

**Høringsnotat om forslag til endringer i regelverk og
takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til
tannbehandling**

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Bakgrunn for forslaget | 4 |
| 2 | Sammendrag..... | 5 |
| 3 | Forslag om justeringer i regelverket og justeringer av takster - utilsiktede og/eller uheldige virkninger av sammenslåingen av folketrygdloven § 5-22 og § 5-6 og av forenklingen av takstsystemet..... | 5 |
| 3.1 | Utilsiktede og uheldige virkninger av regelendringene..... | 5 |
| 3.2 | Forslag til endringer i forskriften og i merknadene til forskriften..... | 6 |
| 3.2.1 | Endring av forskriften § 1 første ledd punkt 3 - at alle typer svulster og osteomyelitt omfattes | 6 |
| 3.2.2 | Endring av merknadene til forskriften § 1 første ledd punkt 4 - medikamentassosiert osteonekrose | 7 |
| 3.2.3 | Endring av merknadene til forskriften § 1 punkt 7 bokstav e) – alvorlig mineraliseringsforstyrrelse og/eller morfologisk utviklingsforstyrrelse | 7 |
| 3.2.4 | Endring av merknader til forskriften § 1 første ledd punkt 7 bokstav f) – retinerte premolarer | 8 |
| 3.2.5 | Stønad til kjeveortopedisk behandling ved andre tilfeller enn bittanomalier..... | 8 |
| 3.3 | Forslag til justeringer i takstbestemmelsene..... | 10 |
| 3.3.1 | Diverse justeringer i takstbestemmelsene | 10 |
| 4 | Marginal Periodontitt | 11 |
| 4.1 | Innledning | 11 |
| 4.2 | Gjeldende rett – når gis det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved marginal periodontitt?..... | 12 |
| 4.3 | Bakgrunnen for endringsforslagene..... | 13 |
| 4.4 | Forslag i endringer i merknader til forskriften | 13 |
| 4.4.1 | Forslag om omformulering av punkt 6a – behandling av marginal periodontitt | 13 |
| 4.4.2 | Presisering av vilkåret for stønad til rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt – punkt 6b | 14 |
| 4.4.3 | Innføring av tilleggskrav – plan for systematisk periodontittbehandling og krav til begrunnelse for trekking av tenner/valg av rehabiliteringsbehandling – punkt 6b 14 | |
| 4.4.4 | Forslag om å fjerne tekst om at det ikke er krav til gjennomført systematisk behandling – punkt 6b | 15 |
| 4.5 | Forslag om endringer i takststrukturen..... | 15 |
| 4.5.1 | Forslag om sammenslåing av takst 501a og 501b – ny takst 501 Behandling av marginal periodontitt..... | 16 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.5.2 | Forslag om ny takst 502 – Tilleggtakst for kirurgisk inngrep ved systematisk behandling av marginal periodontitt..... | 17 |
| 4.5.3 | Forslag om ny takst 503 – Fiksering/midlertidig løsning | 17 |
| 4.5.4 | Økt dekningsgrad for enklere/rimeligere løsninger | 18 |
| 4.5.5 | Forslag om ny takst 514 – sammenslåing av takst 514 og 515 - kirurgisk innsetting av implantat | 18 |
| 4.5.6 | Forslag om mulighet til bruk av kjeveortopedi ved behandling av marginal periodontitt – ny takst 517 | 18 |
| 5 | Kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier..... | 19 |
| 5.1 | Kjeveortopedi som behandlingsmetode..... | 19 |
| 5.2 | Gjeldende rett – når gis det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved bittanomalier? | 20 |
| 5.3 | Omfang av og utgifter til kjeveortopedisk behandling..... | 20 |
| 5.4 | Behov for endring | 20 |
| 5.5 | Forslag om endringer i forskriften og i merknadene til forskriften..... | 21 |
| 5.5.1 | C6 Stor plassmangel i fronten..... | 21 |
| 5.5.2 | Okklusjonsavvik kombinert med sterke subjektive dysfunksjonssymptomer..... | 22 |
| 5.5.3 | C3 Inverteringer | 22 |
| 5.5.4 | Forslag om å fjerne begrensning – kjeveortopedisk behandling | 23 |
| 5.5.5 | Forslag om krav om fornyet henvisning | 23 |
| 5.6 | Forslag om endringer i takststrukturen..... | 23 |
| 5.6.1 | Generelt om sammenslåing av takster | 23 |
| 5.6.2 | Forslag om å justere bruk av takst 2 Undersøkelse hos spesialist og takst 3 Omfattende undersøkelse hos spesialist i forhold til takst 601 Behandlingsplanlegging | 25 |
| 6 | Forslag om endring i bestemmelser om egenandel | 26 |
| 6.1 | Egenandelstak 2..... | 26 |
| 6.2 | Forslag om å fjerne egenandelstak på 4000 kroner - tannutviklingsforstyrrelser..... | 27 |
| 7 | Utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege i helseforetak | 27 |
| 8 | Økonomiske konsekvenser av forslagene i høringsnotatet | 28 |

1 Bakgrunn for forslaget

I Stortingsmelding nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester, fremgår regjeringens helhetlige politikk for tannhelsetjenester. Det overordnede målet for politikken er å hjelpe dem som trenger det mest og på den måten bidra til utjevning av sosial ulikhet i tannhelse.

Regelverket knyttet til folketrygdens dekning av utgifter til behandling og undersøkelse hos tannlege ble i 2007 og 2008 forenklet. Kravet om forhåndsgodkjenning av tannbehandling ble fjernet, og stønad til tannbehandling ble samlet i én bestemmelse i folketrygdloven. Konsekvensene av forenklingen er blant annet at all stønad til tannbehandling etter folketrygdloven nå er pliktmessige ytelser, og at behandlingen kan starte opp uten forutgående søknad. Som en oppfølging av dette forenklingsarbeidet har Helse- og omsorgsdepartementet vurdert om de gjennomførte endringene har fått utilsiktede og/eller uheldige virkninger. Forslag til justeringer bygger blant annet på en rapport utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

I stortingsmeldingen ble det trukket frem to spesifikke refusjonsområder i tannhelseregelverket med behov for ytterligere evalueringer og gjennomgang. Høsten 2007 fikk derfor Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppdrag å vurdere stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling og å vurdere ordningen med stønad til utgifter ved rehabilitering etter marginal periodontitt. Arbeids- og velferdsdirektoratet overleverte to rapporter 1. juli 2008 (for det senere kalt kjeveortopedirapporten og periodontittrapporten), og en rapport 1. oktober 2008 (for det senere kalt rapport 3). Rapportene kan leses på www.regjeringen.no/dokumenter.

Departementets forslag i dette høringsnotatet er basert på vurderinger og forslag i rapportene fra direktoratet, innspill fra flere spesialistforeninger i Tannlegeforeningen og på selvstendige vurderinger i departementet. Hovedformålet med forslag til endringer er å innrette stønadsordningene slik at de på bedre måte ivaretar formålet med trygdens stønadsordning og at de på bedre måte hjelper dem som trenger det mest, jf hovedhensynene i regjeringens politikk som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av stortingsmeldingen.

I 2007 ble det totalt utbetalt 977,6 millioner kroner i stønad fra folketrygden til tannbehandling, fordelt på 854,5 millioner kroner etter folketrygdloven § 5-6 og 123, 1 mill. etter § 5-22. Prognose for 2008 tilsier en samlet utbetaling på i overkant av 1.1 mrd kroner.

Departementet har mottatt forslag som innebærer nye refusjonsordninger for diagnoser og behandlinger som trygden i dag ikke yter stønad til. En eventuell utvidelse av stønadsordningen forutsetter imidlertid budsjettvedtak av Stortinget. En forutsetning for endringsforslagene i dette høringsnotatet er derfor at de gjøres innenfor gjeldende økonomisk ramme. Det betyr at enhver endring i vilkår og takster som innebærer økte kostnader for trygden vil måtte kompenseres gjennom tilsvarende reduksjon av andre stønadsordninger eller takster. For 2009 er det i St.prp. nr. 1 (2008-2009) foreslått en overslagsbevilgning på 1,32 mrd kroner til stønad til tannbehandling fra trygden. Økningen fra 2008 til 2009 er en følge av

antatt pris- og volumøkning uten at nye tilstander eller diagnoser gir rett til stønad til tannbehandling.

Forvaltningen av folketrygdloven kapittel 5 (helserefusjoner) skal overføres fra Arbeids- og velferdsforvaltningen til Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2009. Overføringen skal ikke innebære endrede rettigheter eller plikter for brukerne. Vilkår for stønad, saksbehandling og klagemuligheter forblir uendret. Det er kun statens organisering av forvaltningsområdet som påvirkes. I den forbindelse vil henvisning til "Arbeids- og velferdsdirektoratet" i forskriften og rundskrivet bli endret til "Helsedirektoratet".

2 Sammendrag

Departementet foreslår å justere regelverket for å fange opp utilsiktede og/eller uheldige virkninger av sammenslåingen av folketrygdloven § 5-22 og § 5-6. Justeringsforslagene vil omfatte pasienter med stort behandlingsbehov.

Departementet foreslår også å gjøre justeringer i regelverket og takststrukturen for periodontittbehandling og for kjeveortopedi. Hovedmålsetningen med forslaget er at stønadsordningen på en bedre måte skal hjelpe de som trenger det mest.

3 Forslag om justeringer i regelverket og justeringer av takster - utilsiktede og/eller uheldige virkninger av sammenslåingen av folketrygdloven § 5-22 og § 5-6 og av forenklingen av takstsystemet.

3.1 Utilsiktede og uheldige virkninger av regelendringene

Fra 1. september 2007 ble kravet om forhåndsgodkjenning av stønad til tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 fjernet slik at alle ytelser ble gjort ubetingede. Fra 1. januar 2008 ble regelstrukturen endret ved at bidragsformålene til tannbehandling i folketrygdloven § 5-22 ble flyttet til hovedbestemmelsen i § 5-6, og alle takster ble samlet i ett takstsystem.

