



Åpent brev til Tannlegeforeningen, om overstyring av tannbehandling i privatpraksis:

Får pasientene den behandlingen de trenger?

Undertegnede driver privatpraksis i Nordland sammen med en kollega. Vi tar imot alle akutt-pasienter, noen av dem er asylsøkere eller flyktninger. Når det mest akutte er ivaretatt ved første besøk, blir vi ofte bedt om å gi kostnadsoverslag på videre akutt behandling, det dreier seg som oftest om ekstraksjon/kirurgi, endodonti og perio. Våre oppdragsgivere er asylmottak, Flyktningtjenesten og sosialkontor. Våre kostnadsoverslag blir sendt til en rådgivende tannlege, som er overtannlege i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) her.

Overslagene kommer tilbake, grundig barbert. Offentlige takster blir lagt til grunn. Eksempel: Til en periobe-handling satte vi opp en behandling som var estimert til å koste kr 1 358 før trygderefusjon, den ble kommentert med at behandlingen skulle koste kr 729 og skulle ta 40 minutter. Den ville ikke utløse trygderefusjon, da den ikke var systematisk nok. Dette innebærer en timepris på kr 1 094. Videre har jeg fått beskjed om at premolarer i overkjeven har en rot.

Disse endringene, og andre tilsvarende, har fått meg til å stille en del spørsmål av prinsipiell karakter:

1. Hva er det som gjør den rådgivende tannlege i stand til å diagnostisere og sette opp behandlingsplan på bakgrunn av tilsendte røntgenbilder og vårt forslag? Vi må se og undersøke pasienten. Gjelder andre regler for byråkrater når de setter opp behandlingsforslag?

2. Har vedkommende et politisk mandat? At asylsøkere/flyktninger ikke skal få systematisk periodontibehandling er ikke faglig, men politisk begrunnet. Hvilket regelverk gir grunnlag for politiske beslutninger?

3. Får pasienten den behandling vedkommende har krav på? Om ikke vi er villige til å behandle pasienten for kr 1 094 per time, er andre villige til å gjøre det? Dette er ofte pasienter som har problemer med å få behandling. DOT avviser selv mange akutt-pasienter. Vi gjør det aldri, forutsatt at vi får betalt hva tannbehandlingen vår koster. I de fleste tilfeller antar jeg at DOT her ikke er et alternativ, siden de sliter med å behandle klientell med rettigheter til behandling. Hvis vi ikke behandler dem, er det sannsynlig at de ikke får behandling i det hele tatt. Er dette i tråd med at DOT har et allment ansvar for at pasienter får tilgang til behandling, at DOT i praksis avskjærer dem fra tannbehandling?

4. I den samme kommunen får privatpraktiserende tannleger som behandler pasienter under LAR (Legemiddelassistert rehabilitering) offentlige takster pluss 25 prosent. Her har vi et skille mellom pasienter, eller en A-klasse og en B-klasse. Hvilket regelverk gir grunnlag for diskriminering av noen pasienter?

5. I sakens anledning tok jeg kontakt med en tillitsvalgt i en annen kommune, og spurte hva som var hans erfaringer med denne typen problemer. Han sendte inn kostnadsoverslag med sine priser som lå vesentlig over

offentlige priser, og fikk dem godkjent. Det innebærer en forskjellsbehandling. Det er en del prinsipper som bør ligge til grunn for offentlig saksbehandling:

- Transparens – eller innsynsmulighet og offentlighet
- Konsistens/forutsigbarhet
- Likebehandling

Ingen av disse prinsippene synes å være gjennomført her. Gjelder ikke slike prinsipper i DOT?

6. Kostprisen for en tannlegetime i DOT ligger sannsynligvis rundt 1 400–1 500 kroner per time. En moderne privatpraksis med god assistanse har en tilsvarende kostpris, i noen tilfeller vesentlig mer. Hvis det offentlige ikke klarer seg med en timepris på kr 1 094, og mange privatpraktiserende tannleger vil gå konkurs med slik pris, hva er da realismen i å forslå slike timepriser?

Jeg tror at mange kolleger møter denne typen problemer. Disse problemene kan også bli mer uttalte ettersom vi forventer større offentlig engasjement i tannbehandlingen. Dette er således en invitasjon til debatt om hvilken tannpleie vi skal kunne tilby pasienter som det offentlige skal hjelpe, men som DOT ikke klarer å hjelpe selv?

Per Hamre
perhamre@hotmail.com