

§ 5-6 Tannbehandling

Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling

Oslo, 01.07.2008

UNNTATT OFFENTLIGHET
Jf. offvl. § 5a

INNHOOLD

1. INNLEDNING	4
2. SAMMENDRAG	5
2.1 FORSLAG TIL REGELVERKSENDNINGER.....	5
2.2 KONSEKVENSER/EFFEKTER.....	5
3. PROSJEKTETS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV.	6
3.1 MANDAT.....	6
3.2 RAMMEBETINGELSER OG FORUTSETNINGER.....	6
3.3 ARBEIDSFORM.....	7
4. GENERELT OM BITT- OG TANNSTILLINGSANOMALIER OG KJEVEORTOPEDISK BEHANDLING	9
4.1 KARAKTERISTIKA.....	9
4.1.1 <i>Ideal – ”normalbitt”</i>	9
4.1.2 <i>Bittets utvikling</i>	9
4.1.3 <i>Prioriteringsindeks</i>	10
4.1.4 <i>Forekomst (prevalens) av morfologiske bittavvik</i>	11
4.1.5 <i>Konsekvenser av å ikke behandle bittavvik</i>	14
4.1.6 <i>Mulige bivirkninger ved kjeveortopedisk behandling</i>	14
4.2 KJEVEORTOPEDISK BEHANDLING.....	15
4.2.1 <i>Beslutning om behandling av bittavvik</i>	15
4.2.2 <i>Fasene i et kjeveortopedisk behandlingsforløp</i>	16
4.2.3 <i>Observasjon i Den offentlige tannhelsetjeneste (DOT)</i>	16
4.2.4 <i>Forundersøkelse</i>	17
4.2.5 <i>Oppstart/behandlingsplanlegging</i>	17
4.2.6 <i>Innledende behandling</i>	17
4.2.7 <i>Behandling</i>	17
4.2.8 <i>Avslutning og retensjonskontroll</i>	18
4.2.9 <i>Antall behandlingsseanser og retensjonskontroller</i>	19
4.2.10 <i>Oppgjør, kontroll og utbetaling</i>	20
4.3 ORGANISERING AV KJEVEORTOPEDI I ANDRE LAND.....	20
4.3.1 <i>Utdannelse</i>	20
4.3.2 <i>Antall</i>	20
4.3.3 <i>Organisering</i>	21
5. KOSTNADER MED OG STØNAD TIL KJEVEORTOPEDISK BEHANDLING	22
5.1 OVERSIKT OVER UTBETALING AV REFUSJON.....	22
5.2 KOSTNADER VED KJEVEORTOPEDISK BEHANDLING.....	24
6. REGELVERK FOR STØNAD TIL KJEVEORTOPEDI	26
6.1 HISTORIKK/UTVIKLING AV REGELVERKET.....	26
6.2 GJELDENE RETT.....	28
6.3 GJELDENE RETT I ANDRE LAND.....	29
6.3.1 <i>Danmark</i>	29
6.3.2 <i>Sverige</i>	30
6.3.3 <i>Finland</i>	31
6.3.4 <i>Sammenligninger og konsekvenser av ulikheter i organisering og finansiering</i>	31
6.4 VURDERING AV GJELDENE RETT.....	32
6.4.1 <i>Vurdering av prioriteringsindeks</i>	32
6.4.2 <i>Vurdering av takstsystem og oppgjør</i>	34
6.4.3 <i>Forholdet til DOT</i>	35
7.	

FORSLAG TIL REGELVERKSENDERINGER	37
7.1 ENDRINGER I INNGANGSVILKÅR, JF. RUNDSKRIV TIL § 5-6	37
7.1.1 C6 Stor plassmangel i fronten - konkretisering av inngangsvilkår	37
7.1.2 Forslag om å oppheve stønad etter ftrl. § 5-6 for gruppe C7	37
7.1.3 C3 Inverteringer - presisering	38
7.1.4 Stønad til kjeveortopedisk behandling ved andre tilfeller enn bittanomalier	38
7.2 ANDRE INNSPILL SOM ER VURDERT	39
7.2.1 C6 Stor plassmangel i fronten – oppjustering av alvorlige tilfeller til gruppe B	39
7.2.2 C4 – oppheve/endre 18-årsgrensen	40
7.2.3 Fysisk og psykisk funksjonshemmede	40
7.2.4 Utvidelser av prioriteringsindeksen	40
7.3 ENDRINGER I TAKSTER TIL § 5-6	41
7.3.1 Viktige egenskaper ved et takstsystem	41
7.3.2 Forslag til nytt takstsystem	41
8. OPPSUMMERING OG VIDERE ARBEID	45
8.1 OPPSUMMERING AV KONSEKVENSER	45
8.2 IMPLEMENTERING AV REGELVERKSENDERINGENE OG VIDERE ARBEID	46
9. REFERANSER	47

VEDLEGG

Vedlegg 1:	Prosjektbeskrivelse
Vedlegg 2:	Gjeldende regelverk
Vedlegg 3:	Forslag til nytt regelverk for stønad til kjeveortopedisk behandling
Vedlegg 4:	Innspill fra Norsk Kjeveortopedisk Forening

1. INNLEDNING

Som oppfølging av Stortingsmelding nr 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester, fikk Arbeids- og velferdsdirektoratet høsten 2007 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å vurdere stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling.

Trygdens stønad til kjeveortopedisk behandling utgjør i om lag 40 % av folketrygdens samlede stønad etter folketrygdloven § 5-6. Regjeringen ønsker en gjennomgang av vilkårene for stønad til kjeveortopedisk behandling, med sikte på å revurdere omfanget av de som bør anses å ha rett til stønad fra folketrygden. Gjennomgangen vil videre omfatte en evaluering av takstsystemet for kjeveortopedisk behandling som ble innført fra 1. juni 2004.

Direktoratet har fra januar til juni 2008 foretatt en vurdering av gjeldende regelverk. Denne rapporten presenterer forslag til regelverksendringer og en beskrivelse av hvilke konsekvenser disse vil medføre.

2. SAMMENDRAG

Arbeids- og velferdsdirektoratet har gjennomgått regelverket knyttet til stønad til kjeveortopedisk behandling gitt i folketrygdløven § 5-6, og har utarbeidet forslag til endringer i regelverket.

2.1 Forslag til regelverksendringer

Alle forslag til endringer i gjeldende regelverk beskrives nærmere i kapittel 0. De viktigste endringsforslagene kan oppsummeres til følgende:

- **Endringer i inngangsvilkår i forskrift til § 5-6 § 1 punkt 8, jf. gruppe C i rundskrivet til § 5-6:**
Arbeids- og velferdsdirektoratet foreslår ingen store endringer i inngangsvilkårene for å få stønad til kjeveortopedisk behandling etter ftrl. § 5-6. Ordningen anses å gi ønsket målretting innenfor det systemet Norge i dag har for stønad til kjeveortopedisk behandling. Det foreslås imidlertid noen presiseringer i gruppe C, som fører til at innslagskriteriet i C6 blir avgrenset og mer detaljert beskrevet. Videre foreslås innslagspunkt C7 fjernet. Prosjektet foreslår også enkelte justeringer i teksten til noen av diagnosene under gruppe C.
- **Endringer i takstsystemet for kjeveortopedi, jf. 600-takstene i Takster for tannbehandling:**
Arbeids- og velferdsdirektoratet foreslår en del forenklinger i takstsystemet til kjeveortopedisk behandling, blant annet med sammenslåing av flere takster.
- **Mulighet for kjeveortopedisk behandling ved andre tilstander enn bittanomali**
Det foreslås å gis stønad til kjeveortopedisk behandling også ved preprotetisk behandling ved tannagenesier, tannskade ved godkjent yrkesskade og ulykker som ikke er yrkesskade.

Forslag til oppdatert rundskriv og takstvedlegg til § 5-6 er utarbeidet i tråd med endringsforslagene (vedlegg 3).

2.2 Konsekvenser/effekter

For takstsystemet innebærer forslagene til endringer at antall takster reduseres. Det foreslås i stor grad en sammenslåing av takster, for å gjøre systemet enklere. På denne måten vil det bli et mer oversiktlig system, samt at det blir enklere å forstå for både behandlere og pasienter. Videre vil systemet generere færre regninger i et behandlingsforløp, noe som vil bidra effektivisering av utbetaling og kontroll av oppgjør for kjeveortopedisk behandling.

En flytting av hovedansvar for etterkontroll til DOT vil trolig redusere stønadsbudsjettet på tannhelseområdet med 25 mill. kroner årlig. En fjerning av repetisjonsadgangen for forundersøkelse vil også gi en betydelig besparelse. Øvrige endringsforslag vil i begrenset grad få økonomiske konsekvenser.

3. PROSJEKTETS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV.

3.1 Mandat

Arbeids- og velferdsdirektoratet fikk høsten 2007 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å foreta en videre gjennomgang av regelverket på tannhelseområdet. I St. meld nr. 35 (2006-2007) ble det trukket frem to spesifikke refusjonsområder i tannhelseregelverket, med behov for ytterligere evaluering og gjennomgang. Direktoratet skal foreta en evaluering av det eksisterende regelverket innenfor stønadsområdene for kjeveortopedi og rehabilitering ved periodontitt. I tillegg skal det foretas en evaluering av de regelverksendringer som nylig har trådt i kraft.

Prosjektet omfatter tre hovedområder:

1. Gjennomgang av stønadsordningen for rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt med sikte på bedre målretting.
2. Gjennomgang av stønadsordningen for kjeveortopedisk behandling.
3. Evaluere de regelverksendringene som trådte i kraft 1. september 2007 og 1. januar 2008

De to første delprosjektene skal leveres til departementet innen 1. juli 2008, mens den siste delen av oppdraget skal leveres innen 1. oktober 2008.

Denne rapporten omhandler delprosjekt 2.

3.2 Rammebetingelser og forutsetninger

Endringsforslagene er utarbeidet iht. oppdragsbrev av 15.11.07 og 30.05.08 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rammebetingelser og forutsetninger for prosjektet er beskrevet i prosjektdirektivet (vedlegg 1) og kan oppsummeres til følgende:

- I utgangspunktet legges det til grunn at forslag til endringer gjøres innenfor gjeldende økonomisk ramme. Eventuelle endringer ut over disse rammene må redegjøres for økonomisk og administrativt
- Prosjektet skal ta utgangspunkt i følgende meldinger og utredninger:
 - NOU 2005:11
 - St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning
 - St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
 - Omlegging av takstsystemet for kjeveortopedisk behandling, innført 1.1.2004
 - Tannhelseprosjektet, gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet (2006)
 - Kartlegging av priser i spesialistpraksis, gjennomført av Jostein Grytten (2006-7)
- Forslagene skal være i tråd med intensjonen om fortsatt målretting. Gjennom folketrygden skal spesielle grupper sikres kompensasjon for særlige utgifter til tannbehandling ved sykdom eller skade som ikke dekkes av annen lovgivning. Dette er et førende prinsipp i alle endringsforslagene
- Foreslåtte regelverksendringer må være hensiktsmessige også administrativt/teknisk, og må tilrettelegge for elektroniske løsninger for innsending, utbetaling og kontroll
- Regelverket skal være enkelt, oversiktlig og brukervennlig
- Omlegging av takstsystemet til prosedyretakster bør tilstrebes så langt det lar seg gjøre
- Prosjektet bør vektlegge ny faglitteratur om kjeveortopedisk behandling

- Vurdering av egenandelstak 2, 18-årsgrense for kjeveortopedi og forholdet til lov om tannhelsetjenesten kan holdes utenfor oppdraget
- Prosjektet skal utarbeide forslag til nytt takstsystem, men størrelsen på takstene holdes utenfor

Direktoratet legger til grunn at dagens organisering av kjeveortopediområdet er utenfor prosjektets mandat å vurdere. Direktoratet er videre kjent med at det for tiden foregår en utredning av spesialistbehovet i Norge. Dette oppdraget berører ikke denne problematikken, men vi ønsker å presisere at dagens regelverk forutsetter en god geografisk spredning av kjeveortopedier.

3.3 Arbeidsform

Arbeids- og velferdsdirektoratet etablerte i desember en prosjektgruppe bestående av overtannlege Per Lüdemann og juristene Karianne Rygh Hjortdahl og Vegard Skaug. Prosjektet ble ledet av en eksternt prosjektleder, Anita Lindholt.

Oppdragsansvarlig for prosjektet er Helen Moltu Christensen, seksjonssjef i seksjon for helsetjenester, avd. Pensjon og ytelser i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Oppdragsassistent er Elin Kristine Fjørtoft, kontorsjef i legemiddel- og tannhelsekontoret.

Det har vært lagt opp til bred involvering fra andre ressurspersoner, både internt i etaten og eksternt blant det øvrige fagmiljøet på tannhelseområdet. Følgende ressurspersoner har bidratt med verdifulle innspill og data:

Eksterne ressurspersoner:

- Jostein Grytten, professor i samfunnsodontologi, Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo
- Arild Stenvik, professor i kjeveortopedi, Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo
- Torgeir Svendsen, spesialist i kjeveortopedi
- Norsk Kjeveortopedisk Forening og Tannlegeforeningen

Interne ressurspersoner:

- Kirsti Trømborg, tannhelsekoordinator, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Marius Gunneng, jurist, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Nils Kirkedam, spesialist i kjeveortopedi og rådgivende tannlege, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Vanja Baumann, saksbehandler, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Per Øivind Gaardsrud, rådgiver, Arbeids- og velferdsdirektoratet

Prosjektet har nedlagt mye tid på å innhente tilgjengelig litteratur og data på tannhelseområdet. Dette har utgjort en svært viktig bakgrunn for vurdering av regelverksendringer og konsekvenser av disse.

I prosjektperioden er det gjennomført en rekke informasjons- og involveringstiltak hvorav de viktigste kan oppsummeres til:

Orienteringsmøter

I februar ble det gjennomført orienteringsmøter med Tannlegeforeningen, Norsk Kjeveortopedisk Forening, Universitetet i Oslo og Sosial- og helsedirektoratet. Formålet med møtene var å gi en kort orientering om prosjektenes mandat og fremdriftsplan, samt innhente innspill, erfaringer og forslag til ressurspersoner som kunne bistå i det videre arbeidet.

Arbeidsmøter

I april ble det gjennomført to arbeidsmøter innenfor kjeveortopedifeltet. På det første møtet deltok Arild Stenvik og Torgeir Svendsen. På det andre arbeidsmøtet deltok representanter fra Norsk Kjeveortopedisk forening og Tannlegeforeningen. På disse arbeidsmøtene ble ulike problemstillinger rundt dagens system diskutert. Det ble videre foretatt en evaluering av inngangsvilkårene for stønad samt det eksisterende takstsystemet. Prosjektet har gjennom disse arbeidsmøtene fått verdifulle innspill til forbedringer av systemet.

I mai ble det gjennomført et arbeidsmøte med ressurspersoner fra NAV Helsetjenesteforvaltning, hvor formålet var å innhente innspill samt kvalitetssikre regelverksarbeidet. I tillegg har det vært løpende kontakt og avklaringer underveis i prosjektet.

4. GENERELT OM BITT- OG TANNSTILLINGSANOMALIER OG KJEVEORTOPEDISK BEHANDLING

4.1 Karakteristika

Kjeveortopedi er den del av odontologien som omfatter diagnostikk og behandling av bitt- og tannstillingsanomalier, samt kunnskap om anomaliens årsaker, konsekvenser og forebyggelse¹. Faget er forankret i kunnskap om kraniofacial vekst og utvikling.

Internasjonalt brukes ordet ortodonti, der "orto" (gresk) betyr rett og "odus" (gresk) betyr tenner. Kjeveortopedi – tannregulering – innebærer at behandler ved hjelp av fastsittende og/eller avtakbar kjeveortopedisk apparatur påvirker kjevener og deres tilvekst, samt forflytter tennene med avvikende posisjon slik at tennenes stilling bedre harmoniserer med det "ideelle" eller "normale" bittet.

4.1.1 Ideal – "normalbitt"

Kjeveortopedisk behandling er behandling av et avvik fra et konstruert ideal – "normal" - okklusjon (bitt). Okklusjonsbegrepet² ble utviklet i siste halvdel av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, og var antagelig koblet til konstruksjon av tannerstatninger i forbindelse med artikulatoppsettning av helproteser. Filosofien bak dette hadde et sterkt matematisk-mekanisk preg, og det er få mennesker i befolkningen som oppfyller kriteriene til et normalbitt.

E. Angle³ beskrev okklusjonen (bittet) ut fra 3 morfologiske typer:

- Angle kl I nøytral okklusjon; "normalbittet"
- Angle kl II distal okklusjon (sv= postnormal)
- Angle kl III mesial okklusjon (sv= prenatal)

Klassifikasjonen er statisk, men brukes fremdeles til å betegne avvik fra det "normale". "Normalbittets" kobling til oral helse og funksjon er uklar, og det er lite kritisk granskning av idealbittsnormen. Imidlertid har en som en konsekvens av dagens samfunnsutvikling også begynt å få et endret syn på dette. Mens den ideelle okklusjon tidligere⁴ ble sett på som «naturens» fullkomne mål og ifølge Angle en forutsetning for god ansiktsestetikk, er i dag variasjon akseptert som det naturlige. Derfor må behandlingsmålet i fremtiden bli mer individualisert, det gjelder å oppnå det behandlingsresultatet som best forener okklusjon og estetikk. For pasienten er oftest estetikken, profilen og smilet det aller viktigste. Det er imidlertid en oppfatning om at jo mer avviket skiller seg fra normalbittet, desto større er risikoen for fremtidig skade.

4.1.2 Bittets utvikling

Tennenes og kjevener tilvekst og utvikling styres hovedsakelig av genetiske faktorer. Under bittutviklingen kan ytre faktorer som fingersuging ha en viss betydning for feilstilte tenner. Utvikling av bittet følger normalt følgende faser:

- 2 ½-3-årsalder; melketannbittet etablert
- 6-14 år; blandingstannsett der melketennene mistes og permanente tenner bryter frem

¹ Stenvik A Innspill til Sejerstadutvalget NOU 2005:11

² SBU – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005

³ Angle EH Classification of malocclusion Dent Cosmos 1899;41:248-64

⁴ Midtbø M: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 556-7

- Fortennene mistes først og erstattes
- 6-årsjekslelene bryter frem bak melketannsjekslelene
- Melketennene i sidesegmentene mistes og erstattes (premolarer og hjørnetenner)
- 12-årsjekslelene bryter frem og etablerer 28-tanns-settet
- I hele perioden skjer det en tilvekst i kjevvene som lager plass for de nye tennene
- Etter etablering av 28-tannsettet foregår det kontinuerlige endringer i bittet

4.1.3 Prioriteringsindeks

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 en konstruert vedtatt norm – normalbittet. Dette betyr at indeksen i detalj beskriver avvikets morfologi i forhold til idealbittet. I Norge regulerer indeksen dermed hvem som skal få stønad, og videre inndeling av karakteristika i gruppene A (svært stort behov), B (stort behov) og C (klart behov) gir indeksen anvisning på grad av stønad som ytes. Indeksen slik vi har den i dag ble utarbeidet i 1985 av en professorgruppe⁵ som en uttalelse i forbindelse med et arbeid som omhandlet folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. I sine kommentarer legger gruppen til grunn for sitt forslag at plassering i gruppe A og B skal være basert på objektivt vurderbare kriterier uten behov for skjønnsmessig vurdering av den enkelte kjeveortoped. I gruppe C ville kriteriene mer være utformet slik at det også må foretas en skjønnsmessig vurdering hvorvidt et kasus er innenfor regelverkets bestemmelser. I sitt vedlegg henviser gruppen til den da gjeldende svenske behandlingsbehovsindeksen⁶. Denne hadde prinsipielt samme inndeling som den norske fikk, men hadde ikke de samme rigorøse detaljbestemmelsene og overlot mer til behandler og individets skjønn. Se for øvrig kapittel 6.1 for mer informasjon om utvikling av det norske regelverket.

Karakteristisk for en morfologisk indeks er at den gir en gradering og vurdering av det morfologiske bittavviket. Problemet med de morfologiske indeksene er i følge SBU at det savnes et vitenskaplig grunnlag angående validiteten (altså om indeksen måler det den skal måle) på de morfologiske prioriteringsindeksene. Når det gjelder den gjeldende norske prioriteringsindeks, la gruppen til grunn for sitt forslag sin faglige vurdering delvis bygget på veldokumenterte vitenskapelige undersøkelser og delvis på gruppens kliniske erfaring gjennom flere år.

I figuren nedenfor er gruppeinndelingen listet opp, og det er foretatt en kategorisering av de forskjellige diagnosene i forhold til kompleksiteten av behandlingen av disse.

⁵ NOU 1986: 25 Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid – vedlegg 9

⁶ Socialstyrelsen. Kungliga medicinalstyrelsens sirkulär, 13. desember 1967, MF nr. 71 1967

Indeks	Avvik	% søknader	Kompleksitet i behandling	Kombinasjon
A1	LKG	0,4		
A2	Kraniofacial lidelse	0,3		
A3	Ortognatisk kirurgisk	0,6		
B1	Horisontalt overbitt >9 mm	14,6	Enkelt; variasjon	C1/B7/C6/C4
B2	Enkelttidig kryss/saksebitt	12,8	Enkelt	C6
B3	Åpent bitt, kun molarkontakt	1,4	Svært vanskelig	
B4	Retinerte front-/ hjørnetenner	4,6	Gjennomsnittlig	
B5	Underbitt, 4 incisiver	2,4	Enkelt – variasjon	
B6	Agenesi/tanntap front	4,5	Enkelt – variasjon	
B7	Dypt bitt 6 mm slimhinnekontakt	15	Enkelt - variasjon	B1/C6
B8	Dobbeltsidig saksebitt	0,1	Vanskelig	
B9	Agenesi, sidesegment > 2 tenner	0,5	Gjennomsnittlig Variasjon	
B10	Agenesi, sidesegment 1 tann	6,6		
C1	Horisontalt overbitt 6-9 mm	26,8	Enkelt – variasjon	C6
C2	Åpent bitt, > 3 tannpar	5	Enkelt	
C3	Inverteringer	14,3	Enkelt	C6
C4	Dypt bitt uten slimhinnekontakt	27,1	Enkelt	C6
C5	Diastema mediale > 3mm	1	Enkelt	
C6	Plassmangel i fronten overkjeve	44,5	Enkelt	C6 underkjeve
C6	Plassmangel i fronten underkjeve	34,3	Enkelt	C6 overkjeve
C7	Okklusjonsavvik	0,2		

Figur 1: Kompleksitet i behandling, Rikstrygdeverkets vurdering (1993)⁷

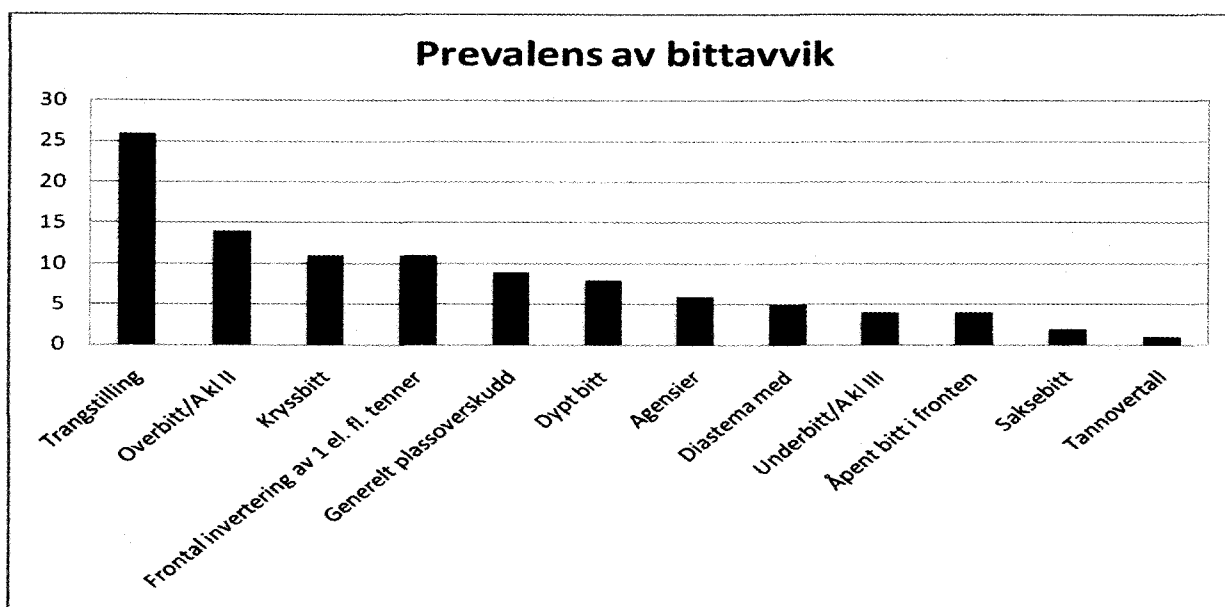
4.1.4 Forekomst (prevalens) av morfologiske bittavvik

Det finnes få undersøkelser som beskriver forekomst og utbredelse av bittavvik, og de studier som finnes viser til dels store variasjoner. Dette skyldes i første rekke ulike definisjoner på hva som karakteriseres som bittavvik og at det således er benyttet ulike målemetoder i undersøkelsene.