Regelverksendringene har etter hva departementet erfarer i hovedsak blitt oppfattet som positive. Fjerning av forhåndsgodkjenningen har bidratt til at brukerne nå kan få behandling raskere, og forenklingen av regelstrukturen har ført til at regelverket er enklere å forstå og anvende for behandlere, brukere og forvaltningen.

På den annen side vil enhver omfattende endring kunne gi utilsiktede og uheldige virkninger. For å fjerne slike virkninger foreslår departementet derfor noen justeringer i inngangsvilkårene i forskriften til folketrygdloven § 5-6 § 1 samt justeringer i takstene. Etter departementets vurdering vil forslagene fange opp de fleste utilsiktede og uheldige virkninger som følge av regelverks- og takstendringene fra 1. januar 2008. De vil omfatte enkelte mindre grupper som før 1. januar 2008 kunne få bidrag etter § 5-22, men som ikke ble tatt med ved overføringen til § 5-6. Dette er også tilstander der det synes urimelig ikke å gi stønad til da trygden gir stønad til liknende tilfeller. Videre vil justeringene bidra

til at særlige sårbare grupper – slik som kreftpasienter, som i utgangspunktet har rett til stønad, få stønad for nødvendig behandling som er en konsekvens av deres tilstand.

Forenklingene i regelverk og takster fra 1. januar 2008 i kombinasjon med overføring av bidrag til tannbehandling etter § 5-22 til stønad etter § 5-6 var forutsatt gjennomført innenfor en provenynøytral økonomisk ramme. For de pasienter/behandlinger som før 2007 fikk stønad etter bidragsordningen (§ 5-22), men som nå får stønad etter § 5-6, ligger det imidlertid an til en betydelig utgiftsøkning, fra om lag 125 mill. kroner i 2007 til opp mot 200 mill. kroner i 2008. Hoveddelen av denne utgiftsøkningen er knyttet til særskilt vekst i andre og tredje kvartal 2008. Utgiftsveksten har flere forklaringer. Kombinasjonen av opphevelse av krav om forhåndsgodkjenning og en observert økning i antall tannleger med direkteoppgjør, har resultert i at utbetalinger av bidrag fra trygden knyttet til behandlinger gjennomført i 2006 og 2007 har kommet samtidig med utbetalinger for behandling gjennomført i første kvartal 2008. Om lag 40 mill. kroner av den anslåtte utgiftsveksten er knyttet til denne forskyvningen av utgifter, som må antas å være en midlertidig virkning av omleggingen. Den resterende utgiftsveksten knyttet til behandlinger tidligere omfattet av bidragsordningen kan ikke fullt ut forklares ved generell pris- og volumvekst. Noe kan også forklares ved at refusjonsandelen av honorartaksten ved omleggingen trolig er satt noe høyt. Dette må betraktes som en utilsiktet virkning av omleggingen fra 1. januar 2008. Det ser også ut til at opphevelsen i 2007 av forhåndsgodkjenning av tannbehandling som trygden yter stønad til, har medført høyere utgiftsvekst enn anslått ved omleggingen. En stor økning i antall tannleger med direkte oppgjør kan også i stor grad ha bidratt til dette. På denne bakgrunn vil departementet i forbindelse med fastsettelse av takstene i 2009 vurdere behovet for å gjøre justeringer i refusjonsnivået for å sikre at omleggingene i 2007 og 2008, inkludert justeringene som nå foreslås, samlet sett blir om lag provenynøytrale.

3.2 Forslag til endringer i forskriften og i merknadene til forskriften

3.2.1 Endring av forskriften § 1 første ledd punkt 3 - at alle typer svulster og osteomyelitt omfattes

De ervervede lidelsene som stod opplistet som eksempler i § 5-22 ble flyttet til § 5-6. Enkelte tilstander som ikke spesifikt var nevnt under § 5-22 falt dermed ut av stønadsordningen. Benigne (godartede) svulster og cyster som forårsaker skader på tenner og munnhulen var omfattet av bidragsordningen før 1. januar 2008. Det samme gjaldt der osteomyelitt forårsaket skade.

Det var ikke en tilsiktet virkning at disse tilstandene skulle falle ut fra regelverket. Benigne svulster og cyster kan ha lignende effekter som maligne (ondartet) svulster på det angrepne området, og behandlingen av tilstanden vil i stor grad være sammenfallende. Når det gjelder osteomyelitt (beinmargsbetennelse) er situasjonen noe annerledes, men behandlingsresultatet ved alvorlige tilfeller av osteomyelitt har mye til felles med behandlingsresultatet ved svulster og cyster.

Punkt 3 i forskriftens § 1 og merknadene til denne foreslås derfor endret slik at alle typer svulster og osteomyelitt blir omfattet.

Forslag til ny tekst i Forskriften § 1 punkt 3:

”Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig”

Forslag til ny tekst i merknadene til forskriftens § 1 punkt 3:

”Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig

Dette inkluderer krefttilstander og lokalt aggressive tilstander (som store kjevecyster, benigne svulster og osteomyelitt) og som direkte påvirker munnhulen/kjevene. Apikal periodontitt omfattes ikke av denne bestemmelsen.”

3.2.2 Endring av merknadene til forskriften § 1 første ledd punkt 4 - medikamentassosiert osteonekrose

Medikamentassosiert osteonekrose er en relativt ”ny” tilstand, og det er først i de siste 4-5 årene at bisfosfonatassosiert kjeveosteonekrose er definert som en distinkt klinisk sykdom. Det har derfor ikke tidligere vært gitt bidrag til dette formålet. Lidelsen ville ha vært omfattet av bidragsordningen som gjaldt før 2008. Det er i all hovedsak kreftpasienter som blir behandlet med høypotente bisfosfonater. I tillegg brukes mindre potente bisfosfonater over lang tid for å hemme benresorpsjon ved osteoporose. Bruk av bisfosfonat kan som en bivirkning gi kjeveosteonekrose. Departementet foreslår derfor at medikamentassosiert osteonekrose blir omfattet i punkt 4 i forskriftens § 1 Infeksjonsforebyggende behandling.

Forslag til ny tekst i merknadene til forskriften § 1 punkt 4 bokstav i)

”Strålebehandling mot kjeven ved kreftsykdom, og ved etablert medikamentassosiert kjeveosteonekrose.”

3.2.3 Endring av merknadene til forskriften § 1 punkt 7 bokstav e) – alvorlig mineraliseringsforstyrrelse og/eller morfologisk utviklingsforstyrrelse

Ved flytting av bidragsformål fra § 5-22 til § 5- 6 ble kun de medfødte lidelser som sto opplistet som eksempler i bidragsregelverket under bokstav a) overført til § 5-6. Enkelte tilstander som ikke sto opplistet falt ut uten at dette var meningen. Tapptenner ble tidligere vurdert som en medfødt lidelse som var omfattet av regelverket. Departementet foreslår derfor at alvorlige morfologiske utviklingsforstyrrelser, herunder tapptenner, omfattes i tillegg til alvorlige mineraliseringsforstyrrelser.

Forslag til ny tekst i merknadene til forskriften § 1 første ledd punkt 7 bokstav e)

”e) Alvorlig mineraliseringsforstyrrelse og/eller morfologisk utviklingsforstyrrelse
Stønad ytes til utviklingsforstyrrelser ved tann/tenner og som er av vesentlig betydning for funksjon og estetikk.”

3.2.4 Endring av merknader til forskriften § 1 første ledd punkt 7 bokstav f) – retinerte premolarer

De medfødte lidelsene som stod opplistet som eksempler i § 5-22 ble flyttet til § 5-6. Enkelte tilstander som ikke spesifikt var nevnt under § 5-22 falt dermed ut av stønadsordningen. Retinerte premolarer ble tidligere vurdert som en medfødt lidelse og omfattet av regelverket. Departementet foreslår derfor at retinerte premolarer omfattes av gjeldende regelverk.

Forslag til ny tekst i merknadene til forskriften § 1 første ledd punkt 7 bokstav f)

”f)Tannluker på grunn av retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer”

3.2.5 Stønad til kjeveortopedisk behandling ved andre tilfeller enn bittanomalier.

Etter gjeldende regelverk er hovedbestemmelsen at det gis stønad til kjeveortopedisk behandling etter § 1 punkt 8 Bittanomalier. For brukere som hører inn under gruppe a) Svært stort behov, er det ingen aldersbegrensning. For dem som faller inn under gruppene b) og c) er det et vilkår at behandlingen må være påbegynt senest det året pasienten fyller 18 år.

Før 1. januar 2008 var det mulighet til å få bidrag til enkelte typer tannbehandling etter folketrygdloven § 5-22, deriblant kjeveortopedisk behandling som ikke var hjemlet i § 5-6. Bidragsordningen gjaldt for personer over 20 år. Formålet med stønad i disse tilfellene var å gi stønad til kjeveortopedi som et nødvendig supplement til protetisk behandling i de tilfeller pasienten hadde medfødte eller ervervede lidelser som ga mulighet til bidrag til utgifter til tannbehandling. Disse mulighetene ble ikke videreført ved overføringen av bidragsordningen etter § 5-22 til § 5-6 per 1. januar 2008, ettersom departementet ønsket å foreta en nærmere vurdering av ved hvilke typer diagnoser som kjeveortopedi som behandlingsform eventuelt burde rettighetsfestes i § 5-6.

Basert på vurderingene i kjeveortopedirapporten foreslår departementet å presisere mulighet for kjeveortopedisk behandling ved tre tilfeller. For å ha et regelverk som er enkelt og konsist, foreslås disse tilfellene tatt inn under merknadene til de enkelte punkt i forskriften § 1 der de naturlig hører hjemme, og ikke i forskriften § 1 punkt 8.

