels kan være risiko for, at patienterne ikke kan finde et tilstrækkeligt antal tandlæger, som vælger at tilslutte sig et nyt system, og idet patienter, som går til tandlæge i andre EU-lande, vil opleve en stigning i egenbetalingen.

Ad: "Væsentlige styringsudfordringer"

Herunder henvises igen til særskilt bilag 1 vedr. baggrund for, tilblivelse og forståelse af økonomiaftalen i Tandlægeoverenskomstens bilag 1.

Tandlægeforeningen kan herunder konstatere, at Danske Regioner over for regeringen forud for parternes økonomiforhandlinger i 2017 eksplicit rejste krav om en øget ramme på tandlægeoverenskomstområdet med over 300 mio. kr.

Regionerne kunne øjensynligt ikke komme igennem med dette krav. Til gengæld fik man lovning på en fornyet revision af NKR.

Evalueringen af NKR trak ud i efteråret 2017 i en sådan grad, at dette medførte, at Tandlægeforeningens og RLTN's overenskomstforhandlinger måtte sættes på standby.

Da evalueringen endelig blev offentliggjort, kunne TF konstatere, at flere af overskrifterne i evalueringen ikke harmonerede med evalueringens faktiske indhold. Fx står overskriften "Betydelige problemer i forhold til implementering af retningslinjen" i skærende kontrast til, at styrelsen anfører, at:

- Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for fastsættelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen opleves som både fagligt meningsfuld og anvendelig af tandlæger og tandplejere.
- fordelingen af patienter i forhold til sygdomskategori vurderes at være "rimelig",
- overordnet er fordelingen ensartet i de 5 regioner, hvilket underbygger en "ensartet fortolkning",
- Sundhedsstyrelsen om ydelsesforbruget skriver, at dette er på niveau med den "skønnede forekomst".

Der var i øvrigt under forhandlingerne mellem Tandlægeforeningen og RLTN enighed om, at parterne ingen problemer ville have med at implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger på s. 13 i evalueringen. Ingen af de nævnte anbefalinger vil udløse konsekvenser af økonomisk karakter, idet disse alle alene er af teknisk administrativ art.

I forlængelse af ovenstående skal Tandlægeforeningen henvise til Tandlægebladets artikel "Sundhedsstyrelsen omskrev rapport efter hastemøde: Tandlæger gik fra dukse – til skurkerolle", som vedlægges som bilag 2.

Der er således intet belæg for at sige, at der har været "betydelige udfordringer" med at omsætte NKR til praksis.

Alt i alt er der efter Tandlægeforeningens opfattelse al mulig grund til, at man blandt aftalepartierne overvejer, om man finder det betimeligt at risikere at splitte en hel branche på et grundlag, som i højeste grad kan anfægtes, eller om der ikke kunne være al mulig god grund til at overveje at bevare det eksisterende system inkl. dets rammevilkår, jf. sundhedslovens § 229, indtil man har dannet sig et overblik over mulighederne for at gentænke hele systemet.

Tandlægeforeningens bemærkninger til de enkelte foreslåede bestemmelser

Ad § 57 a

Der følger af bestemmelsen for tandlæger med ret til selvstændigt virke, som giver meddelelse efter § 57, en pligt til at tegne en erhvervsansvarsforsikring. Alene personer, som kan anses som selvstændigt erhvervsdrivende, kan tilpligtes at tegne en erhvervsansvarsforsikring.

Da der i ovennævnte sammenhæng i øvrigt ikke bør herske tvivl om personens status i forhold til sondringen mellem lønmodtagerstatus/status som selvstændig, og da der på det skatteretlige område findes en righoldig praksis om denne sondring, foreslår Tandlægeforeningen, at der i tilknytning til bestemmelsen foretages en henvisning til de relevante ejerskabsbestemmelser, hvor der bør opstilles krav til, at personer, som ønsker en tilslutning, skal opfylde de skatteretlige betingelser for at kunne blive betragtet som selvstændigt erhvervsdrivende.

Hvis tandlæger, som ønsker at tilslutte sig et nyt system, måtte være i tvivl om, hvorvidt betingelserne herfor er opfyldt, vil man for et forholdsvis beskedent beløb (pt. kr. 400) kunne opnå et svar herom fra SKAT inden for en relativt kort periode (pt. inden for tre måneder).

Ovenstående vil også være egnet til at sikre, at den tandlæge, som giver meddelelse, jf. § 57 e, vil kunne leve op til/honorere kravet til personlig hæftelse, jf. § 57 j, stk. 4.

Ad § 57 h

Tandlægeforeningen forudsætter, at de oplysninger, der skal offentliggøres vedr. praksissen (stk. 1) og vedr. priser (stk. 2), ikke rækker ud over gældende forpligtelser, jf. Tandlægeoverenskomsten.

Ad § 57 i

Det fremgår af Tandlægeoverenskomstens § 25, at "Parterne er enige om, at tandlægerne skal tilstræbe, at der tilbydes elektronisk kommunikation med patienterne".