I nordisk sammenheng refereres det i flere artikler til en svensk undersøkelse⁸ foretatt i 1971, som viser forekomst av ulike bittavvik, jf. figurene 2-5. Undersøkelsen regnes fortsatt å være valid da dette er den eneste undersøkelsen i Skandinavia som er utført i et større omfang av befolkningen. Bittavvik er videre genetisk bestemt og det er lite variasjoner i Skandinavia. Det er heller ingen grunn til å tro at dette har endret seg siden undersøkelsen ble gjennomført.

⁷ RTV Vedlegg 1 Nr 2 02-05 9/93 Veiledning for RTVs rådgivende tannleger i deres vurdering av rimelig honorar

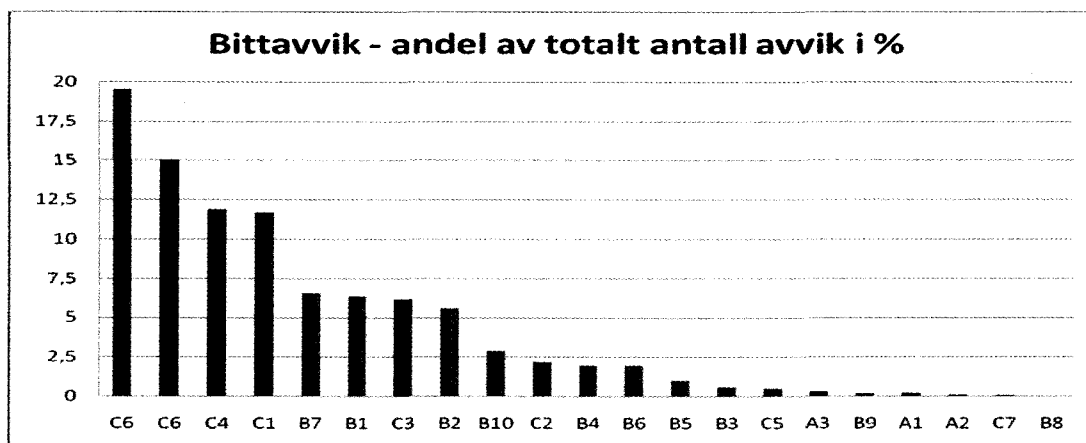
⁸ Thilander B, Myrberg N The prevalence of malocclusion in Swedish schoolchildren Scand J Dent Res 1973; 81:12-21



Figur 2: Prevalens av bittavvik i svensk undersøkelse (1971)

Til tross for variasjonene som de ulike epidemiologiske studier viser over forekomst av bittavvik og behov for behandling i Norden, vises det i en artikkel⁹ til at behandlingsfrekvensen i Norge har holdt seg relativt stabil over flere år. 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 artikkelen ble det også foretatt en analyse av de bittavvik som faktisk blir gjenstand for søknad til folketrygden. Avvikene er gruppert ut fra hyppighet og klassifisering i den norske prioriteringsindeksen. Også fordelingen i de ulike gruppene har holdt seg stabil.

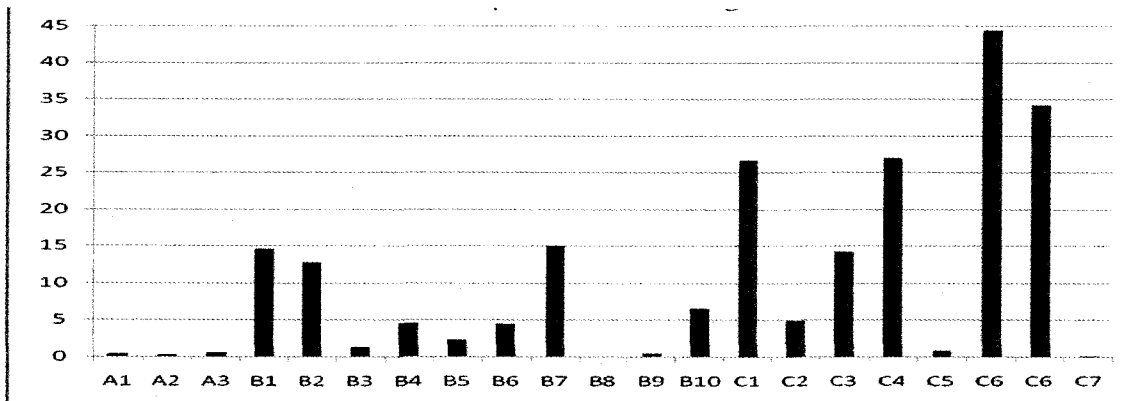


Figur 3: Bittavvik - andel av totalt antall avvik i prosent

I undersøkelsen ble det registrert 15 366 avvik hos 6 726 søkere. Plassmangel på 3 mm eller mer (C6) i over- eller underkjevns front var det hyppigst forekommende enkeltavvik. Økt horisontalt (B1 og C1) og vertikalt (B7 og C4) overbitt utgjorde sammen med plassmangel nærmere 75 % av alle avvik. Fordelingen var nokså lik mellom kjønnene.

⁹ Evjen G, Grytten J, Ramstad T, Ødegaard J, Stenvik A Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111:18-21 Malokklusjoner og søknad til folketrygden

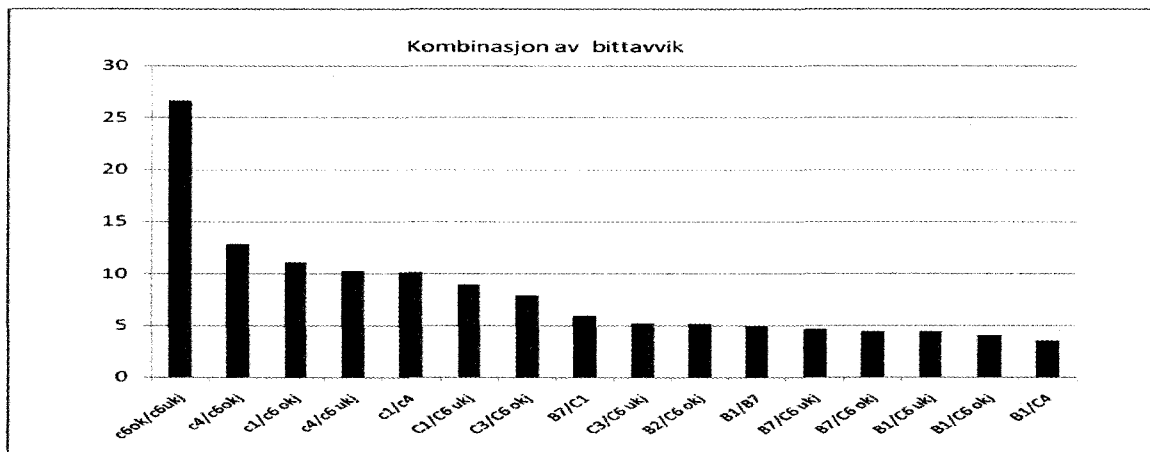
Grupperes andelen av avvik ut fra prioriteringsindeksen får vi følgende diagram:



Figur 4: Avvik fordelt på antall søknader, relatert til totalt antall avvik.

I tillegg til de rendyrkede avvikene som er presentert over, vil en ha varierende grad av kombinasjoner av forskjellige avvik. De vanligste kombinasjoner av to enkeltavvik er gitt i figuren under. Hyppigst var kombinasjonen plassmangel (C6) i over- og underkjeve.

Som vist er det kombinasjoner av avvik som tilhører prioriteringsindeksens gruppe C som er hyppigst forekommende, og en ser også at dette er i overenskomst med de prevalenstall vi har for bittavvik, jf. figur 2.



Figur 5: Kombinasjoner av to enkeltavvik etter totalt antall søknader, i prosent

Når det gjelder i hvilke grupper individene hører hjemme i ved behandling har en funnet følgende tall:

Behov ut fra søknad etter indeks	Kjønn			Totalt
	Menn	Kvinner	Ikke identifisert	
Gruppe A	0,8	0,5	0	1,3
Gruppe B	23,6	24,2	0,7	48,8
Gruppe C	22,5	26,8	0,9	49,9
Totalt	46,8	51,6	1,6	100

Figur 6: Fordeling per gruppe i prosent ut fra antall søknader

Ut fra antall søknader¹⁰ (altså det som skal behandles) utgjør gruppe B og C like stort antall. Dette bekreftes av tall for utbetalt stønad etter folketrygdlovens § 5-6, ref. kapittel 5.

4.1.5 Konsekvenser av å ikke behandle bittavvik

Det vitenskapelige grunnlaget om konsekvensene ved å unnlate å behandle bittavvik kan oppsummeres på følgende måte¹¹:

- Ved stort overbitt og når overleppen ikke dekker fortennene, finnes det en øket forekomst av traumer mot overkjevens fortenner
- Om overkjevens hjørnetenner før sitt frembrudd har feil leie i kjeven, øker risikoen for at de under sin fremvekst skader fortennenes røtter (ektopisk frembrudd)
- Personer med bittavvik har ikke flere kariesskader enn de som har normalbitt
- Sammenheng mellom moderate bittavvik og negativ effekt på selvoppfattelsen hos 11–14-åringer kan ikke vises
- Voksne med ubehandlet bittavvik uttrykker mer misnøye med bittets utseende enn voksne uten bittavvik
- Det vitenskapelige underlaget er utilstrekkelig for å avgjøre om det finnes sammenheng mellom:
 - bittavvik og periodontitt
 - bittavvik og taleproblem
 - bittavvik og tyggefunksjon
 - bittavvik og oppdelingsevne ved tygging og helse
 - det spesifikt ubehandlede bittavvik og symptom givende kjevefunksjonsforstyrrelser

Konsekvensene av ikke å behandle avvik er således i de aller fleste tilfeller ikke spesielt alvorlige når det gjelder somatiske skader/problemer. De største problemene med ikke å behandle et bittavvik vil knytte seg til psykososiale problemer ut fra det rådende estetiske ideal i befolkningen og hos den enkelte. I hvor stor grad et ubehandlet bittavvik innvirker på den enkeltes velbefinnende og dermed psykiske helse vil variere. Dog er det ikke til å komme forbi at kjeveortopedisk behandling i stor grad er knyttet opp til estetiske hensyn, og at det ligger i grenseland inn mot kosmetisk behandling.

4.1.6 Mulige bivirkninger ved kjeveortopedisk behandling

Det finnes kjente bivirkninger ved kjeveortopedisk behandling. De hyppigst forekommende bivirkningene er at tannrøttene blir kortere og at tannbuen minsker i lengde og bredde¹². Enkelte undersøkelser viser at tannrøttene resorberes i tilnærmet alle tilfeller. Vitenskapelig vet man lite om langtidsvirkningene, men på grunn av bivirkningene kan behandlingsresultatet bli ustabil, noe som igjen kan medføre residiv. Se for øvrig kapittel 4.2.8 om oppfølging etter kjeveortopedisk behandling.

I fagmiljøene sies det at verken kjeveortopedier eller øvrige tannleger er seg særlig bevisst på de negative konsekvensene, og det er heller ikke og mye forskning på dette området¹³. En stor undersøkelse i Sverige¹⁴ støtter dette og konkluderer med at man vet for lite om balansen mellom nytten og bivirkningene av kjeveortopedi.

10 Evjen G, Grytten J, Ramstad T, Ødegaard J, Stenvik A Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111:18-21 Malokklusjoner og søknad til folketrygden

11 Ibid.

12 SBU – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005, kapittel 8

13 Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116:135-136

14 SBU – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005

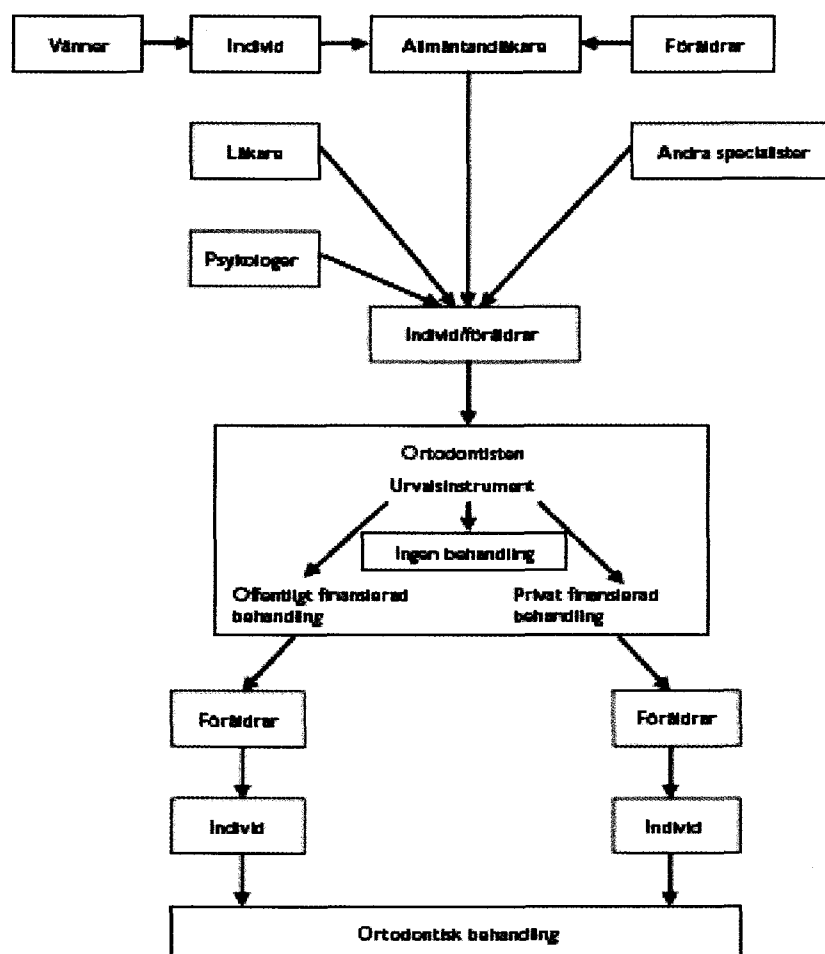
4.2 Kjeveortopedisk behandling

4.2.1 Beslutning om behandling av bittavvik

Som vist over består hovedtyngden av indikasjoner for kjeveortopedisk behandling tilstander som omfatter kun tannstillingen, og behandlingen innebærer at tennene flyttes for å komme i overensstemmelse med "normalbittet". Kun en liten del av indikasjonene forutsetter i tillegg omfattende kirurgisk behandling.

Det å vurdere indikasjonene for tannregulering er en betydelig oppgave. Ettersom "normalbittet" er normen for hvorledes et bitt skal være, kan ubetydelige avvik oppleves som noe som må korrigeres. Avviket kan imidlertid også være uttrykk for individuelle variasjoner i utseendet.

Beslutningen om at kjeveortopedisk behandling skal gjennomføres er kompleks, og ettersom behandlingen i all hovedsak foretas ut fra en estetisk bedømmelse, vil offentlige behandlingsindekser og stønad antagelig ha en viss påvirkning når det gjelder avgjørelsen om det skal i gangsettes behandling eller ei. I land der brukerne selv må finansiere kjeveortopedisk behandling har foreldrenes inntekt stor betydning i beslutningsprosessen¹⁵.



Figur 7: Faktorer som kan påvirke beslutning om kjeveortopedisk behandling

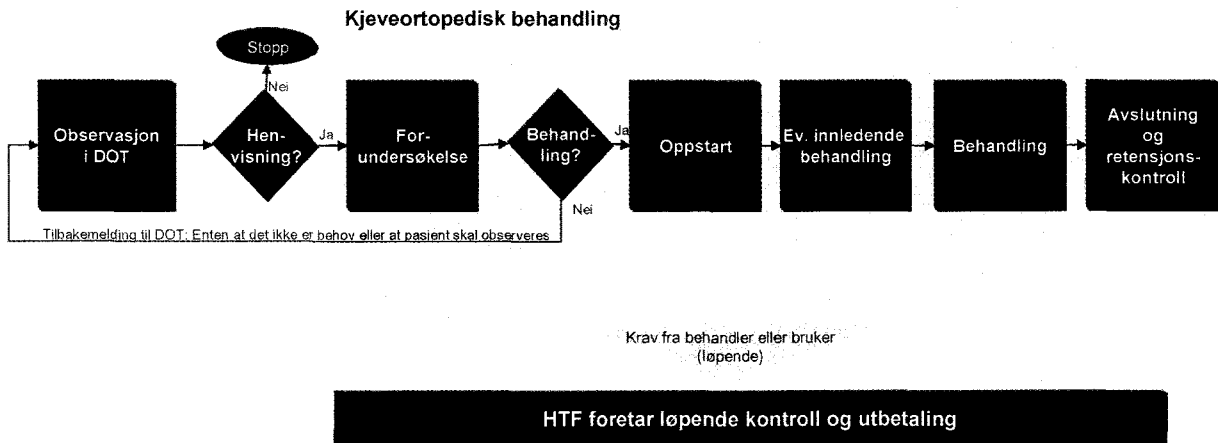
¹⁵ Kelly JE DHEW Publication(HRA) 77-1644; 1977

Figuren over viser skjematisk en del av de faktorer som påvirker avgjørelsen om kjeveortopedisk behandling skal foretas.¹⁶

Kjeveortopeden skal beslutte, blant annet ved hjelp av den morfologiske behandlingsindeksen, om graden av avvik gir individet rett til behandling med stønad fra folketrygdens bestemmelser. Internasjonale undersøkelser¹⁷ viser at heller ikke spesialister er konsekvente i sin tolkning av behandlingsbehovet i forhold til indeksen, dette gjelder særlig ved de mildere bittavvikene.

4.2.2 Fasene i et kjeveortopedisk behandlingsforløp

Kjeveortopedisk behandling kan deles inn i hovedsteg som beskrevet i modellen under.



Figur 8: Behandlingsfaser i kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier

4.2.3 Observasjon i Den offentlige tannhelsetjeneste (DOT)

I Norge blir barn og unge mellom 0 og 18 år innkalt regelmessig og får gratis tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), jf. L03.06.1983 nr. 54 Lov om tannhelsetjenesten. Kjeveortopedisk behandling er imidlertid holdt utenfor, og stønad til slik behandling ytes gjennom Folketrygden.

Som regel startes kjeveortopedisk behandling når individet er på vei inn i tenårene, vanligvis ved 12-14-årsalder. I Norge må de som skal få stønad etter folketrygdlovens bestemmelser etter indeksen gruppe B og C ha påbegynt sin behandling senest det året medlemmet fyller 18 år.

Det er videre en forutsetning at medlemmet er henvist til kjeveortopedisk spesialist av enten allmenntannlege eller tannpleier. Allmenntannlege eller tannpleier skal bedømme om individets bittutvikling, bittmorfologi eller bittfunksjon tilsier en forundersøkelse hos kjeveortoped. Det må også bedømmes om når det riktige tidspunkt å henvise individet videre eller om behandlingen kan foretas hos allmennpraktikeren.

I følge spesialistenes oppfattelse henvises det flere individer enn de som har et kjeveortopedisk behandlingsbehov¹⁸. Ved å overestimere det virkelige behandlingsbehovet vil da henvisende behandler kunne gi individet og pårørende feilaktig oppfattelse av hva samfunnet oppfatter som

¹⁶ SBU – Bittavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005

¹⁷ Malmgren O ;Swed Dent J Suppl 1980; 1-121 og Richmond S, Daniels CP Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 180-5

¹⁸ Birkeland K, Katle A, Løwgreen S, Bøe OE, Wisth PJ; J Orofac Ortop 1999; 60 : 292-307

nødvendig behandling¹⁹. Ettersom allmennpraktikeren er sentral i beslutningsprosessen og henvisning herfra er en forutsetning for offentlig stønad, vil eventuelle misforståelser i vurderingen med hensyn til hva som trenger spesialistbehandling kunne ha stor betydning for individets subjektive vurdering av sitt behandlingsbehov. Det er imidlertid også mange behandlere som føler press fra foreldre som ønsker at barna skal ha perfekte tenner²⁰.

4.2.4 Forundersøkelse

Kjeveortopedien foretar en forundersøkelse hvor hensikten er å stille en diagnose og således avgjøre om pasienten trenger kjeveortopedisk behandling. Forundersøkelsen følger et standardisert forløp og i tillegg til den kliniske undersøkelsen benyttes røntgenbilder. I noen tilfeller blir pasienten holdt under observasjon i ett eller flere år for å avvente veksten og se hvordan bittet utvikler seg. Det kan gis stønad til én forundersøkelse årlig, ellers er det ingen begrensninger for stønad til denne undersøkelsen.

Forundersøkelsen inngår i egenandelstak 2-ordningen, og reisekostnader i forbindelse med undersøkelsen dekkes, jf. Lov om pasientrettigheter § 2-6.

4.2.5 Oppstart/behandlingsplanlegging

Hensikten med denne fasen er å stille en nøyaktig diagnose samt utarbeide behandlingsplan med dertil hørende prisoverslag til pasient. Denne fasen følger et standardisert forløp, og kjeveortopedien utarbeider modeller av kjevene samt benytter ulike typer røntgenbilder (OPG og profilrøntgen tas rutinemessig, øvrige ved behov). I tillegg kommer eventuelt fotografier.

I mange tilfeller gjøres behandlingsplanleggingen samtidig med forundersøkelsen. Skillet mellom forundersøkelse og behandlingsplanlegging kan være subtil på men begge faser refunderes av gjeldende stønadsordning.

4.2.6 Innledende behandling

I en del tilfeller må pasienten gjennomgå en innledende behandlingsfase før hovedbehandlingen kan starte. Dette er behandling som brukes for pasienter med kombinasjonsavvik, og hensikten er å "rydde" i tannrekkene for tilleggsavvikene for å forberede hovedbehandlingen. På denne måten gjøres den totale behandlingstiden kortest mulig. I mange tilfeller kan dyr og komplisert behandling unngås senere, og i noen tilfeller slipper pasient videre behandling.

Både fast og avtakbar apparatur benyttes. På grunn av et stort avvik kombinasjonsavvik og individuelle variasjoner vil denne fasen variere stort både med hensyn til antall besøk og bruk av apparatur. Antall besøk vil også avhenge av pasientens kooperasjonsevne, men vil som regel ta ½-1 år. Det er ofte en behandlingspause etter denne fasen før videre behandling fortsetter.

