

# **§ 5-6 Tannbehandling**

## **Erfaringer etter regelverksendringer 1.9.2007 og 1.1.2008**

1. oktober 2008

**UNNTATT OFFENTLIGHET**  
Jf. offvl. § 5a

# INNHOLD

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
<b>2. SAMMENDRAG .....</b>	<b>5</b>
<b>3. PROSJEKTETS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV.....</b>	<b>6</b>
3.1 MANDAT.....	6
3.2 RAMMEBETINGELSER OG FORUTSETNINGER.....	6
3.3 ARBEIDSFORM.....	6
<b>4. REGELVERKSENDRINGER 01.09.07 OG 01.01.08.....</b>	<b>8</b>
4.1 ENDRINGER 01.09.07 – FJERNING AV KRAV OM FORHÅNDSGODKJENNING .....	8
4.1.1 <i>Endring</i> .....	8
4.1.2 <i>Bakgrunn for endringen</i> .....	8
4.1.3 <i>Forventede effekter</i> .....	9
4.2 ENDRINGER 01.01.08 – NY REGELVERKSSTRUKTUR.....	9
4.2.1 <i>Bakgrunn for endringene</i> .....	9
4.2.2 <i>Overføring fra § 5–22 til § 5–6</i> .....	9
4.2.3 <i>Nytt takstdokument</i> .....	10
4.2.4 <i>Forventede effekter</i> .....	11
<b>5. ØKONOMISKE EFFEKTER AV REGELVERKSENDRINGENE.....</b>	<b>12</b>
<b>6. ERFARINGER OG INNSPILL TIL ENDRINGER.....</b>	<b>18</b>
6.1 POSITIVE ERFARINGER MED REGELVERKSENDRINGENE.....	18
6.2 GENERELLE TILBAKEMELDINGER .....	18
6.3 INNSLAGSPUNKT (FORSKRIFT OG RUNDSKRIV).....	19
6.3.1 <i>Benigne svulster, osteomyelitt, cyster</i> .....	19
6.3.2 <i>Infeksjonsforebyggende behandling ved etablert medikamentassosiert kjeveosteonekrose</i> .....	20
6.3.3 <i>Tannutviklingsforstyrrelser – morfologiske utviklingsforstyrrelser (tapptenner)</i> .....	21
6.3.4 <i>Tannutviklingsforstyrrelser – retinerte premolarer</i> .....	21
6.4 OVERGANGSBESTEMMELSER – FORSKRIFTENS § 7 .....	22
6.4.1 <i>Innledning</i> .....	22
6.4.2 <i>Innspill</i> .....	22
6.4.3 <i>Direktoratets vurdering</i> .....	22
6.4.4 <i>Konklusjon</i> .....	23
6.5 TIDLIGERE BESTEMMELSE I RUNDSKRIV TIL § 5-6 – MULIGHET FOR HENVISNING TIL SPESIALIST FRA DOT 23 .....	23
6.5.1 <i>Innledning</i> .....	23
6.5.2 <i>Innspill</i> .....	23
6.5.3 <i>Direktoratets vurdering</i> .....	24
6.5.4 <i>Konklusjon</i> .....	24
6.6 TAKSTER.....	24
6.6.1 <i>Inkludering av tannteknikerutgiftene i stykkpristaksten</i> .....	24
6.6.2 <i>Overgang fra timehonorar til stykkpris</i> .....	27
6.7 MANGLENDE TAKSTER .....	30
6.7.1 <i>Innspill</i> .....	30
6.7.2 <i>Endringer</i> .....	30
6.7.3 <i>Direktoratets vurdering</i> .....	30
6.7.4 <i>Forslag til justeringer</i> .....	31
6.7.5 <i>Konsekvenser</i> .....	31
6.8 STØRRELSE PÅ TAKSTER.....	31
6.8.1 <i>Innspill</i> .....	31
6.8.2 <i>Justeringer og konsekvenser</i> .....	31
6.9 ØVRIGE JUSTERINGER .....	32
6.9.1 <i>Takst 701 fjernes</i> .....	32
6.9.2 <i>Begrensede egenandeler innslagspunkt 7</i> .....	32

<b>7. OPPSUMMERING OG VIDERE ARBEID .....</b>	<b>33</b>
7.1 OPPSUMMERING AV KONSEKVENSER .....	33
7.2 INNSPILL SOM IKKE HAR BLITT VURDERT .....	33
7.3 IMPLEMENTERING AV REGELVERKSENDRINGENE OG VIDERE ARBEID .....	33
<b>8. REFERANSER .....</b>	<b>34</b>

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1:	Prosjektbeskrivelse
Vedlegg 2:	Gjeldende regelverk
Vedlegg 3:	Forslag til nytt regelverk
Vedlegg 4:	Eksempler på beregning av stønad før og etter endring i takster
Vedlegg 5:	Innspill fra TAKO-senteret/Lovisenberg Diakonale Sykehus
Vedlegg 6:	Innspill fra DOT Hordaland/Haukeland Universitetssykehus
Vedlegg 7:	Innspill fra Haukeland Universitetssykehus, hode-/halsklinikken
Vedlegg 8:	Innspill fra Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi
Vedlegg 9:	Innspill fra Østfold Tannlegeforening
Vedlegg 10:	Innspill fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Vedlegg 11:	Innspill fra Tønsberg Oralkirurgiske Klinik AS
Vedlegg 12:	Innspill fra Roar Gornæs, spesialist oral protetik
Vedlegg 13:	Innspill fra Orthodontis AS
Vedlegg 14:	Innspill fra Norsk oralkirurgisk forening
Vedlegg 15:	Innspill fra NAV Helsetjenesteforvaltning

## 1. INNLEDNING

Regelverket knyttet til folketrygdens dekning av utgifter til behandling og undersøkelse hos tannlege hadde over tid utviklet seg til å bli vanskelig tilgjengelig for brukerne – både for tannleger og pasienter. Regelverket var fragmentert, og det manglet en sammenhengende struktur. Dette førte til at mange brukere hadde store problemer med å forstå sine rettigheter, samtidig som regelverket også var komplisert å anvende for behandlere og saksbehandlerne i etaten.

Som en del av en større gjennomgang av hele det offentlige engasjementet på tannhelseområdet fikk Rikstrygdeverket/Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2006 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å foreta en bred gjennomgang av folketrygdens stønad til tannbehandling. Hensikten var først og fremst å foreta en samling og forenkling av det eksisterende regelverket, samtidig som det skulle legges til rette for økt bruk av IKT i saksbehandlingen. Oppdraget fra HOD i 2006 resulterte i en rapport som foreslo en rekke forenklingstiltak. De fleste av disse forslagene ble implementert gjennom to regelverksendringer høsten 2007 og vinteren 2008. Alle ytelser ble gjort ubetingede, ved at kravet om forhåndsgodkjenning ble fjernet fra hovedbestemmelsen for tannbehandling i folketrygdloven, med virkning fra 1. september 2007. Fra 1. januar 2008 ble de fleste bidragsformålene flyttet til hovedbestemmelsen § 5-6. Konsekvensen av dette var at all stønad til tannbehandling etter folketrygdloven ble pliktmessige ytelser, og behandlingen kunne startes opp uten forutgående søknad.

I arbeidet med implementeringen av de foreslåtte endringene var forenkling og muligheten for bruk av IKT i saksbehandlingen viktige rettesnorer, men vel så viktig var hensynet til brukerne og stønadsbudsjettet. Den klare føringen fra HOD var at ingen skulle miste muligheten til stønad som følge av arbeidet, samtidig som ingen nye grupper skulle inkluderes. Endringene måtte følgelig være provenynøytrale, dvs. ikke føre til økte eller reduserte kostnader.

Som en oppfølging av forenklingsarbeidet ønsket HOD en evaluering av de gjennomførte endringene, for om mulig å fange opp og justere eventuelle utilsiktede virkninger. Arbeids- og velferdsdirektoratet har på oppdrag fra HOD samlet og evaluert innspill fra behandlere og relevante foreninger, og foreslår en rekke justeringer i regelverket for å rette opp i skjevhetene. Heller ikke denne gang ønsker HOD å inkludere nye stønadsgrupper. Foreslåtte justeringer må følgelig være innenfor dagens faglige og økonomiske rammer.

## 2. SAMMENDRAG

Regelverksendringene som trådte i kraft 1. september 2007 og 1. januar 2008 oppfattes i all hovedsak som positive. Fjerning av forhåndsgodkjenning har bidratt til at brukerne nå kan få behandling raskere, og forenklingen av regelverksstrukturen har ført til at regelverket er enklere å forstå og anvende både for behandlere, brukere og etaten.

Enhver omfattende endring kan gi utilsiktede virkninger. Arbeids- og velferdsdirektoratet har mottatt og vurdert de tilbakemeldinger og innspill som har kommet i forbindelse med regelverksendringene, og har basert på disse utarbeidet forslag til justeringer av gjeldende regelverk. Forslagene beskrives nærmere i kapittel 5. De viktigste justeringene kan oppsummeres til følgende:

- **Justeringer i inngangsvilkår i forskrift til § 5-6 § 1:**
  - Innslagspunkt 3 bør omformuleres slik at alle typer svulster blir omfattet, i tillegg til osteomyelitt
  - Medikamentassosiert osteonekrose tilføyes til innslagspunkt 4 (Infeksjonsforebyggende behandling)
  - Innslagspunkt 7 e) omformuleres slik at også alvorlige morfologiske utviklingsforstyrrelsene, herunder tapptenner, omfattes
- **Justering i takster:**
  - Mulighet for å kunne repetere enkelte takster for enkelte innslagspunkt
  - Tannteknikerutgifter dekkes etter regning for særlig omfattende og tidkrevende arbeider (innslagspunkt 1, 2 og 3)
  - Utvidet bruk av allerede eksisterende takster (101, 200-takstene)
  - Økt dekningsgrad for enkelte behandlinger (protetikk, implantat og fyllinger)

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

Gjennomføring av de foreslåtte justeringene vil fange opp de fleste utilsiktede virkninger som følge av regelverksendringene. Det vil fange opp enkelte mindre grupper som hadde rettigheter etter § 5-22, men som ikke ble tatt med over ved overføring § 5-6. Dette er også tilstander der det synes urimelig ikke å gi stønad da folketrygden gir stønad til liknende tilfeller. Videre vil justeringene bidra til at særlige sårbare grupper (SMT, kreftpasienter) får riktigere stønad for behandling som er en konsekvens av deres tilstand.

Totalt sett vil de foreslåtte justeringene gi et faglig sett riktigere stønadsregime. Noe økte kostnader må påregnes ettersom forslagene vil utvide både antallet personer som får rettigheter og gi bedre dekning for noen av de som har rettigheter. Samtidig fanges enkelte tilstander og behandlingsmuligheter opp igjen, som ble utelatt da endringene ble gjennomført.

### **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 skulle 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 ble overlevert til departementet 1. juli 2008, mens den siste delen av oppdraget skal leveres innen 1. oktober 2008.

Denne rapporten omhandler delprosjekt 3.

#### **3.2 Rammebetingelser og forutsetninger**

Prosjektet skal med utgangspunkt i det eksisterende regelverk og takster, foreta en faglig, administrativ og økonomisk evaluering av de endringene i regelverket som trådte i kraft 01.09.07 og 01.01.08. Herunder skal en vurdere om endringene fikk uforutsette konsekvenser for enkeltgrupper. Justeringer er utarbeidet iht. oppdragsbrev av 15.11.07 og 30.05.08, samt øvrig korrespondanse 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 justeringer gjøres innenfor gjeldende faglige og økonomisk ramme
- Eventuelle forslag som innebærer vesentlige regelverksendringer må utredes særskilt
- Foreslåtte justeringer må være hensiktsmessige også administrativt/teknisk, og må tilrettelegges for elektroniske løsninger for innsending, utbetaling og kontroll
- Regelverket skal være enkelt, oversiktlig og brukervennlig
- Prosjektet utarbeider forslag til nye takster ved behov, men størrelsen på takstene holdes utenfor

#### **3.3 Arbeidsform**

Arbeids- og velferdsdirektoratet etablerte i juli en prosjektgruppe bestående av overtannlege Per Lüdemann, jurist Vegard Skaug (prosjektleder) og ekstern konsulent 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:**

- Kjell Størksen ved Haukeland universitetssykehus
- TAKO-Senteret ved Kari Storhaug
- Fylkestannlegene ved arbeidsutvalgets leder Bengt Berger
- Helsedirektoratet ved Liljian Smith Aandahl
- Brukerorganisasjoner, representert ved FFO og SAFO
- Tannlegeforeningen med spesialistforeninger

**Interne ressurspersoner:**

- Per Øivind Gaardsrud, rådgiver, Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Karianne Rygh Hjortdahl, rådgiver, Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Kirsti Trømborg, tannhelsekoordinator, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Marius Gunneng, jurist, NAV Helsetjenesteforvaltning
- Saksbehandlere og rådgivende overtannleger i NAV Helsetjenesteforvaltning

Prosjektet har i hele perioden etter at oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet kom lagt vekt på å samle alle innspill som har vært relevante for delprosjektet. Dette har vært viktig for å kunne dokumentere for departementet alle de erfaringer som har kommet inn til NAV i tiden etter at endringene trådte i kraft.