Der følger således efter Tandlægeoverenskomsten ikke nogen pligt til at give patienterne mulighed for elektronisk kommunikation med den enkelte praksis, ligesom der heller ikke er pligt til at give patienterne mulighed for elektronisk tidsbestilling og indkaldelse.

En fastholdelse af den foreslåede bestemmelse vil således for det første ikke være i overensstemmelse med Tandlægeoverenskomsten. Desuden vil en sådan bestemmelse kunne påføre de tandlæger, som måtte tilslutte sig et nyt system, øgede udgifter. Og endelig anser Tandlægeforeningens det ikke for hensigtsmæssigt, at man i denne henseende påtænker indblanding i private tandlægeklinikkens driftsforhold.

Ad § 57 j

Til bestemmelsen i stk. 3 bemærkes, at Landssamarbejdsudvalget for tandlægehjælp (LSU) har fastlagt, hvilke kriterier der af (pt.) samarbejdsudvalget skal lægges til grund ved vurderingen af en ansøgning om mere end to klinikadresser.

Ovenstående er fastlagt i LSU's afgørelse i sag j.nr. RLTN 5530-11/1484, hvor det fremgår, at samarbejdsudvalget skal lægge vægt på:

- Om der er tale om et yderområde.
- Hvor mange patienter der er i området.
- Hvor mange tandlæger der er i området.
- Om tandlægen kan dokumentere, at etableringen kan ske under iagttagelse af patientsikkerheden såvel på en yderligere klinikadresse som på øvrige adresser.

Dispensationsmuligheden er således knyttet op på hensynet til at kunne afhjælpe tendenser mht. problemer med tandlægebemanding i de tyndere befolkede områder af landet i tilfælde, hvor en klinikejer kan dokumentere, at dette kan ske uden at bringe hensynet til patientsikkerheden i fare.

Tandlægeforeningen skal opfordre til, at de nærmere bestemmelser, jf. stk. 5, modsvarer de pt. gældende krav til vedtægter, samt at man yderligere fastlægger krav til, at den tandlæge, som tilslutter sig, i alle odontologiske henseender skal have den bestemmende indflydelse på klinikken.

Ovenstående vil kunne tilgodeses ved, at tandlægen over for regionen ved tilslutningen underskriver en (evt. revisorattesteret) tro- og loveerklæring. Herved er der ikke behov for, at regionsrådet skal gennemgå vedtægterne for en tandlæge, som ønsker at tilslutte sig, og som ønsker at drive klinik i selskabsform.

Ad § 57 k

Indsættelse af en stedfortrædende tandlæge i de beskrevne situationer kan ifølge praksis fra LSU ske i seks måneder med mulighed for forlængelse. Tilsvarende gælder i praksis tillige i tilfælde af dødsfald.

Tandlægeforeningen forventer at sagsbehandlingen i ovennævnte sammenhæng kommer til at foregå med samme krav til hastighed, som det hidtil har været tilfældet i samarbejdet mellem Tandlægeforeningen og Danske Regioner.

Ad § 64 b

Tandlægeforeningen er uenig i ministeriets gengivelse af præmisserne for økonomiaftalen i Tandlægeoverenskomstens bilag 1. Der henvises til bilag 1 vedr. baggrund for, tilblivelse og forståelse af denne økonomiaftale.

Tandlægeforeningen er heller ikke enig i ministeriets tilkendegivelse af, at der på området skulle have gjort sig "væsentlige styringsudfordringer" gældende, hvilket ligeledes adresseres i det ovenfor nævnte bilag 1.

I forlængelse af Tandlægeoverenskomstens bortfald med virkning fra 1. juni 2018 skal Tandlægeforeningen opfordre ministeriet til at overveje, hvilke konkurrenceretlige implikationer en fortsat opretholdelse af faste priser på ydelser uden tilskud vil have. Dette har relevans for ydelserne røntgen, standsning af blødning og konsultation uden behandling.

I bestemmelsens stk. 1 bør efter "*tandlægehjælp til personer*" tilføjes "*over 18 år*".

Tandlægeforeningen undrer sig i øvrigt over, at patienternes legitimationspligt i Tandlægeoverenskomstens § 20 ikke videreføres.

Ad § 64 e

Tandlægeoverenskomsten indeholder ikke bestemmelser, som forpligter tandlæger, som opsiger deres tiltrædelse til Tandlægeoverenskomsten at tilbagebetale tilskud, som de på patienternes vegne har oppebåret fra regionen, inden ydernummeret er blevet afmeldt.

Tandlægeforeningen kan ikke se, hvilket grundlag der nu skulle være for at fastsætte bestemmelser af den karakter for tandlæger, som opsiger fx i forbindelse med kliniksalg, overgang til status som ansat tandlæge eller til pensionering.