4.2.7 Behandling

I den aktive behandlingsfasen vil hovedavviket behandles. I de aller fleste tilfeller i Norden benyttes fast apparatur i begge kjever, da dette anses mest kostnadseffektivt og prinsipielt kan brukes på alle typer bittavvik²¹. Behandlingen går raskere og gir bedre resultat. Fast apparatur består av fester (brackets) som limes (bondes) på tennene. Mellom festene er det en metalltråd (bue) som styrer tennenes flytting. I blant må en også bruke ulike typer av fjærer og gummistrikk etter type bittavvik som skal korrigeres.

¹⁹ Richmond S, O'Brien KD, Roberts CT, Andrews M Br J of Orthod 1994; 21 : 65-8

²⁰ Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116:135-136

²¹ SBU – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005

Avtakbart apparatur kan individet selv sette inn og ta ut av munnen. Behandlingsresultatet her er således helt avhengig av individets evne og vilje til kooperasjon. Avtakbart apparatur benyttes derfor i minst mulig utstrekning.

Selve behandlingsfasen er relativt "standardisert" og med nye forankringsmuligheter, f.eks. miniskruer, har pasientens kooperasjonsevne mindre innflytelse på behandlingen.

Vanlig behandlingstid er 1-3 år, med regelmessige besøk hos kjeveortoped hver 5.-6. uke. Tiden medgått ved hvert besøk kan variere en del, men er også relativt standardisert. Spesielle grupper som psykisk utviklingshemmede og andre behandlingskrevende grupper kan kreve noe mer tid. Det er i forkant vanskelig å forutsi varigheten, da vekst og utvikling er uforutsigbart.

4.2.8 Avslutning og retensjonskontroll

Når avviket er ferdig behandlet fjernes det faste apparatur, og tannsettet renses. De fleste som har gjennomgått en kjeveortopedisk behandling må ha en pålimt tråd (retensjonsbue) på innsiden av fortennene for å stabilisere det korrigerende leie for tennene (retensjon). Avtakbar apparatur kan også brukes for å stabilisere bittet etter korreksjon. Også denne fasen følger et standardisert forløp.

Etter at behandlingen er avsluttet vil pasienten bli innkalt til retensjons-/etterkontroller hos kjeveortoped. I de fleste tilfeller foretar kjeveortoped kun en visuell kontroll for å overvåke behandlingsresultatet og se om det har skjedd en forflytning av bittet. I noen tilfeller kan imidlertid retensjonsbuen løsne, og denne må da festes på nytt.

Kontrollene løper som regel over flere år. Regelverket setter en begrensning på seks kontroller, og undersøkelser viser at pasienter i snitt går 5,4 ganger. I neste kapittel beskrives omfanget av retensjonskontroller nærmere.

Målet for kjeveortopedisk behandling er, som tidligere nevnt, som regel å skape et såkalt idealbitt. Undersøkelser viser imidlertid at bittet etter avsluttet vekst ikke kan betraktes som stabilt og helt ferdigutviklet, men vil alltid kunne oppvise mindre forandringer²². Dette kommer dels som følge av naturlig benremodellering i kjevene, dels som følge av forandringer i tannkontakter forårsaket av tannsykdommer og/eller tannlegebehandling. Langsiktig stabilitet etter kjeveortopedisk behandling er derfor problematisk å studere ettersom det tar mange år innen naturlige forandringer i bittet blir tydelige. Det er også vanskelig å skille residiv (tilbakefall) fra normale forandringer. En oppfølging av kjeveortopedisk behandling i ett til to år er en for kort tidsperiode. I følge SBU bør oppfølgingen skje minst fem år etter avsluttet behandling for å være hensiktsmessig. Svenskene har gjennom sin studie kommet til følgende konklusjoner når det gjelder morfologisk stabilitet og pasienttilfredsstillelse, evaluert minst fem år etter avsluttet behandling:

- Behandling av trangstillinger jevner ut tannrekkene men underkjevens tannbue minsker i etterhånd i lengde og bredde, noe som ofte leder til ny trangstilling av underkjevens fortenner. Dette kan ikke forutsis på individnivå.
- Behandling av stort horisontalt overbitt med fast apparatur (Herbst) normaliserer bittet. Tilbakefall forekommer, men kan ikke forutsis på individnivå.
- Det vitenskapelige grunnlaget er utilstrekkelig for konklusjoner om stabiliteten etter behandling av andre morfologiske avvik
- Det vitenskapelige grunnlaget er utilstrekkelig for konklusjoner om pasienttilfredsstillelse på lang sikt (minst fem år) etter utført kjeveortopedisk behandling

²² SBU – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005

4.2.9 Antall behandlingsseanser og retensjonskontroller

Korrektiv tannregulering hos spesialist, ut fra den norske morfologiske indeksen, tar normalt 1-2 år. I denne perioden kommer individet til spesialisten for kontroller hver femte til åttende uke.

Antall behandlingsseanser er gjennom en undersøkelse blant kjeveortopedene i 2006 oppgitt i tabellene under:

Antall behandlinger per pasient under aktiv behandling	Prosent	Kumulativ prosent
< 10	1,0	1,0
10-14	18,3	19,2
15-19	36,5	55,8
20-24	30,8	86,5
>24	13,5	100,0
<hr/>		
Gjennomsnittlig antall behandlingsseanser (n=104)	18,3	

Antall behandlinger per pasient under retensjonsbehandling	Prosent	Kumulativ prosent
< 3	1,8	1,8
3-4	28,2	30,0
5-6	58,2	88,2
7-8	6,4	94,5
> 8	5,5	100,0
<hr/>		
Gjennomsnittlig antall behandlingsseanser (n=110)	5,4	

Figur 9: Antall behandlingsseanser per pasient under aktiv behandling og under retensjonsbehandling²³

Undersøkelsen viser at norske kjeveortopeder i gjennomsnitt benytter 18,3 behandlingsseanser per pasient, og at 86,5 % av behandlingene er gjennomført med maks 24 seanser.

Når det gjelder forskjellene i antall behandlingsseanser, mener forfatterne at disse trolig skyldes ulikheter knyttet til forskjellig pasientsammensetning og dermed varierende behov for aktiv oppfølging. I tillegg gjør nye teknikker det mulig å øke intervallene i forhold til om man bruker mer tradisjonelle teknikker. Ulik praksis kjeveortopedene mellom med hensyn på bruk av nye og gamle teknikker kan forklare noe av forskjellen i antall besøk. Trenden er imidlertid at intervallene øker.

Når det gjelder retensjonskontroller gjennomføres disse innenfor maksimalt antall på seks stykker, og variasjonen er liten.

²³ Grytten J, Skau I Universitetet i Oslo, desember 2006; Kjeveortopedisk praksis 2006

4.2.10 Oppgjør, kontroll og utbetaling

Etter at det ble mulig for behandlere å inngå avtale om direkte oppgjør med NAV, har tilnærmet alle kjeveortopedier inngått en slik avtale. Oppgjørene sendes månedlig til NAV Helsetjenesteforvaltning som foretar kontroll og utbetaler.

4.3 Organisering av kjeveortopedi i andre land

Kjeveortopedisk behandling er ulikt organisert og finansiert i de nordiske landene, og fordelingen av arbeidsoppgaver mellom kjeveortoped, allmenntannlege og annet tannhelsepersonell varierer også.²⁴

Kjeveortopedi som fagdisiplin beskjeftiger seg med avvik i kjever, bitt og tannstilling og ble godkjent som spesialitet i Norge i 1953²⁵. Det er en av de to tannlegespesialitetene som er godkjent av EU. Tannleger og tannpleiere har gjennom sin utdanning fått kompetanse til å stille diagnose og vurdere behov for kjeveortopedisk behandling, mens behandling utføres av spesialister. Disse utdannes ved de odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen. Spesialistutdanning i fagdisiplinen ble fra 1993/1994 treårig. Det uteksamineres årlig i gjennomsnitt 5 spesialister fra disse lærestedene. Antallet spesialister har i Norge vært relativt konstant de siste 25-30 år, ca 185.

Kjeveortopedi er den odontologiske spesialiteten som er godkjent i flest europeiske land (22 av i alt 25 land). Et nytt EU-direktiv for gjensidig anerkjennelse av odontologiske spesialisters kvalifikasjoner forutsetter at utdanningen skal bestå av teoretisk og klinisk undervisning av tre års fulltids varighet på et universitet, kompetansesenter eller tilsvarende institusjon som er godkjent for formålet.

4.3.1 Utdannelse

Ortodonti ble etablert som spesialitet på begynnelsen av 1950-tallet i Danmark, Norge og Sverige, mens den ble spesialitet i Finland i 1975. I alle de nordiske land er spesialistutdanningene i hovedsak lagt opp etter de retningslinjene som ble lagt til grunn i det såkalte «Erasmusprogrammet» i 1991. I Danmark foregår all utdanning ved universitet. Det samme gjaldt tidligere for Norge, men etter to kandidater som i perioden 2003–2006 fikk sin kliniske opplæring ved kompetansesenteret i Tromsø er det nå startet mer regional utdanning av kjeveortopedier. I Finland ledes utdanningen fra universitet som også gir all teoretisk utdanning, mens klinisk opplæring til dels foregår ved kompetansesentre for noen av kandidatene. I Sverige gir kompetansesentre hele utdanningen på egen hånd, men det gis også utdanning ved universitetene.

4.3.2 Antall

Av Europas 300 000 tannleger utgjør ortodontispecialistene vel 10 000 eller 3,5 % av alle tannleger.

I Norden er forholdstallet det samme, med unntak for Norge, der ortodontistene utgjør 5 %. I Norge arbeider majoriteten av spesialistene i privat virksomhet, mens flertallet av ortodontistene i de øvrige nordiske landene er offentlig ansatt.

²⁴ Stenvik A, Torbjørnsen TE: *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 6–9

²⁵ Grytten J, Skau I *Universitetet i Oslo Desember 2006; Kjeveortopedisk praksis 2006*

Bemanningen i form av antall innbyggere per ortodontist varierer i Europa fra 1: 20 000 på Island til 1: 200 000 i Portugal til 1: 25 000 for Norge og 1 på vel 30 000 for de øvrige nordiske land.

4.3.3 Organisering

Fordi bemanningen varierer i de ulike land er det også ulikheter i hvor stor andel av pasientene som blir behandlet av spesialist og hvor mange som behandles av allmenntannlege. I noen land, som Italia, Portugal, Spania og Østerrike, behandles mer enn halvparten av pasientene av allmennpraktiker, men i det store flertall av land utfører ortodontister det meste av behandlingene.

I Norge utføres så godt som all behandling av spesialister, mens omtrent halvparten av behandlingene i Finland gjøres av allmenntannleger. Danmark og Finland har nasjonale retningslinjer for utvelgelse av pasienter for behandling.

I Norge utviklet ortodontien fra 1950–60-tallet seg som en privat tannhelsetjeneste, mens den i de andre nordiske landene ble en del av det offentlige tannhelsetilbudet. I Norge har derfor ortodontisk behandling av barn vært den eneste tannbehandling av barn finansiert gjennom en kombinasjon av egenandeler og trygderefusjon. I de øvrige nordiske land har behandling vært uten kostnader for dem som har fått behandling. Dette ikke har medført forskjeller av betydning mellom landene i hvor stor andel barn som behandles. Trolig kan forskjellene være større innenfor det enkelte land (for eksempel Sverige) enn mellom landene, og må tilskrives andre årsaker. At cirka 1/3 av årskullene blir behandlet i land med så forskjellig organisering, kan tyde på at dette er en fornuftig behandlingsfrekvens.

Forskjellene i organisering kan derimot være årsak til at Norge skiller seg ut, både i Norden og i Europa for øvrig, ved at allmennpraktikere kun i ubetydelig grad utfører klinisk ortodontisk behandling. Det har vært enklere og mer naturlig for spesialister ansatt i samme offentlige tannhelsetjeneste å delegere behandling til allmenntannleger i samme organisasjon, enn det har vært for norske private spesialister å delegere til offentlig ansatte tannleger. Norge har et noe høyere antall spesialister i forhold til folketallet enn de andre landene som ligger svært likt. Dette er naturlig, all den tid spesialistene utfører all klinisk behandling i Norge, og det i Norge også utføres færre kliniske arbeidsoppgaver av andre personellgrupper enn tannleger.

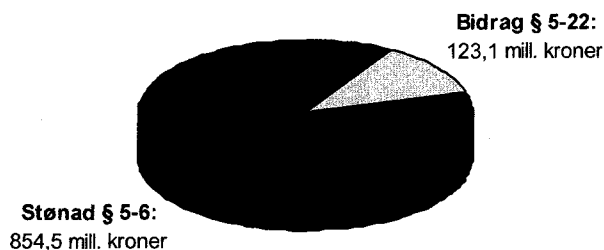
Undervisningen i ortodonti i tannlegestudiet er i de nordiske landene konsentrert vesentlig omkring forståelse av vekst og utvikling, bittovervåking og henvisning, og i mindre grad om aktiv behandling. Samme trend ses i resten av Europa, og er i samsvar med anbefalingene fra den europeiske organisasjonen av utdanningsinstitusjoner, ADEE. Flere undersøkelser viser at spesialister i ortodonti gjennomgående oppnår høyere behandlingskvalitet enn allmenntannleger. Erfaringer fra de nordiske landene tyder i tillegg på at det totalt går med flere tannlegeårsverk ved økt delegering til allmenntannlege. En har derfor i Norge i størst mulig grad brukt spesialister til klinisk behandling og dimensjonert spesialistutdanningen deretter. Samtidig kan en da oppnå at allmenntannleger og tannpleiere kan perfeksjonere sin rolle innen bittovervåking og henvisning i samsvar med den undervisning de har fått i sine respektive studier.

5. KOSTNADER MED OG STØNAD TIL KJEVEORTOPEDISK BEHANDLING

5.1 Oversikt over utbetaling av refusjon

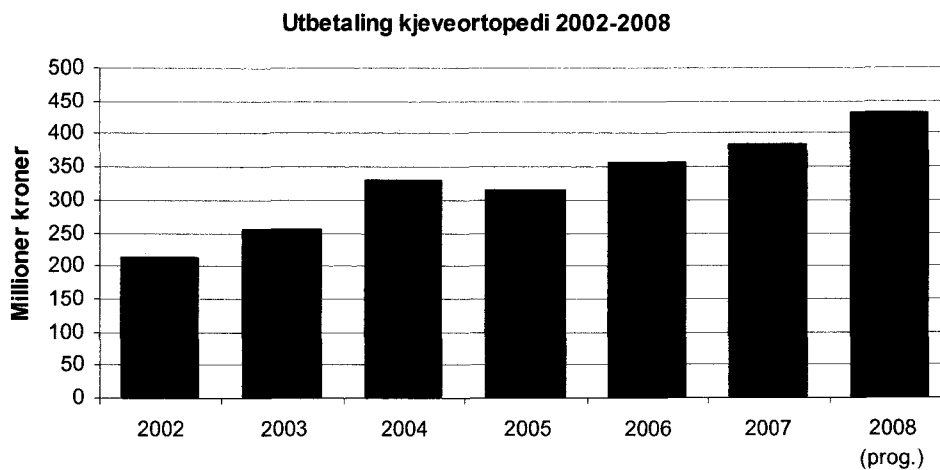
I 2007 ble det totalt utbetalt 977,6 mill. kroner i stønad fra folketrygden til tannbehandling, fordelt på 854,5 mill. kroner etter ftrl. § 5-6 og 123,1 mill. kroner etter ftrl. § 5-22 (jf. figur 10). 1. januar 2008 opphørte folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling under bidragsordningen § 5-22, og bidragsformål ble flyttet til § 5-6. Prognose for 2008, basert på regnskapstallene for de fem første månedene, tilsier en samlet utbetaling på i overkant av 1,1 milliard kroner.

Refusjon for tannbehandling i 2007 var totalt 977,6 mill. kroner



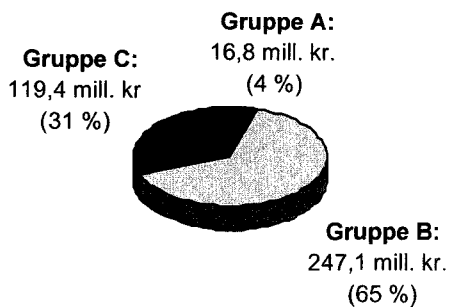
Figur 10: Stønad til tannbehandling i 2007

0



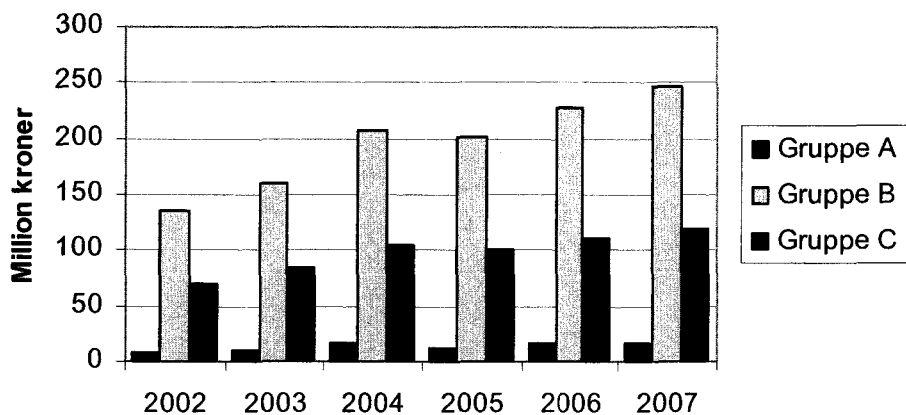
Figur 11: Utbetaling til kjeveortopedi 2002-2008, millioner kroner

Utbetaling i 2007 fordelt på gruppe A, B og C

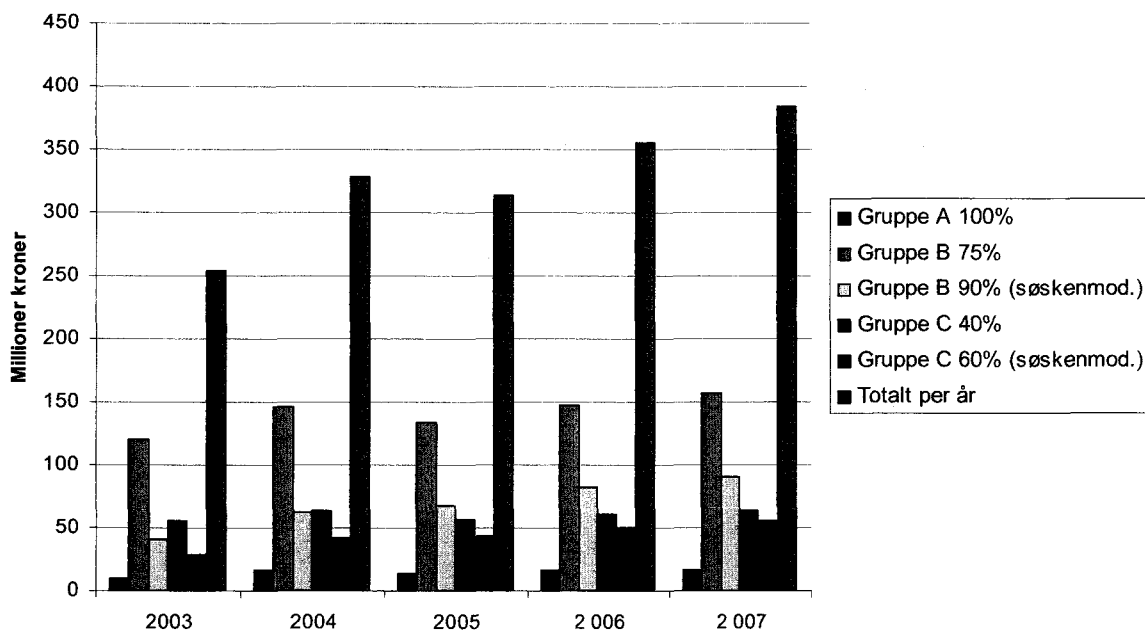


Figur 12: Utbetaling i 2007 per gruppe

Utbetaling per gruppe, 2002-2007

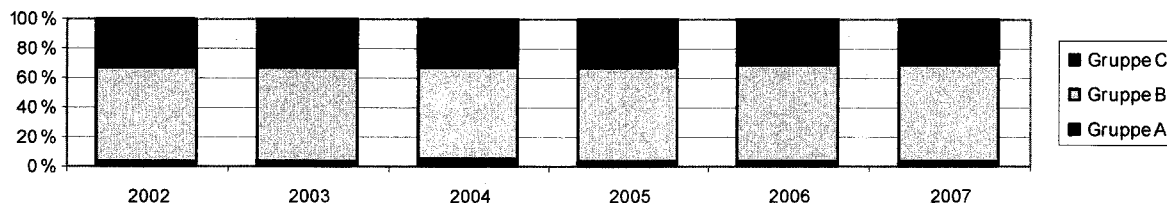


Figur 13: Utbetaling per gruppe 2002-2007, millioner kroner



Figur 14: Utbetaling per gruppe 2003-2007, millioner kroner

Utbetaling per gruppe i prosent



Figur 15: Utbetaling per gruppe 2002-2007, prosentvis fordeling

Folketrygdens utgifter til kjeveortopedisk behandling har steget jevnt de siste årene og utgjorde i 2007 383 mill. kroner, en økning på 28 mill. kroner fra foregående år. Prognosen tilsier at trenden fortsetter også for 2008, til rundt 430 mill. kroner. Etter de fem første månedene i 2008 har utbetalingene økt med 22 mill. kroner, eller 13,5 %, sammenlignet med samme periode i fjor. Økningen er forholdsmessig jevnt fordelt på alle grupper. Dette er en noe større økning enn fra 2006-2007, men på samme nivå som økningen fra 2005-2006.

Direktoratet kan imidlertid ikke si med sikkerhet hva utgiftsøkningen utover prisjustering skyldes.

Det kan tenkes at fjerning av forhåndsgodkjenning for kjeveortopedisk behandling 1. september 2007 kan være en medvirkende årsak. Risikoen for utgiftsøkning i denne forbindelse ble imidlertid ansett som minimal både av Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet fordi de fleste søknader til slik behandling ble innvilget. Kun 1 % av søknader om kjeveortopedisk behandling ble avslått i 2007. Vilkårene for stønad til kjeveortopedi er veldig objektive og i hovedsak basert på numeriske størrelser, og det er ingen tegn til at ordningen i stor grad misforstås eller misbrukes.

Imidlertid er det en utvikling i samfunnet med økt fokus på utseende. Dette har trolig medvirket til en økt etterspørsel etter kjeveortopedisk behandling. Videre har det vært en generell velstandsökning i samfunnet, og flere har mulighet til å betale egenandel og mellomlegg for en relativt dyr behandling. Dette fører til at flere er i stand til å ta imot et behandlingstilbud ut i fra et forbrukerperspektiv.

Fordelingen mellom gruppe A, B og C har holdt seg stabil de siste årene (jf. figur 15). I 2007 ble det innvilget 21 232 søknader, og det ble foretatt utbetalinger til ca. 35 000 brukere. Dette samsvarer med tidligere undersøkelser om at omlag 1/3 av et årskull får kjeveortopedisk behandling, med en gjennomsnittlig behandlingstid på 1 ½ år.