Departementet foreslår at det stilles krav om at den kjeveortopediske behandlingen gjennomføres av spesialist i kjeveortopedi.

3.2.5.1 Forslag om presisering av adgangen til dekning av utgifter til kjeveortopedi

Av informasjonshensyn foreslår departementet at det innledningsvis i merknadene til forskriften § 1 presiseres at utgifter til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier ytes etter § 1 punkt 8. Når kjeveortopedi inngår som en del av den protetiske behandlingen ytes det stønad til kjeveortopedi etter forskriften § 1 punkt 7c, 12 og 13. I tillegg kan det ytes stønad til kjeveortopedi ved rehabilitering av marginal periodontitt etter § 1 punkt 6b.

Forslag til ny tekst i merknadene til forskriften § 1:

”Stønad til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier ytes etter § 1 punkt 8. Når kjeveortopedi inngår som en del av den protetiske behandlingen ytes det stønad til kjeveortopedi etter § 1 punkt 7c, 12 og 13. I tillegg kan det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling ved marginal periodontitt etter punkt 6b.”

3.2.5.2 Preprotetisk behandling ved tannagenesi jf forskriften § 1 punkt 7 c)

Ved tannagenesier (medfødt manglende tannanlegg) vil området i kjeven med manglende tannanlegg som regel bli kompensert med en protetisk løsning. Løsningen kan være i form av implantatforankret krone/bro, eller ved bro festet på tenner som grenser inn til området for manglende tannanlegg. For å oppnå en nødvendig og forsvarlig posisjon av et implantat og/eller en bro, må det i enkelte tilfeller utføres en forbehandling som går ut på å skaffe nødvendig bredde på tannluken (preprotetisk behandling). Dette utføres som en enkel form for kjeveortopedisk behandling for å skaffe plass.

For de med rettigheter til stønad til tannbehandling vil behandling med implantatforankret protetik og/eller med store protetiske erstatninger for manglende tenner uansett innebære store kostnader. Hensynet til brukeren (langtidseffekt og holdbarhet av behandlingen) og til trygdens samlede kostnader til stønad til behandling taler i retning av å åpne for å gi stønad til preprotetisk behandling ved tannagenesier. I tillegg vil stønad til slik behandling innebære at trygdens stønader samlet sett dekker de behandlingsformer som faglig anses som nødvendig og forsvarlig. Departementet foreslår derfor at det som del av en samlet og omfattende behandling også gis stønad til nødvendig kjeveortopedisk behandling i slike tilfeller, tilsvarende den stønad som ble gitt før 1. januar 2008.

Forslag til ny formulering i merknaden til forskriften § 1 punkt 7 c)

”Det ytes stønad til kjeveortopedi i de tilfeller kjeveortopedi inngår som en del av den protetiske behandlingen ved tannagenesier (punkt 7c).”

3.2.5.3 Tannskade ved godkjent yrkesskade, jf § 1 punkt 12

Tannskader ved godkjent yrkesskade kan innebære at tenner slås ut eller at krona slås av rota (som helt eller delvis sitter igjen i kjevebenet). I slike tilfeller kan det være nødvendig å justere posisjon og/eller stilling av enkelte tenner slik at disse får en forsvarlig posisjon for den etterfølgende protetiske behandlingen. Det kan

også være aktuelt å trekke frem røtter med kjeveortopediske metoder, for å kunne feste enkeltkrone på rota, fremfor å trekke rota slik at det må lages en bro eller implantatforankret krone.

Departementet foreslår derfor at det åpnes for å gi stønad til kjeveortopedi når den inngår som en del av protetisk behandling.

Forslag til ny formulering til merknad til forskriften § 1 punkt 12

”Det ytes stønad til kjeveortopedi når kjeveortopedi inngår som en del av den protetiske behandlingen.”

3.2.5.4 Ulykker som ikke er yrkesskade, jf § 1 punkt 13.

Ved behandling som følge av tannskader ved ulykker som ikke er yrkesskade, vil situasjonen i hovedsak være den samme som beskrevet over for godkjent yrkesskade. Departementet foreslår derfor at det åpnes for å gi stønad til kjeveortopedi når det inngår som en del av den protetiske behandlingen.

Forslag til ny formulering til merknad til forskriften § 1 punkt 13

”Det ytes stønad til kjeveortopedi når kjeveortopedi inngår som en del av den protetiske behandlingen.”

3.3 Forslag til justeringer i takstbestemmelsene

3.3.1 Diverse justeringer i takstbestemmelsene

I rapport 3 har NAV vurdert og foreslått justering av enkelte takster, både med hensyn på vilkårene for å bruke dem (repetisjon, mv.) og beløpenes størrelse.

Formålet med endringene er å kompensere for utilsiktede konsekvenser som følge av inkludering av tannteknikerutgifter i takstene og opphevelse av timehonorar mv. Dette har særlig rammet brukere med omfattende behandlingsbehov.

3.3.1.1 Forslag om mulighet for å kunne repetere enkelte takster for enkelte inngangsvilkår i forskriften

Det har vist seg at enkelte brukergrupper har fått en lavere dekningsgrad ved forebyggende behandling/egenomsorg som følge av endringene i regler og takster fra 1. januar 2008. Takst 101 kan kun benyttes i sammenheng med behandling av sjelden medisinske tilstander, og ved infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander, jf § 1 nr. 1 og 4. Departementet vil derfor i merknaden til takst 101 åpne for at taksten kan repeteres en gang i samme behandlingsseanse.

Forslag til ny formulering i merknaden til takst 101;

Taksten kan repeteres én gang per dag, behandler og bruker i spesielt tidkrevende tilfeller.

3.3.1.2 Forslag om ny takst – takst 314 Dekkprotese

I takstsystemet som gjaldt før endringene trådte i kraft var det mulig å tidsdebiterer en rekke ulike behandlinger. Fra 1. januar 2008 ble all behandling underlagt stykkpriser. Departementet har fått innspill i forhold til uheldige konsekvenser av den endringen. For protetisk behandling som følge av marginal periodontitt har det vært en egen takst for dekkprotese (takst 512). Dekkprotese er en anvendt protetisk behandlingsform også i tilfeller med annen årsak til tanntap enn marginal periodontitt. Før 1. januar 2008 kunne slik behandling bli dekket etter tidligere takst 505 (øvrig arbeid eller behandling i forbindelse med avtagbar protetik). Departementet foreslår derfor innført en egen takst for dekkprotese.

Forslag om en ny takst – Takst 314 Dekkprotese

Takst 314; Dekkprotese

3.3.1.3 Forslag om at tannteknikerutgifter dekkes etter regning for særlig omfattende og tidkrevende arbeider

Takstbestemmelsen som ble innført med virkning fra 1. januar 2008 var i sin oppbygning noe annerledes enn de for foregående år, blant annet ved at tannteknikerutgiftene ble inkludert i de ulike protetikktakstene.

For en del brukere som mangler deler av kjevene eller har store deformasjoner av kjevene innebærer behandlingsalternativene store protetiske behandlinger som det forenklete takstsystemet ikke fanger opp. Det vil i all hovedsak være snakk om brukere som har rett til stønad etter forskriften § 1 punkt 1, 2 og 3 (Sjelden medisinsk tilstand, Leppe-kjeve-ganepalte og Kreft i munnhulen). Behandlingen er spesiell ved at blant annet fremstillingsutstyret er individuelt tilpasset. I hovedsak omfatter behandlingen avtakbar protetik. Departementet foreslår at det for disse gruppene skal kunne ytes stønad til tannteknikerutgiftene separat.

Forslag om en ny takst 315 – Tannteknisk arbeid ved avansert avtakbar protetik.

”Takst 315: Tannteknisk arbeid ved avansert avtakbar protetik

Taksten kan brukes ved § 1 punkt 1, 2 og 3 for avtakbar protetik i særlig kompliserte tilfeller, som for eksempel obturatorproteser.

Taksten kan kombineres med takst 310 eller takst 312.”

4 Marginal Periodontitt

4.1 Innledning

Periodontale sykdommer, herunder marginal periodontitt, er en gruppe lidelser som rammer tennenes støttevev og som over kortere eller lengre tid kan føre til tannløsning og etter hvert tanntap. De aller fleste periodontale sykdommer er forårsaket av bakterielle infeksjoner, men forskning har vist at individets immunforsvar, systemiske sykdommer og miljørelaterte faktorer kan ha stor betydning for disse lidelsers utvikling, omfang og alvorlighet.

Målet med periodontittbehandling er å gjenopprette den periodontale helsen samt minske risikoen for at ny sykdom oppstår. I tillegg bør eventuelle uheldige konsekvenser av bittfunksjonen gjenopprettes både funksjonelt og estetisk. Ved behandling av grav marginal periodontitt vil et sentralt spørsmål være om en skal behandle for å bevare tennene, eller fjerne dem og erstatte de tapte tennene med protetiske løsninger. Det synes å være faglig enighet om at midlertidige løsninger i rehabiliteringen etter behandling av marginal periodontitt – uavhengig av om tenner er tapt eller ikke – for mange pasienter er nødvendige og faglig forsvarlige løsninger som først bør utføres før eventuell protetisk permanent rehabilitering.

For en nærmere redegjørelse for det faglige innholdet i behandlingen av marginal periodontitt vises til Arbeids- og velferdsdirektoratets rapport av 1. juli 2008 (periodontittrapporten) punkt 4.4. I fagmiljøene er det enighet om at behandling av marginal periodontitt må følge en trinnvis, systematisk plan som omfatter en undersøkelses- og diagnosefase, inflammasjons- og infeksjonskontroll blant annet gjennom opplæring av brukeren, samt årsaksrettet behandling og langsiktig oppfølging.