**Arbeids-/orienteringsmøter**

I september ble det gjennomført flere arbeids- og orienteringsmøter, både med interne og eksterne ressurspersoner/organisasjoner. I møtene deltok blant andre Tannlegeforeningen med spesialistforeningene, Helsedirektoratet, fylkestannlegene, TAKO-Senteret, brukerorganisasjoner, leverandører av elektroniske pasientjournaler og ressurser fra NAV Helsetjenesteforvaltning. Formålet med møtene var både å orientering om prosjektens mandat og fremdriftsplan, samt innhente innspill, erfaringer og forslag til justeringer innenfor prosjektets rammer.

## **4. REGELVERKSENDRINGER 1.9.2007 OG 1.1.2008**

Regelverksendringene som ble gjennomført 1. september 2007 og 1. januar 2008 er i hovedsak i tråd med de endringsforslag Arbeids- og velferdsetaten fremmet i sin rapport fra Tannhelseprosjektet i 2006.

### **4.1 Endringer 1.9.2007 – fjerning av krav om forhåndsgodkjenning**

#### **4.1.1 Endring**

Med ikrafttredelse 01.09.07 ble kravet om forhåndsgodkjenning før oppstart av behandling hjemlet i folketrygdloven § 5-6 fjernet. Endringen ble gjort ved å oppheve § 2 i dagjeldende forskrift, som inneholdt hjemmelen for kravet om forhåndsgodkjenning. Tidligere var det påkrevd med en forutgående søknad for å få stønad til en rekke typer tannbehandling. Dette gjaldt både kostbare og omfattende behandlinger, som også kunne ha et mulig misbrukspotensial.

#### **4.1.2 Bakgrunn for endringen**

Det var flere ulike årsaker til at kravet ble fjernet. I en forutgående søknad kunne det være vanskelig for behandlende tannlege å forutse det reelle behandlingsbehovet. Utarbeidede behandlingsforslag kunne fort bli for omfattende, ettersom det var ressurskrevende å søke flere ganger for samme behandling. Systemet med forhåndsgodkjenning førte dermed til godkjenning av behandling ut over det som var medisinsk nødvendig. Et vedtak ville dessuten alltid være statisk, mens behandlingen ofte var dynamisk. Dersom behandlingsbehovet utviklet seg i en annen retning enn først antatt, kunne man risikere å måtte søke flere ganger for en behandling av samme pasient. Dette kunne også bli tungvindt, både for pasient og helsepersonell. I verste fall kunne resultatet bli at behandlingen stoppet opp i påvente av ytterligere godkjenning fra NAV. Dette er ikke gunstig i et behandlingsperspektiv, og kunne være svært uheldig for den enkelte pasient.

Videre var det vanskelig å overprøve foreslåtte behandlingsplaner fordi man manglet kriterier for nødvendig tannbehandling. Dessuten inneholdt planene til dels kompliserte og skjønnsmessige avveininger. Den lave avslagsprosenten illustrerte dette på en tydelig måte. Før opphevelsen av kravet om forhåndsgodkjenning ble i underkant av 5 prosent av alle søknader til behandling etter § 5-6 avslått. Avslagsprosenten for kjeveortopedisk behandling var 1 prosent. Det ble følgelig stilt spørsmålsteget ved effekten av å ha et krav om forhåndsgodkjenning. Etterkontroll basert på risikovurderinger ble ansett som en fullgod erstatning til forhåndsgodkjenningskravet, samtidig som risikostyring generelt utnytter ressursene bedre.

Krav til forhåndsgodkjenning førte til mye manuell saksbehandling og unødig bruk av ressurser, både for behandlere og etaten. Ved å fjerne kravet om forhåndsgodkjenning for alle ytelser i folketrygdloven § 5-6 ble ressursbruken redusert. Samtidig ble det i større grad lagt til rette for elektronisk løsninger i saksbehandlingen, som igjen vil føre til økt effektivitet i saksbehandlingen.

Det hadde i tiden forut for endringen festet seg et inntrykk av et betydelig underforbruk av stønadsberettiget tannbehandling, både som følge av komplekst regelverk og tidkrevende søknadsprosedyre. Det ble derfor viktig å foreta endringer som medførte at pasienten i større grad opplevde regelverket som forståelig. Pasientene skulle på forhånd kunne vite hva de hadde krav på, samtidig som behandlingen kunne startes opp tidligere. En generell målsetning med forenklingene var å redusere underforbruket av rettigheter. En oppheving av § 2 ble sett på



som et ledd i forenklingen av regelverket. Mange behandlere ga klart uttrykk for at de ikke sendte inn krav fordi de opplevde hele forhåndsgodkjenningsprosessen som tungvind.

Fjerning av kravet om forhåndsgodkjenning var dessuten ment som ett av flere tiltak, for å ansvarliggjøre behandlende tannlege i forhold til det ansvaret som påhviler alt helsepersonell i medhold av helsepersonellovgivningen.

#### **4.1.3 Forventede effekter**

Det ble antatt at fjerningen av kravet om forhåndsgodkjenning ville medføre en økning på stønadsbudsjettet. Det ble ansett som vanskelig å anslå eksakt ettersom økningen ville ha sammenheng med redusert underforbruk. Opphevelsen av kravet i seg selv ville ikke medføre økte utgifter, da ingen nye grupper/diagnoser ble inkludert. Riktignok ble det antatt at godkjenningskravet hadde en viss preventiv effekt som påvirket stønadsbudsjettet. Sett i sammenheng med svært lav avslagsprosent og innføringen av risikobasert kontroll i etterkant ble risikoen for økte utbetalinger på grunn av urettmessige krav likevel ansett som lav.

Endringen ville også kunne bidra til raskere behandlingsoppstart av pasientene. Videre ble det antatt at forenklingen i større grad ville redusere manuell saksbehandling og muliggjøre bruk av elektroniske løsninger.

## **4.2 Endringer 1.1.2008 – ny regelverksstruktur**

### **4.2.1 Bakgrunn for endringene**

Endringene som trådte i kraft 1. januar 2008 var trinn to i forenklingsarbeidet som ble påbegynt i 2007. Det var flere målsetninger med endringene, men hovedmålet var å styrke brukernes rettigheter gjennom en forenkling av regelverks- og takststrukturen. Kravet til forhåndsgodkjenning før behandlingsoppstart skulle fjernes for all stønadsberettiget tannbehandling. Det var imidlertid viktig at ingen skulle miste muligheten for offentlig finansiert tannbehandling som en følge av forenklingen. Disse målsetningene gjorde det nødvendig med en rekke større og mindre justeringer i regelverk og takster. Særlig ble det lagt ned et betydelig arbeid med utarbeidelse av de 14 innslagspunktene, men også de økonomiske sidene ved flytting fra § 5-22 til § 5-6 ble ansett som arbeidskrevende.

Før 1. januar 2008 var regelverket for dekning av utgifter til tannbehandling hjemlet i folketrygdloven uoversiktlig og detaljrikt, men samtidig mangelfullt. Regelverket var fragmentert (flere rundskriv, takstsystemer og diverse vedlegg). Dette gjorde det svært vanskelig for brukere å vurdere sine rettigheter, for tannleger å veilede sine pasienter og for NAV å behandle søknader og refusjonskrav. Som nevnt tidligere var regelverkets kompleksitet en viktig årsak til det antatte underforbruket av rettigheter.

Forenkling og sammenslåing av regelverket hjemlet i folketrygdloven ble anbefalt i NOU 2005:11. I NOU'en ble samtidig økt bruk av elektroniske løsninger trukket frem som et styrende prinsipp for regelverksutviklingen. Forslagene fra NOU'en ble fulgt opp og videre bygget ut av Regjeringen i Stortingsmelding nr. 35 (2006- 2007).

### **4.2.2 Overføring fra § 5–22 til § 5–6**

En viktig forutsetning for å få til en forenkling av regelverket var å overføre all tannbehandling hjemlet i folketrygdloven § 5–22 til lovens § 5–6. Det var ikke lenger hensiktsmessig å operere med to ulike hjemler for tannbehandling i folketrygdloven. Videre var overføringen en forutsetning for å oppnå målet om en enhetlig regelverksstruktur, herunder en kort og oversiktlig forskrift, et noe mer utfyllende rundskriv og ett takstdokument med merknader til takstene.

Bidragshjemplene bestod av tre hovedgrupper, som igjen var delt inn i undergrupper. A) medfødte lidelser, B) ervervede lidelser og C) allergiske reaksjoner. Disse hovedgruppene med undergrupper ble i all hovedsak overført til § 5-6, men enkelte undergrupper ble ansett som uhensiktsmessig å overføre.

De bidragsformålene som ikke ble videreført var:

- Refusjon av utgifter til tannbehandling som følge av skader etter behandling og undersøkelse i sykehus
- Økt behandlingsbehov som følge av tarm-/magereseksjon
- Bidrag til kjeveortopedisk behandling ved "like alvorlige avvik" (omtales også som preprotetisk kjeveortopedisk behandling)

Saksomfanget for disse bidragsformålene var svært lite, og pasientene ville i stor grad fanges opp av annen lovgivning.

Samtidig med overføringen ble regelverket gjennomgått med en målsetning om å gjøre alle innslagspunktene om til diagnoser/tilstander, snarere enn behandlingsformer. Dette ble også gjort for å forenkle og tydeliggjøre hensikten med regelverket. De språklige endringene ble ansett for ikke å ha noen innvirkning på stønadsbudsjettet, ettersom det kun dreide seg om omskrivninger og ikke utvidelser eller innskrenkninger. Bidrag etter § 5-22 var basert på forhåndsgodkjenning og skjønnsutøvelse ved vurdering av om behandlingen var stønadsberettiget. Ved overføring av bidragsformål til § 5-6 var det behov for en ytterligere målretting og presisering da bidragsregelverket var basert på eksempler fremfor uttømmende lister. Presiseringene var også ment å tydeliggjøre hvilke behandlinger som var allment akseptert behandlingsmetode, for på den måten å hindre dragning mot mer omfattende og kostbar behandling.

Det som derimot ble ansett for å ha en effekt på stønadsbudsjettet var fjerningen av begrensningen som lå i passusen "oppsamlet behandlingsbehov". I det tidligere bidragsregelverket var det en forutsetning for å få bidrag at brukeren hadde gått regelmessig til tannbehandlingsskontroll. Ved fravær av slike regelmessige besøk kunne bidraget falle bort, begrunnet i at behandlingsbehovet var oppsamlet og således lå utenfor dekningsområdet. Omfanget av dette var vanskelig å beregne, men Arbeids- og velferdsdirektoratet anslo at fjerningen av dette "hinderet" kunne øke stønadsbudsjettet med opp til 40 mill. kroner.

### **4.2.3 Nytt takstdokument**

I tillegg til å gjøre endringer og forenklinger i regelverket ble det også gjort endringer i takstene som dannet utgangspunktet for størrelsen på stønadsbeløpet. En viktig strukturell endring var å slå sammen eksisterende takstsystemer til ett takstdokument. Samlingen av takstene medførte at det tidligere karensbeløpet det ble operert med i bidragsregelverket falt bort, mens stønaden nå heller skulle regnes med utgangspunkt i refusjonstakstene fremfor honorartakstene.

I tillegg til sammenslåingen ble utgifter til tanntekniker inkludert i taksten, og alle takster ble gjort om til stykkpriser. Dette ble gjort ettersom tannteknikerregninger må behandles manuelt. Erfaringene var at tannteknikerregninger i forbindelse med implantatbasert protetik kunne være utfordrende for saksbehandlerne å kontrollere. Videre gis det som regel lavere refusjon enn de reelle tannlegehonorarene, og det virket ulogisk at tannteknikerhonorarene alltid ble refundert fullt ut. Stykkpriser er den dominerende debiteringsformen både for allmenntannleger og spesialister. Ettersom tannteknikerutgiftene tidligere ble dekket fullt ut skulle man anta at dette ville medføre en innsparing på budsjettet selv om dette var vanskelig å beregne. Når det gjelder overgangen fra tidsdebitering til stykkpris, antok man at dette kun ville ha begrenset effekt på budsjettet.

#### 4.2.4 Forventede effekter

Det var antatt at bidragsformålene som ble fjernet ville ha minimal betydning, både for stønadsbudsjettet og for brukerne. Svært få brukere var omfattet av disse bidragsformålene, og de fleste ville dessuten med stor grad av sannsynlighet bli fanget opp gjennom annen lovgivning.

Daværende rundskriv til § 5-22 ikke var uttømmende, og var således gjenstand for høy grad av skjønn ved vurdering av om en bruker skal få innvilget bidrag eller ikke. Dette kan ha medført at enkelte behandlingsbehov har blitt dekket selv om dette ikke er ment omfattet fra lovgivers side. Eksempler på slike tilfeller var uttalt bensvinn av kjevekammer med dårlige forhold for feste av proteser, som noen ganger hadde fått bidrag til implantatbehandling. Det har også vært tilfeller der pasienter med sterk brekningsrefleks fikk bidrag til fast protetik i stedet for løse proteser. Disse tilstandene ble fra departementets side ikke foreslått tatt inn i § 5-6, og kunne føre til at enkelte brukere opplevde at de mistet en rettighet. På den annen side kunne regelverksendringene også medføre at pasienter med tilstander som var ment å være omfattet av stønadsordningen, likevel falt utenfor.