Hvis formålet med bestemmelser af den omhandlede karakter udelukkende skulle være at imødegå evt. omgåelse, kunne ministeriet i stedet overveje at fastsætte bestemmelser, som betinger, at hvis en tandlæge inden for et nærmere angivet tidsrum igen ønsker at tilslutte sig den kommende ordning, vil der på vegne af patienterne først kunne afregnes tilskud over for tandlægen, når der efter en nærmere beregning er finansieret en "tilbagebetaling" for den

del af det seneste kalenderår, tandlægen har været tilsluttet ordningen, som modsvarer det tilsvarende beløb, som andre klinikejere for samme periode er blevet modregnet. Det findes ikke i overensstemmelse med reglerne om individualfølgning, at der kan tilbagesøges modtagne pengeydelse givet til tredjemand for en reayldelse i en forudgående periode, hvor ydelsen til patienten er modtaget i god tro, jf. fx retsprincipperne om proportionalitet, *conductio in debiti* og eksekutionseksigibilitet.

Ad § 64 f

Tandlægeforeningen skal i relation til bestemmelsen vedr. muligheden for fastsættelse af højstegrænser særligt henlede opmærksomheden på indholdet af § 31 i Tandlægeoverenskomsten, som ikke er indarbejdet i den foreslåede § 64 f i fornødent omfang. Eksempelvis følger det af overenskomstens § 31, stk.7, at *"Ved undersøgelsen tages hensyn til alle forhold, som kan have indflydelse på afvigelsen, herunder f.eks. eventuelle forskelle i den enkelte tandlæges patientsammensætning med hensyn til køn, alder og andre særlige forhold vedrørende tandlægens patientsammensætning"*.

Tandlægeforeningen finder det yderst påkrævet, at ministeriet i lovforslaget fastholder hidtidige regler og praksis i ovennævnte sammenhæng, idet kriterier som fx alderssammensætning og antal patienter, kan påvirke den enkelte tandlæges ydelsesforbrug markant.

Som et led i implementeringen af nationale kliniske retningslinjer (NKR) i Tandlægeoverenskomsten samtidig med, at +/- afvigelsesgrænsen fra 1. april 2015 blev nedsat fra 40 % til 25 % på et område med en meget høj egenbetaling fra patienternes side, er de kontrolstatistikker, som stilles til rådighed for tandlægerne af regionerne, et yderst vigtigt fagligt ledelsesværktøj for tandlægerne. Og som det fremgår, er det relevant at fastsætte en højstegrænse/overenskomstmæssig sanktion i de tilfælde, hvor der viser sig en fagligt uforklarlig afvigelse på mere end +/- 25 % set i forhold til såvel regionsgennemsnittet som landsgennemsnittet, idet de kliniske retningslinjer netop er nationale kliniske retningslinjer.

At ovenstående har medført en ensartet fortolkning og anvendelse i de fem regioner i overenskomstperioden, vil ministeriet kunne få bekræftet i Sundhedsstyrelsens evaluering af NKR.

I modsætning til andre områder i praksissektoren anvendes kontrolstatistikkerne således på tandlægeoverenskomstområdet i høj grad til at sikre fagligheden, og hvor der er anledning til usikkerhed herom, animeres tandlægerne til at få foretaget en nærmere analyse af ydelsesforbruget med henblik på en evt. nødvendig sikring af, at dette bringes på plads.

Som et led i denne proces har tandlæger, som for en umiddelbar betragtning synes at have et uforklarligt og afvigende ydelsesforbrug, efter Tandlægeover-

enskomsten krav på en journalgennemgang på klinikken. Herefter sker der typisk det, at samarbejdsudvalget betrygges i, at ydelsesforbruget, selvom dette for en umiddelbar betragtning måtte se uforklarligt ud, alligevel ikke er det, idet alderssammensætningen blandt klinikens patienter eller fx demografiske forhold begrunder et afvigende forbrug. Kan en journalgennemgang derimod ikke betrygge samarbejdsudvalget, vil tandlægen enten få en advarsel om, at en højstegrænse vil blive fastsat, hvis tandlægen ikke i løbet af en periode kan bringe sit ydelsesforbrug i overensstemmelse med NKR og dermed Tandlægeoverenskomsten, eller der vil – i graverende tilfælde – blive fastsat en højstegrænse for tandlægens ydelsesforbrug som konklusion på sagen. I forlængelse heraf er der i flere tilfælde foretaget bekymringshenvendelser til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Idet der er en så høj grad af egenbetaling på tandlægeoverenskomstområdet og dermed risiko for fravalg fra patienternes side af adækvat behandling af fx økonomiske årsager, og idet relativt små forskelle i patientsammensætningen kan forklare et afvigende ydelsesforbrug, er fokus ved behandling af sager vedr. afvigende ydelsesforbrug på området således ikke primært rettet mod sanktioner af økonomisk karakter, men derimod mod sikring af fagligheden, hvilket afspejles i Sundhedsstyrelsens evaluering, jf. ovenfor.

Ad § 65

Henvisningen på side 19, pkt. 2.4.1 til § 64 er forkert og skal rettes til § 65.

Ad § 2

Ministeriet foreslår, at man fastholder det nuværende overenskomstbaserede tandklagesystem. Det finder Tandlægeforeningen er en meget sympatisk tanke, og foreningen vil gerne indgå i en dialog herom.