4.2 Gjeldende rett – når gis det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved marginal periodontitt?

I henhold til folketrygdloven § 5-6 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom § 1 nr 6, ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved tilstanden marginal periodontitt. I henhold til forskriftens § 1 siste ledd er det i rundskrivet til § 5-6 – Tannbehandling i kapittel II gitt utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer til forskriften. I henhold til rundskrivets punkt 6a ytes det stønad ved systematisk behandling av marginal periodontitt/periimplantitt. Med systematisk behandling forstås en målrettet, faglig strukturert og fortløpende behandling. Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene under takstene 501a-505. For å bli berettiget til stønad forutsetter det at behandlingen har en tidsbruk på minimum 40 minutter.

Etter punkt 6b i rundskrivet ytes stønad ved rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt. Stønad til rehabilitering ytes kun i de tilfeller hvor tenner er tapt etter 1. mai 2002 som følge av marginal periodontitt. Det stilles krav om at årsaken til tanntapet må dokumenteres. Det er ikke krav til gjennomført forutgående systematisk periodontittbehandling før tanntapet for å få stønad til rehabilitering, men det er krav om at munnhulen må være sanert for oralpatologiske tilstander og infeksjoner før implantat settes inn. Som hovedregel refunderes ikke utgifter til rehabilitering for tapte tenner bakenfor femte tann i tannrekken. Unntak fra denne hovedregelen må begrunnes og dokumenteres. Det ytes stønad til kun én rehabilitering per tann forårsaket av marginal periodontitt. Det kan gjøres unntak fra denne hovedregelen dersom protetisk erstatning og/eller implantat må gjøres om som følge av at flere tenner må trekkes på grunn av marginal periodontitt. I disse tilfellene kan det gis stønad til hel- eller delprotese. Blir de tapte tenner erstattet med fast protetik, ytes det kun stønad for de tapte tenner som det tidligere ikke er gitt stønad for.

Utgiftene dekkes etter takstene 510 -516. Det ytes videre stønad til nødvendig undersøkelse, etterkontroll, anestesi, avtrykk (takst 701 eller 702) og røntgenundersøkelse.

4.3 Bakgrunnen for endringsforslagene

Stønadsordningene til henholdsvis behandling av marginal periodontitt og til rehabilitering etter tanntap som følge av marginal periodontitt, ble i sin tid utformet uavhengig av hverandre. Periodontittrapporten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og forslag fra spesialistforeningene har synliggjort et behov for å endre noen av vilkårene for å få stønad samt behov for endringer i takstsystemet. Dagens stønadsordning gjenspeiler ikke på god nok måte det som av fagmiljøene anses som nødvendig og faglig forsvarlig behandling av sykdommen og dens følgetilstander. Stønadsordningen bør etter departementets vurdering også på en bedre måte gjenspeile sammenhengen mellom periodontittbehandling og rehabilitering etter tanntap som skyldes marginal periodontitt.

Økt stønad til sykdomsbehandling innebærer økt stønad til behandlingsformer som krever pasientinnsats i form av oppfølging hjemme, flere behandlinger hos behandler og opplæring i egenomsorg.

En bedre stønadsordning til sykdomsbekjempelse av marginal periodontitt innebærer også at stønadsordningen utvides til behandlinger som i stor grad kan utføres av tannpleier. Dette er i tråd med intensjonen om at tannbehandling i størst mulig grad bør utføres på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Endringene er også i samsvar med Stortingets intensjon med vedtakene til stønadsordningen. Sykdommens alvorlighetsgrad skulle tillegges vekt i utformingen av stønadsordningen.

Nedenfor følger en nærmere omtale av forslagene.

4.4 Forslag i endringer i merknader til forskriften

4.4.1 Forslag om omformulering av punkt 6a – behandling av marginal periodontitt

Det er viktig at behandlingen av marginal periodontitt og periimplantitt er utført på en planmessig og grundig måte, det vil si at behandlingen må være systematisk. Departementet mener at det er behov for å synliggjøre dette på en bedre måte i regelverket, og foreslår derfor en omformulering av merknadene til forskriften til § 1 punkt 6a. Endringsforslaget har til hensikt å gjøre regelverket klarere og mer presist. Endringen er kun av teknisk art og er ikke ment å endre innholdet av bestemmelsen.

Forslag til ny formulering til merknadene til forskriften § 1punkt 6a

”a) Behandling av marginal periodontitt og periimplantitt

Stønad ytes ved behandling av marginal periodontitt/periimplantitt der systematisk infeksjonsbekjemping er nødvendig. Behandlingen må være målrettet og faglig

strukturert. Behandlingen må også være utført fortløpende for å være stønadsberettiget. Etter denne bestemmelsen ytes det ikke stønad til tannrens som har karakter av å være infeksjonsforebyggende.”

4.4.2 Presisering av vilkåret for stønad til rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt – punkt 6b

Hovedhensynet i regjeringens politikk er å innrette stønadsordningene slik at de på en bedre måte ivaretar formålet med trygdens stønadsordning og hjelper dem som trenger det mest. I rundskrivet punkt 6b første avsnitt foreslår departementet av den grunn å ta inn ordet *grav* foran marginal periodontitt.

Forslaget innebærer et krav om alvorlighetsgrad av marginal periodontitt, med en presisering av at det er de alvorlige tilfellene av periodontitt som gir rett til stønad til protetisk behandling som skal erstatte tenner som er tapt på grunn av marginal periodontitt. Det forutsettes at det foretas en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Det forutsettes at det er de grave tilfeller av periodontitt som eventuelt ikke lar seg behandle, slik at tanntap er uunngåelig. Presiseringen i stønadsbestemmelsen av sykdommens alvorlighet som vilkår for stønad til protetisk rehabilitering, er i prinsippet uttrykk for anbefalte, kliniske retningslinjer.

Forslag til ny tekst til merknadene i forskriften § 1(punkt 6b)

”6b) Rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt”

4.4.3 Innføring av tilleggskrav – plan for systematisk periodontittbehandling og krav til begrunnelse for trekking av tenner/valg av rehabiliteringsbehandling – punkt 6b

Rehabilitering er en konsekvens av at sykdommen marginal periodontitt har ført til tanntap, selv om det er gjort langvarig og iherdig innsats for å behandle sykdommen. Brukere som får erstattet tapte tenner med protetiske erstatninger, vil fortsatt ha risiko for å utvikle periodontitt rundt aktuelle gjenværende egne tenner, eller periimplantitt rundt implantater der hvor slike er satt inn som feste for protese eller bro. Funksjonstiden for protesene/broene er avhengig av en systematisk oppfølging/kontroll etter at rehabiliteringen er fullført. Det forutsettes at tannlegen i sitt samlede forslag til behandlingsplan i starten på behandlingen overfor brukeren også beskriver den oppfølging som er nødvendig etter at rehabilitering er gjennomført, jf journalforskriften § 8. Stønad til rehabilitering med proteser og/eller broer utgjør betydelige midler på trygdens stønadsordning. For pasientene bør det også være av største interesse og betydning å få kjennskap til alle langsiktige konsekvenser ved de behandlingene som tannlegen foreslår. Departementet foreslår derfor å innføre et tilleggskrav som vilkår for stønad fra trygden om at behandlingsplanen også omfatter aktuell periodontitt- og/eller periimplantittbehandling etter eventuell rehabilitering. Det forutsettes at planen inngår som del av pasientens journal.

Når det gjelder stønadsordningen til rehabilitering som følge av marginal periodontitt er det en forutsetning for departementet at uttrekking av tenner som hovedregel er siste utvei. Det forutsettes at systematisk behandling av marginal periodontitt har vært gjennomført/forsøkt gjennomført, men at sykdommen av en eller annen grunn ikke lot seg behandle. Av hensyn til å bevare kjeveben intakt, kan det i enkelte situasjoner også være aktuelt å avslutte forsøk på behandling før resorpsjonen av kjeveben har ført til store, uheldige konsekvenser. For å understreke forutsetningen for stønadsordningen foreslår derfor departementet at det tas inn et krav om at behandler må begrunne sitt valg i de tilfeller hvor det velges å fjerne en tann for så å utføre rehabilitering.

På grunn av at det for mange brukere vil være flere tannleger som er involvert i rehabiliteringsarbeidet ser departementet et behov for å presisere at det er den tannlegen som har ansvar for oppfølging etter rehabiliteringen som er ansvarlig for at behandlingsplan blir utarbeidet.

Forslag til ny tekst merknaden til punkt 6b i rundskrivet;

Før rehabilitering kan gjennomføres må tannlegen lage en behandlingsplan som også omfatter videre oppfølging etter gjennomført rehabilitering.

Behandlingsplanen skal journalføres. Av journalen skal det også fremgå hvorfor aktuell(e) tann/tenner ekstraheres og ikke behandles for marginal periodontitt.

Det er den tannlegen som har ansvaret for oppfølging etter rehabiliteringen som skal utarbeide behandlingsplanen.

4.4.4 Forslag om å fjerne tekst om at det ikke er krav til gjennomført systematisk behandling – punkt 6b

I punkt 6b i rundskrivet står det at ”Det er ikke krav til gjennomført systematisk periodontittbehandling før tanntapet”. Etter det departementet har fått opplyst er denne setningen egnet til å skape misforståelser, og at den derfor kan virke mot sin hensikt. Formålet med regelen i sin tid var å poengtere at det ikke er et absolutt krav om gjennomført systematisk behandling for å få dekning til rehabilitering. Et typisk tilfelle vil være der det ved undersøkelsestidspunktet er konstatert at tann/tenner er trukket eller sykdommen har kommet så langt at periodontittbehandling nærmest anses som utelukket å kunne gjennomføres og eneste alternative behandling er rehabilitering.

Dette vil derimot være unntakene, og i realiteten vil systematisk behandling, i henhold til punkt 6a, som hovedregel være forsøkt gjennomført før eventuell rehabilitering igangsettes. Departementet foreslår derfor at setningen fjernes fra punkt 6b. Forslaget skal bidra til å fjerne eventuelle misforståelser, og å overlate til behandlende tannlege å vurdere hvilken behandling som er adekvat i det enkelte tilfelle.

