

**Høringsnotat om forslag om
endringer i folketrygdloven -
stønad til utgifter til undersøkelse
og behandling for sykdom hos
tannpleier mm**

1	Innledning.....	3
2	Sammendrag.....	3
3	Bakgrunn for forslaget	4
4	Rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege	5
4.1	Gjeldende rett	5
4.2	Praktiske konsekvenser av gjeldende rett.....	7
5	Gjeldende ordning i Sverige og Danmark.....	9
5.1	Tannpleiernes kompetanse	9
5.2	Regelverket for statlig stønad til tannhelsetjenester utført av tannpleiere.....	9
5.2.1	Sverige	9
5.2.2	Danmark.....	10
6	Tannpleierens yrkessituasjon	11
6.1	Generelt om tannpleiernes kvalifikasjoner	11
6.2	Tannpleierens arbeidsmarked og oppgaver - privat og offentlig tannhelsetjeneste	12
6.3	Innhold i og omfang av oppgaver i den kliniske yrkesutøvelsen	14
6.4	Utdrag av kommentarer fra spørreundersøkelse utført i 2011	17
7	Departementets vurderinger og forslag	18
7.1	Forslag om at undersøkelse og behandling for sykdom hos tannpleier skal utløse stønad fra trygden.....	18
7.2	Hvilke undersøkelser og behandlinger hos tannpleier skal det gis stønad til dekning av utgifter til?.....	20
7.3	Tilskott til fellestiltak for tannpleiere	21
7.4	Stønad til helsetjenester i et annet EØS- land.....	21
8	Folketrygdloven § 5-3 om utgiftstak for egenandeler	22
9	Administrative, økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser	22
9.1	Administrative konsekvenser	22
9.2	Økonomiske konsekvenser	23
9.1	Samfunnsmessige konsekvenser.....	26
10	Forslag til endringer i lovbestemmelser (endringer i kursiv).....	28
10.1	Forslag til endring i folketrygdloven § 5-3.....	28
10.2	Forslag til ny bestemmelse i folketrygdloven § 5-6a	28

1 Innledning

I dette høringsnotatet drøftes behovet for nytt regelverk etter Folketrygdloven. Formålet med forslaget er å oppnå en mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom tannpleiere og tannleger. Forslag til endring av folketrygdloven åpner for at innbyggere på enklest mulig måte kan få aktuell stønad fra folketrygden for tjenester som ytes av tannpleiere. Dette vil kunne gjelde undersøkelse, diagnostikk og behandling av tilstander som tannpleier er kvalifisert til å utføre, og hvor det i dag eksisterer stønadsordninger når tjenestene utføres av tannlege.

Befolkningen, i all hovedsak de over 20 år, har rett til stønad til undersøkelse og behandling hos tannlege for definerte sykdommer og lidelser etter folketrygdloven § 5-6. Det er et vilkår for stønad at undersøkelse og behandling er utført av tannlege. I utfyllende regelverk til loven er det åpnet for at stønad til dekning av utgifter til periodontittbehandling også kan gis i de tilfeller behandlingen er utført av tannpleier. Det er imidlertid en forutsetning at refusjonskravet er dokumentert og innsendt i tannleges navn. Denne begrensningen innebærer et hinder for at innbyggere med sykdommen periodontitt kan få dekning for utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannpleier. Slik regelverket i dag er innrettet er det også til hinder for at tannpleierne kan ha direkteoppgjør med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

2 Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å endre trygdens regelverk slik at det åpnes for at det kan ytes stønad til utgifter til undersøkelse og behandling for sykdom hos tannpleier på selvstendig grunnlag.

Endringen vil innebære at folketrygdens medlemmer (over 20 år) gis rett til stønad til dekning av utgifter og behandling hos tannpleier for sykdommer tannpleier er kvalifisert til å behandle. Dette avgrenses til sykdommer hvor trygden i dag yter stønad hvis undersøkelsen og behandlingen utføres av tannlege. I denne omgang avgrenses det til behandling av sykdommen periodontitt. Aktuelle takster for undersøkelse, taking av røntgenbilder, prøvetaking, behandling mv, og som stønaden skal ytes etter, drøftes i høringsnotatet. Fastsetting av aktuelle takster og nivået på disse vil bli foretatt i forbindelse med fastsetting av forskrift.

Formålet med endringen er å oppnå en mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom tannleger og tannpleiere. Videre vil det være et mål å bidra til at folketrygdens medlemmer reelt sett gis en mer likeverdig tilgjengelighet til behandling som trygden yter stønad til, og som kan utføres av både tannpleier og tannlege. Endringen i regelverket i kombinasjon med økt tilgang på tannpleiere, vil kunne føre til en mer formålstjenlig og hensiktsmessig oppgavedeling mellom tannpleiere og tannleger, særlig i den private delen av tannhelsetjenesten. Dermed kan tilgjengelige ressurser utnyttes best mulig. Endringen vil også innebære administrative forenklinger i forvaltningen av stønadsordningen til tannbehandling.