Dog er det en forudsætning, at den økonomiske ramme, som er en del af lovforslaget, udvides således, at den er sundhedsfagligt forsvarlig. Det findes ikke blot betænkeligt, men direkte sundhedsskadeligt, hvis det fastholdes, at man kan udøve tandpleje med den foreslåede økonomi henset til det faktiske behandlingsbehov og de gældende nationale kliniske retningslinjer.

Hvis ministeren fastholder den oplyste økonomiske ramme, kan og bør Tandlægeforeningen ikke tage et medansvar for en så voldsom forringelse af tand-sundheden og dermed folkesundheden i Danmark. Det ansvar må ministeren tage på sig selv.

Skulle ministeren ønske en forsvarlig overgang og dermed en ordentlig og anstændig varetagelse af patientsikkerheden, som er forbundet med et velfungerende klage- og erstatningssystem, så kræver det, at der også er afsat ressourcer til en fagligt forsvarlig løsning.

Tandlægeforeningen skal for den gode ordens skyld gøre opmærksom på, at både klage- og erstatningssystemerne er finansieret med en procentdel af den

faktiske forbrugte ramme. Fastholdes den ramme, som er meldt i dette lovforslag, vil begge systemer være underfinansierede, og patienterne vil dermed kunne risikere at mangle afgørelser og erstatningsydelser, idet både sagsbehandling og afregninger forudsætter et cash-flow, der afspejler den faktiske aktivitet i sektoren. Foreningen forventer, at ministeren sikrer, at der ikke vil mangle ressourcer til at sikre patientsikkerheden i det nu foreslåede system.

Samlet set må ministeren forvente, at de opgaver, som Tandlægeforeningen har varetaget i god gensidig tro og i et konstruktivt aftalebaseret samarbejde for at sikre patient- og behandlersikkerheden, nu ikke længere kan varetages.

Ministerens må herefter selv varetage de opgaver, som pålægges myndigheden og administrationen.

Der findes samtidig en række administrative udfordringer mht. fx opkrævning til Tandlægenes Tryghedsordninger og Tandskadeerstatningen samt nogle eksisterende aftaler om fordelingen af erstatningspligten og afregningerne af udgifter til erstatning og sagsbehandling mv., som i dag hviler på en meget stor tilslutning til overenskomsten og nogle gensidige aftaler mellem Tandlægeforeningen og en række myndigheder og organisationer. Der ses ikke en løsning herpå i det modtagne udkast til lovforslag.

Ad § 3

Tandlægeforeningen skal hertil indledningsvis bemærke, at der med opsigelsen af Tandlægeoverenskomsten og det heraf afledte lovforslag nu er lagt op til en stillingtagen for praktiserende tandlæger til, hvorvidt man fortsat ønsker at yde tandlægehjælp, hvortil der ydes tilskud.

Tandlægeforeningen konstaterer i den sammenhæng, at der med lovforslaget lægges op til et aktivt til- eller fravalg. Tandlægeforeningen finder det uensigtsmæssigt, når der foreligger en konkret opsigelse, og der i tillæg hertil skal gives meddelelse, såfremt man ikke ønsker at tilslutte sig. Som altovervejende hovedregel bør et fravalg ikke modsvares af en forpligtelse, således at man positivt skal frasige sig vilkårene.

Der findes i flere sammenhænge domstols- og nævnsafgørelser, hvor der advares mod, at borgere tilsluttes skærpede krav fra myndighederne ved passiv accept. Det er derfor Tandlægeforeningens opfattelse, at der i forhold til denne del alene kan ske tilslutning ud fra et aktivt tilvalg.

Endvidere finder Tandlægeforeningen, at et eventuelt ophør med at yde tandlægehjælp, hvortil der ydes tilskud, alene bør forpligte i de tilfælde, hvor praktiserende tandlæger positivt tilslutter sig vilkårene som fastsat. Det må derfor have formodningen imod sig, at praktiserende tandlæger, som ikke giver meddelelse, ydermere skal være forpligtet af vilkår, man ikke ønsker at overgå til i forbindelse med udløb af Tandlægeoverenskomsten.

De praktiserende tandlæger, som ønsker at stå uden for ordningen, bør i videst mulige udstrækning kunne indrette sig i tillid til, at der med udløb af Tandlægeoverenskomsten fra den 1. juni 2018 kan praktiseres herefter. I modsat fald vil praktiserende tandlæger, som måtte ønske at stå udenfor, blive pålagt uønskede vilkår og samtidig underminere et i udgangspunktet frit valg.

Sammenfattende er det således Tandlægeforeningens vurdering, at bestemmelsen i § 57 e, stk. 3 bør udgå, således at bestemmelsen alene udmøntes i forhold til tandlæger, som aktivt har valgt at give meddelelse som anført. Måtte ministeriet på trods af ovenstående fastholde sit forslag, er det Tandlægeforeningens vurdering, at det skal sikres, at der over for tandlæger frem til udgangen af september 2018 afregnes patienttilskud på niveau med tiden før den 1. juni 2018, jf. herved Justitsministeriets vejledning om lov kvalitet. Af denne vejlednings afsnit 3.2.2. i bemærkningerne til Grundlovens § 22 fremgår det, at der ikke i almindelighed kan antages at gælde nogen retlig begrænsning i lovgivningsmagtens frihed til i den enkelte lov at træffe bestemmelse om lovens virkningstidspunkt, herunder at give den tilbagevirkende kraft. Dog følger det af den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 7, at bebyrdende lovgivning med tilbagevirkende kraft kan indebære et ekspropriativt indgreb.