5.2 Kostnader ved kjeveortopedisk behandling

I Norge foregår kjeveortopedisk behandling hovedsakelig i privat virksomhet, og kjeveortopedene har fri etableringsrett. Det er heller ingen fast honorartariff for deres tjenester – i teorien skal deres honorarer være et resultat av konkurransen om pasienter kjeveortopedene i mellom. Det følger av dereguleringen av det private tannhelsemarkedet som fant sted 15. november 1995. I prinsippet er det fri priskonkurranse for alle typer tannbehandling som leveres av allmennpraktiserende tannleger og spesialister i privat praksis. Kjeveortopedene kan derfor beregne seg et honorar som både kan være lavere eller høyere enn de takster Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter (Vedlegg 2). I den grad honoraret er høyere enn

departementets takster betegnes differansen som et 'mellomlegg'²⁶. Dette må dekkes fullt ut av pasientene.

I en undersøkelse foretatt i 2006 fremkom følgende utgifter for det enkelte individ for kjeveortopedisk behandling²⁷:

<i>Kostnad</i>	<i>Kostnad totalt</i>	<i>Kostnad NAVs satser</i>	<i>Refusjon NAV</i>	<i>Egenandel NAV</i>	<i>Mellomlegg</i>	<i>Egenbetaling</i>
Gruppe B	kr 22 800	kr 20 000	kr 15 000	kr 5 000	kr 2 800	kr 7 800
Gruppe B – f.o.m barn nr 2	kr 22 800	kr 20 000	kr 18 000	kr 2 000	kr 2 800	kr 4 800
Gruppe C	kr 20 064	kr 17 600	kr 7 040	kr 10 560	kr 2 464	kr 13 024
Gruppe C – f.o.m barn nr 2	kr 20 064	kr 17 600	kr 10 560	kr 7 040	kr 2 464	kr 9 504

Figur 16: Gjennomsnittlige utgifter per gruppe for kjeveortopedisk behandling

²⁶ I takstbrukundersøkelsen til Arbeids- og velferdsdirektoratet er ikke mellomlegget inkludert i den beregnede egenandelen på ca 190 millioner kroner (2)

²⁷ Grytten J, Skau I Universitetet i Oslo, desember 2006; Kjeveortopedisk praksis 2006

6. REGELVERK FOR STØNAD TIL KJEVEORTOPEDI

6.1 Historikk/utvikling av regelverket

1939 – Etablering av stønadsordning

Stønad til kjeveortopedisk behandling ble inkludert i trygdens stønadsordning i 1939.

1955 og 1957 – Rikstrygdeverket utvider stønadsordningen

I 1955 etablerte Rikstrygdeverket en stønadsordning for pasienter med kjeve-, leppe- ganespalte, og i 1957 ble det utarbeidet retningslinjer til trygdekantorene slik at også andre former for avvik i bitt og kjever kunne innvilges stønad, varierende fra 20 til 75 % avhengig av alvorlighetsgrad.

1971 – Refusjonstakst innført

I 1971 ble det innført refusjonstakst for kjeveortopedi. Ordningen var utformet slik at det ble utbetalt inntil et fast beløp, som en relativ andel av honorar. I en honorarundersøkelse utført av Norsk Kjeveortopedisk Forening i mars 1984, fremgikk det at egenbetalingen relativt sett utgjorde fra 50 % til 90 % av honoraret²⁸.

1985 – Professorutvalget og 1986 – NOU 1986:25

Det ble i NOU 1986:25 foretatt en utredning av organiseringen av finansiering av kjeveortopedi. Når det så gjaldt organisering og finansiering av den kjeveortopediske delen av tannhelsetjenesten hadde utvalget flere modeller oppe til vurdering:

- Alle trygdemidler overført til fylkestannhelsetjenesten (DOT) som rammetilskudd
- Lukket arbeidsmarked for kjeveortopedier og styring gjennom godkjent helseplan for grunnlag for praksis med innsats av trygdemidler
- Rammetilskudd til fylkeskommunene, driftsavtaler med kjeveortopedene. En ordning lik den som gjelder for legespesialister.
- Videreføring av gjeldende ordning med refusjon til den enkelte pasient, med eller uten endringer

Utvalget ble stående ved at de to sistnevnte modeller var mest aktuelle, og delte seg i synet på hvilken som skulle anbefales. Flertallet (6 av 9 medlemmer – alle fra offentlig forvaltning) foreslo at det ble etablert en ordning med rammetilskudd til fylkeskommunen og driftstilskudd kombinert med trygderefusjon til de kjeveortopedene fylkeskommunen inngår avtale med. Flertallets argumentasjon kan oppsummeres til følgende:

- Myndighetene vil med denne modellen få en akseptabel styring med geografisk spredning av kjeveortopedier i landet og dermed en brukbar geografisk fordeling av midlene
- Modellen vil gi det offentlige en brukbar styring med den totale kjeveortopediske behandlingsskapasitet som får offentlig finansiering
- Flertallet forutsetter at professorutvalgets gruppeinndeling legges til grunn for denne modellen
- Tilskottsordningen over trygden til kjeveortopedisk behandling må forenkles, ordningen burde være laget etter samme hovedmodell som for andre helsetjenester
- Egenbetaling kan reduseres ved at rammetilskudd og driftstilskott heves – og en slik utvikling vil etter flertallets oppfatning føre til at en bør vurdere om kjeveortopedisk spesialisttjeneste skal integreres fullt ut i den offentlige tannhelsetjenesten

²⁸ NOU 1986:25 Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid

- Når det gjaldt andre spesialister (spesialister i periodonti og oral kirurgi) så flertallet ingen grunn til at de skulle ha en lignende finansieringsordning – en anså at behovet for styring var betydelig større for kjeveortopedi enn for andre odontologiske spesialiteter

Stikkordsmessig hadde flertallet følgende fordeler og ulemper ved sitt forslag:

- Fordeler:
 - Akseptabel styring med spredning av kjeveortopeder
 - Mindre behov for rådgivende tannlegearbeidstid
 - Avlastning av lokale trygdekontor
 - Færre skjema for behandlende tannlege
 - Bedre geografisk spredning av trygdemidlene til kjeveortopedisk behandling
 - Likheter med legespesialitetene
 - Enklere for pasientene
- Ulemper:
 - Nesten lik refusjon til alle kjeveortopeder uavhengig av produktivitet
 - Det må forhandles lokalt om driftstilskott og sentralt om taksrevisjon
 - Økt behov for tilsyn med kjeveortopedene
 - Mulighet for to-prissystem

Mindretallet (3 av 9 medlemmer – 1 kjeveortoped, 1 fra NTF og 1 fra RTV) mente at utvalget var enig om at behandlingsomfanget mht. årskull (ca 1/3 av årskullene tilsvarende ca 20 000 barn/år) som får stønad fra folketrygden var avklart, og at en med "professorutvalgets" gruppeinndeling hadde en vitenskapelig basis for behovsgrupperingen over de avvik som berettiget til offentlig stønad.

Mindretallets forslag:

- Refusjon ytes gradert etter behov for behandling iht. fastlagte kriterier etter "professorutvalgets" forslag
 - gruppe 1 - 100 % refusjon
 - gruppe 2 - 45 % refusjon
 - gruppe 3 - 10 % refusjon
- For konsultasjon og røntgenopptak skal det fortsatt ytes refusjon
- For gruppe 1 og 2 gjøres refusjon ubetinget pliktmessig, mens den for gruppe 3 gjøres betinget pliktmessig
- Trygden dekker utgifter til reise, opphold m.m. for pasienter i alle 3 grupper i samsvar med vanlige prinsipper i Folketrygdløven

Mindretallet mente deres forslag hadde følgende fordeler:

- Modellen representerer en forenkling av et velprøvd og velfungerende system
Trenger ikke ressurser til å gjennomføre avtale- og kontrollordninger som vil følge med en ordning med rammebevilgninger og driftstilskudd
- De avsatte midler vil til enhver tid bare benyttes til kjeveortopedisk behandling og gå direkte til behandlingen av den enkelte pasient etter klare kriterier. Flertallets forslag åpner mulighet for offentlig delfinansiering av kjeveortopedisk behandling til ikke prioriterte grupper
- Modellen vil gi et ensartet system for hele den del av tannhelestjenesten som forutsettes delvis finansiert gjennom folketrygden
- Den foreslåtte ordningen med trygde-refusjon vil ikke bidra til at det utvikler seg et to-pris system for kjeveortopediske tjenester, eller på lengre sikt antagelig også to kategorier kjeveortopeder

- Med trygderefusjonsmodellen unngår en fastlåsning av strukturen i norsk kjeveortopedi. Både mellom fylker og innenfor det enkelte fylke kan tilpassing av ressursene bli vanskelig gjort ved endrede forutsetninger
- Med fortsatt trygderefusjon unngår man å måtte etablere overgangsordninger for pasienter som er under behandling

Mindretallets konklusjon var at en ønsket at ordningen med trygderefusjon fortsatte, men med nødvendige forandringer av ordningen som foreslått. Det ble understreket at refusjonen måtte komme dem til gode som har største behandlingsbehov, og at midlene ledes til prioritert kjeveortopedisk behandling i et kontrollert system.

Resultatet av utvalgsarbeidet var at det ble opprettholdt en ren trygdefinansiering av kjeveortopediområdet, svært likt det mindretallet i utvalget foreslo.

I forbindelse med utvalgsarbeidet i NOU 1986:25 fremmet de kjeveortopediske avdelingene ved universitetene i Bergen og Oslo (professorutvalget) et felles forslag til gruppering av kjeveortopediske pasienter. Forslaget ble utarbeidet med den forutsetning at de som har store behandlingsbehov skulle få større refusjon enn tidligere, og de med små eller marginale behov skulle få lite eller ingen refusjon.

1990 – Ny gruppeinndeling for stønad til tannbehandling

I 1990 ble ny gruppeinndeling for stønad til kjeveortopedisk behandling, basert på forslaget fra professorutvalget. Disse inngangsvilkårene har frem til i dag vært bestemmende for hvem som får finansiert sine utgifter til kjeveortopedisk behandling gjennom folketrygden.

2002 – Søskenmoderasjon innført

I 2002 kom det en ny skjermingsordning som innebar søskenmoderasjon for familier med to eller flere barn med behov for kjeveortopedi. Refusjonssatsen fra og med barn nummer to økes, se nærmere under pkt 6.3 om gjeldende rett.

2004 – Stykkpristakster innført

Den 1. januar 2004, trådte nytt system for refusjon med stykkpristakster i kraft. Forslag til nytt takstsystem ble fremarbeidet gjennom arbeidsgruppe satt ned av Rikstrygdeverket på oppdrag fra departementet. Arbeidsgruppen bestod av Norsk Kjeveortopedisk Forening, Tannlegeforeningen, ansatte ved oppgjørskontor og trygdekontor og Rikstrygdeverket. Bakgrunnen for omlegging av takstsystemet var innføring av direkte oppgjørsordning for tannleger og å komme bort fra overslagsberegningen som kjeveortopedene opererte med, og oftest fikk refundert, da det ikke var mulig å kontrollere faktiske utgifter. I den forbindelse ble det fra Norsk Kjeveortopedisk Forening fremmet forslag om en omlegging av takstsystemet, som da bestod av både timehonorar og stykkpristakster, til en fullstendig omlegging til stykkpriser. Arbeidsgruppen kom frem til et system med små stykkpriser. Disse stykkprisene gjaldt behandlinger som faktisk blir utført ved hvert behandlingsbesøk. Dette mente arbeidsgruppen i større grad ville være tilpasset et system med direkte oppgjør.

Etter at det ble mulig å inngå direkte oppgjør og det nye takstsystemet trådte i kraft, har tilnærmet alle kjeveortopedier som praktiserer for trygdens regning inngått avtale om direkte oppgjør.

6.2 Gjeldende rett

I henhold til ftrl. § 5-6, jf. § 1, pkt. 8 i forskrift av 13. desember 2007 nr. 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom (forskrift om stønad til tannbehandling), ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved bittanomalier.

Med hjemmel i forskriftens § 1 siste ledd har Arbeids- og velferdsdirektoratets utarbeidet et rundskriv til ftrl. § 5-6. I Rundskrivets kap. II er det gitt utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer til forskriften. Her finnes merknad til forskriftens § 1 pkt. 8 Bittanomalier, med en uttømmende liste over hvilke anomalier det kan ytes stønad til. Listen er morfologisk inndelt, og innslagspunktene er svært detaljert og konkret beskrevet, ref. kapittel 4. Nåværende vilkår for stønad har vært gjeldende siden 1990. Klassifiseringen av pasientene til de ulike gruppene blir gjort av den behandlede kjeveortoped på grunnlag av de faglige kriterier som er nedfelt i listen.

Utgiftene dekkes etter ulik prosentsats av honorartakst avhengig av hvilken gruppe brukeren faller inn under. Gruppe A, B og C dekkes med henholdsvis 100 %, 75 % og 40 % av honorartakst. Intensjonen bak denne inndelingen, er at de med størst behandlingsbehov skal få mest i refusjon. I tillegg finnes det en skjermingsordning for familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedi. Bakgrunnen for ordningen er at avvik ofte er arvelige. Fra og med det andre barnet økes refusjonssatsen fra 75 % til 90 % i gruppe B og fra 40 % til 60 % i gruppe C. Ved tilstander som faller inn under gruppe B og C må behandlingen være påbegynt senest det året medlem fyller 18 år, for å være berettiget til stønad.

Behandlingskostnadene for den enkelte pasient beregnes på grunnlag av takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, som finnes i Takster for tannbehandling. Ved behandling av bittanomalier, kan man utløse takster under følgende takstgrupper:

- G: Kjeveortopedisk behandling (takst 601 – takst 607b)
- A: Generelle tjenester, takster for forundersøkelse
- H: Øvrige behandlinger
- I: Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser

Kjeveortopedien er ikke bundet av de offentlig fastsatte takstene, og kan kreve pasienten for ytterligere betaling utover fastsatt egenandel. Et ev. mellomlegg vil sammen med egenandelen utgjøre pasientens egenbetaling.

Det er en forutsetning for stønad at behandlingen er utført av spesialist i kjeveortopedi, samt at det foreligger henvisning til kjeveortoped fra allmenntannlege eller tannpleier.

6.3 Gjeldende rett i andre land

6.3.1 Danmark

I dansk Bekjentgørelse om tandpleje i § 2 nr. 4) er det fastsatt at barne- og ungdomstannpleien skal omfatte behandling av anomalier, lesjoner og sykdommer i tann- og munn- og kjeve-regionen og tannregulering. Det er fastsatt nærmere retningslinjer i bilag 1 til bekjentgørelsen.

Kjeveortopedisk behandling en del av den behandling som barne- og ungdomstannpleien (offentlig tannhelsetjeneste) tilbyr²⁹. Forvaltningsnivået for barne- og ungdomstannpleien er kommunene. Langt de fleste danske kommuner har valgt å organisere denne tjenesten på offentlige klinikker (klinikkommuner), og ca. 85 % av de i gruppen 0-17 år blir behandlet her. I de resterende kommunene utføres den kommunale tannpleie hos privatpraktiserende tannleger som kommunen har inngått avtale med (praksiskommuner). Ca. 15 % av de aktuelle 0-17-åringene blir behandlet i praksiskommunene.

²⁹ Sundhedsstyrelsen 2004; Tandplejens struktur og organisation

Av retningslinjene fremgår det at utvelgelse til ortodontisk behandling finner sted på grunnlag av en biologisk risikovurdering, der formålet er å diagnostisere de tannstillingsfeil som innebærer forutsigbare eller eksisterende risiko for fysiske skader og/eller psykososiale belastninger. Det kan forventes at noen barn selv med utpreget ortodontisk behandlingsindikasjon ikke ønsker behandling. Omvendt vil andre barn med mindre alvorlige tannstillingsfeil kunne uttrykke et meget sterkt ønske om behandling. Utvelgelsen finner sted dels ved de regelmessige, generelle undersøkelser, dels ved systematisk screening.

Det danske systemet har den fordel at hver enkelt tilfelle blir vurdert for seg. Det er på den måten ingen uttømmende liste. Systemet er mer fleksibelt enn det norske i så måte. Samtidig vil det i et slikt system være risiko for at like tilfeller behandles ulikt, med den konsekvens at økonomi kan være en avslagsgrunn. Videre er finansiering av dansk kjeveortopedi lagt opp gjennom rammetilskudd. Dette betyr at hvis man søker om behandling når budsjettet er oppbrukt, er det ikke mulig å få slik stønad i inneværende år, og pasient må ev. vente til neste år.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i sine retningslinjer at alle barn undersøkes av spesialtannlege med henblikk på å oppnå et ensartet vurderingsnivå som grunnlag for en hensiktsmessig faglig og ressursmessig styring av området. Det anbefales videre at den kjeveortopediske behandling forestås (men ikke nødvendigvis utføres) av kjeveortopeder.

Av de ca. 200 klinikkommuner deltar i alt 31 kommuner i en felleskommunal ordning (1999-tall). I de resterende ca. 170 klinikkommuner har ca. 120 kommuner ansatt en kjeveortoped med en stillingstørrelse på 150 timer eller mer, mens ca. 40 klinikkommuner har ansatt en kjeveortoped på konsulentbasis (stillingstørrelse på mindre enn 150 timer – i gjennomsnitt 53 timer/år). 20 % av klinikkommunenes ortodontiske behandlinger utføres av allmenntannlegene. For de ca. 15 % i aldersgruppen mellom 0 og 17 år som behandles i praksiskommunene blir den kjeveortopediske behandlingen utført av privatpraktiserende kjeveortopeder.

6.3.2 Sverige

I Sverige defineres rettighetene til tannbehandling bl.a. i Tandvårdslagen (1985:125). I denne lovens § 7 pålegges Folktandvården ansvaret for regelmessig og fullstendig tannbehandling for barn og ungdommer til og med det året de fyller 19 år. Kjeveortopedi er således en integrert del av den offentlige tannhelsetjenestens tilbud, og ved behov for behandling på spesialistnivå utføres det av ansatte kjeveortopeder i Folktandvården.

I Sverige brukes det flere ulike prioriteringsindekser for kjeveortopedisk behandling. Dette har sammenheng med at Folktandvården administreres av läne, og at disse har ulike varianter av prioriteringsindekser, delvis avhengig av ressursituasjonen i det enkelte län.

I de tilfellene der det gis statlig refusjon til kjeveortopedisk behandling, reguleres det av bestemmelsene for statlig stønad til tannbehandling³⁰. Her er det bestemt at avviket skal være funksjonelt eller utseendemessig tydelig forstyrret og av et omfang som samsvarer med følgende behandlingsbehov:

- Stort behov:
Utseendemessig eller funksjonelt sterkt forstyrrende anomalier, som prenatal tvangsbitt, dype bitt med gingival irritasjon, ekstreme åpne bitt, tvangsførende og taleforstyrrende kryss- og saksebitt, uttalte frontale trang- eller trangstillinger, postnormale bitt med stort horisontalt overbitt, retinerte hjørnetenner, estetisk eller funksjonelt forstyrrende rotasjoner eller omfattende i sidesegment

³⁰ SFS 2008:193

- Veldig stort behov:
Utseendemessig eller funksjonelt handikappende anomalier, som LKG-defekter, ekstreme post- og prenatal bitt, retinerte incisiver i overkjeven eller omfattende agenesier.

I tilfellene der staten gir refusjon til kjeveortopediske behandlinger er takstene for behandlingen prosedyretakster og inneholder følgende elementer:

- Fotodokumentasjon
- Kefalometrisk måling og analyse ("tracing")
- Fullstendig behandling
- All kjeveortopediske materialer av standardkarakter
- Retensjonsapparat (fast eller avtakbar)
- Besøk for kontroll av retensjonsapparat inntil ett år etter avsluttet aktiv behandling, ev. til behandlingen anses avsluttet

Disse må selv dekke kostnadene, og derfor opererer de fleste länene med prosedyretakster for den kjeveortopediske behandlingen – dvs. pasienten må betale en fast sum for hele behandlingen uavhengig av antall besøk osv, men det skilles mellom komplisert og enkel behandling.

6.3.3 Finland

I Finland er det kommunene som har det utøvende offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten.³¹ Finland har ikke noe forvaltningsnivå tilsvarende fylkeskommunen i Norge, men kan for noen oppgaver opprette kommuneforbund. Bruken av kommuneforbund er ikke nevnt i forbindelse med tannhelsetjenesten. Kommunene driver klinikker tilknyttet helsesentra. Det eksisterer en trygdeordning (KELA) der økonomien blir sikret av regjeringen fra skatteinntektene. Av totale tannhelseutgifter i Finland blir 36 prosent dekket av det offentlige, hvorav halvparten av kommunene og halvparten av staten. Av alle utgifter betaler KELA sju prosent og arbeidsgiverne én prosent. Fram til 2002 måtte voksne betale alle tannhelseutgifter selv, men etter den tid er også de omfattet av KELA-ordninger. For voksne er tjenesten på de kommunale tannklinikker vanligvis billigere enn hos privatpraktiserende. Etter 2002 kan ikke de kommunale tannklinikker nekte tilgang til tannhelsetjenestene ut fra alderskriteria

Tjenesten for aldersgruppe opp til 19 år er gratis, og inkluderer kjeveortopedisk behandling som da skjer ved de offentlige tannklinikker. Finland har nasjonale retningslinjer for utvelgelse av pasienter for behandling. På grunn av mangel på kjeveortopedier har det i Finland vært et behov for å utvikle enkle behandlingsmetoder som allmenntannlegene kan utføre på de offentlige tannklinikker under veiledning av spesialister³². Dette har medført at det i Finland er vanlig med tidlig kjeveortopedisk behandling (før 9-årsalder). Hensikten er å minske fremtidig behandlingsbehov.

6.3.4 Sammenligninger og konsekvenser av ulikheter i organisering og finansiering

Det svenske systemet er i likhet med det norske delt inn i behovsnivå, men i motsetning til Norge har man ikke en uttømmende liste. Dette gjør det svenske systemet mer fleksibelt. Det danske systemet er i sin organisering svært fleksibelt, med en konkret individuell vurdering av hvert enkelt tilfelle.

³¹ NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet

³² Tandläkartidningen Årg 99 NR 1 2007

Bakgrunnen for at det svenske og danske systemet har mer åpne innlagskriterier for stønad, er at begge disse systemene er finansiert gjennom fylkeskommunale rammetilskudd og at behandlingen i hovedsak utføres ved offentlige tannklinikker av ansatte kjeveortopeder eller allmenntannleger.

I Norge er behandlingen i sin hovedsak privatisert og utføres av kjeveortopeder i egen praksis, og det er ikke rammefinansiering. Pasientene kan til en viss grad selv bestemme hvilken kjeveortoped som skal utføre behandlingen, og behandlingen utføres i sin helhet av spesialister. Dette tilsier at man i det norske systemet har større behov for en detaljert regulering av hvem som har krav på stønad.

I de andre nordiske landene er prioriteringsindeksen etablert mer som en begrensende faktor, siden budsjetttrammene for de offentlige systemene er begrenset.

Den svenske måten å finansiere kjeveortopedien på ved at det er en sum som utbetales for en type behandling, hadde vært problematisk å gjennomføre i vårt refusjonssystem. Begrunnelsen for dette er at det er et prinsipp i folketrygdloven at utgiften må være påløpt før det kan utbetales refusjon, jf. ftrl. § 5-1. I denne sammenheng kunne derfor ikke et engangsbeløp blitt utbetalt før behandlingen var avsluttet. Dette betyr en lang behandlingsrekke uten refusjon til behandleren. Dette ville være vanskelig for behandleren å kunne klare økonomisk, spesielt for nyetablerte. Videre ville det kunne skape problemer i forhold til pasientens egenbetaling.

Kjeveortopedisk behandling er ulikt organisert og finansiert i de nordiske landene, og fordelingen av arbeidsoppgaver mellom kjeveortoped, allmenntannlege og annet tannhelsepersonell varierer også. En ser også at forskjellene i organisering og finansiering har konsekvenser for utdanning, antall spesialister og behandling.