Som en konsekvens av dette forslaget vil departementet foreslå en forskriftshjemmel om tilskott til fellestiltak for tannpleier, slik det gjelder for

andre yrkesgrupper som yter helsetjenester med stønad fra folketrygden. Departementet foreslår også at egenandeler ved stønad til tannpleierhjelp omfattes av egenandelstak 2 for de tannhelsetjenester som egenandelstak 2 omfatter.

3 Bakgrunn for forslaget

I NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet peker utvalget på fem hovedutfordringer for å kunne nå målsettingene for tannhelsepolitikken. En av hovedutfordringene er å få tannhelsetjenester produsert på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsdeling mellom yrkesgruppene. For å stimulere til ønsket utvikling foreslo utvalget at tannpleiere får selvstendig refusjonsrett fra folketrygden for de tannhelsetjenester de er kvalifisert til å utføre, samt rett til direkte oppgjør. Med direkte oppgjør menes en direkte oppgjørsordning med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Ved direkteoppgjør betaler pasienten offentlig egenandel og tannlegens mellomlegg (tannlegen har fri prissetting), mens tannlegen får refusjon utbetalt direkte fra HELFO basert på innsendte regninger.

Utvalget begrunner også sitt forslag med at det virker lite hensiktsmessig at tannleger må underskrive på behandling som annet personell har utført og har et selvstendig faglig ansvar for. Det var bred tilslutning fra høringsinstansene for forslaget i høringsrunden.

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester, blir spørsmålet om effektiv tjenesteproduksjon og oppgavedeling mellom tannleger og tannpleiere også drøftet. I meldingen gir regjeringen uttrykk for at den vil tilrettelegge for endringer i oppgavedelingen gjennom økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere og gjennom refusjonsrett for tannpleiere for de behandlinger tannpleier er kvalifisert til å utføre og hvor trygden yter stønad.

En samlet helse- og omsorgskomiteé ga blant annet følgende merknader i Innst. S. nr. 155 (2007-2008):

”Komiteen støtter vurderingen om at det i fremtiden må satses mer på forebyggende og helsefremmende arbeid, og at bruk av tannpleiere kan styrke den enkeltes egeninnsats for å unngå eller begrense sykdomsutvikling. Komiteen støtter også at det kan ytes stønad til utgifter til behandling av sykdom hos tannpleier på selvstendig grunnlag, ...”

Av regjeringens politiske plattform for 2009-2012 går det fram at regjeringen skal følge opp St.meld. nr. 35 (2006-2007).

I Meld. St. 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) gir Regjeringen uttrykk for at den vil tilrettelegge for bedre oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. Det skal gjøres ved å utdanne flere tannpleiere og innrette folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling til å gjelde behandling hos tannpleier. I innstillingen til stortingsmeldingen uttalte en samlet helse- og omsorgskomiteé

”Komiteen er opptatt av tannpleiernes rolle i framtidens tannhelsetjeneste. Komiteen viser til det antatte utdanningsbehovet på 100 nye per år, jf. St.meld. nr.

35 (2006-2007). Dette bør følges opp. Tannpleiere kan gjøre mange forebyggende tiltak, både i skolen og innenfor eldreomsorgen”.

Videre gir komiteen uttrykk for at

”Komiteen ser det som svært positivt at det er startet et arbeid med å legge til rette for at tannpleiere på selvstendig grunnlag kan praktisere med trygderefusjon for aktuelle refusjonsberettigede behandlinger. Sammen med økt utdanningskapasitet av tannpleiere vil dette bidra til en effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, særlig i privat sektor. Komiteen ser fram til at Stortinget blir forelagt nødvendig lovregulering så snart det lar seg gjøre.”

4 Rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege

4.1 Gjeldende rett

I henhold til lov om tannhelsetjenesten, lov 3. juni nr 54 1983 § 1-3, har utvalgte grupper rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Dette gjelder barn og unge fra fødsel til og med det året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.

I den utstrekning det offentlige yter stønad til tannbehandling etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad til tannbehandling etter folketrygdloven. Dette innebærer at folketrygdens ytelser til tannbehandling er begrenset til å gjelde der den offentlige tannhelsetjenesten ikke har et ansvar for å gi et tilbud. Ved de pliktmessige ytelser kan imidlertid trygden dekke differansen dersom trygdens dekning av behandlingsutgiftene ville oversteg det som dekkes av fylkeskommunen.

Overfor den voksne befolkningen som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven yter trygden stønad til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom etter folketrygdlovens § 5-6. Det er et vilkår for stønad at undersøkelse og behandling er utført av tannlege. Stønad ytes uavhengig av om behandlingen er utført av tannlege ansatt i fylkeskommune, i utdanningsinstitusjon eller av privatpraktiserende tannlege. For privatpraktiserende tannleger er det ingen vilkår om driftsavtale med fylkeskommune for at pasient skal kunne få stønad fra trygden til dekning av utgifter til behandling av sykdom. Stønad ytes også hvis behandling utføres i sykehus, for behandlinger som ikke omfattes av forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak (poliklinikkforskriften) forskrift 19. desember 2007 nr 1761.