Som et eksempel på sidstnævnte forhold nævnes eksplicit tilfælde, hvor der efter de gældende regler er etableret et retskrav på en bestemt ydelse. I forlængelse heraf nævnes, at hvis en bebyrdende lovændring tillægges materiel virkning for et tidspunkt, der ligger før lovens ikrafttræden, vil der kunne være tale om ekspropriation i forhold til personer, der har etableret et retskrav forud for den nye lovs ikrafttræden.

Ad: EU-lovgivning

Patienter, der søger behandling hos tandlæger i andre EU-lande, kan få tilskud til de behandlinger, de får vederlagsfrit eller får tilskud til i Danmark, jf. patientmobilitetsdirektivet.

Tandlægeforeningen står uforstående over for, at der i forbindelse med den foreslåede nye lovgivning ikke gøres op med retspraksis, således at der fremover kan søges et tilsvarende tilskud til danske patienter, som søger forebyggelse, diagnostik og behandling hos tandlæger, som vælger ikke at tilslutte sig iht. lovforslagets § 57e.

Foreningen finder, at dette er en diskrimination af tandlæger, som ikke tilslutter sig, idet udenlandske tandlæger, som ikke nødvendigvis er tilsluttet nogen form for overenskomst, aftale eller bekendtgørelse mv., frit kan behandle patienter, som efterfølgende kan få tilskud fra den danske stat/regionerne.

Det er uforståeligt, at der ikke gøres op med dette princip netop i den nuværende situation, og foreningen anser det for at være et uretmæssigt tvangsmiddel med det formål at tvinge og skræmme privatpraktiserende tandlæger til

at tilslutte sig ministerens foreslåede model. Ud fra hensyn som patientsikkerhed, proportionalitet og lighedsprincipper finder Tandlægeforeningen, at den diskrimination, som der lægges op til i lovudkastet, er uacceptabel.

Afslutningsvis skal Tandlægeforeningen hermed gentage, at foreningen som følge af den uacceptabelt korte høringsfrist vil fremkomme med yderligere kommentarer til lovforslaget og den forventede implementering heraf.

Foreningen står som altid til rådighed med uddybende oplysninger og dokumentation og ser gerne en dialog om en bedre overgangsordning for patienterne, frem til ministeriet igangsætter en analyse for modellen for fremtidens tandpleje.

Med venlig hilsen



Freddie Sloth-Lisbjerg
Formand



Joakim Lilholt
Adm. direktør

Notat om baggrunden for og forståelsen af økonomiaftalen i Tandlægeoverenskomstens bilag 1

Økonomirammen på tandlægeoverenskomstområdet har fra 2011 til 2016 set ud som følger:

Samlet tilskud omregnet i nutidskroner (honorarregulering opdateret til 2016-forhold)						
NB: I 2013 blev rammen beskåret med 300 mio. kr.	2011 i 1000 kr.	2012 i 1000 kr.	2013 i 1000 kr.	2014 i 1000 kr.	2015 i 1000 kr.	2016 i 1000 kr.*
Forbrug i året	1.583.727	1.576.584	1.362.052	1.340.442	1.550.269	1.650.000
2016 forbrug i forhold til forbrug i pågældende år	66.273	73.416	287.948	309.558	99.731	0

	2011 i mio kr.	2012 i mio kr.	2013 i mio kr.	2014 i mio kr.	2015 i mio kr.	2016 i mio kr.
Ramme i 2016 kr.	1.588,68	1.592,20	1.333,19	1.249,23	1.326,35	1.348,40
2016 forbrug i forhold til rammen i pågældende år	61,32	57,8	316,81	400,77	323,65	301,6

	2011 mio kr.	2012 mio kr.	2013 mio kr.	2014 mio kr.	2015 mio kr.	2016 mio kr.
Forbrug ift. rammen (samme år)						
Under (-)/ over (+)	-4,96	-15,62	28,86	91,21	223,92	301,6

Danske Regioner udtaler følgende i et faktaark i juni 2017:

”Udgifterne til tandlægehjælp har over perioden 2010-2012 ikke ændret sig betydeligt i faste 2016-priser. I 2013-2014 skete en ændring af tilskud til tandrensninger og kontroludgifter, og de samlede udgifter faldt. 1. april 2015 trådte en ny overenskomst i kraft, der implementerede 2 nationale kliniske retningslinjer på området, og udgifterne er samlet set på niveau med 2012”.

Økonomirammen på Tandlægeoverenskomstområdet blev i løbet af 2013 beskåret med 300 mio. kr., hvoraf 180 mio. kr. gik fra patienternes tilskud til tandrensning og 120 mio. kr. gik fra patienternes tilskud til kontrolundersøgelser.