HOD besluttet at egenandelsprosenten skulle utgjøre ca 20 prosent av honorartakst for bidragsformål som ble flyttet over til § 5-6. For den enkelte bruker kunne dette medføre endringer i det beløpet som ble refundert, men for stønadsbudsjettet skulle sammenslåingen ikke medføre endringer.

Endringene var ventet å bidra til raskere behandlingsoppstart for de bidragsformålene som ble overført til § 5-6, ettersom kravet til forhåndsgodkjenning ble opphevet for all stønadsberettiget tannbehandling. I tillegg var det ventet at underforbruket skulle reduseres ytterligere som følge av at forhåndsgodkjenning ble fjernet i sin helhet, samt at regelverket var enklere å forstå.

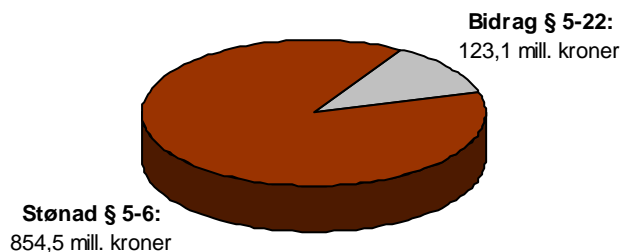
Ved å oppheve begrensingen som lå i begrepet "oppsamlet behandlingbehov" ville antagelig flere kunne få stønad til tannbehandling. Dette begrepet fungerte som et hinder for å få bidrag til tannbehandling.

Regelverket og takstsystemet ble lagt til rette for elektronisk samhandling mellom behandlere og forvaltningen, som igjen vil føre til en mer effektiv forvaltning av stønadsområdet.

## 5. ØKONOMISKE EFFEKTER AV REGELVERKSENDRINGENE

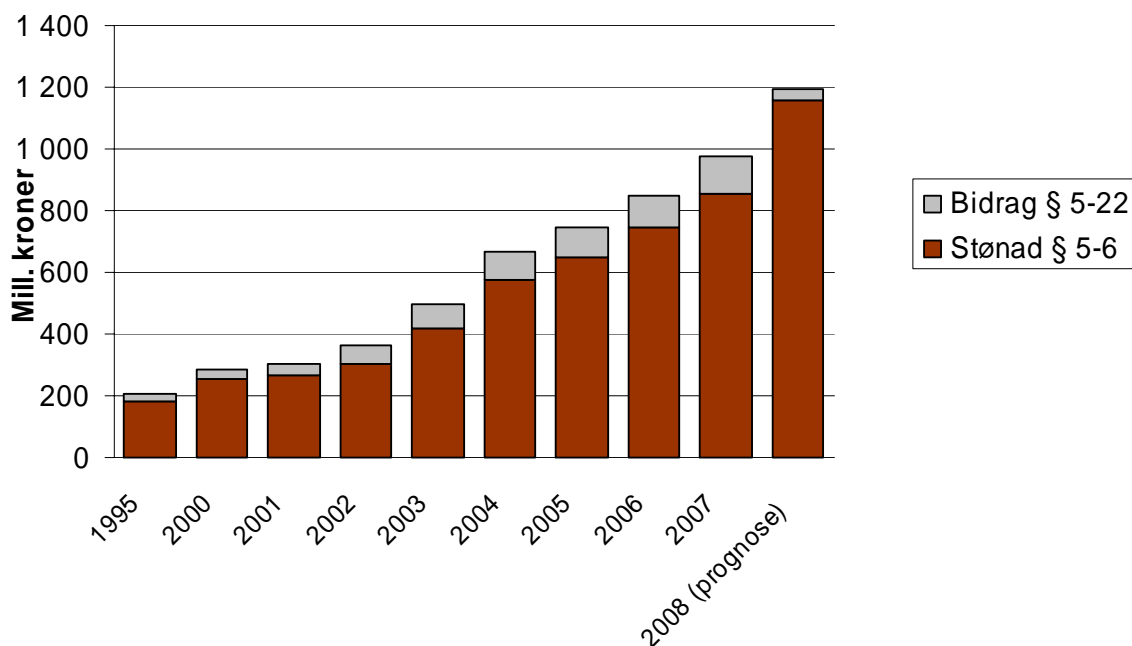
I 2007 ble det utbetalt totalt 977,6 mill. kroner i stønad fra folketrygden til tannbehandling, fordelt på 854,5 mill. kroner etter folketrygdloven § 5-6 og 123,1 mill. kroner etter folketrygdloven § 5-22 (jf. figur 1). 1. januar 2008 opphørte folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling under bidragsordningen § 5-22, og bidragsformål ble flyttet til § 5-6. Prognose for 2008, basert på regnskapstall for årets åtte første måneder, tilsier en samlet utbetaling på ca 1 200 millioner kroner. Økningen fra 2007 ser ut til å bli på 225 mill. kroner, eller om lag 23 prosent.

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

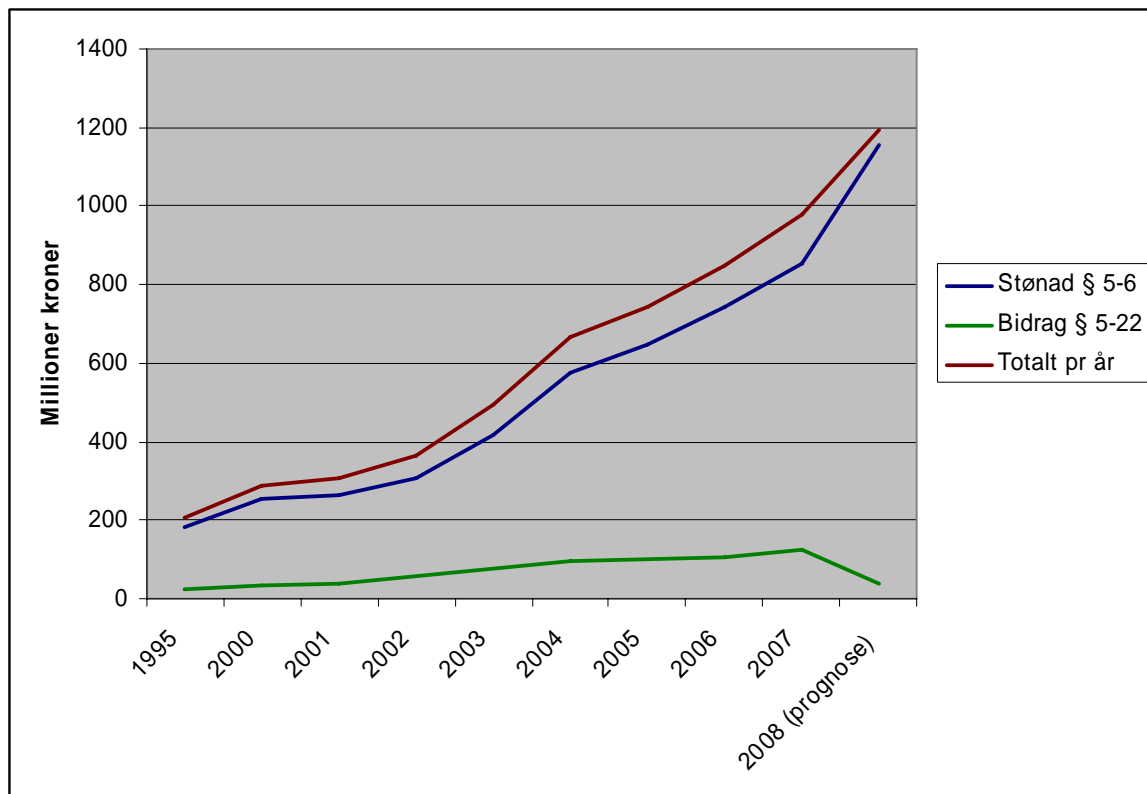


0

Figur 1: Stønad til tannbehandling i 2007



Figur 2: Utbetaling til tannbehandling etter §§ 5-6 og 5-22, 1995-2008, millioner kroner



Figur 3: Utbetaling til tannbehandling etter §§ 5-6 og 5-22, 1995-2008, millioner kroner

Som det fremgår av figur 2 ytes det også i 2008 bidrag etter § 5-22, basert på vedtak fattet i 2007. Utbetalingene reduseres kraftig fra måned til måned etter hvert som færre behandlinger gis under det gamle regelverket og disse utgiftene kom ned i 1,4 mill. kroner i juli og 0,5 mill. kroner i august. Totalt ventes utgiftene etter gammelt bidragsregelverk å utgjøre rundt 40 mill. kroner i 2008. Fra 2009 vil utbetalinger til stønadsberettiget tannbehandling i all hovedsak være samlet på § 5-6.

Ved vurdering av utgiftene har vi delt stønadsområdet i fire hovedkategorier:

- Bidragsområdet, som omfatter de tidligere bidragsformålene (innslagspunkt 7, 9, 10, 11, 13, 14) (utbetaling totalt etter §§ 5-6 og 5-22)
- Kjeveortopedi (innslagspunkt 8)
- Periodontitt, behandling og rehabilitering (innslagspunkt 6)
- Øvrige gamle § 5-6 (innslagspunkt 1, 2, 3, 4, 5, 12)

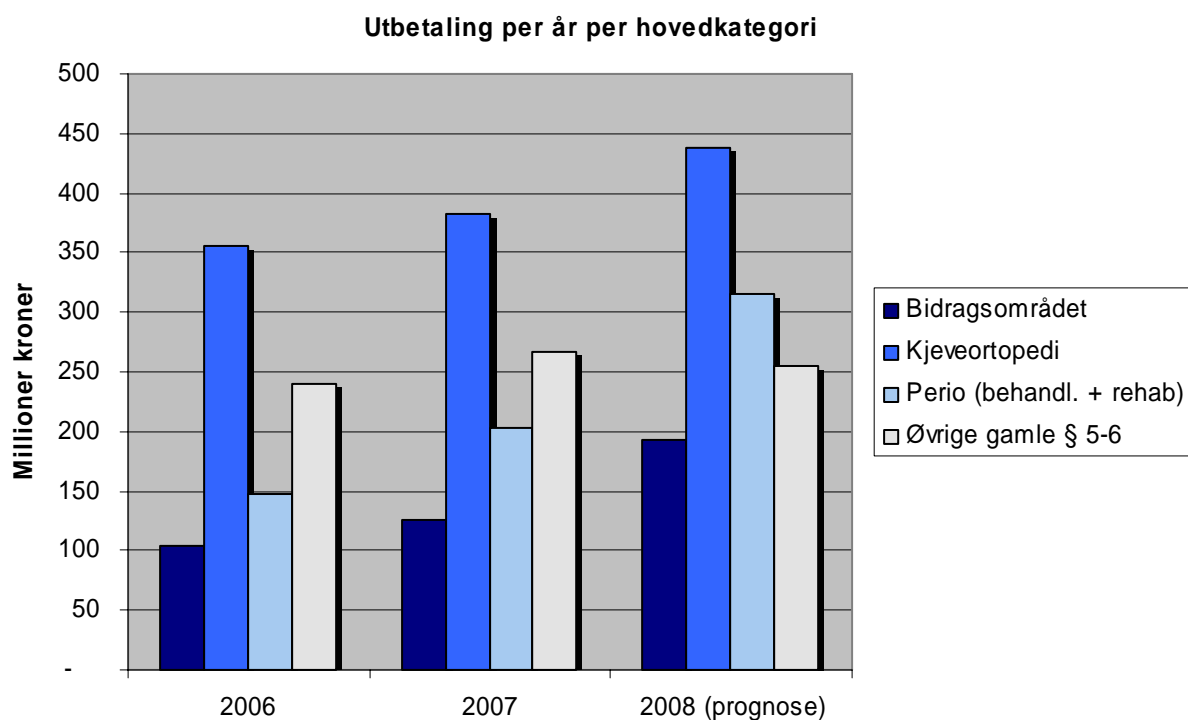
Prognosen for 2008 er basert på utgiftsveksten ved utgangen av august i år i forhold til utgiftene på samme tid i fjor. Den prosentvise veksten vi ser, er antatt å fortsette ut året (i forhold til i fjor). En alternativ måte å anslå utgiftene på kan være å beregne gjennomsnittlig månedsutgift de siste 5 månedene i år og anta at denne gjennomsnittlige månedsutgiften i år holder seg i årets 4 siste måneder. Begge metoder gir et anslag for de samlede utgifter i 2008 på om lag 1 200 mill. kroner. Sistnevnte metode vektlegger imidlertid de siste 5 måneders utgifter noe høyere, da de nye reglene ventes å ha full effekt.

Som det fremgår av figurene 3-6 har det vært en forholdsvis stor årlig økning innenfor de tre første kategoriene siden 2006. Spesielt vil vi fremheve veksten i utgiftene på periodontittområdet. Fra 2006 til 2007 økte disse utgiftene med 37 % og ved utgangen av august i år er disse utgiftene 56 % høyere enn på samme tid i fjor. Nesten like stor vekst opplever vi nå også på "bidragsområdet". Fra 2006 til 2007 økte utgiftene med 21 % og ved utgangen av august i år er bidragsutgiftene 54 % større enn på samme tid i fjor.