4.5 Forslag om endringer i takststrukturen

Endringer i takststrukturen for stønad til behandling av marginal periodontitt har til hensikt å gi en større fleksibilitet i stønadsordningen når det gjelder behandling

av alvorlig – eller grav – periodontittsykdom. Formålet med endringene er å gi stønad til behandlinger, som så langt det lar seg gjøre, skal forhindre tanntap. Det vises til forslagene nedenfor.

4.5.1 Forslag om sammenslåing av takst 501a og 501b – ny takst 501 Behandling av marginal periodontitt

Departementet foreslår at takst 501a og 501b slås samme til én takst: 501: Behandling av marginal periodontitt. Taksten forutsetter en tidsbruk på 30 minutter, og kan ved tidsbruk til behandling ut over 60 minutter i samme behandlingsseanse, repeteres en gang per dag, behandler og bruker. Taksten kan for øvrig brukes uten begrensinger når det gjelder antall behandlingsseanser som bruker har behov for behandling av sykdommen.

Departementet foreslår at ny takst 501 også omfatter vedlikeholds-/tilleggsbehandling etter systematisk behandling av marginal periodontitt (med eller uten kirurgiske inngrep) og ved vedlikeholdsbehandling etter rehabilitering. Takst 505 kan dermed oppheves.

Forslaget innebærer en større grad av fleksibilitet i stønadsordningen når det gjelder variasjon i alvorlighet og omfang av marginal periodontitt. Forslaget vil på bedre måte yte stønad i samsvar med det som faglig anses som systematisk periodontittbehandling. Forslaget vil samtidig i større grad sikre refusjon til alle brukere som har behov for systematisk behandling over lengre tid.

Taksten kan ikke brukes av både tannpleier og tannlege på samme bruker samme dag.

Forslaget innebærer en administrativ forenkling av kontroll med utbetalingene.

Forslag til ny takstbestemmelse 501 og merknader til denne:

”Behandling av marginal periodontitt.

Takstene benyttes ved behandling rettet mot årsaken til marginal periodontitt.

Ved bruk av taksten skal følgende elementer inngå i behandlingen:

- Opplæring til egenomsorg når dette utføres i forbindelse med subgingival depurasjon
- Subgingival depurasjon for å fjerne bakterielt plakk og tannstein.
- Eventuelle tiltak for røykeavvenning når dette utføres i forbindelse med subgingival depurasjon.

Bruk av takst 501 forutsetter en tidsbruk på 30 minutter. Ved kortere behandlingsseanse enn 30 minutter må refusjonsbeløpet senkes tilsvarende kortere tidsbruk. Taksten kan benyttes en gang pr. dag, behandler og bruker. Ved tidsbruk ut over 60 minutter i samme behandlingsseanse kan taksten repeteres en gang pr. dag, behandler og bruker.”

4.5.2 Forslag om ny takst 502 – Tilleggtakst for kirurgisk inngrep ved systematisk behandling av marginal periodontitt

Departementet foreslår videre at alle kirurgitakstene (502-504) slås sammen til en ny takst 502. Denne taksten kan kombineres med ny takst 501. Hensikten med forslaget er dels å forenkle takst-strukturen, dels å tydeliggjøre stønad til kirurgiske inngrep som utføres for å få tilgang til områder som har behov for selve behandlingen av marginal periodontitt. Forslaget innebærer at refusjonen for selve behandlingen av marginal periodontitt ytes etter takst 501, og dermed baseres på samme takst, uavhengig av om det brukes kirurgi under behandlingen eller ikke.

Forslag til ny takst 502 og merknader til denne:

”Tillegg for kirurgiske inngrep ved behandling av marginal periodontitt”.

”Taksten dekker merkostnadene for det kirurgiske inngrepet (materialer og tannlegeinnsats). Selve behandlingen av marginal periodontitt dekkes etter takst 501.”

Gjennom endringene oppheves takstene 503 og 504.

4.5.3 Forslag om ny takst 503 – Fiksering/midlertidig løsning

Undersøkelser viser at en stor del av undersøkte periodontittpasienter kan ha behov for midlertidig behandling i form av fiksering mv. For nærmere detaljer om behandlingsbehov ved marginal periodontitt se periodontittrapporten punkt 4.3.4.

Departementet foreslår å innføre en ny takst for å gi stønad til midlertidig løsninger for pasienter med marginal periodontitt. Med midlertidige løsninger menes i denne sammenheng fikseringsbehandling mv. Slik behandling vil kunne bidra til å beholde egne tenner lengre, samtidig som midlertidige løsninger er enklere behandlingsformer enn alternativene som vil følge ekstraksjon (trekking). For mange pasienter kan midlertidige løsning også være tilfredsstillende på lang sikt. Fiksering kan være et ledd i den systematiske behandlingen av marginal periodontitt. Departementet foreslår derfor at den nye taksten kan repeteres ved behov. Departementet påpeker viktigheten av at en midlertidig behandling ikke skal frata pasienten muligheten til å få stønad til permanente løsninger dersom det senere viser seg å være behov for det i de tilfeller tenner er tapt på grunn av marginal periodontitt.

Departementet antar at forslaget om å gjøre midlertidig løsninger stønadsberettiget kan innebære redusert at behov for rehabilitering på sikt blir redusert.

Forslag til ny takstbestemmelse 503 og merknader til denne;

”Fiksering/midlertidig løsning.

Takst 503 kan benyttes ved behov for fiksering av tenner som et ledd i den systematiske behandlingen av marginal periodontitt”

4.5.4 Økt dekningsgrad for enklere/rimeligere løsninger

Enkelte brukere vil fortsatt av økonomiske grunner ikke kunne benytte seg av stønadsordningen ved rehabilitering etter periodontitt som følge av nivået på egenbetalingen. Ved å øke dekningsgraden ved de enklere/rimeligere løsningene, vil det kunne bidra til at alle med behov ser seg økonomisk i stand til å dekke egenbetalingen for en tilfredsstillende minimumsløsning. Dette kan gjøres ved å øke refusjonen for proteser (takst 510, 512) og ved å innføre refusjon til fikseringsbehandling. Departementet tar sikte på å justere aktuelle takster i forbindelse med fastsettingen av takstene etter høringsfristen for dette høringsnotatet.

4.5.5 Forslag om ny takst 514 – sammenslåing av takst 514 og 515 - kirurgisk innsetting av implantat

Det er relativt få pasienter som mister mange tenner på grunn av marginal periodontitt. De fleste som mister tenner får stønad til behandling for tap av i gjennomsnitt 1-2 tenner, jf rapporten fra NAV.

Etter gjeldende takster gis det høyere refusjon for første implantat enn for de påfølgende implantater. Dette er begrunnet med at marginalkostnadene ved innsetting av implantat nr 2, 3, 4 osv, er betydelig lavere enn kostnadene for første implantat, i de tilfeller implantatene opereres inn i en og samme operasjon.

En sammenslåing av takst 514 og 515 vil på den ene side gjøre takstsystemet enklere og hindre mulighet for ulike tolkninger av hva som er første implantat. Behandlerne får enklere system å forholde seg til og ordningen blir også enklere å administrere og kontrollere. På den annen side vil det føre til forskjeller i dekningsgrad for implantatbehandlingen, med lavere dekning av en-tanns implantatbehandling. Forslaget vil imidlertid samsvare med Stortingets intensjoner med stønadsordningen, som innebærer at de med alvorlig periodontitt/mest omfattende behandlingsbehov skal få høyest stønad.

Etter en samlet vurdering foreslår departementet at takst 514 og 515 slås sammen til ny takst 514. Takst 515 oppheves.

Forslag til ny takst 514:

”Kirurgisk innsetting av implantat”

4.5.6 Forslag om mulighet til bruk av kjeveortopedi ved behandling av marginal periodontitt – ny takst 517

Statistikken fra NAV viser at de som får stønad til rehabilitering som følge av marginal periodontitt, i hovedsak er i aldersgruppen 50 - 79 år. I gjennomsnitt ble det utbetalt 8608 kroner i stønad per bruker i 2007 (7764 i 2005).

Det kan være behov for kjeveortopedisk behandling både ved systematisk behandling av marginal periodontitt jf punkt 6a, og ved rehabilitering etter tanntap, jf punkt 6b. Marginal periodontitt kan føre til en forflytning av tennene slik at de for eksempel får en vifteform i front av munnen. Videre kan det være behov for å lukke luker i tannrekken med kjeveortopedisk behandling ved tanntap

som skyldes marginal periodontitt istedenfor med protetisk behandling. For pasienten vil det dessuten være av stor betydning, både funksjonelt og estetisk, å få rettet opp feilstillinger i tannrekka forårsaket av bentap som følge av periodontitt. Ved at tennene får en ”riktigere” stilling på kjevekammen vil det i tillegg være enklere å behandle marginal periodontitt. Slik behandling kan dessuten redusere behovet for store inngrep, herunder innsetting av implantater. Utgiftene for pasienten kan på den måten også bli redusert.

I samsvar med Stortingets intensjon med bevilgningen til stønadsordningene for behandling av marginal periodontitt og rehabilitering etter slik sykdom, foreslår derfor departementet at det innføres en takst for stønad til kjeveortopedi ved behandling som følge av grav marginal periodontitt. Formålet er å oppnå gunstigere plassering av de tenner som kan beholdes.

Departementet foreslår derfor å innføre en egen takst for kjeveortopedisk behandling i forbindelse med systematisk behandling av marginal periodontitt. Taksten foreslås å kunne kombineres med de øvrige takstene for periodontal behandling. Det er ikke en forutsetning for stønad at tenner har gått tapt.