Provenuet fra besparelserne gik til andre formål, fx til istandsættelse af fængsler.

Ovenstående blev gennemført på trods af, at Sundhedsstyrelsen få år forinden havde forudset, at der ville komme til at mangle et beløb af samme størrelse til behandling af et stigende antal patienter med parodontitis – herunder et stigende antal ældre patienter.

Medio 2013 blev der dog genindført adgang for patienterne til at få udført tandrensning og kontrolundersøgelser med tilskud efter retningslinjer, som i vid udstrækning svarende til betingelserne herfor før 1. januar 2013. Dette indebærer dog ikke, at der af den grund blev tilført den økonomiske ramme på tandlægeoverenskomstområdet yderligere midler.

Budgetloven trådte i kraft i sommeren 2012, og kom dermed til at spille en væsentlig rolle for de ydelsesoverenskomster, som Regionernes Lønnings- og Takstnævnt (RLTN) i tiden herefter kunne indgå.

Tandlægeoverenskomsten skulle have været fornyet i 2012, men da man afventede nationale kliniske retningslinjer for intervaller mellem flere diagnostiske undersøgelser samt for behandling af sygdomme i væv omkring tænder og tandimplantater, blev forhandlingerne mellem Tandlægeforeningen og RLTN udskudt.

Da Tandlægeforeningen fik Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer i høring, fremhævede Tandlægeforeningen meget klart i foreningens høringssvar, at man fandt det positivt, at der på et veldokumenteret grundlag nu skulle indføres en landsdækkende, klassificeret retningslinje på et for tandplejen så væsentligt område.

Men Tandlægeforeningen gjorde også meget tydeligt opmærksom på, at det var vigtigt for forhandlingerne om en ny Tandlægeoverenskomst, at Sundhedsstyrelsen skulle give et estimat på et fagligt evident grundlag for, hvordan man forventede, at fordelingen ville blive af patienterne i hhv. grøn, gul og rød risikogruppe. Tandlægeforeningen påpegede, at afhængigt af hvordan patienterne ville blive fordelt, havde foreningen beregnet, at man kunne risikere, at der skulle tilføres mellem 300 og 800 mio. kr. i yderligere offentligt tilskud alene til den almene voksentandpleje, hvis patienternes egenbetaling skulle fastholdes uændret.

Tandlægeforeningen fremhævede tillige, at de nationale kliniske retningslinjer samlet set ville medføre en forøgelse af tandplejens tidsforbrug til bl.a. undersøgelse af patienterne og til registreringer, ligesom Tandlægeforeningen påpegede, at det var vigtigt, at der i en kommende økonomaftale med RLTN skulle skabes et tilskudsmæssigt råderum til brug for den situation, hvor det evt. måtte konstateres, at et forud for implementeringen anlagt skøn ikke måtte svare til realiteterne. Og dette råderum anbefalede Tandlægeforeningen skulle fastholdes, indtil man kunne konstatere et stabilt leje igennem en længere periode, hvad angår fordelingen af patienter i de 3 risikogrupper.

Det lykkedes imidlertid ikke forud for forhandlingerne om en fornyelse af Tandlægeoverenskomsten inkl. implementering af nationale kliniske retningslinjer at få Sundhedsstyrelsens estimat, hvilket nu kan undre, idet Sundhedsstyrelsen i den seneste evaluering af evaluering af de nationale kliniske retningslinjer fra november 2017 anfører, at:

- fordelingen af patienter i forhold til sygdomskategori vurderes at være "rimelig",
- overordnet er fordelingen ensartet i de 5 regioner, hvilket underbygger en "ensartet fortolkning",
- om ydelsesforbruget skriver Sundhedsstyrelsen, at dette er på niveau med den "skønnede forekomst".

Under forhandlingerne om en ny Tandlægeoverenskomst var det vigtigt for RLTN at opnå budgetsikkerhed. For Tandlægeforeningen var det vigtigt, at man kunne indgå en økonomaftale, hvor man ikke risikerede, at det i vid udstrækning ville blive de tandlæger, som har tiltrådt Tandlægeoverenskomsten, som ville ende med at skulle finansiere de nationale kliniske retningslinjer.

Den økonomaftale, som blev indgået, kom i stand, idet Tandlægeforeningen foreslog, at hhv. regionerne og tandlægerne kunne deles om et budgetansvar på op til 150 mio. over den umiddelbart aftalte ramme. Måtte implementeringen af de nationale kliniske retningslinjer fordre yderligere økonomi, skulle budgetansvaret herfor bæres af regionerne alene.

For begge parter var denne løsning et udtryk for en fornuftig balance. For regionerne indebar løsningen, at der blev taget afsæt i den eksisterende økonomiramme, dvs. den ramme, som var blevet reduceret i 2013, jf. ovenfor. For tandlægerne betød aftalen, at hvis det måtte vise sig, at rammen ikke var tilstrækkelig til at kunne understøtte det efter de nationale kliniske retningslinjer påkrævede faglige niveau, kunne man i det mindste opstille et økonomisk risikobillede i forhold til, hvor galt det kunne gå. Og samtidig understøttede aftalen også et for begge parter helt naturligt ønske om at kunne dokumentere størrelsen af den faktisk nødvendige ramme, når overenskomsten igen skulle forhandles.