Den reelle utgiftsveksten eller de normale driftsutgifter ved dagens regelverk er imidlertid lavere. Nedbygging av restanser, spesielt i forbindelse med inngåelse av direkte oppgjør har medvirket til de uvanlig store vekststratene vi observerer hittil i år.

	2006	2007	Prognose 2008 <sup>1</sup>	Alternativ prognose 2008 <sup>2</sup>	Vekst 2006-07	Vekst 2007-08	Vekst 2006-08
Bidragsområdet	103	125	194	212	21,2 %	54,4 %	87,1 %
Kjeveortopedi	355	383	439	445	7,9 %	14,4 %	23,5 %
Perio (behandl. og rehab.)	148	202	316	300	36,5 %	56,0 %	112,9 %
Øvrige gamle § 5-6	240	267	255	237	11,2 %	-4,4 %	6,3 %
<b>Samlet refusjon §§ 5-6 og 5-22</b>	<b>847</b>	<b>978</b>	<b>1 201</b>	<b>1 194</b>	<b>15,5 %</b>	<b>22,8 %</b>	<b>41,8 %</b>

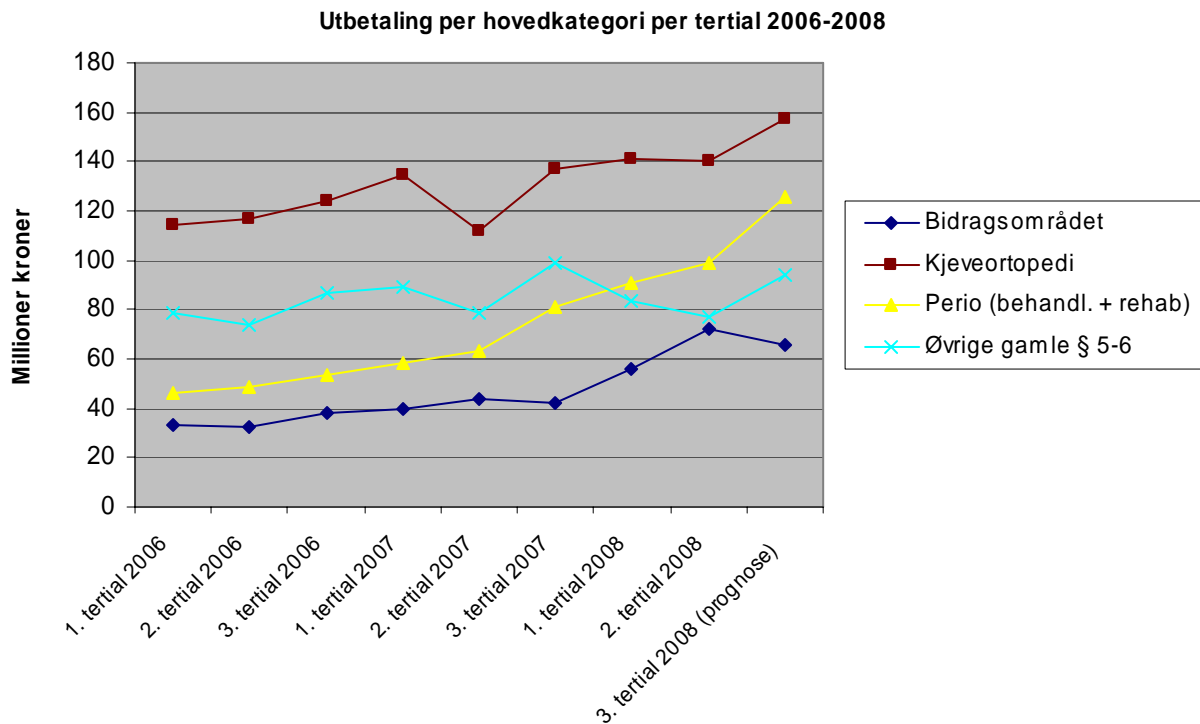
Figur 4: Utbetaling til tannbehandling per hovedkategori 2006-2008, i millioner kroner og prosent



Figur 5: Utbetaling til tannbehandling per hovedkategori 2006-2008, millioner kroner

<sup>1</sup> Prognosen er basert på utgiftsveksten ved utgangen av august i år i forhold til utgiftene på samme tid i fjor. Den prosentvise veksten vi ser, er antatt å fortsette ut året (i forhold til i fjor).

<sup>2</sup> Prognosen er beregnet ut fra gjennomsnittlig månedsutgift de siste 5 månedene i år, med antagelse om at denne gjennomsnittlige månedsutgiften i år holder seg i årets 4 siste måneder.



Figur 6: Utbetaling til tannbehandling per hovedkategori per tertial, millioner kroner

### Kommentarer til figurene 3-6:

- Bidragsområdet**

I forbindelse med overføringen av bidragsformål fra § 5-22 til § 5-6 ble det samtidig overført 120 mill. kroner fra kapittel 2790 post 70 til kapittel 2711 post 72. Utgiftene i 2008 ventes å utgjøre nærmere 200 mill. kroner, noe som betyr en økning på ca 54 prosent fra 2007.
- Kjeveortopedi**

Utgifter til kjeveortopedi ventes å få en utgiftsøkning på 55 mill. kroner eller ca 14 prosent fra 2007 til 2008. Utgiftene ventes i hovedsak å være en konsekvens av endret registreringspraksis for forundersøkelse, som vil utgjøre rundt 40 mill. kroner i inneværende år. Tidligere ble dette ført sammen med andre pliktmessige ytelser, og ikke på egen konto. Se for øvrig rapport for delprosjekt 2.
- Periodontitt**

Utgifter til behandling av og rehabilitering etter tanntap som følge av marginal periodontitt har hatt den største utgiftsveksten med ca 113 mill. kroner eller 56 prosent fra foregående år. Det antas å være flere årsaker til denne utgiftsøkningen, som er drøftet i egen rapport om periodontitt (delprosjekt 1). I tillegg til de hovedårsakene som nevnes i den rapporten, har vi fått innspill om at også fjerning av tre-månederskravet ved systematisk periodontittbehandling kan ha bidratt til utgiftsøkningen. Flere saker ble tidligere avvist på grunn av at periodontittbehandlingen ikke varte i minst tre måneder.
- Øvrige gamle § 5-6-områder**

Utgiftene knyttet til øvrige gamle § 5-6-områder holder seg forholdsvis lik, med en nedgang på 4,4 prosent. Forundersøkelse til kjeveortopedisk behandling ble tidligere inkludert i denne hovedkategorien, men fra 2008 ble det innført ny registreringspraksis for denne posten, som i hovedsak forklarer nedgangen.

Som nevnt i kapittel 4.2 innebar ikke endringene 1. september 2007 eller 1. januar 2008 vesentlige materielle endringer i regelverket som skulle tilsi vekst i stønadsutbetalingene på tannhelseområdet, utover den generelle prisstigningen. Det var likevel forventet en utgiftsøkning basert på følgende forhold:

### **Bortfall av forhåndsgodkjenning**

Som nevnt i kapittel 4.1 var det ventet at fjerning av kravet om forhåndsgodkjenning ville medføre en økning i utbetalingene som følge av redusert underforbruk.

Direktoratet hadde et inntrykk at det var et underforbruk av tannhelserefusjoner blant annet som følge av tidkrevende saksbehandling, herunder krav om forhåndsgodkjenning. Det var vanskelig å anslå omfanget av underforbruket, men direktoratet antok at det eksisterte et underforbruk innenfor alle innslagspunkt, både innenfor § 5-6 og § 5-22. De økte refusjonene vil imidlertid være utgifter som bidrar til økt velferd for de som faktisk har en rettighet.

### **Oppsamlet behandlingsbehov**

Flere søknader om bidrag etter § 5-22 ble tidligere avvist med begrunnelse om at pasienten hadde et oppsamlet behandlingsbehov. Utgiftsøkningen som følge av en opphevelse av bestemmelsen ble i Tannhelseprosjektets rapport fra 2006 anslått til mellom 10 og 40 millioner kroner per år. Arbeids- og velferdsdirektoratet har gjennom kontakt med behandlerne fått inntrykk av at mange som tidligere fikk avslag, nå mottar stønadsberettiget behandling. Dette bekreftes også av NAV HTF, som har vært i kontakt med mange tannleger som nå har kalt inn pasienter til behandling som tidligere hadde fått avslag på grunn av oppsamlet behandlingsbehov. Direktoratet anslår at fjerning av bestemmelsen har bidratt til en vesentlig utgiftsøkning i 2008. Trolig vil utgiftsøkningen knyttet til dette punktet flate ut, og ev. reduseres noe i 2009.

### **Økt kunnskap om stønadsordningen blant tannleger og pasienter**

NAV har i forbindelse med regelverksendringene hatt stort fokus på informasjonsvirksomhet overfor tannleger og tannlegestudenter – både på nasjonalt og lokalt nivå. Det har vært gjennomført en rekke informasjonsmøter, og det er sendt ut informasjonsfoldere, flyers og plakater til tannlegene. Informasjonsvirksomheten har nådd et stort antall tannleger og har økt kunnskap om stønadsordningen både til pasienter og tannleger. Dette kan ha justert et tidligere underforbruk av rettigheter og dermed bidratt til utgiftsveksten i 2008.

### **Stor økning i antall direkte oppgjørsavtaler**

Ved direkte oppgjør trenger ikke pasienten å legge ut refusjonsdelen av behandlingen. Det kan dermed tenkes at flere ser seg bedre i stand til å gjennomføre behandling når de slipper å legge ut for, i mange tilfeller, store beløp. Antall tannleger som har avtale om direkte oppgjør med NAV Helsetjenesteforvaltning er firedoblet på ett år – fra ca 700 tannleger per september 2007 til ca 2 800 tannleger per september i år. Direktoratets inntrykk er at pasienter er opptatt av om tannlegen har direkte oppgjør, og mener også dette kan ha medført at flere nå velger å la seg behandle.

### **Forskyvning av krav**

Tidligere ble stønadskravene ofte samlet opp før regning ble sendt til NAV. I år har NAV Helsetjenesteforvaltning i større grad oppfordret tannlegene til å sende regninger fortløpende. Som følge av dette har etaten i første del av 2008 hatt utgifter som skriver seg både fra 2007 og 2008. Nedbygging av restanser, spesielt i forbindelse med inngåelse av direkte oppgjør har medvirket til de uvanlig store vekstratene vi observerer hittil i år. Hvor mye dette betyr stønadsveksten er vanskelig å anslå, men i 2009 vil ikke så mange nye tannleger kunne inngå direkte oppgjørsavtaler og nedbyggingen av restanser ventes da å avta.



### **Mer avansert og dyrere behandling**

De siste par årene har det vært en stor økning i antall tannleger som kan utføre implantatprotetikk. Dette medfører økt tilgjengelighet og tilbud, noe som kan ha medført vridning mot mer avansert og dyrere behandling. Tredjeparts finansiering opphever videre incitament for enkel behandling, noe som vil føre til økt fare for draging mot avansert behandling.

Helse og estetikk blir videre stadig viktigere i befolkningen. Dette, kombinert med at Norge de siste årene har hatt en svært god økonomisk utvikling, er trolig årsak til at enda flere kan se seg i stand til å velge de dyreste behandlingsformene.

### **Infeksjonsforebyggende behandling**

Eventuell endring i antall utførte operasjoner som gir grunnlag for dekning etter innslagspunktet vil påvirke utbetalingene etter dette punktet. Sannsynligvis foretas flere dialysebehandlinger og organtransplantasjoner enn tidligere.

### **Risiko for feiltolkning og misbruk**

Stønadsordningen til tannbehandling har i en årrekke vært underlagt streng kontroll av trygdeetaten. Endringen i 2007 og ved årsskiftet innebar et paradigmeskifte i stønadsordningen til tannbehandling, og det ble nå opp til behandlere å vurdere sine pasienters rettigheter.

En slik omfattende endring vil i alle tilfeller kunne medføre risiko for feiltolkning og feil bruk av regelverket, som igjen kan medføre at stønad blir gitt urettmessig. Særlig regelverksendringene 1. januar medførte mange spørsmål fra behandlere. Direktoratet har fanget opp en del punkter som bør presiseres nærmere i regelverket nettopp for å redusere sjansene for feiltolkning.

En konsekvens av forslaget er at det vil være vanskelig å begrense behandlingens omfang, fordi det kan være en viss risiko for at tannproblemer utenom det som skyldes inngangsvilkåret inkluderes. Dette gjelder eksempelvis tidligere tapte tenner hvor rehabilitering ikke er stønadsberettiget. Det vil derfor være behov for kontrolltiltak og sanksjonering for å begrense trygdemisbruk, se innledningen til kapittel 7.

### **Økt tilskudd til fellesformål for tannleger**

En økning av utgiftene etter § 5-6 gir også økt tilskudd til fellesformål for tannleger, som utgjør 1,5 prosent av utbetalingene. En økning på nærmere 250 mill. kroner totalt fra 2007 til 2008 tilsier en tilskuddsøkning på ca 3, 5 mill. kroner.