Forslag til formulering til ny takstbestemmelse 517;

”Kjeveortopedisk rehabilitering ved marginal periodontitt”

Forslag til merknadstekst til ny takstbestemmelse 517

”Taksten skal benyttes ved rehabilitering av tannsettet som følge av grav marginal periodontitt. Det er ikke et krav at tenner er gått tapt. Taksten kan kombineres med takst 510 – 516 i de tilfeller tenner har gått tapt.”

5 Kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier

5.1 Kjeveortopedi som behandlingsmetode.

Kjeveortopedi omfatter diagnostikk og behandling av bitt- og tannstillingsanomalier, samt kunnskap om anomaliens årsaker, konsekvenser og forebyggelse. Ved kjeveortopedisk behandling forflyttes tenner med avvikende posisjon ved hjelp av fastsittende og/eller avtakbar apparatur. Målet er at tennenes stilling bedre skal harmonere med det som i fagmiljøet defineres som ideelle eller normale bittforhold. Det vises til Arbeids- og velferdsdirektoratets rapport ”Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling (omtalt som kjeveortopedirapporten) når det gjelder nærmere omtale av det faglige innhold i behandlingsforløpet.

5.2 Gjeldende rett – når gis det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved bittanomalier?

I henhold til frtl. § 5-6, jf § 1, pkt 8 i forskriften ytes stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved bittanomalier. Dette er som hovedregel begrenset til barn og unge opp til 18 år. I rundskrivet kapittel II er det gitt utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer til forskriften. Her finnes merknad til forskriften § 1 pkt 8 Bittanomalier, med en uttømmende liste over hvilke anomalier det kan ytes stønad til.

En forutsetning for stønad er at behandlingen er utført av spesialist i kjeveortopedi, samt at det foreligger henvisning til kjeveortoped fra allmenntannlege eller tannpleier jf forskriften § 3 andre ledd.

Stønadsordningen til kjeveortopedi etter folketrygdlovens bestemmelser bygger på en såkalt morfologisk indeks. Morfologisk indeks er en indeks som bygger på bittets og tannrekkenes avvik fra det som i fagmiljøet omtales som ”normalbittet”. Dette betyr at indeksen i detalj beskriver avvikets morfologi i forhold til idealbittet. I Norge regulerer indeksen dermed hvem som har rett til stønad. Inndeling i karakteristika i gruppene A (svært stort behov), B (stort behov) og C (klart behov) gir anvisning på grad av stønad som ytes. Klassifiseringen av den enkelte pasient blir gjort av den behandlende kjeveortoped på grunnlag av de faglige kriterier som er nedfelt i listen.

Utgiftene dekkes etter ulik prosent av honorartakst avhengig av hvilken gruppe brukeren faller inn under. Gruppe A, B og C dekkes med henholdsvis 100 pst, 75 pst og 40 pst av honorartakst. Intensjonen bak denne inndelingen er at de med størst behandlingsbehov skal få mest i refusjon. Da avvik ofte er arvelig finnes det i tillegg en skjermingsordning for familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedi.

Behandling av bittanomalier kan utløse takster i takstgruppe G (Kjeveortopedisk behandling), A (Generelle tjenester, takster for forundersøkelser), H(øvrige behandlinger) og I (laboratorieprøver og røntgenundersøkelser).

5.3 Omfang av og utgifter til kjeveortopedisk behandling

I Norge får ca 1/3 av hvert årskull kjeveortopedisk behandling. Dette tilsvarer i underkant av 20 000 personer hvor det påbegynnes kjeveortopedisk behandling årlig.

I 2007 ble det utbetalt 383,3 millioner kroner i stønad til kjeveortopedisk behandling, hvorav 16,8 millioner til Gruppe a) Svært stort behov, 247,1 millioner kroner til Gruppe b) Stort behov og 119,4 millioner kroner til Gruppe c) Klart behov. Prognosene for 2008 tilsier en utbetaling til rundt 430 millioner kroner. Økningen skyldes i stor grad at stønad til forundersøkelsen fra og med 2008 regnskapsføres sammen med utbetalinger etter kjeveortopeditakstene.

5.4 Behov for endring

Gjeldende refusjonsordning for kjeveortopedi ble innført i 1990. Det har ikke vært noen systematisk gjennomgang av refusjonsordningen siden innføringen for snart

20 år siden. Nytt takstsystem ble innført i 2004, basert på stykkpriser slik som for øvrige behandlinger. Departementet så derfor et behov for en bredere gjennomgang. Stortinget sluttet seg til denne vurderingen ved behandlingen av St.meld. nr. 35 (2006-2007).

I første omgang har departementet sett det som nødvendig å få vurdert kriteriene for rett til stønad til utgifter til kjeveortopedisk behandling under forutsetning av videreføring av stønadsordningen. Videre ønsket departementet en vurdering av inndelingen i de tre kategoriene etter den morfologiske indeks, dvs plasseringen av de ulike bittavvik i gruppene A, B og C. I tillegg ønsket departementet en vurdering av det nye takstsystemet basert på erfaringer etter 3-4 år. Som omtalt i innledningen er det en forutsetning at aktuelle endringer eller justeringer skal gjøres innenfor den samlede ramme for trygdens stønad. Regelverket for bittavvik eller brukere som er definert under gruppe A (svært stort behov) er av NAV vurdert å være tilfredsstillende. Departementet slutter seg til disse vurderingene. Forslag til regelverksendringer vil derfor i all hovedsak gjelde gruppene B og C.

Som bakgrunnsmateriale for departementets forslag til endringer vises til kjeveortopedirapporten.

5.5 Forslag om endringer i forskriften og i merknadene til forskriften

5.5.1 C6 Stor plassmangel i fronten

I henhold til merknadene til § 1 punkt 8 bokstav C) Klart behov punkt 6 har brukere med stor plassmangel i fronten (for det videre omtalt som C6) krav på stønad etter ftrl § 5-6. I rundskrivet stilles det krav til at ”plassmangelen” skal angis i millimeter og med beskrivelse av enkelttenners stilling. Plassmangel kan være vanskelig å definere eksakt, og vil blant annet avhenge av hvorvidt plassmangelen gjelder én enkelt tann eller generelt.

Vilkårene i denne bestemmelsen, ”stor plassmangel”, er skjønnsmessig formulert slik at det er opp til behandleren å avgjøre hva som skal anses som ”stor plassmangel” i henhold til regelverket. For behandlere kan det derfor være usikkerhet knyttet til avgjørelsen om hvorvidt enkeltbrukere med plassmangel i fronten faller inn under gruppen, og dermed har rett til stønad. En konsekvens av dette kan være at det settes i gang behandling med forutsetning om stønad fra trygden i tilfeller hvor behandling ikke vil være nødvendig jf folketrygdloven § 5-1 (3). Fordi det ikke er angitt eksakte grenser for hvor stor plassmangelen skal være for å være stønadsberettiget, kan C6 også være problematisk å kontrollere for forvaltningen,

Basert på de forslagene som er fremmet foreslår departementet derfor å presisere vilkåret for hva som skal inkluderes i C6. En konkretisering av vilkåret vil gjøre det enklere for behandlere å avgjøre hvem som faller inn under gruppen, og det vil føre til mer forutberegnelighet for brukeren. En presisering av C6 innebærer at dessuten at vilkåret for hvilke tilstander med plassmangel i fronten i hovedsak bygger på samme prinsipp som de øvrige vilkår.

Endringsforslaget vil føre til at brukere som har plassmangel som er mindre enn 4 millimeter, ikke vil få stønad fra trygden for eventuell behandling. Fra kjeveortopedene opplyses det om at disse pasientene, på grunn av at kjeveortopedene ikke har kapasitet til å prioritere disse, heller ikke i dag blir behandlet. Det er derfor nærliggende å anta at endringsforslaget får små praktiske og økonomiske konsekvenser for både pasienter og behandlere. Forslaget er dessuten i samsvar med regjeringens formål med offentlig finansiering av tannbehandling.

Forslag til ny formulering i punkt 6 under gruppe C) Klart behov;

”Plassmangel i fronten som er 4 millimeter eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm. Med fronten menes fortenner og hjørnetenner.”

5.5.2 Okkulasjonsavvik kombinert med sterke subjektive dysfunksjonssymptomer

Merknadene til § 1 punkt 8, bokstav C) Klart behov, punkt 7 omfatter ”Okkulasjonsavvik kombinert med subjektive dysfunksjonssymptomer” (for det videre omtalt som C7). Det presiseres i rundskrivet at det siktes til cranio-mandibulær dysfunksjon.

Inngangsvilkåret for stønad i gruppe C7 er okkulasjonsavvik kombinert med sterke subjektive dysfunksjonssymptomer. Det fremstår som problematisk, både for behandler og for forvaltningen, for det første å definere og operasjonalisere subjektive dysfunksjonssymptomer. Videre er det problematisk å anslå hvor stort omfang av subjektive dysfunksjonssymptomer vedkommende skal ha for at det skal gi rett til stønad. Dette handler om barn og unge opp til 18 år. Departementet antar at de personer som kan kategoriseres under denne gruppen får løst sitt eventuelle subjektive dysfunksjonssymptom uavhengig av denne bestemmelsen.

Departementet foreslår derfor å oppheve C7.

5.5.3 C3 Inverteringer

Rundskrivets punkt 8, bokstav C) Klart behov, punkt 3 omfatter ”Inverteringer” (for det videre omtalt som C3). Rundskrivet har ingen presiseringer av hva som ligger i begrepet inverteringer. Regelverket blir i dag fortolket slik at stønad ved inverteringer kun gjelder front og hjørnetenner. Departementet foreslår derfor å ta denne presiseringen inn i regelverket.

Forslag til ny formulering i punkt 3 under gruppe C) Klart behov

”Inverteringer i front av fortenner og hjørnetenner”

5.5.4 Forslag om å fjerne begrensning – kjeveortopedisk behandling

Adgangen til å få stønad til kjeveortopedisk behandling er i dagens regelverk begrenset ved at utgifter til kjeveortopedisk behandling ikke dekkes når behandlingsbehovet er en følge av karies i permanente tenner eller av periodontitt, med unntak av aggressiv periodontitt. Dette kommer til uttrykk i rundskrivet, merknadene til punkt 8. Som en oppfølging av at kravet om ”oppsamlet behandlingsbehov” ble tatt ut av regelverket i 2007 foreslår departementet å fjerne nevnte begrensning.