Det var således for Tandlægeforeningen helt forventeligt, når regionerne forud for forhandlingerne med regeringen om deres økonomiaftale for 2018 udtrykkeligt rejste krav om at tilføre rammen på tandlægeoverenskomstområdet den nødvendige økonomi.

Det bemærkes, at med den gældende økonomiaftale betaler hver enkelt kliniker i gennemsnit kr. 36.000 årligt af regionernes patienttilskud. Med det lovudkast, som Sundheds- og Ældreministeriet har sendt i høring hos Tandlægeforeningen, vil de tandlæger, som måtte tilslutte sig et nyt system, komme til at betale mindst kr. 150.000 årligt af disse tilskud.

Tandlæger gik fra dukse- til skurkerolle

Sundhedsstyrelsen omskrev positiv rapport efter hastemøde

Sundhedsstyrelsen var **GLAD OG TILFREDS MED TANDLÆGERNES BRUG AF TRAFIKLYSET.**

Men efter et hastemøde med Sundhedsministeriet og Danske Regioner var man ikke længere så positivt stemt. Det viser en gennemgang af interne dokumenter og e-mails, som Tandlægebladet har fået adgang til.

TEKST FREELANCEJOURNALIST ANDERS KLEBAK / ILLUSTRATION JULIE ASMUSSEN

FRA ROS OG SKULDERKLAP til kritik og smæk. Så stor forskel er der på to evalueringer af trafiklys-retningslinjen fra Sundhedsstyrelsen.

Tandlægebladet har fået aktindsigt i arbejdet med evalueringen, og her fremgår det, at styrelsen var klar til at offentliggøre en færdig rapport 13. oktober, hvor tandlægerne får ros for deres modtagelse af den nye retningslinje.

Styrelsen fremhæver bl.a., at tandlægerne har nedbragt antallet af undersøgelser med mere end en million. Og tandlægerne fritages i store træk for ansvaret for et overraskende stort antal gule patienter. Dog peger styrelsen på, at tandlægerne har problemer med at registrere blødningsgrad ved gingivitis korrekt.

Den positive rapport ser dog aldrig dagens lys. Dagen før Sundhedsstyrelsen vil offentliggøre den, hakker Sundhedsministeriet bremsene i og indkalder til hastemøde.

Ministeriet er tilsyneladende bekymret for ordlyden i rapporten. På mødet, hvor også repræsentanter fra Danske Regioner er inviteret, skal konklusionerne drøftes "især ift. konsekvenserne for overens-

komstforhandlingerne", skriver ministeriet i mødeindkaldelsen.

Og mødet viser sig at være et vendepunkt. Halvanden måned efter udkommer nemlig en anden version af rapporten, hvor tonen er en helt anden. Selv

Rapporten blev drejet for at vise, at vi var skyld i overskridelserne

TORBEN SCHÖNWALDT

FORMAND FOR KLINIKERJERNE I TANDLÆGEFORENINGEN

om indholdet på flere områder er identisk med første udgave, lyder budskabet nu, at tandlægerne er skyld i en række problemer.

"Vi kan kun være tilfredse ..."

Forskellen på de to udgaver er tydelig i de nyhedstekster, Sundhedsstyrelsen lø-

bende arbejder med til sin hjemmeside. Tekster, der skal opsummere indholdet i rapporten. I den første udgave, som aldrig bliver offentliggjort, kan man læse, hvordan styrelsen overvejende ser positivt på implementeringen af trafiklyset, dog med visse startproblemer.

"Vi er rigtig glade for, at tandlægerne har taget godt imod vores faglige retningslinje. Evalueringen viser, at den bliver betragtet som et godt fagligt redskab, og det kan vi jo kun være tilfredse med", skriver styrelsen bl.a.

I samme tekst peger styrelsen på, at et overraskende højt antal gule patienter hovedsageligt skyldes tekniske problemer mellem patientjournal og overenskomst. Altså ikke forhold, tandlægerne selv kan styre.

Men i den endelige nyhedstekst, som bliver lagt på sst.dk den 24. november i forbindelse med rapportens offentliggørelse, er der ikke meget glæde og tilfredshed at spore længere. Her citeres Kirsten Hansen, sektionsleder i Sundhedsstyrelsen:

"Selvom tandlæger og tandplejere oplever, at retningslinjen er et godt fagligt

redskab, så har de haft store problemer med at bruge den korrekt i deres daglige, praktiske arbejde.”

De tekniske problemer nævnes stadig, men det er i høj grad tandlægerne, der bærer skylden for at have “placeret mange patienter i gul kategori, selv om de ikke har en tandsygdom”.