## **6. ERFARINGER OG INNSPILL TIL ENDRINGER**

De endringene av regelverket som ble gjennomført med ikrafttredelse henholdsvis 1.9.2007 og 1.1.2008 har fra flere hold blitt omtalt som en liten revolusjon. Både fjerning av kravet om forhåndsgodkjenning og en gjennomgripende restrukturering av takster og regelverk fremstod for de fleste brukerne som en utopi for bare kort tid siden.

For de ansvarlige myndigheter var det følgelig knyttet stor spenning til hvordan behandlere, fagmiljøene, brukere, brukerorganisasjoner og andre ville motta det nye forvaltningssystemet på tannhelseområdet. For å sikre at eventuelle utilsiktede konsekvenser av endringene i størst mulig grad ble fanget opp, fikk Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppdrag å registrere alle tilbakemeldinger fra brukerne av regelverket. Det skulle særlig fokuseres på behandlernes tilbakemeldinger. Nedenfor følger en oversikt og gjennomgang av de innspill direktoratet har mottatt, enten direkte eller via andre kanaler. Forslagene er konsekvensutredet, med fokus på faglige, administrative og økonomiske konsekvenser.

Det er også kommet en rekke innspill som faller utenfor prosjektets mandat. Disse er ikke vurdert av direktoratet, men ligger vedlagt rapporten.

### **6.1 Positive erfaringer med regelverksendringene**

Til tross for store omlegginger av regelverket har de generelle tilbakemeldingene vært svært positive. Dette gjelder særlig i forhold til innslagspunktene i forskriftens § 1, 1. ledd, men også regelverks- og takststruktur har fått mye positiv omtale. Etter direktoratets mening viser dette særlig to ting – dette var en ønsket endring som fagmiljøene hadde ventet på, og involvering og forankring i fagmiljøene og politisk var helt nødvendig for å få frem gjennomførbare endringsforslag.

Fjerningen av oppsamlet behandlingsbehov som avslagsgrunn har blitt unisont godt mottatt av behandlere, brukere og fagmiljøet forøvrig. Dette var et punkt som for mange fremstod som vanskelig og til dels uforståelig. Videre har fjerning av kravet om forhåndsgodkjenning blitt godt mottatt, behandling kan nå starte raskere, klagebehandlingen blir ryddigere og rettssikkerheten for brukerne bedres. I tillegg har vi fått mange positive tilbakemeldinger vedrøre ordningen med direkte oppgjør, og antallet tannleger med avtale om direkte har økt formidabelt i tiden etter at endringene trådte i kraft.

### **6.2 Generelle tilbakemeldinger**

Oppdraget var å vurdere tilbakemeldinger på regelverksendringene som ble gjennomført fra 1.9.2007 og 1.1.2008. Direktoratet vurderer det likevel som aktuelt å videreformidle de innspillene vi har fått i forhold til mer overordnede forhold, og da er særlig iverksettelsesprosessen og tempoet kommentert.

Vi har fått tilbakemeldinger fra enkelte spesialistforeninger i NTF at endringene ble gjennomført i et for raskt tempo. Det ble i denne sammenheng oppfordret til å justere gjennomføringstakten ved neste større endringsløp. Et lignende innspill ble gitt av samtlige journalleverandører i forbindelse med oppsummeringen i høst, men dette er også blitt formidlet tidligere, og da særlig rett etter ikrafttredelsen.

Direktoratet ser det ikke som naturlig å kommentere disse tilbakemeldingene ytterligere. Departementet bør vurdere å ta hensyn til innspillene når ikrafttredelsestidspunktet bestemmes ved senere endringer i regelverket.

## **6.3 Innslagspunkt (forskrift og rundskriv)**

### **6.3.1 Benigne svulster, osteomyelitt, cyster**

#### **6.3.1.1 Innspill**

Ved flytting fra § 5-22 til § 5-6 ble de ervervede lidelsene som stod opplistet i bestemmelsen som eksempler flyttet over til § 5-6. Enkelte tilstander som ikke sto opplistet i § 5-22 under bokstav b) ervervede lidelser falt dermed ut av stønadsordningen.

For benigne svulster og cyster som forårsaket skader på tenner og munnhulen var det tidligere mulig å få refusjon etter bidragsregelverket, og denne typen tilstander var således omfattet av regelverket forut for 1.1.2008.

#### **6.3.1.2 Direktoratets vurderinger**

Med et system der forutsetningen for innvilgelse av bidrag etter søknad var at "sykdom medfører eller høyst sannsynlig medfører behov for tannbehandling" var regelverket skjønnspreget, og muligheten var til stede for å inkludere alle tilstander som oppfylte inngangskriteriene.

Direktoratet mener at benigne svulster, cyster og osteomyelitt bør inkluderes. Alle tilstandene ble tidligere innvilget refusjon gjennom bidragsregelverket, og at de falt ut var ikke en tilsiktet virkning av endringene.

Direktoratet foreslår å inkludere alle tre tilstandene inn i innslagspunkt 3. For benigne svulster og cyster faller dette naturlig ettersom de kan ha lignende effektene som maligne svulster på det angrepne området, og behandlingen av tilstanden vil også langt på vei være sammenfallende. Når det gjelder osteomyelitt er situasjonen noe annerledes, men behandlingsresultatet ved alvorlige tilfeller av osteomyelitt har mye til felles med behandlingsresultatet ved svulster og cyster. Det vil følgelig være fornuftig å inkludere osteomyelitt i denne kategorien, fremfor å lage et eget punkt for tilstanden.

#### **6.3.1.3 Forslag til justering**

Forskrift og rundskriv justeres slik at patologiske tilstander i kjeve/munnhule som svulster, cyster og osteomyelitt inkluderes i innslagspunkt 3, i de tilfellene der de patologiske tilstandene medfører et behov for behandling.

#### **6.3.1.4 Konsekvenser**

Det er en svært begrenset gruppe personer som får disse tilstandene, og de har tidligere vært stønadsberettiget etter § 5-22. Etter direktoratets forslag til justering vil stønaden være begrenset til å gi stønad for å erstatte tanntap i tilfellene der tenner går tapt.

Disse vil ved denne justeringen få en bedre dekning enn de hadde etter bidragsregelverket, ettersom de i punkt 3 vil få stønad etter honorartakstene.

Endring vil føre til økte utgifter, men i begrenset omfang. Dette er behandling som i all hovedsak utføres av spesialister, noe som også vil begrense risikoen for urettmessige krav. Haukeland Universitetssykehus, som er et regionalt senter for denne type behandling, behandler ca. 10 personer i året. Ut fra dette kan antallet anslås til å være ca. 45 per år på landsbasis.

## **6.3.2 Infeksjonsforebyggende behandling ved etablert medikamentassosiert kjeveosteonekrose**

### **6.3.2.1 Innspill**

Det lå innenfor etatens skjønn å innvilge bidrag til tannbehandling som følge av osteonekroser under innslagspunktet ervervet lidelser. Medikamentassosiert osteonekrose er en relativt "ny" tilstand, og det var tidligere ikke blitt gitt stønad til behandling som følge av denne tilstanden etter bidragsregelverket. Det var følgelig ikke aktuelt å inkludere den i de bidragsformålene som ble overført til § 5-6. Ved å fjerne muligheten for å gi bidrag til ervervede tilstander eller behandling av slike som medførte skade eller sykdom på tenner og støttevev, ble regelverket mer statisk og muligheten for å ta opp i seg nyere forskning ble mer formalisert.

Direktoratet har fått innspill på at det bør åpnes for å gi stønad til infeksjonsforebyggende behandling for pasienter som står i fare for å utvikle etablert osteonekrose som følge av behandling med høypotente bisfosfonater.

### **6.3.2.2 Direktoratets vurderinger**

Det er i all hovedsak kreftpasienter som blir behandlet med høypotente bisfosfonater. I tillegg brukes mindre potente bisfosfonater over lang tid for å hemme benresorpsjonen ved osteoporose. Bruk av bisfosfonat kan som en bivirkning gi kjeveosteonekrose. Bivirkninger i form av kjeveosteonekrose forekommer hyppigst i forbindelse med bruk av høypotente bisfosfonater. Når det gjelder mindre potente bisfosfonater er det rapportert svært få tilfeller<sup>3</sup>. Uansett årsak er imidlertid medikamentassosiert kjeveosteonekrose en meget alvorlig tilstand, og det kreves blant annet orale forebyggende tiltak for ikke å forverre tilstanden.

Det er først i de siste 4-5 år at bisfosfonatassosiert kjeveosteonekrose er definert som et distinkt klinisk syndrom. Det har derfor ikke vært gitt bidrag til dette formålet tidligere, men det ville ha vært omfattet av bidragsregelverket.

Ved vurdering av hvordan denne nye tilstanden skulle innlemmes gikk direktoratet nærmere gjennom opplistingen i innslagspunkt 4. Direktoratet foreslår å skrive om den eksisterende bokstav i), slik at dette også omfatter medikamentassosiert osteonekrose, ettersom konsekvensene av skadene ved radioosteonekrose og medikamentassosiert kjeveosteonekrose kan sammenlignes.

En alternativ løsning er å fjerne hele listen slik at det blir opp til behandlende tannlege å vurdere om hva som er nødvendig infeksjonsforebyggende tannbehandling, og da uavhengig av hva brukers øvrige tilstander og behov. Det vil gi en bedre dynamikk i reglene for infeksjonsforebyggende behandling, og alvorlige tilfeller tas raskt opp. Det vil uansett være en klar begrensning som ligger i at infeksjonsspredningen fra munnhulen kan innebære en alvorlig og livstruende risiko.

Vi går ikke videre med denne løsningen i denne omgang, men mener likevel at dette er den løsningen som bør vurderes på sikt. Både interne og eksterne innspill kan tyde på at denne typen lister gir en viss trygghet og veiledning i forhold til de nye reglene. Etter hvert som regelverket blir bedre kjent vil denne typen argumenter miste sin tyngde, og listen kan med enkelhet fjernes. Forslaget kan med fordel utredes noe grundigere enn det har vært anledning til i denne omgang, slik at alle eventuelle konsekvenser blir belyst.

---

<sup>3</sup> Hellstein JW, Marek CL. Bisphosphonate osteochemonecrosis (bis-phossy jaw); J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63: 682-9.

### **6.3.2.3 Forslag til justering**

Direktoratet foreslår å endre innslagspunkt 4 i) slik at dette også omfatter etablert medikamentassosiert kjeveosteonekrose.

### **6.3.2.4 Konsekvenser**

Det er en svært begrenset gruppe som utvikler medikamentassosiert kjeveosteonekrose. De økonomiske konsekvensene vil bli svært beskjedne, men samtidig ha stor betydning for den enkelte. I tillegg vil behovet for dyr behandling på grunn av infeksjonsspredning bli redusert.

## **6.3.3 Tannutviklingsforstyrrelser – morfologiske utviklingsforstyrrelser (tapptenner)**

### **6.3.3.1 Innspill**

Ved flytting av bidragsformål fra § 5-22 til § 5-6 ble kun de medfødte lidelser som stod opplistet som eksempler i bidragsregelverket under bokstav a), overført til § 5-6. Enkelte tilstander som ikke sto opplistet falt ut, uten at dette var tilsiktet.

Tapptenner ble tidligere vurdert som en medfødt lidelse som det kunne gis refusjon til etter søknad, og var således omfattet av bidragsregelverket forut for 1.1.2008.

### **6.3.3.2 Forslag til justering**

Direktoratet foreslår at punkt 7 e) i rundskrivet også skal omfatte de alvorlige morfologiske utviklingsforstyrrelsene, herunder tapptenner, i tillegg til alvorlige mineraliseringsforstyrrelsene.

### **6.3.3.3 Vurdering og konsekvenser**

Hovedbegrunnelsen for å inkludere disse tilstandene er at de tidligere kunne få refusjon etter bidragsregelverket. Direktoratet har ingen oversikt over antallet potensielle stønadsmottagere, men har på bakgrunn av søknader forut for endringene, grunn til å anta at omfanget er beskjedent. Bidragsposten 'medfødte lidelser' var liten før endringene, og da var blant annet behandlingen av tapptenner inkludert.

Det forhold at regelverket nå tar inn morfologiske forstyrrelser generelt fremfor tapptenner spesielt, antas å ha begrenset effekt på stønadsbudsjettet. Ut fra de tilbakemeldinger direktoratet har fått er gruppen med alvorlige morfologiske utviklingsforstyrrelser svært liten. I tillegg til at forstyrrelsen må være alvorlige er det dessuten et krav om at utviklingsforstyrrelsen må ha betydning både for funksjon og estetikk. Dette vil ytterligere begrense stønadsmottager gruppen.

## **6.3.4 Tannutviklingsforstyrrelser – retinerte premolarer**

### **6.3.4.1 Innspill**

Ved flytting av bidragsformål fra § 5-22 til § 5-6 ble medfødte lidelser som stod opplistet som eksempler ble flyttet over til § 5-6. Enkelte tilstander som ikke sto opplistet i § 5-22 under bokstav a) medfødte lidelser falt ut, uten at dette var tilsiktet. Retinerte premolarer ble tidligere vurdert som en medfødt lidelse som det kunne gis stønad til etter søknad, og var således omfattet av regelverket forut for 1.1.2008.

#### **6.3.4.2 Forslag til justering**

Direktoratet foreslår at punkt 7 f) i rundskrivet omformuleres slik at det også kan gis stønad til protetisk erstatning av retinerte premolarer, på samme måte som det i dag er åpnet for å gi protetisk erstatning ved retinerte for- og hjørnetenner.