5.5.5 Forslag om krav om fornyet henvisning

Departementet foreslår at det for at spesialist i kjeveortopedi skal kunne anvende takst 2 eller 3 stilles det krav til eventuell fornyet henvisning. Departementet foreslår at en henvisning for brukere som er omfattet av § 1 punkt 8 gruppe b) og c) skal gjelde for 24 måneder fra henvisningsdato. For nærmere omtale av forslaget se punkt 5.6.2 nedenfor.

Forslag til ny tekst i forskriften § 3 andre ledd:

”En henvisning for brukere omfattet av § 1, punkt 8 gruppe b) og c) gjelder i 24 måneder fra henvisningsdato.”

Forslag til ny merknadstekst til forskriften § 3 andre ledd:

”Stønad ved behandling hos kjeveortoped er betinget av en henvisning fra tannlege eller tannpleier. Med henvisning fra tannlege/tannpleier forstås en skriftlig henvisning på godkjent skjema. På henvisningsskjemaet må tannlege/tannpleier påføre hvilken stønadsberettiget anomali de mener pasienten har, og alle funn må i tillegg journalføres.”

Forslag til ny tekst til merknadene til forskriften § 1 punkt 8:

”Henvisning til kjeveortoped.

I de tilfeller kjeveortopeden må foreta en ny vurdering før en eventuell behandlingsoppstart må det foreligge ny henvisning fra allmenntannlege/tannpleier. En henvisning gjelder i 24 måneder fra henvisningsdato.”

5.6 Forslag om endringer i takststrukturen

5.6.1 Generelt om sammenslåing av takster

Som omtalt foran har departementet bedt Arbeids- og velferdsdirektoratet om en vurdering av det takstsystemet som ble innført i 2004. Det nye systemet innebar innføring av takster for enkeltprosedyrer for kjeveortopedisk behandling, knyttet

til hvert pasientbesøk i kjeveortopedens praksis. Omleggingen av takstsystemet var nødvendig og avgjørende for å kunne innføre direkteoppgjør mellom kjeveortopeder og NAV -etaten.

Det er ikke foretatt undersøkelser som gir informasjon om hvorvidt takstsystemet er vanskelig å forstå for pasienter og behandlere. Ved starten av en behandling skal kjeveortopeden uansett gi et prisoverslag, og forutsettes i den sammenheng å synliggjøre hvilke takster som prisoverslaget er basert på. Pasient eller pårørende har i mange tilfeller begrensede forutsetninger for å kunne vurdere relevansen ved bruken av enkelttakster. Omfanget av takster genererer på sin side et stort antall regninger til NAV oppgjørskontor i løpet av et behandlingsforløp. Dette medfører et betydelig arbeid til utbetaling og kontroll av oppgjør for kjeveortopedisk behandling.

Basert på forslag i kjeveortopedirapporten har departementet vurdert spørsmålet om sammenslåing av takster for kjeveortopedi ut fra formålet om forenkling. Formålet med sammenslåing/forenkling må være basert på hensyn både til pasient, behandler og til forvaltere av stønadsordningen.

Kjeveortopedisk behandling av bittanomalier kan gi store individuelle variasjoner i omfanget av behandlingen. Dette vanskeliggjør en rettferdig sammenslåing av stykkpriser, ut fra hensynet til at pasienter i minst mulig grad skal subsidiere andre pasienters behandling, noe som ville bli konsekvensene ved lik pris for henholdsvis enkel og for komplisert behandling. Hovedprinsippet i stønadsordningen er at både ytelse av stønad og pasientens egenandel beregnes etter omfanget av og kompleksiteten av behandlingen. Det er kun for kirurgiske behandlinger og for behandling av sykdommen marginal periodontitt at egenandelen for disse behandlingene inngår i en skjermingsordning for egenandeler (tak 2 ordning).

Det er videre en forutsetning i folketrygdloven at behandlingen må være utført før det kan gis stønad, jf ftrl § 5-1. Da kjeveortopedisk behandling strekker seg over lang tid (ofte 1 ½ til 2 år), vil en ordning med kun ett (eller få) samlet refusjonsbeløp være vanskelig å administrere, særlig med tanke på behandler i en oppstartsfase av egen praksis. Det ville da gått svært lang tid mellom utført behandling, og tidspunktet for dekning av utgiftene fra folketrygden.

Vi har svært begrenset kunnskap som systematiserer variasjonen i omfang av utbetaling av stønad til kjeveortopedisk behandling, spesifisert på de enkelte takster. Slik kunnskap ser departementet som viktig for nærmere å kunne vurdere konsekvensene av sammenslåing av mange takster. Slik kunnskap vil bli tilgjengelig etter innføring av elektronisk direkteoppgjør mellom kjeveortoped og NAV-etaten eller ved gjennomføring av takstbrukundersøkelse.

Etter en samlet vurdering vil departementet i denne omgang ikke foreslå å innføre betydelige endringer i takstsystemet fra 1. januar 2009. Spørsmålet om sammenslåing av takster foreslås det arbeidet videre med i 2009, med sikte på senere endringer.

5.6.2 Forslag om å justere bruk av takst 2 Undersøkelse hos spesialist og takst 3 Omfattende undersøkelse hos spesialist i forhold til takst 601 Behandlingsplanlegging

Barn og unge i alderen 0-18 år blir regelmessig innkalt og har rett til gratis (vederlagsfri) tannhelsetjenester i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Unntatt fra dette er kjeveortopedisk behandling, jf tannhelsetjenesteloven § 2-2, andre ledd. Stønad til kjeveortopedisk behandling ytes gjennom folketrygden.

Vanligvis startes kjeveortopedisk behandling når brukeren er på vei inn i tenårene, ofte i 12-14 årsalderen. I forbindelse med de regelmessige tannhelsekontroller i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten forutsettes det at allmenntannlege eller tannpleier også vurderer bittutvikling, bittmorfologi eller bittfunksjon og tar stilling til på hvilket tidspunkt det er riktig å eventuelt henvise brukeren til kjeveortoped for vurdering og for eventuell behandling. Det er en forutsetning for å få stønad til kjeveortopedisk behandling at brukeren er henvist av enten allmenntannlege eller tannpleier.

Kjeveortopedien foretar en undersøkelse hvor hensikten er å stille diagnose og på det grunnlag vurdere om pasienten bør anbefales kjeveortopedisk behandling og aktuelt tidspunkt for oppstart av slik behandling. Undersøkelsen følger et standardisert forløp. Den kliniske undersøkelsen suppleres med røntgenbilder og eventuelt modeller av kjevene. I noen tilfeller blir brukeren holdt under observasjon over en periode for å avvente veksten og observere hvordan bittet utvikler seg. Slik regelverket er i dag kan det gis stønad til én forundersøkelse årlig, forøvrig er det ingen begrensninger for stønad til denne undersøkelsen.

I henhold til merknadene til takst 2 (Undersøkelse hos spesialist) omfatter taksten en full klinisk undersøkelse, med sammenfattende beskrivelse for brukeren resultatet av undersøkelsen, en foreløpig behandlingsplan med eventuelle alternative behandlinger, samt prisinformasjon og kostnadsoverslag. Taksten kan også benyttes i de tilfeller undersøkelsen har til hensikt å vurdere behovet for behandling som refunderes etter takstene i denne forskriften uavhengig av om behandlingen iverksettes eller ikke.

Taksten kan kun benyttes én gang i forbindelse med den aktive behandlingen. I forbindelse med kjeveortopedisk behandling kan taksten utløses én gang per år før oppstart av aktiv behandling, i forbindelse med at kjeveortopedien vurderer utviklingen.

Takst 3 Omfattende undersøkelse hos spesialist kan brukes for tilfeller som krever mer omfattende anamnese og klinisk undersøkelse og utredning. Taksten inkluderer vurdering av diagnostiske data, foto og røntgenundersøkelse i forbindelse med planleggingen, henvisning til tannlege for forberedende behandling, henvisning til annen spesialist og tilbakemelding til henvisende tannlege. Taksten omfatter også arbeid knyttet til behandlingen uten at brukeren er til stede, slik som for eksempel skriftlig terapi- og kostnadsoverslag, studier av modeller etc., skriving av henvisninger, skademeldinger og eventuelle konsultasjoner per brev eller telefon.

På samme måte som for takst 2 kan også takst 3 benyttes av tannlegespesialist som får henvist bruker for utredning, diagnostikk og rådgivning om behandling som det vil kunne ytes stønad til, uavhengig av om behandling igangsettes eller ikke.

Taksten kan ikke kombineres med takst 2.

I forbindelse med planlegging av igangsetting av behandling av spesialister i kjeveortopedi kan takst 601 Behandlingsplanlegging benyttes. Denne taksten omfatter i prinsippet flere av de aktuelle arbeidsprosedyrer som takst 3; behandlingsplanlegging, vurdering av diagnostiske data, foto og røntgenundersøkelse i forbindelse med planleggingen, henvisning til tannlege for forberedende behandling, henvisning til annen spesialist og tilbakemelding til henvisende tannlege. Taksten omfatter videre samtale med bruker og foresatt om valg av behandlingsforslag med aktuelle forutsetninger og konsekvenser.

Av merknadene til takst 2 og takst 3 går det utvetydig fram av takst 3 ikke kan kombineres med takst 2. Det innebærer at spesialist må anvende enten takst 2 eller takst 3.