Styrelsen tilføjer “mistanke”-afsnit

Sektionsleder Kirsten Hansen siger i dag, at det var styrelsen selv, der efter “interne processer” og drøftelser med ministeriet besluttede, at den færdige rapport skulle skrives om. I stedet for det, hun kalder en “neutral” beskrivelse, skulle der en mere holdningspræget udgave ud, hvor man “gerne må kunne mærke, at Sundhedsstyrelsen mener noget”. Hvad præcis, der førte til dette skifte, kan hun ikke beskrive nærmere, men hun afviser, at styrelsen blev presset i en bestemt retning på grund af overenskomstforhandlingerne.

Mailkorrespondance viser dog, at ministeriet flere gange forsøger at få Sundhedsstyrelsen til at konkludere mere entydigt. Gerne en konklusion, der klart viser, om tandlægerne uretmæssigt står bag stigninger i udgifter og ydelser. Noget, ministeriet har “en betydelig mistanke om”, som det fremgår af en mail sent i forløbet.

Men versionen, der er klar til offentliggørelse 13. oktober, viser, at Sundhedsstyrelsen enten ikke kan eller vil efterkomme denne forespørgsel fra ministeriet.

Det ændrer sig dog efter hastemødet, hvor rapporten bliver stoppet. I den omskrevne version kan styrelsen stadig ikke imødekomme ministeriets ønske om at placere et entydigt ansvar hos tandlægerne. Men i stedet tilføjer man et afsnit om “massive” og “uforklarlige” stigninger i tandrodsrensninger og IFB.

De tal har dog været kendt af styrelsen gennem hele forløbet. Men hvis de var relevante, hvorfor var de så ikke med i den første udgave?

– Det kan jeg ikke forklare. Det er ikke nogen bevidst handling, der ligger til grund for det, siger Kirsten Hansen.

Rystet KEU-formand

Formand for Klinikejerudvalget, Torben Schönwaldt, kalder forløbet med rapporten rystende og beskæmmende.

– Det slår store skår i tilliden til Sundhedsministeriet, at man på den måde bestiller et bestemt resultat, der skal imødekomme den ene aftalepartners interesser.

Han vurderer, at rapporten havde afgørende betydning for forhandlingerne mellem Tandlægeforeningen og Danske Regioner, hvor spørgsmålet om manglende 300 mio. kr. i tilskudsrammen skilte parterne. Et forhandlingsmøde blev udskudt, fordi man ventede på resultatet.

– Nu kan vi se, at rapporten blev drejet for at vise, at vi var skyld i overskridelserne. Det er skræmmende, at det kan foregå på den måde, siger han.

Danske Regioner stregede kritisk afsnit over

Torben Schönwaldt undrer sig også over, at Danske Regioner – som den ene aftalepartner – var involveret i udarbejdelsen af rapporten.

– Det er en meget mærkelig fremgangsmåde, at Danske Regioner har fået lov til at kommentere rapporten og sidde med til et afgørende møde, hvor den første rapport bliver kasseret. Så har man jo ikke ligeværdige forhandlinger, siger Torben Schönwaldt.

I dokumenter fra Sundhedsstyrelsen kan man se, hvordan Danske Regioner i

stigende grad får indflydelse på rapportens endelige ordlyd. I første omgang er aftalen mellem ministeriet og styrelsen, at Danske Regioner blot skal “advares” inden offentliggørelse – altså læse rapport og nyhedstekst.

Men den aftale bliver lavet om, efter den første rapport bliver bremset. I stedet skal Danske Regioner nu have lov til at kommentere rapporten inden udgivelse. Og det viser sig at være gunstigt for interesseorganisationen at sidde tæt på arbejdet med rapporten.

Bl.a. streger Danske Regioner en passage over, hvor Sundhedsstyrelsen kritiserer organisationen og regionerne for ikke at deltage aktivt i implementeringen af den nye retningslinje.

I den endelige version står der blot, at regionerne og Danske Regioner “ikke indgik i denne del af implementeringen”.

Ifølge sektionsleder Kirsten Hansen er der ikke noget usædvanligt i, at Sundhedsstyrelsen lader en interesseorganisation foreslå nye formuleringer og kommentere i rapporter. Og Danske Regioner skulle have den mulighed, når de var med til at bestille rapporten sammen med ministeriet. Men hun slår fast, at alle kommentarer, overstregninger og omformuleringer bliver gennemgået med faglige briller, og langt fra alt bliver godkendt.

Og sektionslederen forklarer, den kritiske passage blev skrevet om, fordi styrelsen mente, at man ikke kunne sætte to streger under kritikken.

Hun afviser, at styrelsen har favoriseret Danske Regioner. Men hun medgiver dog, at forløbet set udefra kan rejse mistanken om, at rapporten skulle nå frem til et resultat, der passede regionerne i OK-forhandlingerne.

– Det kan jeg godt se, når man står på den anden side af bordet. Men jeg kan sige, at vi står fuldt ud for det faglige indhold i vores evaluering. **T**



Tandlaegebladet.dk har uden held forsøgt at få et interview med kontorchefen for Afdelingen for Ældreområdet og det Nære, Sammenhængende Sundhedsvæsen i Sundhedsministeriet.