#### **6.3.4.3 Vurdering og konsekvenser**

Hovedbegrunnelsen for å inkludere stønad til retinerte premolarer er at de tidligere kunne få stønad etter bidragsregelverket.

Direktoratet har ingen oversikt over antallet potensielle stønadsmottagere, men har på bakgrunn av søknader forut for endringene grunn til å anta at omfanget ikke er stort. En vil anta at dette problemet reduseres sterkt ettersom en ved av kjeveortopedisk behandling (før fylte 18 år) kan løse problemet ved hjelp av tannregulering. Bestemmelsen vil fungere som en sikkerhet for individer som av ulike årsaker ikke får utført tannregulering i forbindelse med disse tilstandene, men som har et behandlingsbehov som manifesterer seg i voksen alder. Bidragsposten 'medfødte lidelser' i § 5-22 var liten før endringene, og da var også protetisk erstatning av premolarer inkludert. Det er et krav om at utviklingsfeilen må ha betydning både for funksjon og estetikk, noe som vil begrense antallet.

### **6.4 Overgangsbestemmelser – Forskriftens § 7**

#### **6.4.1 Innledning**

Takstene som ble innført med virkning fra 1.1.2008 var i sin oppbygging noe annerledes enn de for foregående år, blant annet ved at tannteknikerutgiftene ble inkludert i de ulike protetikktakstene. For debitering av broarbeider oppstod det enkelte uklarheter for bruk av takstene 307 og 309 (mellom- og ekstensionsledd) som følge av endringene i takstoppbyggingen. I brev av 10.07.08 kom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med en presisering av takstforståelsen, samt overgangsregler for perioden 1.1.2008 til 1.9.2008.

I forbindelse med overgangen til ny regelverksstruktur og nytt takstsystem ble det besluttet at det i forskriften § 7 skulle gis overgangsregler. Dette skulle sikre at brukerne beholdt sine rettigheter, samtidig som perioden med overlappende regelverk skulle bli så kort som mulig. Et grep for å sikre sistnevnte var å pålegge behandlere å ta i bruk de "nye" takstene i Rundskriv I-10/2007 for all tannbehandling utført i 2008, uavhengig av behandlingsoppstart og eventuell forhåndsgodkjenning basert på gammelt regelverk.

#### **6.4.2 Innspill**

Direktoratet har fra ulike hold fått innspill på at overgangsbestemmelser har gitt regelverket tilbakevirkende kraft, ved at forhåndsgodkjente behandlinger blir lavere refundert enn tilsagnet skulle tilsi. Det har blitt hevdet at egenandelene har blitt høyere, noe som medførte at noen pasienter ikke kunne slutføre påbegynt implantatbasert protetiske arbeider.

#### **6.4.3 Direktoratets vurdering**

Vi har med utgangspunkt i honorarundersøkelsene gjennomført av J. Grytten og I. Schou i 2006, gjort en rekke beregninger av dekningsprosenten før og etter regelverksendringene, se vedlegg 4a og b.

For broarbeider støtter våre beregninger på ingen måte opp under de innspillene som er kommet inn. Ved å ta høyde for overgangsreglene gitt i brev fra HOD, har brukere med broarbeider fått en høyere dekningsprosent enn tidligere.

Enkelttannsimplantatene er ikke omfattet av overgangsreglene fra HOD, og beregninger viser at dekningsprosenten for enkelte grupper har falt fra 2007 til 2008. Det er derfor mulig at noen brukere, som fikk en forhåndsgodkjenning, har fått mindre i stønad som følge av endringene i takstsystemet. Problemet med dette er størst for brukere med behov for mange enkelttannsimplantater. Direktoratet har imidlertid ikke mottatt noen henvendelser vedrørende problemer knyttet til denne gruppen.

Disse brukerne er neppe blitt fratatt en rettighet, og det er uansett knyttet en rekke praktiske problemer med å identifisere disse brukerne. Et eventuelt etteroppgjør vil reise mange kompliserte problemstillinger.

#### **6.4.4 Konklusjon**

Direktoratet anbefaler ikke å lage nye overgangsregler på bakgrunn av brutte forventninger, men at det ved senere endringer legges opp til mer fleksible overgangsordninger.

### **6.5 Tidligere bestemmelse i rundskriv til § 5-6 – mulighet for henvisning til spesialist fra DOT**

#### **6.5.1 Innledning**

I rundskrivet til folketrygdloven § 5-6 som Rikstrygdeverket/Arbeids- og velferdsdirektoratet forvaltet frem til og med 31.12.2007 var det tatt inn bestemmelse som regulerte forholdet til den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) særskilt. Bakgrunnen var at folketrygden ikke ga stønad til personer som hadde rett til vederlagsfri tannbehandling for offentlig regning etter annen lovgivning (folketrygdloven § 5-1, lov om tannhelsetjenesten § 1-3 og § 2-2, og § 1 i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i DOT). Sosial- og helsedepartementet besluttet å gjøre unntak fra det generelle utgangspunktet.

Bestemmelsen var formulert slik:

*”Inntil videre er det gjort unntak for medlem som går inn under lov om tannhelsetjenesten § 1-3 bokstav a, b eller c, dersom vedkommende er henvist av Den offentlige tannhelsetjenesten til behandling i universitetsklinikk, Nasjonalt kompetansesenter eller hos privatpraktiserende spesialist (dvs. tannlege med godkjent spesialist- eller spesialutdannelse). Folketrygden dekker denne typen behandlingen inntil Takster for honorarberegning og oppgjør mv. Ved utbetaling til universitetsklinikk, Nasjonalt kompetansesenter eller tannlegespesialisten må henvisningen foreligge, og fremlegges ved forespørsel.”*

Fra 1.1.2008 ble bestemmelsen fjernet, og ordningen opphørte fra samme tidspunkt.

#### **6.5.2 Innspill**

Direktoratet har fått innspill fra DOT, TAKO-senteret og universitetene om at fjerningen av muligheten for henvisning har hatt en del negative konsekvenser.

DOT tilhører det fylkeskommunale forvaltningsnivået. Ettersom tannhelsetjenestene i fylkeskommunen er underlagt de fylkeskommunale forvaltningsreglene, vil henvisning av brukere som har rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten til eksterne behandlere, oppfattes som en utgiftspost som DOT har en interesse av å begrense. I tillegg er det svært få fylkeskommuner som enten har ansatte spesialister i DOT eller har inngått avtale med private spesialister. Ut fra de innspill direktoratet har mottatt fra universitetene og TAKO-senteret

medfører ovennevnte at brukere med behov for spesialisttjenester har vansker med å bli henvist til eksterne aktører.

Innspill fra fylkestannlegene viser til at DOT er påført økte kostnader i størrelsesorden 15-20 millioner kroner, som følge av opphevingen av denne ordningen.

### **6.5.3 Direktoratets vurdering**

Tidligere omfattet bestemmelsen kun brukere med rettigheter etter folketrygdloven § 5-6. Det betyr at bestemmelsen før 1.1.2008 omfattet et mer beskjedent antall personer enn det som er tilfelle med dagens regelverk. I hovedsak dreiet dette seg om brukere med rettigheter i forbindelse med SMT, kirurgiske inngrep eller kjeveortopedi. Den mest tallrike, og kostnadskrevene, gruppen var brukere under 18 år som trengte kjeveortopedisk behandling. For denne gruppen var rettighetene i tillegg forskriftsfestet i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i DOT. Rettighetene er videreført og det ytes fortsatt stønad til kjeveortopedisk behandling etter folketrygdens bestemmelser.

TAKO-senteret er en del av et helseforetak, og mottar således en rammefinansiering fra Staten via det helseforetak dette senteret er en del av. En eventuell stønad til senterets brukere via bestemmelsen i § 5-6 vil således medføre en "dobbeltfinansiering" av senterets virksomhet. I tillegg finansieres både universitetene og DOT via statlige ordninger. Alle disse partene har en interesse av at de utgiftene som påløper for henvisninger av brukere med rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten § 1-3 bokstav a, b eller c finansieres av folketrygden. For både TAKO-senteret og universitetene ville dette medføre en sikker finansieringskilde, mens DOT vil kunne få utført en god del kostnadskrevene behandling – for eksempel implantatbasert protetikk – betalt via folketrygdens budsjett for sine brukere. Ved en gjeninnføring av ordningen med dagens bestemmelser i § 5-6, vil dette lede til en stor vekst i stønadsbudsjettet, særlig for brukere med rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten § 1-3 bokstav c.

### **6.5.4 Konklusjon**

Direktoratet vil fraråde gjeninnføring av unntaket for brukere som går inn under lov om tannhelsetjenesten § 1-3 bokstav a, b eller c, dersom vedkommende er henvist av DOT til behandling i universitetsklinikk, Nasjonalt kompetansesenter eller hos privatpraktiserende spesialist (dvs. tannlege med godkjent spesialist- eller spesialutdannelse).

## **6.6 Takster**

### **6.6.1 Inkludering av tannteknikerutgiftene i stykkpristaksten**

#### **6.6.1.1 Beskrivelse av innspillene**

Takstene som ble innført med virkning fra 1.1.2008 var i sin oppbygging noe annerledes enn de for foregående år, blant annet ved at tannteknikerutgiftene ble inkludert i de ulike protetikkstakstene.

Ut fra de innspill som direktoratet har mottatt og de beregninger direktoratet har foretatt er det naturlig å dele problemstillingen i to – fast og avtakbar protetikk.

#### *Fast protetikk*

I brev fra TAKO-senteret av 18.2.2008 fikk både direktoratet og departementet opplyst at enkelte SMT-pasienter med stort behandlingsbehov hadde fått en betydelig forhøyet egenbetaling som følge av nytt regelverk. Problemstillingen har også senere blitt gjentatt muntlig i forhold til brukere med ektodermal dysplasi.



Vi har også mottatt innspill når det gjelder andre pasientgrupper med stort behandlingsbehov som må løses med implantatbasert protetik. Også her blir det hevdet at de har kommet vesentlig dårligere ut etter endringen av takstsystemet.

#### *Avtakbar protetik*

TAKO-senteret anfører følgende:

*”Når det gjelder tannproteser, dekker de nye takstene knapt teknikerutgiftene. En enkel protese dekkes med kr. 3.310 etter ny takst. Tanntekniker tar ca kr. 5.000 for sin del av arbeidet. Når tannlegen har lagt til sitt honorar, får pasienten et mellomlegg på kr. 6-7.000.”*

DOT Hordaland/Haukeland universitetssykehus har følgende kommentarer:

*”Kompetansekrevende og utfordrende behandlinger vil gi til dels betydelige egenandeler. Takstene mangler fleksibilitet som er nødvendige for å kunne pasientgrupper med spesielle behov uten egenandeler som utelukker svake grupper fra behandling, eks. LKG-pasienter, skuddskader og kreftpasienter. Teknikerhonorarer - bør lages egne faste tannteknikerhonorartakster for vanlige arbeider. At tanntekniker-takster er inkl. medfører for enkelte pasienter mye høyere egenbetaling enn i 2007. Full dekning etter nye regler er altså bare 34 % av full dekning etter gamle regler. Det må gis rom for å bruke timetakster og ta tannteknikk utenom slik det har vært før med disse spesialkasusene.”*

### **6.6.1.2   Direktoratets vurderinger**

#### *Særskilt om finansiering av tannbehandling*

Både Haukeland universitetssykehus og TAKO-senteret, som er en del av Lovisenberg Diakonale Sykehus, mottar rammefinansiering fra Staten via helseforetaket. Det er vår oppfatning at rammefinansieringen bør komme brukerne til gode. I tillegg er mange av SMT-pasientene under 18 år, og deres behandling skal finansieres av DOT.

Direktoratet har foretatt en del beregninger på grunnlag av Gryttens undersøkelser, og har kommet til følgende funn:

- Når det gjelder fast protetik synes det som at overgangsreglene gjeldende frem til 1.9.2008 gir en bedre refusjon enn det som var tilfellet i 2007
- Når det gjelder avtakbar protetik mener direktoratet det er et problem med de avanserte kasus som typisk behandles ved spesialistklinikker.  
Takstene for avtakbar protetik synes generelt å være lave i forhold til behandlernes priser.

#### *Fast protetik*

Direktoratet har foretatt beregninger ut fra konkrete kasus som er tilsendt fra TAKO-senteret. Ved å benytte overgangsregelen ved beregning av stønaden for gruppene som tilhører punkt 1 og 3, konkluderer direktoratet med at stønaden er bedre enn etter tidligere takster. Det synes dersom som at overgangsregelen også dekker de problemer som er oppstått for de brukere som fikk vedtak i 2007, og utført behandling i 2008.

En av grunnene til innspillene fra TAKO-senteret, bygger antagelig på beregninger utført før HOD sin presisering. Det betyr at etter overgangsperiodens utløp vil, med nåværende nivå på takstene, stønaden for implantatbasert protetik bli lavere enn det den var i 2007. Beregningene viser at de mest omfattende rehabiliteringene får høyest dekningsprosent, noe direktoratet finner riktig.