6.4 Vurdering av gjeldende rett

6.4.1 Vurdering av prioriteringsindeks

Som vist i kapittel 4.1.1 er kjeveortopedi en behandling av et avvik fra et konstruert ideal. Det er få mennesker i befolkningen som oppfyller kriteriene til et normalbitt. Likevel brukes det til å betegne avvik fra det "normale".

Prioriteringsindeksen beskriver avvik fra det konstruerte idealet. Jo større avvik, desto større "alvorlighetsgrad" og høyere stønad. "Normalbittets" kobling til oral helse og funksjon er uklar, men samtidig fungerer prioriteringsindeksen til å opprettholde idealbittsnormen. På denne måten kan det spissformulert hevdes at Staten bidrar til å opprettholde et skjønnhetsideal i forhold til tannstillinger, med dertil tilhørende gradering av avvik.

Behandler kan ved bruk av prioriteringsindeksen i stor grad påvirke pasientenes og pårørendes oppfatning av hva som er behandlingstrengende avvik. Ettersom det er uklar sammenheng mellom "normalbittet" og oral helse/funksjon, vil ofte estetiske vurderinger være fremtredende. Dermed vil mye av den kjeveortopediske behandlingen oppfattes som kosmetisk behandling, og således være i motsetning til folketrygdlovens formål, jf. ftrl. § 5-1 (2).

Så lenge vi har et system hvor den kjeveortopediske behandlingen utføres av privatpraktiserende behandlere, og ikke som en integrert del av det tilbudet DOT gir barn og ungdom, har dagens detaljerte regelverk et formål. En uttømmende liste, med hovedsakelig objektive og detaljerte innslagskriterier, gjør det enkelt å avgjøre hvem som har rett til stønad. Selve innslagskriteriene for stønad er derfor i de fleste tilfeller enkle å administrere, dokumentere og kontrollere.

Dagens system sikrer at like tilfeller i størst mulig grad behandles likt. Regelverket kan imidlertid virke rigid, med lite rom for skjønn. Dette kan slå urimelig ut i forhold til de som ikke oppfyller kriteriene eller havner i en gruppe med lavere refusjonssats. En uttømmende liste vil være statistisk. Det kan imidlertid skje endringer i hva som anses som medisinsk nødvendig behandling, og det er derfor viktig å ha en dynamisk prosess rundt vurdering av inngangsvilkårene.

Det har vært stilt spørsmål ved om enkelte tilstander som er inkludert i listen er medisinsk nødvendig å behandle, jf. ftrl. § 5-1. Dette er særlig aktuelt i forhold til gruppe C, hvor behandlingen i noe grad begrunnes ut fra estetikk fremfor medisinsk nødvendighet.

I arbeidet med oppdraget fra departementet har direktoratet foretatt en fullstendig gjennomgang av den gjeldende gruppeinndelingen, som er inngangsvilkårene for å få stønad til kjeveortopedi i dag. Hver enkelt diagnose er vurdert i forhold til om det bør ytes stønad til diagnosen, og om diagnosen bør være plassert i den gruppen den er i, altså om diagnosen bør få den grad av refusjon som den får i dag.

I vurderingen er den gjeldende danske indeksen benyttet som målestokk. Indeksen beskriver risiko ved å unnlate å foreta behandling, og inneholder fire forskjellige risikoområder:

- **Skader på tenner og omgivende vev**
 - Periodontale skader, kariesskader, ulykker
- **Funksjonelle risiki**
 - Forlenget tyggeaktivitet, muskelømheter, endrede funksjonsmønstre som gir uhensiktsmessig belastning av tyggemusklene og kjeveledd, utvikling av temporomandibulær funksjonsforstyrrelse, asymmetrisk gapebevegelse
- **Senskader**
 - Skader som over tid vil bidra til nedsatt tannhelse, tanntap
- **Psykososiale risiki**
 - Risiko for psykososial belastning i en sådan grad, at det må anses for invalidiserende

Begrunnelsen for å benytte denne indeksen i vurderingen er at danske forhold er sammenlignbare med norske forhold. Videre er indeksen på et overordnet nivå, og inneholder de hovedkriterier vi anser er viktige å vurdere i denne sammenheng.

Hver diagnose i gruppeinndeling til ftrl. § 5-6 er vurdert i forhold til hva man risikerer av punktene over hvis diagnosen forblir ubehandlet. Desto større risiko forbundet med å unnlate behandling, desto større grunn til å beholde diagnosen som stønadsberettiget.

I tillegg har diagnosene i listen blitt vurdert i forhold til prinsipper St.meld. nr. 35 har trukket frem som viktige å vektlegge ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester. Diagnoser som ev. er i tråd med disse prinsippene vil kunne forsvare bruk av offentlige midler.

Prinsippene i St. meld. nr. 35 er:

- Oppsøkende virksomhet barn og unge
- Forebyggingsperspektivet
- Sosial utjevning
- Forbruker- og pasientrettighetsprinsippet
 - Tilgang til behandler
 - Prisopplysning
- Skjermingsperspektivet
 - Høye utgifter kjeveortopedi
- Tannhelsetilstand/behandlingsbehov

- Eldre, rusavhengige, etniske minoritetsgrupper, personer med alvorlig psykisk lidelse, personer med odontofobi, personer med lav økonomi mv.

Evalueringen av inngangsvilkårene er gjennomført i arbeidsmøter med eksterne ressurspersoner, herunder professor Arild Stenvik og spesialist i kjeveortopedi Torgeir Svendsen samt representanter for Norsk Kjeveortopedisk Forening og Tannlegeforeningen. Direktoratet anser denne øvelsen å være en hensiktsmessig måte å angripe evaluering av det eksisterende systemet.

Resultatene fra evalueringsøvelsene tilsier at dagens gruppeinndeling i stor grad kan forsvares med hensyn til et medisinsk faglig skjønn. For tilstander som faller inn under gruppe A og B er det er det enighet om at bruk av offentlige midler langt på vei kan forsvares. For tilstander som faller inn under gruppe C er begrunnelsen for behandling ikke like godt medisinsk forankret, og relaterer seg i stor grad til psykososiale forhold.

Selv om det vitenskapelige grunnlaget tilsier at det i de fleste tilfeller ikke er stor fare for somatiske skader/problemer ved ikke å behandle bittavvikene (jf. kapittel 4.1.5) kan likevel de psykososiale konsekvensene for den enkelte i mange tilfeller være store. Det synes å eksistere felles normer i samfunnet for hva som betraktes som akseptabel tannstilling, og disse sammenfaller godt med den gjeldende diagnoseliste.

De endringsforslag som er gjennomgått i kapittel 7 er blant annet basert på resultatet av denne evalueringen.

6.4.2 Vurdering av takstsystem og oppgjør

Muligheten for direkte oppgjørsavtale og det nye takstsystemet har fungert tilfredsstillende for behandlerne. Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått flere tilbakemeldinger fra kjeveortopedier om at de er fornøyd med måten takstsystemet er bygget opp. Systemet oppleves som fleksibelt og rettferdig i den forstand at de pasientene med størst behov får høyest stønad.

Når det gjelder nivået på folketrygdens satser mener kjeveortopedene at oppstarts- og avslutningsfasen er bra betalt, mens behandlingsfase refunderes i underkant av ønskelig nivå. Det er derfor ingen incitament for å holde pasienten gående i behandlingen.

Det genereres imidlertid en stor mengde takster per regning per pasient for utført behandling, da takstsystemet er basert på et stort antall små takster. I tabellen nedenfor er en opplisting av de takster som kan benyttes innenfor den enkelte behandlingsfase.

Takster som kan benyttes i de ulike behandlingsfasene			
Forundersøkelse/ oppstart	Innledende behandling	Behandling	Avslutning og retensjonskontroll
A2	602	603a	606a
A3 (gr. A)	602b	603b	606b
806	602c		
805	602d	604a	607a
804	602e	604b	607b
802	602f	604c	
601	602g (gr. A)	604d	
703		604e (gr. A)	
704	604a		
	604b	605a	
	604c	605b	
	604d	605c	
	604e (gr. A)	605d	
		605e	
	605a	605f	
	605b	605g	
	605c		
	605d	602a	
	605e	602b	
	605f	602c	
	605g	602d	
		602e	
	603a	602f	
	603b	602g (gr. A)	
9 takster totalt, hvorav 1 kun gjelder gruppe A	21 takster totalt, hvorav 2 kun gjelder gruppe A	21 takster totalt, hvorav 2 kun gjelder gruppe A	4 takster totalt. Gruppe A kan benytte takstene ubegrenset

Figur 17: Oversikt over hvilke takster som kan benyttes i de ulike fasene for kjeveortopedisk behandling

Det store antall takster kombinert med at denne type behandling strekker seg over lang tid, gjør kontrollarbeidet i forbindelse med oppgjør komplisert og tidkrevende. Kontrollsituasjonen vil bedre seg når refusjon av tannhelseutgifter implementeres i KUHR (elektronisk kontrollprogram for utbetalinger på helserefusjonsområdet). Direktoratet ser det likevel som en fordel, særlig ut fra et kontrollteknisk hensyn, at antall takster for kjeveortopedisk behandling reduseres.

6.4.3 Forholdet til DOT

Brukere som har rett til stønad til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier har også rettigheter i DOT, og mottar regelmessige innkallinger til tannhelsekontroller her. Ettersom kun et fåtall fylker har egne ansatte kjeveortopedier, foregår mesteparten av den kjeveortopediske behandlingen på andre klinikker enn der brukerne til vanlig foretar sin tannbehandling. I tillegg skjer behandlingen i henhold til egne stønadsordninger for kjeveortopedi. Dette medfører at den kjeveortopediske behandlingen er lite integrert i resten av den tannbehandling disse brukerne mottar. Dette kan oppleves forvirrende for pasienter og deres pårørende, samtidig som det avskjærer allmenntannlegene fra å ha et helhetsansvar for den behandling brukerne mottar i DOT.

Staten rammefinansierer DOT via tilskudd til fylkeskommunene. I tillegg ytes det individuelle helserefusjoner via folketrygden til de som blant annet har behov for kjeveortopedisk

behandling. Administrativt medfører dette merarbeid og byråkrati ved at forskjellige instanser skal finansiere samme rettighetsgruppe ut fra ulike regelverk, og det har vært brukt mye tid på utredninger at disse problemstillingene. Vi vil peke på at det fortsatt er rom for en bedre utnyttelse av behandlingsressursene innenfor gjeldende organisering. DOT kan overta ansvaret for enkelte sider ved den kjeveortopediske behandlingen, så som oppfølging etter gjennomført behandling. DOT bør også bli flinkere til å sile ut barn og unge som ikke trenger tannregulering – flere kjeveortopedier mener alt for mange barn blir henvist til utredning for kjeveortopedi uten at det foreligger et behov for behandling.

7. FORSLAG TIL REGELVERKSENDRINGER

Dette kapitlet beskriver forslag til endringer i regelverket til ftrl. § 5-6 knyttet til kjeveortopedisk behandling, med tilhørende faglige, administrative og økonomiske konsekvenser.

Direktoratet anser brukere som hører til gruppe A for å være i en særstilling, og regelverket fungerer tilfredsstillende for disse. Våre forslag til regelverksendringer vil i all hovedsak gjelde gruppene B og C.

7.1 Endringer i inngangsvilkår, jf. rundskriv til § 5-6

7.1.1 C6 Stor plassmangel i fronten - konkretisering av inngangsvilkår

I henhold til C6 har pasienter med stor plassmangel i fronten krav på stønad etter ftrl. § 5-6. Det er krav om at plassmangelen skal angis i mm og med beskrivelse av enkelttenners stilling. Som det også står i rundskrivet til § 5-6 kan stor plassmangel være vanskelig å definere eksakt, og vil blant annet avhenge av hvorvidt plassmangelen gjelder én enkelt tann eller generelt.

C6 kan være vanskelig å kontrollere for forvaltningen, fordi det ikke er angitt eksakte grenser for hvor stor plassmangelen skal være for å være stønadsberettiget. Det foreslås å sette en konkret nedre grense for hva som skal inkluderes i C6. Dette vil også være på linje med de øvrige refusjonsberettigede anomalier som er mer presist beskrevet.

Det forelås en ny formulering i punkt 6 under gruppe C) "Klart behov" som lyder: C6) "Plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm"

Den foreslåtte konkretiseringen vil føre til at det er enklere for behandlere å avgjøre hvem som faller inn under gruppen. På denne måten vil ikke systemet kunne tøyes til også å inkludere tilfeller hvor behandling ikke vil være nødvendig, jf. ftrl. § 5-1 (3). Endringen kan føre til at enkelte pasienter mister et tilbud. Signaler fra kjeveortopedene tilsier imidlertid at disse pasientene heller ikke i dag blir behandlet fordi kjeveortopedene ikke har kapasitet til å prioritere disse. Det er derfor nærliggende å tro at endringsforslaget får små praktiske og økonomiske konsekvenser for både brukere og behandlere.

Forslaget medfører imidlertid at det blir bedre samsvar med resten av regelverket for bittanomalier, da disse punktene er mer detaljert morfologisk beskrevet. Videre vil det være enklere å forholde seg til konkrete grenser for saksbehandlere i en kontrollsituasjon.

7.1.2 Forslag om å oppheve stønad etter ftrl. § 5-6 for gruppe C7

Inngangsvilkåret for stønad i gruppe C7 er okklusjonsavvik kombinert med sterke subjektive dysfunksjonssymptomer. C7 utgjør en svært liten gruppe, tall fra undersøkelse viser en forekomst på under en promille³³.

Ved gjennomgangen av kjeveortopediområdet er det stilt spørsmålstegn ved bakgrunnen for dette punktet. Direktoratet har mottatt innspill fra eksterne fagmiljø at man ikke forstår intensjonen med denne, og at denne gruppen kan oppheves. Kjeveortopediforeningen er også enig i at denne er vanskelig å forstå.

³³ Evjen m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111: 18-21

Direktoratet er av den oppfatning at gruppen er så lite brukt, og så diffus i sitt omfang, at den foreslås tatt ut av regelverket.

Diagnosen er uklar for behandlere, og den benyttes følgelig i svært liten grad. En opphevelse innebærer liten risiko for støy. Videre er det i denne forbindelse vanskelig å forstå intensjonen med å gi stønad til denne diagnosen, formålet for inkludering av denne i regelverket er uklart. Det kan tenkes at et fåtall pasienter ved gjennomføring av endringsforslaget mister et tilbud, men direktoratet anser dette å være tilfeller som ikke er stønadsberettiget. De økonomiske konsekvensene av endringen vil ev. være minimal.

7.1.3 C3 Inverteringer - presisering

Det foreslås at det for gruppe C3 presiseres at stønad ved inverteringer kun gjelder front- og hjørnetenner. Dette innebærer ikke en reell innholdsmessig endring, da dette er slik regelverket i hovedsak praktiseres i dag. Dette forslaget innebærer derfor ingen konsekvenser.

7.1.4 Stønad til kjeveortopedisk behandling ved andre tilfeller enn bittanomalier

Etter gjeldende regelverk gis det kun stønad til kjeveortopedisk behandling etter § 1 punkt 8 Bittanomalier. Før 1.1 2008 hadde en muligheter til å få bidrag til enkelte typer tannbehandling etter folketrygdlovens § 5-22, deriblant kjeveortopedisk behandling som ikke var hjemlet etter § 5-6. Disse rettighetene ble ikke videreført i § 5-6 ettersom en ønsket å foreta en nærmere vurdering av hvilke typer bittavvik som eventuelt burde rettighetsfestes i § 5-6.

Direktoratet anbefaler å rettighetsfeste mulighet for kjeveortopedisk behandling ved følgende tilfeller:

- Preprotetisk behandling ved tannagenesier jf. § 1 punkt 7 c)
- Tannskade ved godkjent yrkesskade, jf. § 1 punkt 12
- Ulykker som ikke er yrkesskade, jf. § 1 punkt 13
- Marginal periodontitt, jf. § 1 punkt 6 a) og b)

For å ha et regelverk som er enkelt og konsistent, foreslås disse punktene tatt inn under de enkelte innslagspunkt, og ikke inn i forskriftens punkt 8 Bittanomalier.

Begrunnelse:

- **Preprotetisk behandling ved tannagenesier jf. § 1 punkt 7 c)**
Ved tannagenesier kan en ved innsetting av implantater være nødt til å skaffe nødvendig bredde på tannluken for å få en gunstig posisjon av implantatet. I disse tilfellene er det da nødvendig med en enkel form for kjeveortopedisk behandling for å skaffe plass. Her må den kjeveortopediske behandlingen vurderes som en del av den protetiske behandlingen.

Ettersom dette er en del av den nødvendige og forsvarlige tannbehandlingen for denne type pasienter, vil det være uheldig at den kjeveortopediske delen av behandlingen ikke dekkes når resten av behandlingen er stønadsberettiget.

- **Tannskade ved godkjent yrkesskade, jf. § 1 punkt 12**
Ved tannskader etter ulykker kan det være nødvendig å justere posisjon og stilling av enkelte tenner slik at disse er i stand til å være for eksempel festetenner ved protetisk behandling. Her må også denne kjeveortopediske behandlingen ses på som en del av den protetiske behandlingen og ikke som kjeveortopedisk behandling på grunn av

bittavvik.

- **Ulykker som ikke er yrkesskade, jf. § 1 punkt 13**
Begrunnelsen er lik punktene over.
- **Marginal periodontitt, jf. § 1 punkt 6 a) og b)**
Kjeveortopedisk behandling vil i mange tilfeller være en adekvat behandlingsform ved marginal periodontitt – både med og uten tanntap. Endringsforslaget er nærmere utredet i delprosjekt 1.

Det vil for alle tilfellene nevnt over være en forutsetning at behandlingen gjennomføres av spesialist i kjeveortopedi, men vi foreslår ingen øvre aldersgrense for å få gjennomført den kjeveortopediske behandlingen. Dette fordrer at både regelverk og oppfølging av dette tar høyde for mulig misbruk gjennom igangsetting av full kjeveortopedisk behandling av personer over 18 år.

Kjeveortopedi kan være en kostnadsbesparende behandlingsform i ovennevnte tilfeller, da den kan føre til enklere og rimeligere løsninger med fullgodt resultat. Forslaget vil imidlertid kunne føre til en utgiftsøkning, da man ved disse innslagspunktene nå får flere takster å velge mellom. Den potensielle utgiftsveksten er trolig begrenset da tre av tilstandene tidligere var omfattet av bidragsordningen etter ftrl. § 5-22, med et lite saksomfang.

7.2 Andre innspill som er vurdert

Kjeveortopediforeningen er gjennomgående enig i de endringsforslagene som er fremkommet over. I tillegg til endringsforslagene har foreningen kommet med ytterligere innspill, jf. vedlegg 4a. Direktoratet har vurdert innspillene, og anser at disse er ivaretatt innenfor gjeldene regelverk. Nedenfor følger en kort gjennomgang av de innspill som ikke allerede er ivaretatt:

7.2.1 C6 Stor plassmangel i fronten – oppjustering av alvorlige tilfeller til gruppe B

Det er fremmet forslag om å flytte deler av de pasientene som i dag omfattes av C6 opp i gruppe B. Forslaget går ut på å flytte de med plassmangel i fronten på 6 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 4 mm fra gruppe C til nytt innslagspunkt under gruppe B.

I tidligere utført undersøkelse ble det kartlagt at 34,5 % av totalt antall avvik omfatter C6, og at tilstanden forekommer i 78,8 % av søknadene³⁴. Dette er en heterogen gruppe, og graden av avvik innen denne gruppen er svært varierende. Som vist i kapittel 4.1.4 forekommer C6 svært ofte i kombinasjon med andre tilstander, herunder tilstander i gruppe B.

I tidligere undersøkelser av norsk ungdoms bevissthet om egen tannstilling³⁵ og misnøye med eventuelle avvik³⁶ kom det frem at de som var misfornøyde i høy grad var seg bevisst mellomrom, plassmangel for fortennene og uregelmessighet i fortennenes stilling. Av dem som var misfornøyd hadde 88 prosent et avvik, og misnøyen var basert på en realistisk oppfatning av avviket. Definisjon av avvik var i denne sammenheng bl.a. plassmangel for fortennene på 2 mm eller mer, eller at en fortann var 1 mm ute av stilling³⁷.

³⁴ Evjen m.fl.: Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111: 18-21

³⁵ Espeland, LV og Stenvik A: European Journal of Orthodontics 1991; 13: 7-14

³⁶ Espeland, LV og Stenvik, A: American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1991; 100: 234-41

³⁷ Espeland, LV og Stenvik A: European Journal of Orthodontics 1991; 13: 7-14

I en annen undersøkelse over norske barn og voksnes oppfatning av tann- og bittavvik som trengte å rettes med tannregulering³⁸, ble et bilde som viste uregelmessige fortenner rangert som det største avviket blant de 10 bildene av ulike avvik de ble bedt om å ta stilling til. Tilnærmet 100 prosent karakteriserte tennene som stygge og mente de burde rettes på med tannregulering. Disse og andre undersøkelser dokumenterer den psykososiale betydning av uregelmessige fortenner som skyldes plassmangel, og en endring i trygdens regler som foreslått ovenfor vil være i samsvar med publikums oppfatning av behov for behandling.

Forslaget vil imidlertid medføre en utgiftsøkning. Direktoratet har til nå ikke klart å innhente tilstrekkelig datagrunnlag for å gi et realistisk kostnadsoverslag. Direktoratet ønsker å utrede omfanget nærmere for å få et bedre beslutningsgrunnlag.

7.2.2 C4 – oppheve/endre 18-årsgrensen

Ved tilstander som faller inn under gruppe C er det et vilkår for å få stønad etter ftrl. § 5-6 at behandlingen er påbegynt senest det året medlem fyller 18 år.

Gruppe C4 omfatter pasienter med dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater. For denne gruppen pasienter kan det være vanskelig å avgjøre behandlingsbehovet for den enkelte før kjevene er fullstendig utvikst. Unge pasienter med denne diagnosen kan ha behov for og nytte av kjeveortopedi, mens det for andre kan vise seg ikke å være nødvendig. For å kunne ha en bedre forutsetning for diagnostisering, bør man fortrinnsvis avvete veksten i kjevene. I dag igangsettes imidlertid behandling før pasienten når 18-årsgrensen for å være på den sikre siden.

Hadde man hatt mulighet til å avvete veksten til etter fylte 18 år, kunne det vært enklere å forutsi hvem som har et reelt behov for behandling og således unngå overbehandling og unødige utgifter for både brukere og folketrygden.

Direktoratet anbefaler å avvete en eventuell endring av aldersgrensen til det er avgjort om aldersgrensen i den offentlige tannhelsetjenesten økes til 20 år. Direktoratet anser som hensiktsmessig at aldersgrensen i DOT er sammenfallende med aldersgrensen for stønad til kjeveortopedi. En eventuell heving av aldersgrensen til 20 år vil i stor grad ivareta behovet for brukere som faller inn under C4.

7.2.3 Fysisk og psykisk funksjonshemmede

Kjeveortopediforeningen har påpekt at mange fysisk og psykisk funksjonshemmede kommer dårlig ut i forhold til gjeldende regelverk. Pasienter med muskelsykdommer og Downs syndrom får ofte forholdsmessig lavere refusjon da behandlingen kan være svært tidkrevende. Takstsystemet gir ikke rom for ekstra debitering av denne tiden, og foreningen mener dette rimer dårlig med intensjonen i Stortingsmeldingen hvor det legges vekt på at de svakeste gruppene skal prioriteres.

Dette forslaget er ikke vurdert i denne omgang, men vil tas opp i delprosjekt 3 da dette er en generell problemstilling som også berører de øvrige deler av regelverket.