Takst 3 Omfattende undersøkelse hos spesialist er i utgangspunktet ment å dekke alle de omfattende undersøkelser og behandlingsplanlegginger som krever tid og grundighet, inkludert kommunikasjon med henvisende tannlege mv., uavhengig av spesialitet. Ved innføringen av takst 601 ble det gitt mulighet for en tilleggstakst til behandlingsplanlegging for spesialister i kjeveortopedi. Intensjonen fra departementet har vært at ved planlegging og vurdering for kjeveortopedisk behandling kan disse aktivitetene være ekstra omfattende sammenliknet med tilsvarende for andre spesialister.

Det fremgår ikke av merknadene til takst 3 og takst 601, som til en viss grad dekker samme aktiviteter, ikke kan kombineres. En eventuell kombinasjon av takst 3 og takst 601 innebærer at bruk av takst 3 og 601 for samme bruker langt på vei gir en dobbel dekning av mange av aktivitetene som takstene dekker. Dette har ikke vært departementets intensjon.

For å unngå usikkerhet om bruk av takst 2, 3 og 601 og aktuell kombinasjon av disse, foreslår departementet derfor å presisere i merknadene til takst 601 at denne ikke kan kombineres med takst 3.

Forslag til ny tekst til takst 601;

”Takst 601 kan ikke kombineres med takst 3 for samme bruker.”

6 Forslag om endring i bestemmelser om egenandel

6.1 Egenandelstak 2

Ved endringene av regelverket for stønadsberettiget tannbehandling, som trådte i kraft fra 1. januar 2008, ble begrepsbruken i regelverket justert. Dette medførte blant annet at det ikke lenger er behandlingsformen, men diagnosen som avgjør

hvorvidt en behandling er stønadsberettiget. Ved en inkurie ble ikke denne endringen i begrepsbruken gjennomført i forskriften som omhandler Egenandelstak 2, forskrift 19. desember 2002 nr 1789 § 1 bokstav a. Regelverket fremstår av den grunn som unødvendig komplisert. For å synliggjøre at endringen i begrepsbruken ikke var ment å endre hvem som skulle skjermes av egenandelstak2 ordningen, foreslår departementet å endre forskriften.

Forslag til endringer i § 1 i egenandel tak 2 forskriften:

Forskriften gjelder godkjente egenandeler for

- a) Tannlegehjelp ved tilstander som beskrevet i forskrift av 13. desember 2007 nr 1412 § 1 punkt 5: Sykdommer og anomalier i munn og kjeve, punkt 6a: Marginal periodontitt og ved undersøkelse gjennomført forut for oppstart av kjeveortopedisk behandling (punkt 8 Bittanomalier).

6.2 Forslag om å fjerne egenandelstak på 4000 kroner - tannutviklingsforstyrrelser

I følge merknad til § 1 punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser, er det satt et egenandelstak på 4000 kroner for utgifter til behandling for tannutviklingsforstyrrelser (samme egenandelstak som i tidligere bidragsordning). Dette er medfødte utviklingsforstyrrelser av tenner som i enkelte tilfeller kan kreve omfattende behandlinger. Egenandel for behandling av disse tilstandene utgjør ca 20 pst av honorartakstene. Egenandelene inngår ikke i tak 2 ordningen. For både pasient, behandler og NAV er det problematisk å forvalte dette egenandelstaket. Dette er særlig knyttet til at tidsperioden for egenandelstak er tre år, og ikke avgrenset til et kalenderår. Departementet foreslår derfor å fjerne dette egenandelstaket og at stønad til behandling av de aktuelle tilstander ytes etter honorartakst, det vil si ingen egenandeler, slik som for bruker med sjeldne medisinske tilstander mv.

Forslag om ny tekst i merknaden til § 1 punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser:

”Utgiftene dekkes etter honorartakstene.”

7 Utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege i helseforetak

Forskriften til ftrl § 5-6 § 2 tredje ledd bestemmer at utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege i helseforetak dekkes etter forskrift 1. desember 2000 nr 1389 (poliklinikkforskriften). Dersom behandlingen /undersøkelsen ikke dekkes etter forskrift 1. desember 2000 nr 1389, kan det ytes stønad etter bestemmelsene i denne forskriften.

Poliklinikkforskriften ble fra 1. januar 2008 opphevet og erstattet av en ny forskrift. Takst - systemet i den nye forskriften er bygget opp på en annen måte. Takstene for tannbehandling omfattes nå som en ”aktivitet” i DRGsystemet, og er

dermed finansiert gjennom denne ordningen. Tannbehandlingen som omfattes av denne ordningen skal således ikke finansieres ved dekning via folketrygden.

I den sammenheng understreker departementet hovedregelen om at folketrygdloven er en sekundærlov i henhold til annen lovgivning jf ftrl § 5-1 tredje ledd. I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter folketrygdloven. I den utstrekning tannbehandling utført i poliklinikk finansieres gjennom DRGsystemet gis de ikke stønad hjemlet i ftrl § 5-6.

8 Økonomiske konsekvenser av forslagene i høringsnotatet

De siste 3 – 4 år har det skjedd en betydelig økning i utbetaling av samlet stønad til tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6. I perioden 2004 til 2007 var det en økning fra 574 mill. kroner til 854 mill. kroner, dvs. en økning på om lag 280 mill. kroner eller en gjennomsnittlig årlig vekst på 14 pst. Økningen skyldes i hovedsak to forhold. Det ene forholdet er generell pris- og volumvekst. Det andre er en vekst på om lag 115 mill. kroner for stønad til rehabilitering som følge av marginal periodontitt. Veksten i utbetaling av stønad til rehabilitering som følge av marginal periodontitt var vanskelig å forutse. Dels skyldes dette at det ved innføringen av refusjonstakster for slik behandling var knyttet stor usikkerhet til anslagene for behovsromfanget. Innføringen av refusjonsordningen kan dessuten ha ført til en betydelig økning i befolkningens etterspørsel. Med økende kjøpekraft i befolkningen, og med muligheter til stønad fra trygden på i størrelsesorden 30 – 40 pst. av kostnadene, kan det være flere som ser seg i stand til å bekoste egenbetalingen ved rehabilitering av tannløshet etter marginal periodontitt. I tillegg er den geografiske tilgjengeligheten til behandlingsformer med implantater blitt betydelig bedret som følge av økningen i antall tannleger med spesialistkvalifikasjoner eller tilleggsutdanning.

I 2007 ble det totalt utbetalt 977,6 mill. kroner i stønad til tannbehandling, fordelt på 854,5 mill. kroner etter § 5-6 og 123,1 mill. kroner etter § 5-22. Prognosene for 2008, basert på utbetalinger fram til utgangen av september 2008, tilsier en økning på om lag 200 mill. kroner, dvs. vel 20 pst. En stor del av denne økningen kan forklares med en generell pris- og volumvekst. Dette gjelder blant annet behandlinger som kirurgi, behandling av marginal periodontitt, kjeveortopedi og enkelte andre behandlinger hvor det heller ikke tidligere var krav om forhåndsgodkjenning. Den prosentvise veksten har vært størst når det gjelder stønad til rehabilitering etter marginal periodontitt, stønad til tannbehandling av pasienter med kreft, infeksjonsforebyggende behandling ved særlige medisinske tilstander, og pasienter med sjeldne medisinske tilstander. Opphevelse av forhåndsgodkjenning i kombinasjon med stor økning av antall tannleger med direkte oppgjør kan i stor grad ha ført til denne veksten, som særlig har funnet sted i andre kvartal 2008.

Departementet følger nøye utviklingen på stønadssiden. I løpet av 2009 vil det bli gjennomført mer detaljerte undersøkelser når det gjelder formålene som stønadene utbetales til. Dette vil kunne gi bedre grunnlag for å kunne justere regelverket dersom utgiftsveksten vedvarer.

Forslagene til utvidelser av refusjonsordningen som er omtalt i høringsnotatets kapittel 3, og som angår virkninger av sammenslåingen av stønad etter § 5-22 (bidragsordningen) og § 5-6, vil gi noen merkostnader for trygden. Forslagene angår et begrenset antall personer. For den enkelte vil de foreslått refusjonsordninger og takster imidlertid innebære betydelige beløp, med tilsvarende lavere egenbetaling. For mange gjelder dette omfattende behandlinger som følge av alvorlig sykdom eller omfattende skader/ulykker.

Når det gjelder forslag til endringer i regelverk og takster for behandling av marginal periodontitt, vil endringene primært innebære at personer med mildere former for periodontitt vil få noe lavere stønad, mens personer med alvorlig (eller grav) periodontitt vil få en bedre stønadsordning. Samlet sett vil dette kunne gi noe lavere stønad.

Forslagene som angår rehabilitering som følge av marginal periodontitt er i sum anslått til å være omtrent provenynøytralt. Profilen på forslagene innebærer at personer med omfattende behov for rehabilitering som følge av periodontitt, vil få bedre dekning. Det samme gjelder personer som ikke ser seg i stand til å ha økonomi til andre løsninger enn avtakbar protese (gebiss).

Når det gjelder kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier vil de beskrevne forslag til sammen kunne gi noe innsparing.

Forenklingene i regelverk og takster fra 1. januar 2008 i kombinasjon med overføring av bidrag til tannbehandling etter § 5-22 til stønad etter § 5-6 var forutsatt gjennomført innenfor en provenynøytral økonomisk ramme. Som omtalt i kap. 3.1, har det imidlertid vært en betydelig utgiftsvekst på dette området i 2008. Det ser også ut til at opphevelsen i 2007 av forhåndsgodkjenning av tannbehandling som trygden yter stønad til, har medført høyere utgiftsvekst enn anslått ved omleggingen. På denne bakgrunn vil departementet i forbindelse med fastsettelse av takstene i 2009 vurdere behovet for å gjøre justeringer i det samlede refusjonsnivået for å sikre at omleggingene i 2007 og 2008, inkludert justeringene som nå foreslås, samlet sett blir om lag provenynøytrale. I den forbindelse vil departementet også vurdere enkelte justeringer mellom de ulike takstene.