Direktoratet foreslår en oppjustering av takstene for fast protetik, for å heve dekningsprosenten opp til tidligere nivå. For å få bedre dekning for de større behandlingene bør takstene for mellomledd (takst 307 og 309) og innsetting av implantat (fra annet implantat - takst 422) økes mer enn takstene for kroner (takst 304 og 308) og første implantat (takst 421).

#### *Avtakbar protetik*

Direktoratet vurderer at avtakbar protetik gitt dagens behandlingsformer er en minimumsløsning. Vi har ingen oversikt over hvor ofte taksten for avtakbar protetik blir utløst, og vi mangler data i forhold til det potensielle behovet i befolkningen for avtakbar protetik. Det vi vet er at andelen helt eller delvis tannløse i befolkningen synker. Vi vet også at økende tanntap henger sammen med økende alder, og at aksepten for løse proteser er synkende. De brukerne der avtakbar protetik er aktuell behandling vil være de brukerne som skårer lavest på sosioøkonomiske faktorer. Etter vår vurdering bør det av denne grunn være en høy prosentvis dekning for avtakbar protetik.

For en del brukere, som har fått fjernet deler av kjevene, vil en ikke ha andre behandlingsalternativer. Her er det uheldig at taksten for avtakbar protetik er lav. Disse brukerne er det ikke mulig å fange opp på en fornuftig måte gjennom et stykkprissystem, da behandlingen er for spesiell (individuell tilpasset fremstillingsutstyr med mer). Etter vår vurdering vil muligheten for å debitere tannteknikerutgiftene separat, og kombinere dette med den "vanlige" protesetaksten, være et tiltak som gir denne brukergruppen en tilnærmet lik stønadsgrad som før endringene. Dette er en liten gruppe brukere, og de aktuelle brukerne befinner seg hovedsakelig i gruppene 1 sjelden medisinsk tilstand, 2 leppe-kjeve-ganespalte og 3 kreft i munnhulen.

#### **6.6.1.3 Forslag til justeringer**

En følge av målsetningen om å gi de med størst behov mest, foreslår direktoratet at takstnivået på 2. implantat og mellomledd økes mens kronetaksten holdes i ro. På denne måten vil dekningsprosenten forbli høyere for de største arbeidene (broer og mange enkelt implantater), og de med størst behov vil få mest. Dekningsgraden økes inntil nivået fra før 31.12.2007.

For avtakbar protetik foreslår direktoratet at taksten økes noe ettersom dette ofte er en minimumsløsning som har fått en lavere dekningsgrad etter omleggingen av takstene. I tillegg innføres det en ny takst for svært tidkrevende protesearbeid, der det åpnes for at teknikerarbeidet kan debiteres særskilt. Samtidig kan tannlegen også få forhøyet honorar ved å kombinere ny takst med takstene 310 og 312.

#### **6.6.1.4 Konsekvenser**

En økning av dekningsprosenten for implantatforankret protetik vil medføre en økning på stønadsbudsjettet i forhold til i dag. Det er vanskelig å anslå et presist tall for økningens størrelse, ettersom implantater og implantatbasert protetik er aktuelt for flere av innslagspunktene. Ved å refundere broarbeider bedre enn enklere løsninger kan regelverket virke behandlingsdrivene, og medføre overbehandling. Dette vil alltid være en risiko med 3. partsfinansiering og ønsket en målretning mot brukere med store behov. Direktoratet mener overbehandlingrisikoen alltid vil være tilstede, men så lenge en opprettholder en ikke ubetydelig egenbetaling for brukerne, vil dette naturlig minske denne risikoen.

En økning av refusjonen generelt for avtakbar protetik vil få en effekt på stønadsbudsjettet, men det er usikkert hvor stor effekten vil bli. Et problem her er at avtakbar protetik brukes som midlertidig løsning i forbindelse med implantatbasert protetik. I hvilket omfang dette skjer vet vi ikke, men ved å kombinere takstene for avtakbar og implantatbasert protetik vil utgiftene øke uforholdsmessig mye dersom takstene for avtakbar protetik uten videre oppjusteres.

Uansett er antallet personer i befolkningen med behov for avtakbare proteser synkende.

Direktoratet kan ikke med sikkerhet si hvor mange brukere det er i gruppene 1 til 3 som vil kunne benytte ordningen med særskilt debitering for tannteknisk arbeid, men antallet oppgis fra faglig kompetent hold til å være 50 -100 personer årlig. Det betyr at konsekvensene for stønadsbudsjettet blir begrensede.

## **6.6.2 Overgang fra timehonorar til stykkpris**

### **6.6.2.1 Innledning**

I takstsystemet som gjaldt før endringene trådte i kraft var det mulig å tidsdebiterer en rekke ulike behandlinger. Denne ordningen ble i sin helhet forlatt og all behandling ble underlagt stykkpriser fra 1.1.2008. Direktoratet har fått en rekke innspill fra ulike hold i forhold til uheldige konsekvenser av denne endringen. Det påpekes blant annet at fjerningen av timehonorar har ført til et behov for nye takster som erstatning, og at mangel på timehonorar gjør takstsystemet mindre fleksibelt.

### **6.6.2.2 Innspill**

#### *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.

#### *Opplæring til egenomsorg og forebygging (SMT-pasienter)*

*"Ny honorartakst for takst 101 er kr. 290. Tidligere var satsen kr. 858 pr. time. En pasient med Huntington sykdom eller en annen progredierende nevrologisk tilstand vil ofte ha behov for hyppig (1-2 g/mnd) og omfattende (30 minutter til 1 times varighet) forebyggende behandling. Mange av tilstandene er preget av nedsatt finmotorikk og redusert evne til egenomsorg. Behandling kan være vanskelig på grunn av dårlig gapeevne og bevegelighet så grundig rens og puss tar tid. Ingen tannlege kan gi et slikt tilbud for kr. 290, derfor må pasienten betale mellomlegg på over kr. 500 pr. behandling. Resultatet blir manglende oppfølging og ruinert tannsett."*

#### *Fjerning av timehonorar har gitt et mangelfullt takstsystem*

Haukeland universitetssykehus, hode/hals-klinikken, via NTF har følgende kommentarer:

*"Hemifacial microsomi (skjevt ansikt) står på A-listen over sjeldne medisinske tilstander, og pasienten det her gjelder har altså rett til dekning etter honoratariffen. Med denne diagnosen følger omfattende rekonstruksjoner av kjevedefekter og tilhørende spesialprotetikk for at pasienten skal kunne ha et noenlunde akseptabelt utseende og brukbar funksjon. En pasient med denne diagnosen har tidligere fått implantatbro i underkjeven og en dekkprotese retinert med implantater i overkjeven. Dette ble dekket fullt ut etter gamle takster. Nå finnes det ikke lenger takster for dekkproteser eller arbeid som ikke er definert eksakt i takstheftet."*

*For den aktuelle pasienten har det vært behov for å skifte retensjonselementer/klips i protesen. Da må barrkonstruksjonen løftes ut i et avtrykk hvor det lages åpninger i protesen slik at det kan settes på guide-pins mot barren for å kunne ta den ut i korrekt*

*posisjon i forhold til protesen. Dette krever en del arbeidstid og det går med enda mer tid for å få konstruksjonen på plass igjen. Klipsene er i gull og koster en del. Teknikkerregningen kommer på ca 6.200 kroner. Arbeidet og noen komponenter kommer i tillegg. Totalt vil arbeidet koste omkring kroner 10.000. Det finnes per i dag ingen takster for arbeidet. Pasientens rettigheter overfor NAV blir derfor bare en papirrettighet etter takstene for 2008.*

*Pasienter med store munnhuleproblemer er blitt fratatt store ytelser selv om hovedmålet med trygdeytelsene nettopp er å ta vare på slike grupper; dette er i strid med hovedforutsetningen for trygdeytelser på tannhelseområdet. Eksemplene kan utvides betydelig innenfor de pasientgruppene med alvorlige ansiktsdefekter som kunne hjelpes uten vansker etter det gamle takstsystemet.*

*Det haster med å rette opp dette i forhold til en pasientgruppe som virkelig trenger det mest.”*

### **6.6.2.3   Direktoratets vurdering**

Det er særlig i forhold til to områder direktoratet har fått innspill, og det er infeksjonsforebyggende behandling og kjeveortopedisk behandling for tidkrevende pasienter. Innspillet fra kjeveortopediforeningen har ikke noe med omleggingen til stykkpriser fra 1.1.2008, ettersom det for kjeveortopedisk behandling ble innført stykkpriser fra 1.1.2004. Problemstillingen er likevel såpass beslektet at den vurderes har på linje med innspillene for SMT-pasientene og behovet for opplæring i egenomsorg.

Det har vist seg at enkelte brukergrupper har fått en lavere dekningsgrad ved forebyggende behandling/egenomsorg som følge av overgangen til nye regler. Dette var ikke en tilsiktet effekt, og bør etter vår vurdering søkes å rette opp. Ved å åpne for at takst 101 kan repeteres en gang i samme behandlingseanse for vil dette langt på vei i møtekomme innspillet fra TAKO-senteret, samtidig som brukerne vil få tilnærmer samme dekningsprosent som tidligere

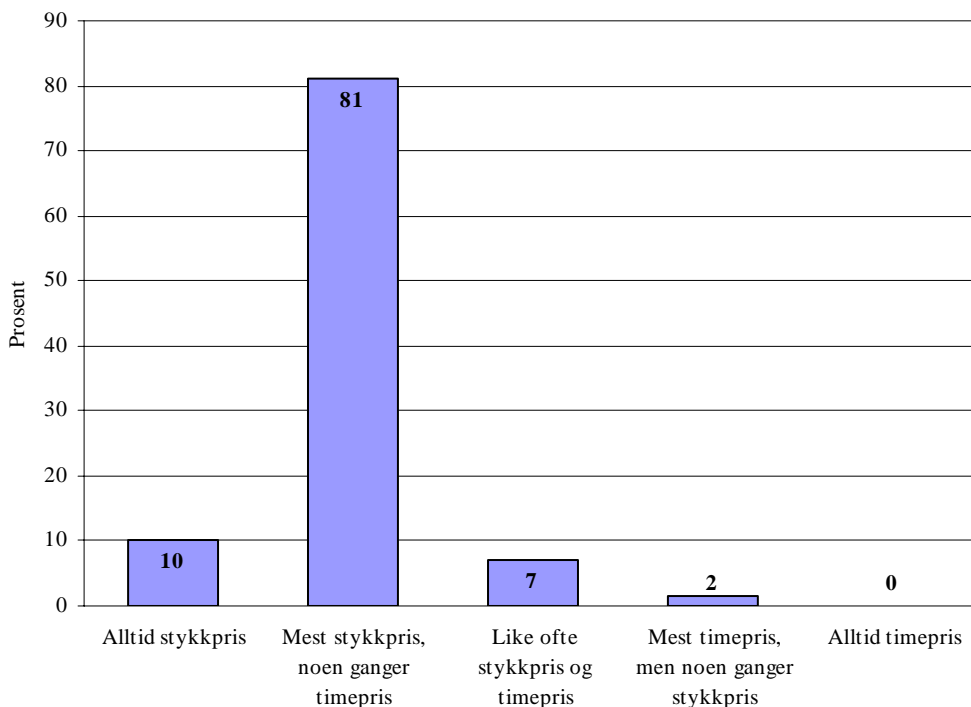
Det vil være store individuelle variasjoner i denne gruppen av brukere, ut fra grad og type av funksjonshemming, slik at det ikke rutinemessig bør gis et påslag. Imidlertid bør det ytes et påslag i tidsbruken for mer krevende brukere, og her kan bør en da kunne yte et påslag etter takstgruppe 604 der behandler vurderer dette som nødvendig. Behandler må kunne dokumentere funksjonshemming og at ekstra tidsbruk er nødvendig.

For å kompensere for manglende mulighet til å debitere dekkproteser vil direktoratet foreslå å innføre en takst for dekkprotese, i 300-takstene.

Direktoratet ser ikke behov for å innføre nye takster for påsetting av tann på eksisterende proteser eller resementering av fast protetik. Alle takstene i takstsystemet er "inntil-takster", og ved resementeringer er det naturlig å bruke kronetaksten, men da med en lavere sats. Det følger i dag ikke av kommentarene til takst 404 at dette er mulig, så merknadene må justeres i forhold til dette. Direktoratet foreslår at taksten for rebasering (takst 313) også skal åpnes for å brukes til reparasjon og påliming av tenner i proteser. Dette er også en "inntil-takst" og kan der arbeidsoperasjonen skulle tilsi det være lavere enn fullpris.

For direktoratet er det viktig å ha et system med stykkpristakster når det gjelder refusjon. Dette letter innsendelse, kontroll og utbetaling av refusjonskrav, noe som også er viktig for brukerne. Også teknisk er dette å foretrekke, og samtlige journalleverandører vil helst unngå bruk av for eksempel timetakster. Repetisjon av en fast takst er å foretrekke fremfor en varierende refusjonstakst ut fra tidsbruk.

Når det gjelder bruk av stykkpris fremfor timepris samsvarer dette svært godt med hvordan tannlegen i privat praksis selv priser sitt arbeid. I en undersøkelse foretatt av J. Grytten på oppdrag av HOD<sup>4</sup>, ble allmennpraktiserende tannleger spurt om deres takststruktur i egen praksis.