7.2.4 Utvidelser av prioriteringsindeksen

Kjeveortopediforeningen foreslår å utvide prioriteringsindeksen, og foreslår at det også bør gis stønad til kjeveortopedisk behandling ved følgende tilstander:

³⁸ Stenvik A, mfl.: Nor Tannlegeforen Tid 1998; 108: 812-15

- Retinerte premolarer og molarer
Begrunnelsen er at disse kan skade nabotennene, og ofte må fjernes senere i livet. Kostbare erstatninger med implantater og/eller broer kan bli resultatet.
- Molarer i ektopisk frembrudd.
Disse er ofte enkle å behandle slik at skader på nabotennene kan unngås
- Unge voksne med uttalt attrisjon/slitasje

Forslagene innebærer en utvidelse av prioriteringsindeksen og vil innebære en ukjent utgiftsøkning. Direktoratet kan ikke se at de foreslåtte endringene rettfærdiggjør en utvidelse av prioriteringsindeksen.

7.3 Endringer i takster til § 5-6

7.3.1 Viktige egenskaper ved et takstsystem

Ved vurdering og gjennomgang av takstsystemet for kjeveortopedisk behandling, startet vi først med å klargjøre hva som er de viktigste egenskapene et slikt system bør ivareta. Gjennom diskusjon i arbeidsmøter med Kjeveortopediforeningen, Tannlegeforeningen og NAV Helsetjenesteforvaltning kom vi frem til følgende liste:

- Generelt
 - Rettfærdig takstsystem – de med størst behov får mest
 - Ingen pasienter skal subsidiere andre pasienters behandling
- Enkelt for pasient
 - Forutsigbarhet – hva skal jeg betale og når?
 - Hva som blir dekket av folketrygden, og ev. mellomlegg
 - Forstå hva de betaler for
 - Forstå hvilke rettigheter de har
- Enkelt for behandler
 - Raske og riktige oppgjør
 - Entydige takster
 - Brukervennlig for pasient
 - Fleksibelt system som ivaretar variasjoner i behandling – gjør det mulig å velge best mulig behandling
 - Takstsystemet skal ikke være behandlingsstyrende/behandlingsdrivende
 - Nøyaktig og rettfærdig, ref. generelle punkter
- Enkelt for NAV
 - Tilrettelagt for elektronisk oppgjør
 - Raske og effektive oppgjør
 - Kontrollerbart

Forutsetninger:

- Utgifter må være påløpt før NAV kan yte stønad

Ved revidering av takstsystemet er det et ønske å ivareta flest mulig av disse egenskapene. Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg i sitt oppdragsbrev presisert at størst mulig grad av prosedyretakster skal tilstrebes.

7.3.2 Forslag til nytt takstsystem

Direktoratet har vurdert et system med bruk av prosedyretakst i ytterste konsekvens, dvs. at en ferdig utført behandling gir en samlet sum i refusjon. Som vist i kapittel 4.1.4 gir stor grad av kombinasjonsavvik, store individuelle variasjoner i behandlingen. Dette vanskeliggjør en rettfærdig stykkprisfinansiering for bittanomali. Det er videre en forutsetning i folketrygden at

behandlingen må være utført før det kan gis stønad, jf. ftrl. § 5-1. Da kjeveortopedisk behandling strekker seg over lang tid, vil en ordning med kun ett samlet refusjonsbeløp være vanskelig å administrere, særlig med tanke på behandlerne i en oppstartsfase. Det ville da gått svært lang tid mellom utført behandling, og tidspunktet for dekning av utgiftene av folketrygden. Direktoratet har derfor ikke gått videre i forhold til et slikt system, men ser likevel mulighet for en rekke forenklinger. Nedenfor følger forslag til endringer i takstsystemet.

Sammenslåing av takster

Direktoratet anbefaler sammenslåing av en rekke takster. Dette gjelder blant annet for apparatur, hvor en mer generell inndeling foreslås, uten å knytte det til spesielle merker/typer. Dette gjør systemet enklere og mer dynamisk, uten behov for oppdateringer parallelt med utviklingen av apparatur.

Det bør heller ikke skilles mellom vanskelighetsgrad/tidsforbruk på arbeidsoperasjoner, og det foreslås en felles takst for dette (takst 604a).

Alle takster for gruppe B og C bør inkludere alle nødvendige arbeidsoperasjoner og utstyr, inkl. modeller, røntgen, anestesi mv. I dag er det ofte bruk av disse takstene som forårsaker uenighet mellom behandler og NAV, og en sammenslåing vil fjerne fortolkningsproblematikk.

Totalt sett vil endringene vil gi et enklere og mer oversiktlig takstsystem, som både er enklere å forstå og kontrollere.

Forundersøkelse

Allmenntannlege eller tannpleier skal vurdere hvilket tidspunkt det er riktig å henvise individet til kjeveortoped, jf. kapittel 4.2.3. Dermed bør behov for gjentatte forundersøkelser hos kjeveortoped være lite. Repetisjonsadgangen for forundersøkelser foreslås derfor fjernet, og taksten kan kun utløses én gang.

Som påpekt i kapittel 6.4.3 medfører dagens deling mellom DOT og folketrygden at en del oppgaver utføres begge steder. Ansvarsforholdet når det gjelder kjeveortopedisk behandling kan fremstå uklart. Etersom de aktuelle pasientene (refusjonsgruppe B og C) tilhører DOTs ansvarsområde og er underlagt et regelmessig oppsøkende tilbud, bør DOT også ha et eksplisitt ansvar når det gjelder vurdering av behov for kjeveortopedisk behandling. Ved å fjerne adgangen til å utløse takst for forundersøkelse flere ganger, må henvisende tannlege/tannpleier ha en mer aktiv rolle i den kjeveortopediske vurderingen. DOT kan utføre dette innenfor eksisterende rammer, samtidig som det reduserer dobbeltarbeid og dermed stønadsutbetalingene.

Per 1. juni 2008 ble det utbetalt 17 mill. kroner til forundersøkelser. På årsbasis vil dette utgjøre ca. 40 mill. kroner. NAV refunderer ca. 600 kroner per forundersøkelse. I tillegg kommer reiseutgifter, refundert gjennom lov om pasientrettigheter. Direktoratet antar besparelsen vil være betydelig, men det er vanskelig å beregne besparelsen.

Direktoratet foreslår videre å fjerne forundersøkelsen fra tak 2-ordningen. Denne ordningen kompliserer stønadsordningen, samtidig som det har liten praktisk betydning for pasientene.

Det foreslås ingen begrensninger for brukere som faller inn under gruppe A.

Etterkontroll

Direktoratet foreslår å omdøpe retensjonskontroller til etterkontroll da dette er mer i samsvar med det arbeidet som faktisk utføres, jf. kapittel 4.2.8.

Vi ser videre ingen grunn til at kontrollene skal være en spesialistoppgave. De bør således i hovedsak utføres av DOT for gruppe B og C, og kun unntaksvis av privatpraktiserende

kjeveortopedier. Det er vår oppfatning at etterkontrollen skiller seg svært lite fra den generelle oppsøkende virksomheten DOT utfører og det er således liten grunn til å betale dobbelt opp for samme tjeneste. En konsekvens av dette er at repetisjonsadgangen for taksten ved kjeveortopedisk behandling bortfaller.

Det vil imidlertid være mulighet for å få utført for eksempel justering eller reparasjon av retensjonsbue hos kjeveortoped, men da etter takst 604a.

NAV refunderer et sted mellom 225 og 560 kroner per retensjonskontroll i dag. I tillegg kommer reiseutgifter, refundert gjennom lov om pasientrettigheter. Dersom antall etterkontroller reduseres fra dagens gjennomsnitt på 5,4 ganger til 1 gang per pasient vil dette medføre en reduksjon på 1320 kroner per pasient, forutsatt en gjennomsnittlig kostnad på 300 kroner per kontroll. Dette tilsvarer en reduksjon i stønadsbudsjettet på over 25 mill. kroner per årskull for gruppene B og C.

Under følger forslag til nytt takstsystem for kjeveortopedisk behandling. Størrelsen på takstene er ikke vurdert i denne omgang.

Ny takst	Tekst	Kommentar	Behandlingsfase
	Forundersøkelse		
2	Undersøkelse hos spesialist	Taksten omfatter det som er nødvendig for å foreta forundersøkelse, og kan kun utløses én gang per pasient.	Forundersøkelse
3	Omfattende undersøkelse hos spesialist	Kan kun benyttes av gruppe A. Taksten kan repeteres. I tillegg kan takster etter H og I benyttes	Forundersøkelse
	Behandlingsoppstart		
601	Behandlingsoppstart	Taksten omfatter modeller, alle typer røntgen, og det som ellers er nødvendig. For brukere som faller inn under gruppe A kan i tillegg takster etter I og 704 benyttes ved behov. Kan kun utløses én gang for gruppe B og C.	Oppstart
	Avtakbar apparatur		
602x	Enkel avtakbar apparatur		Innledende behandling/ behandling
602x	Komplisert avtakbar apparatur/tilleggsmateriell		Innledende behandling/ behandling
602g	Komplisert ganebue/Quad Helix fremstilt av sentraliserte LKG-team ved behandling av LKG/craniofaciale lidelser	Kan kun benyttes av gruppe A	Innledende behandling/ behandling
	Fast apparatur		
603	Fast apparatur i én kjeve		Behandling
	Behandlingskontroll/arbeidsoperasjon		
604a	Behandlingskontroll/arbeidsoperasjon	Taksten er per konsultasjon. Taksten kan også benyttes ved enkle reparasjoner av retensjonsbuer mv. men kan ikke kombineres med takst 4.	Behandling
604e	Spesielt krevende behandling av LKG/craniofaciale lidelser utført av sentraliserte LKG-team	Kan kun benyttes av gruppe A	Behandling
	Spesialutstyr/tilleggsmateriell		
605x	Enkelt tilleggsmateriell		Behandling
605x	Frontal drag		Behandling
605x	Miniskruer/miniimplantat, per skrue		Behandling
	Behandlingsavslutning og etterkontroll		

Ny takst	Tekst	Kommentar	Behandlingsfase
606	Behandlingsavslutning, per kjeve	Inkluderer fjerning av apparatur med rens, fremstilling og liming av retensjonsbue mv.	Avslutning
4	Enkel etterkontroll etter kirurgiske inngrep, periodontal og kjeveortopedisk behandling og oralmedisinske undersøkelser	Taksten kan benyttes av kjeveortoped inntil én gang. Taksten kan ikke kombineres med andre takster.	Avslutning/etterkontroll
5	Omfattende etterkontroll etter kirurgiske inngrep og oralmedisinske undersøkelser	Kan kun benyttes av gruppe A. Taksten kan repeteres.	Avslutning/etterkontroll

Figur 18: Forslag til nytt takstsystem for kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier

8. OPPSUMMERING OG VIDERE ARBEID

8.1 Oppsummering av konsekvenser

Direktoratet forholder seg til dagens struktur for behandling av bittanomalier der en i hovedsak får utført behandlingen hos privatpraktiserende spesialister, med refusjon etter folketrygdlovens bestemmelser. Innenfor dette systemet foreslår vi kun mindre justeringer i innslagspunktene.

En avgrensning av C6 vil føre til at brukere med de minst alvorlige trangstillinger mister stønaden. Det samme gjelder eventuelt pasienter som måtte ha rettigheter etter C7. Dette er type avvik som anses for å være lite alvorlige og en vil da heller bruke stønadsmidler til å utvide bruk av kjeveortopedi ved tannagenesier, tannskade, yrkesskade og marginal periodontitt. En slik endring vil føre til en riktigere behandling for disse tilstandene.

Når det gjelder takstsystemet anbefaler direktoratet sammenslåing av en rekke takster, noe som vil føre til et enklere takstsystem. Etter vår oppfatning vil det være enklere for både behandlere, pasienter og forvaltningen å administrere et mindre antall takster som i størst mulig grad er prosedyretakster. Dette vil også harmonisere takstene for kjeveortopedi med de øvrige refusjonstakstene på tannhelseområdet.

For behandlere vil konsekvensene være et enklere takstsystem, med færre takster. Den foreslåtte konkretiseringen av inngangsvilkårene for C6 vil også gjøre det enklere å anvende regelverket for behandlerne. DOT får et tydeligere ansvar i den kjeveortopediske behandlingen som foretas på det prioriterte klientell som har rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten.

For Arbeids- og velferdsetaten vil endringene fører til enklere kontroll og oppgjør, noe som igjen vil bidra til økt effektivisering.

En flytting av hovedansvar for etterkontroll til DOT vil trolig redusere stønadsbudsjettet på tannhelseområdet med 25 mill. kroner årlig. En fjerning av repetisjonsadgangen for forundersøkelse vil også gi en betydelig besparelse. Øvrige endringsforslag vil i begrenset grad få økonomiske konsekvenser.

Behandlingen av flere tilstander i gruppe C kan begrunnes i psykososiale forhold, og det kan følgelig stilles spørsmålsteget ved om fortsatt stønad til disse er i samsvar med folketrygdlovens intensjoner, jf. §§ 5-1 og 5-6. Direktoratet har imidlertid valgt å ikke foreslå vesentlige endringer i prioriteringsindeksen, da mindre justeringer på ordlyden i innslagskriteriene har liten hensikt ønsket er å redusere omfanget av stønadsordningen. Vil en derimot heve terskelen for å få stønad til kjeveortopedisk behandling, oppfatter direktoratet det som et politisk spørsmål. Faglig sett kan dagens ordning forsvares da variasjonen i alvorlighetsgrad innen de enkelte innslagspunktene er betydelige og man kan ikke uten videre fjerne hele innslagspunkter i gruppe C.

Dagens regelverk gir behandler ansvar for kun å utføre nødvendig kjeveortopedisk behandling. Den politiske beslutningen blir da å definere hva som er nødvendig.

8.2 Implementering av regelverksendringene og videre arbeid

Direktoratet vil avslutningsvis komme med noen betraktninger vedrørende implementering av foreslåtte regelverksendringer.

Basert på erfaringer ved tidligere regelverksendringer bør journalleverandører varsles om regelverksendringer i god tid, slik at nødvendige tilpasninger i journalsystemene kan gjennomføres før nytt regelverk trer i kraft.

Også for behandlere er det viktig med tidlig informasjon slik at de kan forberede endringene. Spesielt vil dette være relevant for behandlere i den offentlige tannhelsetjenesten, som direktoratet anbefaler skal få et tydeligere ansvar både før og etter gjennomført kjeveortopedisk behandling.

Departementet bør vurdere fjerning av forundersøkelsen i tak 2-ordningen. Samtidig bør forskriften for egenandelstak 2-ordningen oppdateres slik at den er i samsvar med gjeldende regelverk i ftrl. § 5-6.

Direktoratet foreslår videre at det foretas en nærmere utredning av innspillene i kapittel 7.2 og vedlegg 4.

9. REFERANSER

Angle EH Classification of malocclusion Dent Cosmos 1899;41:248-64

Birkeland K, Klatte A, Løwgren S, Bøe OE, Wisth PJ; J Orofac Ortop 1999; 60 : 292-307

Espeland LV, Stenvik A: Orthodontically treated young adults: awareness of their own dental arrangement. European Journal of Orthodontics 1991; 13: 7-14

Espeland LV, Stenvik A: Perception of personal dental appearance in young adults: Relationship between occlusion, awareness, and satisfaction. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1991; 100: 234-41

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

Grytten J, Skau I Universitetet i Oslo, desember 2006; Kjeveortopedisk praksis 2006

Kelly JE DHEW Publication (HRA) 77-1644; 1977

Malmgren O; Swed Dent J Suppl 1980; 1-121

Midtbø M: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 556-7

NOU 1986: 25 Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid – vedlegg 9

Richmond S, Daniels CP Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 180-5

Richmond S, O'Brien KD, Roberts CT, Andrews M Br J of Orthod 1994; 21 : 65-8

RTV Vedlegg 1 Nr 2 02-05 9/93 Veiledning for RTVs rådgivende tannleger i deres vurdering av rimelig honorar

SBU – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv, 2005

Socialstyrelsen. Kungliga medicinalstyrelsens sirkulär, 13. desember 1967, MF nr. 71 1967

Stenvik A Innspill til Sejerstadutvalget NOU 2005:11

Stenvik A og Torbjørnsen T E: Hvem gjør hva innenfor ordontien? Nor Tannlegeforen Tid 2007; 117: 6-9

Stenvik A, Espeland L, Linge Bo, Linge L: Estetiske normer og kjeveortopedisk behandling. Nor Tannlegeforen Tid 1998; 108: 812-15

Sundhedsstyrelsen 2004; Tandplejens struktur og organisation

Tandlaktidningen årg. 99 nr. 1 2007

Thilander B, Myrberg N The prevalence of malocclusion in Swedish schoolchildren Scand J Dent Res 1973; 81:12-21

Vedlegg 1



Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006-2007):

Vurdering av stønadsordningen til utgifter til rehabilitering etter
periodontitt og kjeveortopedisk behandling
Erfaringer etter regelverksendringer

Prosjektbeskrivelse og overordnet tidsplan

Oslo 15. mai 2008



Prosjektet omfatter tre hovedområder

Rehabilitering etter periodontitt

- Gjennomgang av stønadsordningen til utgifter til rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt, med sikte på bedre målretting

Kjeveortopedisk behandling

- Gjennomgang av stønadsordningen ved kjeveortopedisk behandling, herunder vilkår for offentlig stønad, prioritering av behandlingsbehov og takstsystem

Erfaringer etter regelverks- endringer

- Beskrive økonomiske, administrative og faglige erfaringer med de endringer i regelverk og takster som ble innført 01.09.07 og 01.01.08

- Det skal utarbeides en rapport innen hvert av områdene, med forslag til oppdatert regelverk og takster, samt begrunnelse og konsekvenser av foreslåtte endringer (faglig, økonomisk, administrativt, teknisk mv.)
- Det legges opp til at endringer kan gjennomføres fra 1. januar 2009, hvis praktisk gjennomførbart
- Oppdrag 1 og 2 skal ferdigstilles innen 1. juli 2008 og oppdrag 3 skal ferdigstilles innen 1. oktober 2008

Rammebetingelser og forutsetninger

- Prosjektet skal ta utgangspunkt i følgende meldinger og utredninger:
 - St.meld. nr. 35 (2006-07) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning
 - St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
 - Omlegging av takstsystemet for kjeveortopedisk behandling, innført 1.1.2004
 - Utredning av periodontittområdet, gjennomført av Rikstrykdeverket (2005), inkl. forarbeider
 - Tannhelseprosjektet, gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet (2006)
 - Kartlegging av priser i spesialistpraksisen, gjennomført av Jostein Grytten (2006-7)
- Prosjektet bør vektlegge ny faglitteratur om utvikling av periodontitt og kjeveortopedisk behandling
- Foreslåtte regelverksendringer må være hensiktsmessige også administrativt/teknisk (KUHR)
- Vurdering av egenandelstak 2, 18-årsgrense for kjeveortopedi og forholdet til lov om tannhelsetjenesten kan holdes utenfor oppdragene

Delprosjekt 1. Gjennomgang av stønadsordningen ved rehabilitering etter periodontitt

Bakgrunn, rammer og presiseringer til oppdraget

- Stønadsordningen til utgifter til rehabilitering etter periodontitt skal gjennomgås med sikte på bedre målretting
- Ut fra tilgjengelig tallmateriale og annen relevant informasjon ønsker departementet svar på følgende spørsmål så langt det er mulig:
 - Er økningen i utbetalingene relatert til antall pasienter, antall saker eller nivå på utgifter per sak/per person?
 - Er utgiftsøkningen et uttrykk for endring i etterspørselen og/eller en endring i tannhelse?
 - Er det geografiske forskjeller i tilgang på tjenester, forbruk av tjenester og utbetalinger?
 - Hva er perspektivene fremover i forhold til sykdomsutvikling og behandlingstilbud?
- Regjeringen anser det ikke som aktuelt å foreslå eventuelle større endringer i egenbetalingen
- Kartlegging utført vinteren 2006-2007 viser at tannlegenes priser i de fleste tilfeller ligger betydelig over honorartakst når det gjelder kirurgiske behandlinger. For enklere periodontittbehandling ligger prisene i gjennomsnitt på nivå med, eller under, honorartakst. Det kan derfor være grunn til å vurdere justeringer av honorartakster og refusjonene/egenandeler
- Stønadsordningen til utgifter til odontologisk rehabilitering på grunn av periodontitt er en relativt ny ordning. Stortinget har lagt til grunn at stønadene særlig skulle komme de til gode som har/har hatt mest alvorlig periodontitt. Slikt sett burde stønaden til de med omfattende rehabiliteringsbehov økes.
- Hvis dette skulle gå på bekostning av stønad til de som har minst behov for rehabilitering, ville det kunne gi seg uheldige utslag
- Hvis stønaden reduseres til de som velger protese (gebiss) som behandlingsløsning, vil dette først og fremst kunne ramme de med svakest økonomi, dvs. de som ikke har økonomi til å velge fastsittende løsning i form av broer med eller uten implantatfeste - dette vil kunne medføre større sosial ulikhet
- Hvis stønadsordningen bare skulle omfatte de som har mistet flest tenner, ville det kunne resultere i at flere unødvendig fikk trukket tenner for slik å kunne få stønad til rehabilitering

Delprosjekt 2. Gjennomgang av stønadsordningen ved kjeveortopedisk behandling

Bakgrunn, rammer og presiseringer til oppdraget

- Trygdens stønad til kjeveortopedisk behandling utgjør i underkant av halvparten av trygdens samlede stønad etter § 5-6.
- Vilkår og innslagspunkt for dagens gruppeinndeling skal vurderes
- Vurdere om noe bør utgå eller innlemmes
- Nivå på stønaden til kjeveortopedisk behandling skal vurderes. Gjennomgangen vil også omfatte en evaluering av nytt takstsystem for kjeveortopedisk behandling som ble innført fra 1. juni 2004 – omlegging av takstsystemet til prosedyretakster bør tilstrebes så langt det lar seg gjøre

Delprosjekt 3. Erfaringer med endring av regelverk og takster september 2007 og januar 2008

Bakgrunn, rammer og presiseringer til oppdraget

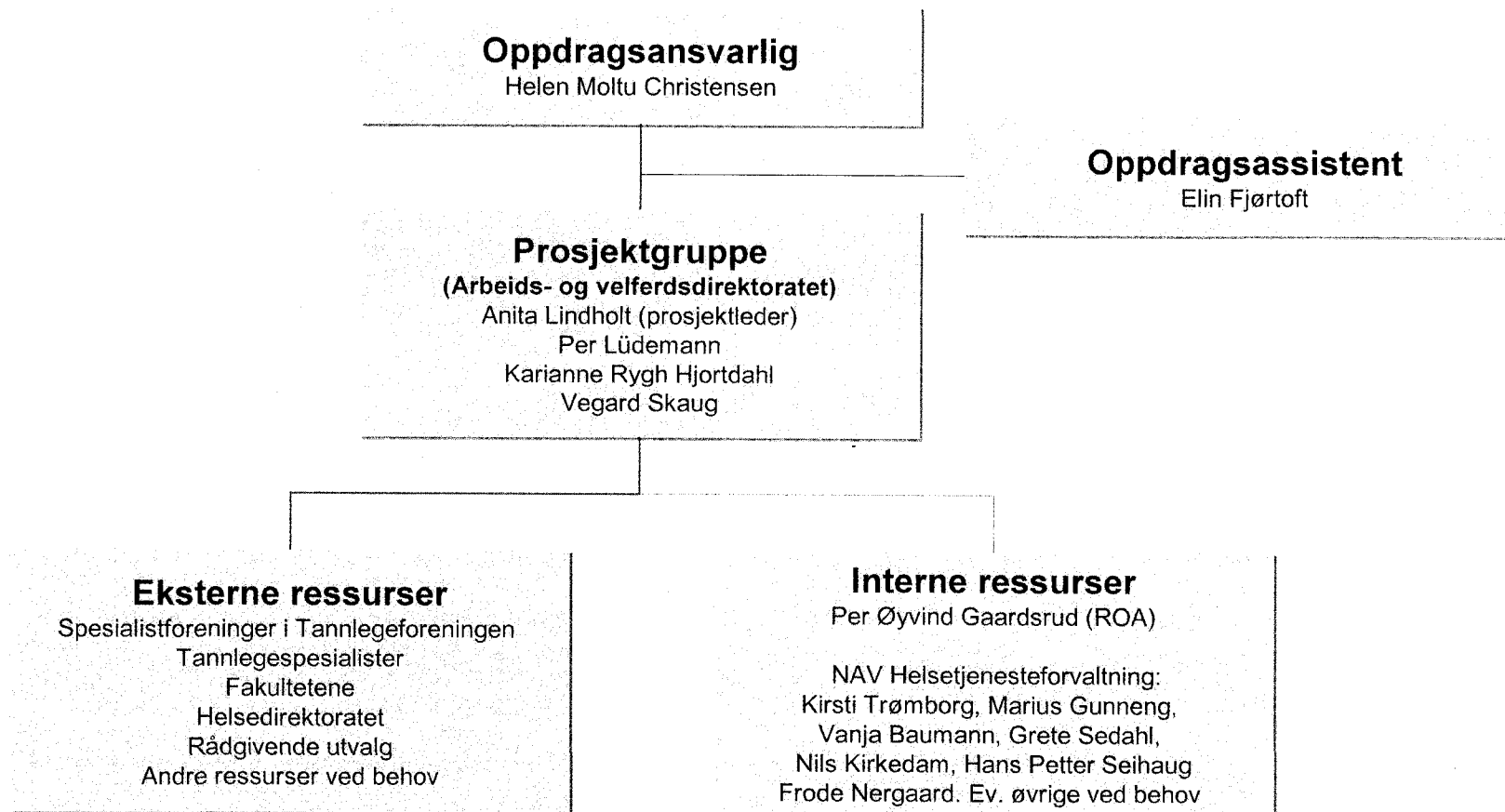
- 1. september 2007 og 1. januar 2008 ble det innført en rekke endringer i regelverk og takster for stønad til behandling hos tannlege
- Økonomiske, administrative og faglige erfaringer med endringene skal beskrives
- Innspill fra behandlere skal oppsummeres og vurderes
- Alle takster er nå stykkpriser, og det er ikke lenger mulighet for å tidsdebitere. Ved spesielt tidskrevende og utfordrende behandlinger vil takstene ikke kunne dekke de reelle kostnadene ved behandlingen, og brukere med særlig store tannbehandlingsbehov må betale en større del av behandlingen selv. De nye takstene skal gjennomgås med tanke på hvordan de slår ut for pasienter med store behov/spesielt høye egenandeler, og det skal utarbeides konkrete forslag til hvordan pasienter med spesielt høye egenandeler kan skjermes

Risikoområder

Prosjektgruppen har vurdert følgende risikoområder som de viktigste:

- Sterke pressgrupper – både brukere, behandlere og leverandører av f.eks. implantatsystemer har sterke interesser for å få høyest mulig offentlig stønad
- Behandlerne er i utgangspunktet uvillige til endringer på kjeveortopediområdet
- Vi vil alltid få en grenseavklaring mellom de som får og de som ikke får, vanskelig å ta høyde for alle eventualiteter

Prosjektorganisering



*Det legges opp til omfattende involvering av eksterne ressurspersoner.
Løpende avklaringer med HOD ved behov.*

Milepæler for delprosjekt 1 og 2 (med forbehold om endringer)

Milepæl	Milepælsbeskrivelse	Dato
M1	Når prosjektbeskrivelse er godkjent av oppdragsansvarlig og HOD og distribuert til relevante personer	01.04.08
M2	Når møter med eksterne ressurspersoner er gjennomført og oppsummert	30.04.08
M3	Når utkast til regelverksendringer er utarbeidet	22.05.08
M4	Når arbeidsmøte med interne ressurspersoner er gjennomført og oppsummert	01.06.08
M5	Når rapporter er utarbeidet og sendt til kvalitetssikring	20.06.08
M6	Når rapporter er kvalitetssikret	25.06.08
M7	Når rapporter med forslag til regelverksendringer er godkjent av oppdragsansvarlig i AVdir og oversendt HOD	01.07.08
M8	Når prosjektet er evaluert, sluttrapport og revidert regnskap for midlene er utarbeidet og oversendt HOD	01.09.08

Vedlegg 2

Gjeldende regelverk

Rundskriv til § 5-6 – Tannbehandling

8 Bittanomalier

I dette punktet omhandles kun bittanomalier som kan behandles kjeveortopedisk.

De bittanomalier som er stønadsberettiget, er delt opp i tre grupper. Opplistingen i gruppene gir en uttømmende oversikt over de tilfeller der det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling. Avhengig av diagnose vil hver enkelt bruker bli definert å tilhøre henholdsvis gruppe a, b eller c. Gruppen er bestemmende for prosentsatsen det ytes stønad i henhold til.

- Gruppe a: 100 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe b: 75 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe c: 40 prosent dekning etter honorartakstene

Ved tilstander som er nevnt under bokstavene b og c må behandlingen være påbegynt senest det året bruker fyller 18 år.

Utgifter til kjeveortopedisk behandling dekkes ikke når behandlingsbehovet er en følge av karies i permanente tenner eller av periodontitt, med unntak av aggressiv periodontitt.

a) Svært stort behov

- 1) **Leppe-kjeve-ganespalte**
- 2) **Medfødt og ervervet craniofacial lidelse**
- 3) **Bittavvik som er så alvorlig at bruker må ha ortognatisk-kirurgisk behandling**
Det er en forutsetning at tilfredsstillende behandlingsresultat kun kan oppnås gjennom kombinasjonsbehandling.

Nødvendig bittrehabilitering for å stabilisere behandlingsresultatet ved ortognatisk kirurgi kan også dekkes når tenner mangler, uavhengig av årsaken til tanntapet.

Utgiftene dekkes med 100 prosent etter honorartakstene.

b) Stort behov

- 1) **Horisontalt overbitt som er 9 mm eller mer**
Det horisontale overbitt måles fra incisalkanten på den mest prominente overkjeveincisiv langs okklusjonsplanet til labialflaten av motsvarende underkjeveincisiv.
- 2) **Enkeltidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier**
I blandingstannsett kan denne gruppeplassering benyttes selv om ikke mange nok permanente tenner er frembrudt til at det kan registreres kryss- eller saksebitt på tre tannpar. Det må imidlertid være overveiende sannsynlig at tre eller flere permanente tenner vil eruptere i kryss-/saksebitt uten tidligbehandling. Kravet til tvangsføring opprettholdes.
- 3) **Åpent bitt hvor det kun er okklusjonskontakt på molarene**
Dersom premolarene ikke er fullt frembrudt, forutsettes det at disse overveiende sannsynlig ikke vil kunne nå okklusjonskontakt uten -behandling. Utgangspunktet

er okklusjon bare på de permanente molarer. Dersom det er kontakt mellom melkemolarer kvalifiserer dette ikke til gruppe b.

- 4) **Retinerte front- og hjørnetenner hvor det er nødvendig med aktiv fremføring**
Dette gjelder tenner som ikke bryter frem til normal frembruddstid og som trenger aktiv fremføring.
- 5) **Underbitt som omfatter alle fire incisiver med eller uten tvangsføring**
Inverterte sentraler, der en må regne det som sikkert at også lateralene vil bli invertert, anses som likeverdig avvik. Det samme gjelder kantbitt av alle fire incisiver.
- 6) **Agnesi eller tanntap i fronten**
En tann i fronten som ikke kan trekkes frem, anses likeverdig med tanntap i fronten.
- 7) **Dypt bitt som er 6 mm eller mer med bukkal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to tenner eller flere**
Påbitingen må være palatinal for antagonistens anatomiske kroner (slik at det senere ikke blir kontakt med cingulum). Påbiting av gingiva som dekker cingulu, eller kontakt med papilla incisiva alene, kvalifiserer ikke for gruppering under dette punkt.
- 8) **Dobbeltsidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side**
- 9) **Agnesi av to eller flere tenner i samme sidesegment, 3. molarer (visdomstenner) unntatt**
- 10) **Agnesi av enkelttenner i sidesegmentene (dersom luker lukkes)**

Utgiftene dekkes med 75 prosent etter honorartakstene.

c) Klart behov

- 1) **Horisontalt overbitt fra 6-9 mm**
- 2) **Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar**
Er det åpne bittet lokalisert i fronten, skal det vertikale overbittet være negativt. For laterale åpne bitt gjelder samme regler som for punkt b-3.
- 3) **Inverteringer**
- 4) **Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale av overkjevens lingualflater**
- 5) **Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)**
Med markert plassoverskudd for stønadsberettiget ytelse forstås minst 6 mm.
- 6) **Stor plassmangel i fronten (angis i mm og med beskrivelse av enkelttenners stilling)**
Stor plassmangel kan være vanskelig å definere eksakt. Avgjørende vil være hvorvidt det gjelder en enkelt tann eller generelt.
- 7) **Okklusjonsavvik kombinert med sterke subjektive dysfunksjonssymptomer**
Det siktes her til cranio-mandibulær dysfunksjon.

Utgiftene dekkes med 40 prosent etter honorartakstene.

Generelle merknader

Nødvendige årlige mellomkontroller med røntgenbilder mellom første gangs undersøkelse og behandlingsoppstart, dekkes etter refusjonstakstene.

Forundersøkelse

Forundersøkelse (inkludert nødvendige laboratorieprøver og røntgenundersøkelser) utført av kjeveortoped og med formål å vurdere behov for kjeveortopedisk behandling,

uavhengig av om behandlingen iverksettes eller ikke, ytes som stønad etter takstgruppene A. Generelle tjenester og I. Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser. For gruppe a gis det stønad etter honorartakst, mens det for gruppe b og c gis stønad etter refusjonstakst.

Tidlig behandling – ny behandling senere

Ved tidlig behandling kan det være vanskelig å avgjøre om det også kan bli nødvendig med behandling på et senere tidspunkt. Blir det aktuelt med fornyet behandling senere, kreves ikke ny henvisning fra allmennpraktiserende -tannlege/tannpleier, men det må vises til tidligere henvisning.

Utvidet stønad av utgifter til kjeveortopedisk behandling

Ordningen med utvidet stønad av utgifter til kjeveortopedisk behandling gjelder familier der flere barn enn ett barn har behov for slik behandling. Moderasjonen gjelder fra det neste barnet (med behov for tannregulering) og de påfølgende søsken.

I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedisk behandling av bittavvik under gruppe b eller c, økes stønaden i gruppe b fra 75 prosent til 90 prosent og i gruppe c fra 40 prosent til 60 prosent fra og med det andre barnet.

For at utvidet stønad fra og med det neste barnet skal gjelde, er det et vilkår at det kan dokumenteres at behandlingen av det første barnet har påført familien faktiske utgifter. NAV lokalt/NAV Helsetjenesteforvaltning vil eventuelt være behjelpelig i fremskaffelsen av denne dokumentasjonen.

Med faktiske utgifter forstås at det ikke er tilstrekkelig at det første barnet har hatt et behov for kjeveortopedisk behandling, dersom dette ikke har medført behandling og faktiske utgifter. Der bruker har betalt et mellomlegg i form av differansen mellom honorartakstene og tannlegens honorar, regnes ikke denne differansen som en faktisk utgift jf. forskrift § 2 siste ledd. Ut fra dette ytes det heller ingen utvidet stønad for det neste barnet dersom det ble ytt 100 prosent av -honorartakst ved behandling av det første barnet, slik det vil være dersom første barnet har/hadde bittavvik i kategori a.

Dersom det første barnet har/hadde et avvik som ikke er omfattet av kategori b eller c gis ikke utvidet stønad ved behandling av det neste barnet da Arbeids- og velferdsetaten ikke refunderer behandlingsutgifter ved avvik utenfor -kategoriene a, b og c.

Ved samlivsbrudd omfattes den av foreldrene som har retten til barnetrygden for de aktuelle søsken, av ordningen om søskenmoderasjon. Der de aktuelle søsken har halv søsken, er det et vilkår at barnetrygden for de aktuelle søsken utbetales til søsknenes felles mor/far.

Der et/flere søsken er adoptert, omfattes barnet/barna av ordningen fra tidspunktet for adopsjonsbevillingen. Som dokumentasjon på bosted godtas blant annet utskrift fra folkeregisteret. Ved avtale om delt bosted, jf. barnelova § 36, vil avtalen mellom foreldrene være nødvendig tilleggsdokumentasjon for å oppnå søskenmoderasjon.

Takster for tannbehandling

A. Generelle tjenester

Takst	Tekst	Honorar	Refusjon	Egenandel
1	Undersøkelse hos allmennpraktiserende tannlege	290,-	175,-	115,-
2	Undersøkelse hos spesialist	480,-	290,-	190,-
3	Omfattende undersøkelse hos spesialist	890,-	890,-	0,-
4	Enkel etterkontroll etter kirurgiske inngrep, periodontal behandling og oralmedisinske undersøkelser	175,-	105,-	70,-
5	Omfattende etterkontroll etter kirurgiske inngrep og oralmedisinske undersøkelser	340,-	205,-	135,-
6	Lokal og regional anestesi	95,-	60,-	35,-
7	Tilleggstakst ved behandling under lystgassanalgesi	260,-	210,-	50,-
8	Rapportering til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer	325,-	325,-	0,-

Merknad til A. Generelle tjenester:

Takstene 1 og 2: Undersøkelse

Takstene omfatter anamnese, klinisk undersøkelse av tenner, tannkjøtt, kjever og munnhulens slimhinner. Videre inngår inspeksjon og undersøkelse av okklusjons- og artikulasjonsforholdene, samt ekstraoral undersøkelse. I tillegg omfattes en sammenfattende beskrivelse for brukeren av resultatet av undersøkelsen, en foreløpig -behandlingsplan med eventuelle alternative behandlinger, samt prisinformasjon og kostnadsoverslag. Av overslaget skal det fremgå sannsynlige kostnader til tanntekniske arbeider.

Det ytes også stønad til utgifter til undersøkelse av tannlegespesialist etter takst 2 når undersøkelsen har til hensikt å vurdere behov for behandling som refunderes etter takstene i denne forskriften uavhengig om behandlingen iverksettes eller ikke.

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

Takst 3: Omfattende undersøkelse hos spesialist

Taksten kan kun utløses av godkjent spesialist, jf. forskriften § 3.

Taksten kan benyttes av inntil tre spesialister ved interdisiplinære undersøkelser hos spesialist.

Taksten kan brukes for tilfeller som krever en mer omfattende anamnese og klinisk undersøkelse/utredning. Taksten kan også brukes ved omfattende oralmedisinsk undersøkelse ved smerteutredning og ved oralmedisinsk diagnostikk. Bittfysiologisk undersøkelse og

utredning av funksjonsrelaterte sykdomstilstander og behandlingsplanlegging honoreres også etter denne taksten. Taksten kan videre benyttes ved forundersøkelser til kjeveortopedisk behandling som omtalt i gruppe a, jf. § 1, pkt. 8. I tillegg kan taksten brukes i de tilfeller det planlegges å gjennomføre omfattende behandlinger og hvor planlagt behandling omfatter innsetting av implantatforankret protetikk.

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 f.eks. skriftlig terapi- og kostnadsoverslag, studier av modeller etc., skriving av -henvisninger, skademeldinger og eventuelle konsultasjoner per brev eller telefon.

Taksten kan også benyttes av tannlegespesialist som får henvist bruker for utredning, diagnostikk og rådgivning om behandlingsplan for behandling som det vil kunne ytes stønad til.

Ved utarbeidelsen av behandlingsplan for ortognatisk kirurgi ved de odontologiske læresteder, kan det kreves refusjon etter honorartakst for modellsett og fotos etter takstgruppe H. Øvrige behandlinger.

Taksten kan utløses selv om det ikke igangsettes behandling.

Taksten kan ikke kombineres med takst 2.

Takstene 4 og 5: Etterkontroll

Taksten benyttes ved kontroll av tilheling, fjerning av sutur m.v. ved etterkontroll av kirurgiske inngrep og periodontal behandling.

Det ytes stønad til inntil to nødvendige etterkontroller etter takst 4 når etterkontrollen har sammenheng med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten er basert på et tidsforbruk på inntil 10 minutter.

Det ytes stønad til inntil fire nødvendige etterkontroller etter takst 5 når etterkontrollen har sammenheng med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten er basert på et tidsforbruk på mer enn 10 minutter.

Takst 4 og 5 kan ikke kombineres med takst 505.

Takst 6: Lokal og regional anestesi

Det ytes stønad til lokal og regional anestesi i forbindelse med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6.

Taksten skal dekke nødvendig anestesi ved injeksjon innenfor det aktuelle anestesi-området. Taksten kan kun brukes én gang i dette området for hver behandlingsseanse.

Utgifter til anestesi ved pensling eller frysing dekkes ikke.

Takst 7: Tilleggstakst ved tannbehandling under lystgassanalgesi

Taksten skal dekke ekstra utgifter til lystgassbehandling i forbindelse med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten omfatter den innledende fase, tiden brukeren er under lystgassanalgesi og den avsluttende fase.

Takst 8: Rapportering til bivirkningsgruppen

Det ytes stønad etter taksten ved utfylling og innsending av skjema "Rapportering av uønskede reaksjoner/bivirkninger hos brukere i forbindelse med odontologiske materialer", utarbeidet av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer.

G. Kjeveortopedisk behandling

Takst	Tekst	Honorar	Refusjon	Egenandel
601	Behandlingsplanlegging	900,-		
602	Fremstilling og innsetting av avtakbar apparatur			
602a	Enkel retensjonsplate (pressplate/Essixplate og lignende)	915,-		
602b	Ganebue loddet til bånd/Quad Helix	1.415,-		
602c	Fixert plate, enkel type (Hawley, Jensen og lignende)	1.630,-		
602d	Komplisert plate (Hilgersplate, Retraktor og lignende)	2.245,-		
602e	Mono-block typer (RPE og lignende)	2.625,-		
602f	Aktivator og Twin-block typer (Maxillator, Hansaplate og lignende)	3.075,-		
602g	Komplisert ganebue/Quad Helix fremstilt av sentraliserte LKG-team ved behandling av LKG/craniofaciale lidelser	3.075,-		
603	Fast apparatur i en hel kjeve			
603a	Fast apparatur i en hel kjeve	2.355,-		
603b	Fast apparatur i en hel kjeve med selvliggende brackets	2.910,-		
604	Behandlingskontroller/arbeidsoperasjoner i aktiv behandlingsfase			
604a	Behandlingskontroll uten apparatjustering	225,-		
604b	Enkel arbeidsoperasjon	345,-		
604c	Middels arbeidsoperasjon	515,-		
604d	Komplisert arbeidsoperasjon	835,-		
604e	Spesielt krevende behandling av LKG/craniofaciale lidelser utført av sentraliserte LKG-team	1.250,-		
604f	Ekstra arbeidsoperasjon	220,-		
605	Spesialutstyr/tilleggsmateriell			
605a	Lipbumper, Transpalatinalbue og tilsvarende	375,-		
605b	Mia-Quad-helix og tilsvarende	495,-		
605c	HG med drag, Jasper Jumper/Malu/Bitefixer per stykk og tilsvarende	695,-		

605d	Ansiktsmaske/Delaire og tilsvarende	1.600,-		
605e	Herbst apparatur og tilsvarende	2.225,-		
605f	Miniskrue/intraossøst implantat/miniimplantat – første skrue	1.580,-		
605g	Miniskrue/intraossøst implantat/miniimplantat – per ekstra skrue	1.265,-		
606	Behandlingsavslutning			
606a	Fjerning av apparatur i en kjeve med rens	585,-		
606b	Fremstilling og liming av retensjonsbue i overkjeve/underkjeve front per stykk	1.035,-		
607	Retensjonskontroller			
607a	Enkel kontroll	225,-		
607b	Enkel arbeidsoperasjon ved kontroll	335,-		

Merknader til G. Kjeveortopedisk behandling:

Refusjon for kjeveortopedisk behandling ytes etter en prosentsats av honorartaksten, avhengig av bittavvikets alvorlighetsgrad, jf. rundskrivet til § 5–6 nr. 8.

Takst 601: Behandlingsplanlegging

Taksten omfatter 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.

Behandlingsplanlegging skal være utført av kjeveortoped for at taksten skal utløses.

Taksten kan utløses én gang i et behandlingsforløp ved kjeveortopedisk behandling, med unntak for sentraliserte LKG-team. Disse kan ved behandling av bruker med LKG/craniofaciale lidelser utløse taksten flere ganger i et behandlingsforløp.

Takst 602: Fremstilling og innsetting av avtakbar apparatur

Takstene 602a-d omfatter fremstilling av avtakbar intraoral apparatur og inkluderer avtrykk og fremstilling av arbeidsmodell i én kjeve, fremstilling av apparatur, enten denne er fremstilt hos tanntekniker som underleverandør eller av kjeveortoped, samt påsetting/tilpasning i munnen og aktuell informasjon om bruk av apparatur frem til neste kontroll.

Takstene 602e-f omfatter samme prosedyre som for takstene 602a-d, men basert på avtrykk og fremstilling av arbeidsmodeller for begge kjever.

Takst 602g omfatter samme prosedyrer som 602a-f og er forbeholdt sentraliserte LKG-team ved behandling av LKG/craniofaciale lidelser. Taksten kan utløses av privatpraktiserende kjeveortoped dersom LKG-teamene har instruert/henvist til privatpraktiserende kjeveortoped for tillaging av komplisert ganebue/Quad Helix.

Takst 603a: Fast apparatur i en hel kjeve

Taksten omfatter tilpasning og påsetting av fast apparatur inkludert aktuell -informasjon og

veiledning til bruker. Taksten inkluderer nødvendig materiell av type brackets, bånd og bue.

Takst 603b: Fast apparatur i en hel kjeve med selvliggende brackets

Taksten omfatter tilpasning og påsetting av fast apparatur inkludert aktuell -informasjon og veiledning til bruker. Taksten inkluderer nødvendig materiell av type brackets, bånd og bue.

Takst 604a: Behandlingskontroll uten apparatjustering

Taksten omfatter enkle kontroller som blir foretatt underveis i den aktive kjeveortopediske behandlingen og uten at apparatjustering er nødvendig. Taksten er basert på et tidsforbruk på 10 minutter.

Takst 604b: Enkel arbeidsoperasjon

Taksten omfatter prosedyrer slik som for eksempel justering av apparatur, bueskift i en kjeve (enkelt bueskift), resegmentering, fjerning av sementerte apparater og limte retainere eller tilpasning av 1-2 bånd uten sementering. Taksten er basert på et -tidsforbruk på 15 minutter.

Takst 604c: Middels arbeidsoperasjon

Taksten omfatter prosedyrer slik som for eksempel liming av 1-3 brackets, tilpasning og sementering av 1-2 bånd, bueskift i en kjeve (middels) eller buejustering der buen må tas ut. Taksten er basert på et tidsforbruk på 20 minutter.

Takst 604d: Komplisert arbeidsoperasjon

Taksten omfatter prosedyrer av typen liming av 4-8 brackets, tilpasning og -sementering av 3-4 bånd. Taksten er basert på et tidsforbruk på 30 minutter.