Figur 7: Tannleger prosentvis fordelt ut fra deres anvendelse av stykkpris og timepris (n=834)

Artikkelforfatteren skriver at stykkprishonorering er mest utbredt (Figur 7). Litt over 80 % av tannlegene oppgir at de bruker mest stykkpris, men noen ganger timepris. Om lag 10 % av tannlegene bruker alltid bare stykkpris, mens en ubetydelig andel bruker mest timepris, men ingen bruker bare timepris. Disse resultatene er om lag identiske med resultatene fra en tilsvarende undersøkelse av prissettingen blant privatpraktiserende tannleger som ble utført i 1997. Bruk av stykkpris ser derfor ut til å være etablert som det viktigste honoreringsprinsippet blant privatpraktiserende tannleger. I følge Grytten<sup>5</sup> undersøkelser, oppgir spesialistene i protetikk at de bruker stykkpris tilnærmet alltid.

#### 6.6.2.4 Forslag til justeringer

Ved behandling av brukere som på grunn av funksjonshemming ut fra behandleres vurdering krever lengre tidsbruk enn det som anses å ligge innen takstens nivå, ytes det i tillegg ekstra stønad etter takstgruppe 604.

Ved forebyggende behandling gis det videre mulighet for en repetisjon av takst 101 i særlig tilfeller.

Videre foreslår direktoratet å innføre en takst for dekkprotese, i 300-takstene.

<sup>4</sup> J Grytten og I Skau; Honorarer og inntekter i privat tannlegepraksis 2006 Det odontologiske fakultet UiO; 2007

<sup>5</sup> J Grytten og I Skau; SPESIALISTPRAKSISEN I PROTETIKK 2007 Det odontologiske fakultet Universitetet i Oslo; 2007

I tillegg foreslår direktoratet å justere merknadene til enkelte takster slik at anvendelsesområde for takstene med letthet kan leses ut av merknadene.

#### **6.6.2.5 Konsekvenser**

Når det gjelder tidkrevende forebyggende behandling er det et lite mindretall dette er aktuelt for, ettersom antallet pasienter under innslagspunkt 1 og 4 i utgangspunktet er lite. Når det gjelder kjeveortopedisk behandling vil personer som har behov for ekstra tid i ofte ha en funksjonshemming. Disse vil i varierende grad være i stand til å motta kjeveortopedisk behandling, og dette vil avhenge av deres funksjonshemming. Derfor vil anslag på gruppens størrelse være umulig å forhåndsberegne.

Ved å gjeninnføre en takst for dekkproteser vil dette kunne medføre en utgiftsvekst. Veksten vil avhenge av takstens størrelse, og antallet brukere. Direktoratet har ingen anslag på hvor mange dette kan dreie seg om, men sett ut fra dagens behandlingsoalternativer vil den antagelig bli brukt sjeldent. Mest sannsynlig vil brukerne befinne seg i innslagspunkt 1 og 3.

### **6.7 Manglende takster**

#### **6.7.1 Innspill**

Direktoratet har fått enkelte innspill på at det er takster som mangler. Noen innspill går på takster som ble fjernet fra 1.1.2008. Takster for bleking, akuttbehandling og obturatorproteser ble fjernet, og er av flere ønsket inn igjen.

#### **6.7.2 Endringer**

Ved overgangen til nytt takstsystem ble enkelte takster fjernet. Begrunnelsen var at det nye systemet kun var et refusjonssystem, som gav uttrykk fra hva staten refunderer. Det var følgelig ikke det samme behovet for å inkludere alle tenkelige arbeidsoperasjoner tannleger utfører, slik det ville vært hvis takstsystemet var en "normaltariff". Rett nok fungerer takstene som normaltariff med hensyn til DOTs behandling av gruppe D, men denne brukergruppen har et relativt begrenset behandlingsbehov sammenlignet med andre brukergrupper.

#### **6.7.3 Direktoratets vurdering**

Som nevnt er dette ingen normaltariff, men et uttrykk for hva Staten gir stønad til. I forhold til obturatorproteser vil disse i all hovedsak bli fanget opp i ny takst 314, og direktoratet ser det som en fordel å ha en generell takst for kompliserte protesearbeider fremfor å ha en egen takst for obturatorproteser.

Når det gjelder innspillet om å få en egen akuttakst mener direktoratet at dette ikke er nødvendig. Det er i utgangspunktet tilstrekkelig med de takstene som allerede finnes. Riktignok kan det være behov for å justere merknadene til enkelte takster. I en akuttsituasjon vil det som oftest være behov for fiksering av en tann, eventuelt en rotfylling. Ved å bruke takstene i 200-serien (fyllings- og endodontitakstene) sammen med konsultasjonstakstene og eventuelle røntgentakster vil behandling i akuttsituasjoner være tilstrekkelig dekket.

Når det gjelder DOTs behandling av gruppe D, så mener direktoratet langt på vei at en med dagens takster dekker aktuelle behandlingsformer som etterspørres av denne brukergruppen. Skulle det være noen behov som må dekkes kan dette gjøre ved å innføre en takstgruppe J som ivaretar spesialtakster for denne gruppen. Dette må avgjøres av departementet.

#### **6.7.4 Forslag til justeringer**

Direktoratet foreslår å justere merknadene til de aktuelle takstene, slik at det som omfattes av takstene kan leses ut av merknadene.

For øvrig viser vi også til forslagene i delprosjekt 1 og 2 om å åpne for muligheten til å utføre preprotetisk kjeveortopedisk behandling, samt to nye takster i forbindelse med periodontitt behandling.

#### **6.7.5 Konsekvenser**

Det er ikke et ønske å få så mange takster som mulig, snarere tvert om. Ved å holde antallet takster nede vil systemet forbli oversiktlig og brukervennlig. Dette vil også redusere muligheten for misforståelser, vanskelige grenseoppganger og gjør regelverket enklere å administrere. Ved å ta utgangspunktet i hva behandler faktisk gjør framfor situasjonen behandlingsbehovet oppstår i, vil antallet takster enklere kunne begrenses.

### **6.8 Størrelse på takster**

#### **6.8.1 Innspill**

##### *Kjeveortopedisk behandling for SMT-pasienter*

Behandlingsplanlegging er redusert fra kr. 1.295 til kr. 900 og derved estimert til å ta ca 35 minutter. På denne tid skal spesialisten planlegge behandlingen, vurdere diagnostiske data som for eksempel røntgenbilder, studiemodeller og kliniske fotografier, skrive evt. henvisninger til andre behandlere, skrive tilbakemelding til henvisende tannlege/tannpleier, evt. skrive henvising til andre spesialister, samt informere pasient og foresatte om behandlingsplanen.

For mange pasienter med SMT er det behov for å ha jevnlig kontakt med behandlende allmenntannlege/tannpleier, øvrige tannlegespesialister, behandlende lege og øvrig helsepersonell under hele behandlingsforløpet. I tillegg kan det være behov for å forandre behandlingsplanen under behandlingens gang i samråd med øvrige spesialister. Som sammenligning står det i anvisningene for takst 601 at de sentraliserte LKG-teamene ved behandling av LKG/craniofaciale lidelser kan bruke taksten flere ganger under et behandlingsforløp. Dette bør også gjelde SMT.

##### *Fyllingstakstene*

DOT mener at takstene for den konserverende behandling har blitt for lave. De mener at pasienter som særlig rammes er pasienter med høy kariesaktivitet, pasienter med kreft og som har hatt kreftbehandling og pasienter med hyposalivasjon. Disse pasientene kommer meget dårlig ut etter DOT sin mening. DOT mener i tillegg at protetikkk refunderes for godt i forhold til konserverende behandling.

Når det gjelder gruppe D så er refusjonen også veiledende tariff for honorarberegningen.

#### **6.8.2 Justeringer og konsekvenser**

Direktoratet overlater til departementet å vurdere om takstene generelt er for lave og eventuelt må justeres opp. I forhold til takstene for konserverende behandling har det vært en reduksjon for komposittfyllinger sammenlignet med tidligere nivå. Det er uheldig at fyllingstakstene oppleves lave sammenlignet med protetikktakstene, og direktoratet foreslår å øke fyllingstakstene til nivået for komposittfyllinger før 1.1.2008.

Økninger i takstene vil medføre at utgiftene på stønadsbudsjettet øker tilsvarende, men de må ses i sammenheng med takstene for protetisk behandling. Takstnivået bør ikke være behandlingsdrivende og behandlingsvridende, og særlig ikke mot mer komplisert behandling enn nødvendig.

Ved å åpne for repetisjon av takst 601 for pasienter som behandles ved TAKO-senteret, vil de SMT-pasientene med et komplekst behandlingsbehov få samme mulighet for god oppfølging og behandlingsplanlegging tilpasset deres individuelle behov. Dette vil ikke medføre store endringer på stønadsbudsjettet. TAKO-senteret hadde 2747 pasienter inne til konsultasjon i 2007, hvorav 222 var nye. Ikke alle disse mottok behandling på senteret, og av de som mottok behandling var det ikke behov for komplisert kjeveortopedisk behandling.

## **6.9 Øvrige justeringer**

### **6.9.1 Takst 701 fjernes**

Vi har fått innspill på at takst 701 er overflødig ettersom det ikke gir mening å kun ta avtrykk av en kjeve og taksten 702 og 703 inkluderer arbeidet med avtrykket.

### **6.9.2 Begrensede egenandeler innslagspunkt 7**

#### **6.9.2.1 Innspill**

Ved overføringen av bidragsformålet medfødte lidelser til § 5-6 ble også taket på egenandeler for denne gruppen tatt med. For brukere med tannutviklingsforstyrrelser skal den maksimale utgiften være 4000,- over 3 år. Direktoratet har mottatt innspill fra alle interessenter om denne bestemmelsen er vanskelig å praktisere. Journalleverandører kan ikke levere dokumentasjon, brukerne mister oversikten, behandlerne og forvaltningen opplever bestemmelsen som forstyrrende og arbeidskrevende.

Vi har tidligere foreslått å ta med egenandelene under dette punktet inn i egenandels tak 2-ordningen, og vi mener fortsatt at det er en bedre løsning enn å ha et eget utgiftstak bare for tannutviklingsforstyrrelsene. Forskriften til tak 2 bør på sikt endres, og i denne forbindelse kan egenandeler ved punkt 7 også inkluderes. En komplisert og vanskelig regel fører raskt til at en viktig rettighet ikke blir tatt i bruk, og det er uheldig.

Alternativt kan de med tannutviklingsforstyrrelser få dekket utgiftene etter honorartakst. Da vil alle med disse lidelsene komme bedre ut, og det blir ikke nødvendig med en endring i regelverket for tak 2-ordningen. Ett tredje alternativ er å fjerne hele utgiftstaket, men det anser direktoratet som en lite ønsket utvikling.

Direktoratet vil i utgangspunktet belyse problemet, samtidig som vi ønsker en smidigere løsning. Direktoratet avventer signaler fra departementet før eventuelle justeringer av regelverket foretas.



## **7. OPPSUMMERING OG VIDERE ARBEID**

### **7.1 Oppsummering av konsekvenser**

I all hovedsak er innspillene positive og behovet for justeringer er begrensede, dette medfører igjen at konsekvensene av justeringene blir begrensede.

De fleste innspillene på utilsiktede konsekvenser går ut på at enkelte grupper er kommet dårligere ut som en følge av regelverksendringene. Våre forslag til justeringer for disse gruppene vil som hovedregel medføre en økning på stønadsbudsjettet. Det er derfor viktig å understreke at dette var tilstander og behandling som tidligere var stønadsberettiget, eller stønadsberettiget med en høyere dekningsgrad. I tillegg er det faglig fornuftig å gjøre de foreslåtte justeringene.

### **7.2 Innspill som ikke har blitt vurdert**

Direktoratet har mottatt en rekke innspill fra forskjellig hold, men har i denne rapporten kun tatt med de som etter vår vurdering ligger innenfor prosjektets ramme. På alle de arbeidsmøter vi har hatt med forskjellige brukere er prosjektets ramme tydelig kommunisert.

Alle innspill ligger vedlagt rapporten, og er således tilgjengelig for HOD.

### **7.3 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.

HOD må vurdere om noen av de andre innspillene som har kommet inn skal utredes nærmere – direktoratet bistår gjerne i dette arbeidet.

Direktoratet vil avslutningsvis bemerke at nå regelverket og takstsystemet tilrettelagt for elektronisk samhandling mellom brukere og forvaltning. Den forventede effekten av dette har foreløpig uteblitt, ettersom de elektroniske verktøyene fra journalleverandørene ikke er ferdigstilt. Forvaltningen har på sin side implementert elektroniske verktøy som kan motta elektroniske oppgjørsmeldinger. For å oppnå forventede gevinster for forvaltningen må det arbeides videre med denne utfordringen.

## **8. REFERANSER**

Grytten J, Skau I; Honorarer og inntekter i privat tannlegepraksis 2006 Det odontologiske fakultet UiO; 2007

Grytten J, Skau I; SPESIALISTPRAKSISEN I PROTETIKK 2007 Det odontologiske fakultet Universitetet i Oslo; 2007

Hellstein JW, Marek CL. Bisphosphonate osteochemonecrosis (bis-phossy jaw): is this phossyjaw of the 21st century? J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63: 682-9.