Takst 604e: Spesielt krevende behandling ved LKG/craniofaciale lidelser utført av sentraliserte LKG-team

Taksten er basert på et tidsforbruk på 45 minutter.

Ved behandling ved sentraliserte LKG-team som krever takstbruk ut over 604e, benyttes takstene 604a-604e avhengig av type arbeidsoperasjon.

Takst 604f: Ekstra arbeidsoperasjon

Ved behov for å utføre flere arbeidsoperasjoner i samme behandlingsseanse kan - arbeidsoperasjon nr. 2 og eventuelt flere (jf. 604b-604d) utløses i henhold til takst 604f.

Takst 605: Spesialutstyr/tilleggsmateriell

Takst gjelder spesialmateriale og tilpasning/montering av dette.

Takst 605f: Miniskrue/intraossøst implantat/miniimplantat – første skrue

Taksten inkluderer arbeidsoperasjon for forankring av skruen/miniimplantatet, skruen og anestesi.

Takst 605g: Miniskrue/intraossøst implantat/miniimplantat – per ekstra skrue

Taksten dekker arbeidsoperasjon for forankring av skruen/miniimplantatet, skruen og anestesi ved behov for mer enn en skrue/miniimplantat.

Takst 607: Retensjonskontroller

Det ytes stønad til inntil 6 retensjonskontroller. Taksten kan ytes for brukere som faller inn under gruppe b og c for kjeveortopedisk behandling, jf. § 1 nr. 8.

For brukere som behandles/er behandlet for LKG/craniofaciale lidelser av sentraliserte LKG-team, er det ingen alders- eller antallsbegrensning når det gjelder retensjonskontroller.

Vedlegg 3

Forslag til nytt regelverk for stønad til kjeveortopedisk behandling

Rundskriv til § 5-6 - Tannbehandling

8 Bittanomalier

I dette punktet omhandles kun bittanomalier som kan behandles kjeveortopedisk.

De bittanomalier som er stønadsberettiget, er delt opp i tre grupper. Opplistingen i gruppene gir en uttømmende oversikt over de tilfeller der det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling. Avhengig av diagnose vil hver enkelt bruker bli definert å tilhøre henholdsvis gruppe A, B eller C. Gruppen er bestemmende for prosentsatsen det ytes stønad i henhold til.

- Gruppe A: 100 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe B: 75 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe C: 40 prosent dekning etter honorartakstene

Ved tilstander som er nevnt under bokstavene B og C må behandlingen være påbegynt senest det året bruker fyller 18 år.

Utgifter til kjeveortopedisk behandling dekkes ikke når behandlingsbehovet er en følge av karies i permanente tenner eller av periodontitt, med unntak av aggressiv periodontitt.

A) Svært stort behov

- 1) **Leppe-kjeve-ganespalte**
- 2) **Medfødt og ervervet craniofacial lidelse**
- 3) **Bittavvik som er så alvorlig at bruker må ha ortognatisk-kirurgisk behandling**
Det er en forutsetning at tilfredsstillende behandlingsresultat kun kan oppnås gjennom kombinasjonsbehandling.

Nødvendig bittrehabilitering for å stabilisere behandlingsresultatet ved ortognatisk kirurgi kan også dekkes når tenner mangler, uavhengig av årsaken til tanntapet.

Utgiftene dekkes med 100 prosent etter honorartakstene.

B) Stort behov

- 1) **Horizontalt overbitt som er 9 mm eller mer**
Det horisontale overbitt måles fra incisalkanten på den mest prominente overkjeveincisiv langs okklusjonsplanet til labialflaten av motsvarende underkjeveincisiv.
- 2) **Enkelttidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier**
I blandingstannsett kan denne gruppeplassering benyttes selv om ikke mange nok permanente tenner er frembrudt til at det kan registreres kryss- eller saksebitt på tre tannpar. Det må imidlertid være overveiende sannsynlig at tre eller flere permanente tenner vil eruptere i kryss-/saksebitt uten tidligbehandling. Kravet til tvangsføring opprettholdes.
- 3) **Åpent bitt hvor det kun er okklusjonskontakt på molarene**
Dersom premolarene ikke er fullt frembrudt, forutsettes det at disse overveiende sannsynlig ikke vil kunne nå okklusjonskontakt uten behandling. Utgangspunktet er okklusjon bare på de permanente molarer. Dersom det er kontakt mellom melkemolarer kvalifiserer dette ikke til gruppe b.

- 4) **Retinerte front- og hjørnetenner hvor det er nødvendig med aktiv fremføring**
Dette gjelder tenner som ikke bryter frem til normal frembruddstid og som trenger aktiv fremføring.
- 5) **Underbitt som omfatter alle fire incisiver med eller uten tvangsføring**
Inverterte sentraler, der en må regne det som sikkert at også lateralene vil bli invertert, anses som likeverdig avvik. Det samme gjelder kantikantbitt av alle fire incisiver.
- 6) **Agnesi eller tanntap i fronten**
En tann i fronten som ikke kan trekkes frem, anses likeverdig med tanntap i fronten.
- 7) **Dypt bitt som er 6 mm eller mer, eller med bukkal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to tenner eller flere**
Påbitingen må være palatinal for antagonistens anatomiske kroner (slik at det senere ikke blir kontakt med cingulum). Påbiting av gingiva som dekker cingulum, eller kontakt med papilla incisiva alene, kvalifiserer ikke for gruppering under dette punkt.
- 8) **Dobbelttidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side**
- 9) **Agnesi av to eller flere tenner i samme sidesegment, 3. molarer (visdomstenner) unntatt**
- 10) **Agnesi av enkelttenner i sidesegmentene (dersom luker lukkes)**

Utgiftene dekkes med 75 prosent etter honorartakstene.

C) Klart behov

- 1) **Horisontalt overbitt fra 6-9 mm**
- 2) **Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar**
Er det åpne bittet lokalisert i fronten, skal det vertikale overbittet være negativt. For laterale åpne bitt gjelder samme regler som for punkt b-3.
- 3) **Inverteringer i front og hjørnetenner**
- 4) **Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater**
- 5) **Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)**
Med markert plassoverskudd for stønadsberettiget ytelse forstås minst 6 mm.
- 6) **Plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm**

Utgiftene dekkes med 40 prosent etter honorartakstene.

Forundersøkelse

Forundersøkelse (inkludert nødvendige laboratorieprøver og røntgenundersøkelser) utført av kjeveortoped og med formål å vurdere behov for kjeveortopedisk behandling, uavhengig av om behandlingen iverksettes eller ikke, ytes som stønad etter takstgruppene A. Generelle tjenester. For gruppe A gis det stønad etter honorartakst, mens det for gruppe B og C gis stønad etter refusjonstakst.

For gruppe B og C kan taksten kun utløses én gang.

Tidlig behandling – ny behandling senere

Ved tidlig behandling kan det være vanskelig å avgjøre om det også kan bli nødvendig med behandling på et senere tidspunkt. Blir det aktuelt med fornyet behandling senere, kreves ikke ny henvisning fra allmennpraktiserende tannlege/tannpleier, men det må vises til tidligere henvisning.

Utvidet stønad av utgifter til kjeveortopedisk behandling

Ordningen med utvidet stønad av utgifter til kjeveortopedisk behandling gjelder familier der flere barn enn ett barn har behov for slik behandling. Moderasjonen gjelder fra det neste barnet (med behov for tannregulering) og de påfølgende søsken.

I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedisk behandling av bittavvik under gruppe B eller C, økes stønaden i gruppe B fra 75 prosent til 90 prosent og i gruppe C fra 40 prosent til 60 prosent fra og med det andre barnet. For at utvidet stønad fra og med det neste barnet skal gjelde, er det et vilkår at det kan dokumenteres at behandlingen av det første barnet har påført familien faktiske utgifter. NAV Helsetjenesteforvaltning, ev. NAV lokalt vil eventuelt være behjelpelig i fremskaffelsen av denne dokumentasjonen.

Med faktiske utgifter forstås at det ikke er tilstrekkelig at det første barnet har hatt et behov for kjeveortopedisk behandling, dersom dette ikke har medført behandling og faktiske utgifter. Der bruker har betalt et mellomlegg i form av differansen mellom honorartakstene og tannlegens honorar, regnes ikke denne differansen som en faktisk utgift jf. forskrift § 2 siste ledd. Ut fra dette ytes det heller ingen utvidet stønad for det neste barnet dersom det ble ytt 100 prosent av honorartakst ved behandling av det første barnet, slik det vil være dersom første barnet har/hadde bittavvik i kategori A.

Dersom det første barnet har/hadde et avvik som ikke er omfattet av kategori B eller C gis ikke utvidet stønad ved behandling av det neste barnet da Arbeids- og velferdsetaten ikke refunderer behandlingsutgifter ved avvik utenfor kategoriene A, B og C.

Ved samlivsbrudd omfattes den av foreldrene som har retten til barnetrygden for de aktuelle søsken, av ordningen om søskenmoderasjon. Der de aktuelle søsken har halvsøsken, er det et vilkår at barnetrygden for de aktuelle søsken utbetales til søsknenes felles mor/far.

Der et/flere søsken er adoptert, omfattes barnet/barna av ordningen fra tidspunktet for adopsjonsbevillingen. Som dokumentasjon på bosted godtas blant annet utskrift fra folkeregisteret. Ved avtale om delt bosted, jf. barnelova § 36, vil avtalen mellom foreldrene være nødvendig tilleggskumentasjon for å oppnå søskenmoderasjon.

Takster for tannbehandling

G. Kjeveortopedisk behandling

Takst	Tekst	Honorar	Refusjon	Egenandel
601	Behandlingsoppstart			
602	Avtakbar apparatur			
602x	Enkelt avtakbar apparatur			
602x	Komplisert avtakbar apparatur/tilleggsmateriell			
602g	Komplisert ganebue/Quad Helix fremstilt av sentraliserte LKG-team ved behandling av LKG/craniofaciale lidelser			
603	Fast apparatur			
603	Fast apparatur i en hel kjeve			
604	Behandlingskontroll/arbeidsoperasjon			
604a	Behandlingskontroll/arbeidsoperasjon			
604e	Spesielt krevende behandling av LKG/craniofaciale lidelser utført av sentraliserte LKG-team			

605	Spesialutstyr/tilleggsmateriell			
605x	Enkelt tilleggsmateriell			
605x	Frontalt drag			
605x	Miniskrue/miniimplantat, per implantat			
606	Behandlingsavslutning og etterkontroll			
606	Behandlingsavslutning, per kjeve			

Merknader til G. Kjeveortopedisk behandling:

Refusjon for kjeveortopedisk behandling ytes etter en prosentsats av honorartaksten, avhengig av bittavvikets alvorlighetsgrad, jf. rundskrivet til § 5–6 nr. 8.

Takst 601: Behandlingsoppstart

Taksten inkluderer modeller, alle typer røntgen mv., samt behandlingsplanlegging, 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.

Taksten kan utløses én gang i et behandlingsforløp ved kjeveortopedisk behandling, med unntak for sentraliserte LKG-team. Disse kan ved behandling av bruker med LKG/craniofaciale lidelser utløse taksten flere ganger i et behandlingsforløp.

Takst 602a og 602b: Enkelt og komplisert avtakbar apparatur

Takstene omfatter avtrykk og fremstilling av arbeidsmodell i én kjeve, fremstilling av apparatur, enten denne er fremstilt hos tanntekniker som underleverandør eller av kjeveortoped, samt påsetting/tilpasning i munnen og aktuell informasjon om bruk av apparatur frem til neste kontroll.

Takst 602g Komplisert ganebue/Quad Helix

Taksten omfatter samme prosedyrer som 602a og b og er forbeholdt sentraliserte LKG-team ved behandling av LKG/craniofaciale lidelser. Taksten kan utløses av privatpraktiserende kjeveortoped dersom LKG-teamene har instruert/henvist til privatpraktiserende kjeveortoped for tillaging av komplisert ganebue/Quad Helix.

Takst 603: Fast apparatur i en kjeve

Taksten omfatter tilpasning og påsetting av fast apparatur inkludert aktuell informasjon og veiledning til bruker. Taksten inkluderer alt nødvendig materiell (brackets, bånd, bue mv).

Takst 604x: Behandlingskontroll/arbeidsoperasjon

Taksten omfatter alle kontroller underveis i den aktive kjeveortopediske behandlingen, og inkluderer alle nødvendige arbeidsoperasjoner i forbindelse med den aktive behandlingen.

Takst 604e: Spesielt krevende behandling ved LKG/craniofaciale lidelser utført av sentraliserte LKG-team

Taksten er basert på et tidsforbruk på 45 minutter.

Taksten kan repeteres.

Takst 605x og 605x: Spesialutstyr/tilleggsmateriell

Takstene inkluderer alt nødvendig utstyr/materiell og tilpasning/montering av dette.

Takst 605f: Miniskrue/ miniimplantat – per skrue

Taksten inkluderer arbeidsoperasjon for forankring av skruen/miniimplantatet, skruen og anestesi.

Takstene 4 og 5: Etterkontroll

Taksten benyttes ved kontroll av tilheling, fjerning av sutur m.v. ved etterkontroll av kirurgiske inngrep , periodontal behandling og kjeveortopedisk behandling.

Det ytes stønad til inntil to nødvendige etterkontroller etter takst 4 når etterkontrollen har sammenheng med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten er basert på et tidsforbruk på inntil 10 minutter.

Taksten kan ytes én gang for brukere som faller inn under gruppe b og c for kjeveortopedisk behandling.

Det ytes stønad til inntil fire nødvendige etterkontroller etter takst 5 når etterkontrollen har sammenheng med behandling som er stønadsberettiget etter § 5–6. Taksten er basert på et tidsforbruk på mer enn 10 minutter.

For brukere som behandles/er behandlet for LKG/craniofaciale lidelser av sentraliserte LKG-team, er det ingen alders- eller antallsbegrensning når det gjelder retensjonskontroller.

Takst 4 og 5 kan ikke kombineres med takst 505.

Vedlegg 4a

Innspill fra Norsk Kjeveortopedisk Forening

Notat etter informasjonsmøte vedr. oppfølging av St.meld nr 35.

Erfaringer etter regelverksendringene og takstendringene innført 010907 og 010108.

Økonomiske, administrative og faglige erfaringer med de endringer som ble innført.

Styret i NKF ønsker å påpeke følgende i forbindelse med dette:

1: Noen pasienter som tidligere kunne søke om bidrag etter §5-22 har nå mistet muligheten til stønad. Dette gjelder ikke mange pasienter, men det er et stort tap for dem det gjelder:

- Preprotetisk kjeveort. beh. i forbindelse med agenesier, traumer og peroprehabilitering.
- Unge voksne pasienter med uttalt attrisjon / slitasje.
- Kjeveort. beh. etter yrkesskader.

2: Dersom 18-årsgrensen skal beholdes mener vi stønad til følgende pasienter over 18 år bør vurderes:

- Kjeveortopedisk beh. etter traumer. For eksempel ekstrusjon av rot i stedet for ekstraksjon og innsetting av implantat eller fremstilling av bro.
- Preprotetisk kjeveortopedi i forbindelse med større rehabiliteringer i samarbeid med andre spesialister der den protetiske behandlingen gir rett til stønad.
- Kjeveortopedisk behandling i forbindelse med refusjonsberettiget periorehabilitering. Slik behandling kan i mange tilfeller gi et godt og rimelig resultat.
- Retinerte tenner. Det er mulig å føre frem retinerte tenner også på voksne. Omfanget er lite.
- Funksjonshemmede. Både fysisk og psykisk.

Mange av disse kommer dårlig ut i forhold til gjeldende regelverk. Pasienter med muskelsykdommer og Downs syndrom får ofte lite refusjon. I tillegg er de svært tidkrevende å behandle. Takstsystemet gir ikke rom for ekstra debitering av denne tiden. Vi mener dette rimer dårlig med intensjonen i stortingsmeldingen hvor det legges vekt på at de svakeste gruppene skal prioriteres.

3: Rubrikken for "like alvorlig avvik" er fjernet fra henvisningsskjemaet. Denne var ikke mye i bruk, men en del pasienter med spesielle problemer mistet muligheten til å få refusjon:

- Retinerte premolarer og molarer. Disse kan skade nabotennene, og må ofte fjernes senere i livet. Kostbare erstatninger med implantater eller broer kan bli resultatet.
- Molarer i ectopisk frembrudd. Disse er ofte enkle å behandle slik at skader på nabotennene kan unngås.
- Fremføring av røtter etter traumer.
- Ankyloserte tenner som må fjernes. Slike luker kan i noen tilfeller lukkes kjeveortopedisk med et godt resultat.
- Hypoplastiske 1. molarer som bør fjernes. Vi mener disse bør kunne likestilles med agenesier. Dersom slike dårlige tenner fjernes og lukene lukkes, kan pasientene spares for endodontisk behandling og kroneterapi senere i livet.
- Tidlig tap av molarer p.g.a. karies. Vi mener disse bør kunne få refusjon fordi dette oftest rammer de svakest stilte.
- Overtallige tenner. Oftest lateraler.
- Uni – og bilaterale kryssbitt som omfatter færre enn tre tenner, men som gir tvangsføringer og eller attrisjon.

4: Takstene. Forenklinger:

I tillegg til våre innspill på møtet 20. februar foreslår vi å fjerne takstene for retensjonskontroller (607). 604 a og b kan benyttes i stedet.

Bueskift: Siden det benyttes stadig mer kostbare buer som skiftes sjeldnere enn før, foreslår vi at alle bueskift debiteres etter takst 604c.

5: Henvisningsblanketten.

Vi synes ikke den nye blanketten er hensiktsmessig. Den har liten verdi for henvisende tannleger, foresatte og spesialistene. NKF foreslår følgende endringer:

- Opplysninger om personalia må stå øverst.
- Det bør være en rubrikk for tentativ diagnose (dette for at henvisende tannlege skal være bevisst på hva henvisningen gjelder, at foresatte blir klar over hvorfor de skal bestille time hos kjeveortoped. Mange barn går alene til distriktstannklinikken, så en henvisningsdiagnose bør være et minimum)
- Teksten under pkt. 1 må omformes slik at det IKKE står at folketrygden DEKKER, men at folketrygden gir stønad til....
- Informasjon om gruppeplassering og refusjonsprosent bør stå på baksiden av skjemaet (jfr det gamle søknadsskjemaet)
- Refusjonsprosentensatsene bør stå som en opplysning til foresatte
- En rubrikk om foresatte har mottatt stønad fra trygden til andre barn må fylles ut sammen med foresattes underskrift slik at alle er trygge på at søskenmoderasjonen blir registrert på best mulig måte.
- Skjemaet må være utformet slik at det er forståelig også for de foresatte.

Vedlegg 4b

Innspill fra Norsk Kjeveortopedisk Forening

NKF v/ Leder Jon-Olav Aabakken

NAV / Tannhelseprosjektet v/ Anita Lindholt, Per Lüdemann og Karianne Rygh Hjortdahl

Hei.

Vi viser til møte 16. april og mail fra dere 18. april. Styret har sammen med noen tidligere styremedlemmer gått nøye igjennom dagens system og tilblivelsen av dette.

De siste årene har vi opplevd mange forandringer og forbedringer. Både det sittende styret og tidligere styre har hatt en god dialog med myndighetene, og vi har fått anledning til å delta i de ulike prosesser som har ført frem til dagens system.

Bakgrunn

Før 1990 var det også prosentvis refusjon avhengig av bittfeilens alvorlighetsgrad. Det fungerte som to prosedyretakster der foresatte fikk utbetalt penger inntil innvilget beløp var nådd. Dette beløpet var svært lavt. Egenbetalingen ble derfor stor for de fleste.

I 1990 fikk vi et nytt søknadsskjema og dagens gruppeinndeling ble innført. Honoraret ble beregnet ut fra medgått tid og benyttede materialer. De fleste betalte á kontobeløp. Refusjon ble utbetalt inntil et normativt beløp i de ulike gruppene var nådd. Dersom det normative beløpet ble overskredet, måtte vi sende inn tilleggssøknad og spesifisere behandlingskostnadene. Dette fungerte greit, men i praksis ble det ofte slik at de enkle behandlingene subsidierte de kompliserte. Det ble ikke skrevet mange tilleggssøknader. Dette ønsket myndighetene å rydde opp i, og innførte stykkprisene i 2004.

Vi oppfatter dagens stykkpriser som prosedyretakster. Disse fungerer etter vår mening svært bra. Noen arbeidsoppgaver er godt betalt, mens andre knapt dekker materialkostnadene. Dette jevner seg ut på den enkelte pasient uten å ramme eller favorisere andre. Siden de normative satsene er fjernet, kan vi bruke tid og ressurser også på de tidkrevende behandlingene uten at inntjeningen reduseres eller pasientene får økt egenbetaling. Likeledes blir enkle behandlinger rimeligere. De fleste av oss opplever at totalkostnadene har gått noe ned for mange behandlinger.

Dagens situasjon

De siste årene har vi oppfordret våre medlemmer til å fakturere pasient (foresatte) og NAV fortløpende. Da er man hele tiden á jour ved at både NAV og pasientene betaler fortløpende for utført arbeid. Dette er også i samsvar med regnskapsloven fordi vi må betale skatt av innarbeidet honorar. Ved á kontoinnbetalinger vil aldri fakturert beløp være i overensstemmelse med beløp for utført arbeid. Vi ser at den samme problemstillingen dukker

opp dersom en takst skal dekke flere besøk. Videre er det allerede med dagens system ofte vanskelig å forklare foresatte at "en enkel operasjon" utløses enten det "skiftes en strikk" på kort tid eller en ny bue settes inn. Dette problemet blir større dersom flere takster slås sammen.

Kommentarer til eventuell forenkling av takstsystemet

Vi har gått igjennom alle våre takster, men kan ikke se at det er hensiktsmessig å slå sammen / fjerne mer enn vi allerede har foreslått. Dersom flere takster slås sammen er vår største bekymring at det vil bli mindre attraktivt å gjennomføre forsvarlig behandling av de pasientene som har størst behandlingsbehov.

Jfr. situasjonen i England og til dels i Sverige. Vi kunne høre på nyhetene sist fredag at de svakest stilte kom dårlig ut av NAV-reformen så langt. Vi håper våre pasienter med størst behandlingsbehov ikke vil få et dårligere tilbud. Det vil etter vår mening være vanskelig å gi mange gruppe A-pasienter (f. eks. LKG-pasienter) god behandling dersom prosedyretakster innføres.

Videre ser vi at prosedyretakster vil skape problemer når en pasient flytter og bytter behandler. Det vil bli vanskelig å beregne "hvor langt" inn i en takst pasienten er behandlet. Vi frykter et uoversiktlig og uryddig system som ikke følger pasienten.

Konklusjon

Vi mener dagens system innehar alle de viktige egenskapene som er listet opp på bilde 3 i "power-point-presentasjonen" vi mottok fra dere.

Som nevnt innledningsvis har vi vært igjennom mange og store forandringer de siste årene. Forandringene sist høst og ved årsskiftet skapte mye frustrasjon, særlig for OPUS-brukerne.

Vi vil beholde dagens stykkprissystem, men bidrar gjerne til å finjustere det slik at det i størst mulig grad gavner pasienter, kjeveortopedier og NAV.

Videre støtter vi Arild Stenviks forslag når det gjelder refusjon for trangstillinger. Når det gjelder inngangskriteriene mener vi det er riktig å rådføre seg med Fakultetene slik dere har gjort.

Vi minner også om vårt forslag til en bedre henvisningsblankett.

Ellers mener vi det igjen bør bli anledning til å ta fotos i forbindelse med forundersøkelsen og debitere for dette uavhengig av om behandling iverksettes eller ikke.

Ved vennlig hilsen

Jon-Olav Aabakken
(Leder NKF)