Folketrygden yter stønad til å dekke utgifter ved ”... sykdom, skade eller lyte...” jf folketrygdloven § 5-1. Forebyggende behandling og undersøkelser av ellers friske personer, dekkes ikke av folketrygden.

Med hjemmel i § 5-6 er det fastsatt forskrift som spesifiserer hvilke former for sykdom, skade eller lyte trygden yter stønad til dekning av utgifter til. Forskrift 13. desember 2007 nr 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom gir nærmere regler for når det skal ytes stønad. Det er kun utgifter til undersøkelse og behandling av de sykdommer som fremkommer av forskrift til § 5-6 som dekkes av folketrygden. Stønad til dekning av utgifter til undersøkelse gis i de tilfeller undersøkelsen (inkludert diagnostikk) er direkte knyttet til behandling av den sykdom, skade eller lyte som fremgår av nevnte forskrift. Hvis undersøkelsen ikke avdekker behov for behandling hos tannlege knyttet til sykdom opplistet i forskrift til § 5-6, ytes ikke stønad til undersøkelse. Folketrygdens stønad fremgår av takster for tannbehandling fastsatt av Helse – og omsorgsdepartementet. Takstene er ikke gjenstand for forhandlinger, og justeres hvert år. Justeringer av takster og aktuelle endringer i takstsystem er blant annet basert på innspill fra fagmiljøer, Tannlegeforeningen og Helsedirektoratet, innenfor den økonomiske rammen som følger av Stortingets budsjettvedtak.

I departementets takstdokument er det åpnet for at det ved behandling av sykdommen marginal periodontitt/periimplantitt også kan gis stønad i de tilfeller behandlingen, og etterkontroll av denne, er utført av tannpleier. Stønad ytes kun ved behandling der tannpleier utfører behandlingene i samarbeid med tannlege. Det stilles ikke krav om felles praksis/felles lokaler for tannlege og tannpleier ved samarbeid om periodontittbehandling. Stønadskrav for behandling utført av tannpleier må dokumenteres og underskrives av samarbeidende tannlege som er ansvarlig for behandlingen. Stønad utbetales til samarbeidende tannlege dersom denne har avtale om direkteoppgjør. Trygdens stønad til dekning av utgifter til periodontittbehandling utført hos tannpleier ytes etter samme refusjonstakst som for tilsvarende behandling utført hos tannlege.

Planlegging av behandling og gjennomføring av behandling forutsetter at pasienten er undersøkt og at det er stilt en diagnose. Forutsetningen for å kunne stille diagnose er at pasienten er undersøkt klinisk, og at relevante og nødvendige diagnostiske verktøy er anvendt. Når det gjelder sykdommen periodontitt vil røntgenundersøkelse og tolkning av røntgenbilder være viktige i diagnostisk sammenheng. I vurdering av diagnose og sykdomsutvikling vil også tolkning av tidligere røntgenbilder, for eksempel bilder som er fremstilt for 1, 2 eller 3 år siden, kunne være avgjørende for valg av behandling.

I takstdokumentet er det ikke åpnet for at det gis stønad til undersøkelse, taking av røntgenbilder eller taking av prøver til laboratorieundersøkelser når slike tjenester utføres av tannpleier i forbindelse med diagnose og behandling av sykdommen periodontitt.

Siden tannpleiere ikke kan praktisere selvstendig for trygdens regning, er det heller ikke hjemmel i folketrygdloven for at de kan inngå egen avtale om direkteoppgjør med HELFO. Tannleger med avtale om direkteoppgjør kan sende regninger for refusjon for behandlinger utført av samarbeidende tannpleier som del av eget krav. På samleregningen signerer tannlegen for alle enkeltregningene. I de tilfeller tannlege ikke har direkteoppgjør, må pasienten først betale for alle

kostnader, og deretter selv henvende seg til HELFO med dokument underskrevet av samarbeidende tannlege for å få utbetalt aktuell stønad.

Egenandelstak 2.

Egenandeler for periodontittbehandling inngår i skjermingsordning tak 2, jf folketrygdloven § 5-3 og forskrift til denne. Det innebærer at offentlig egenandel for utgifter til periodontittbehandling utført av tannpleier også inngår i tak 2 ordningen, forutsatt at vilkårene nevnt ovenfor er oppfylt.

Tilskott til fellestiltak.

Kapittel 5 i folketrygdloven gir bestemmelser om dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for blant annet legehjelp, tannlegehjelp, psykologhjelp, fysioterapi og behandling hos kiropraktor. Departementet har i forskrift gitt bestemmelser om tilskott til fellestiltak for nevnte grupper.

Folketrygdloven § 5-6 tredje ledd gir departementet en hjemmel til å gi forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskott til fellestiltak for tannleger. Forskrift 13. desember 2007 nr 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom gir nærmere regler om tilskott til fellesformål for tannleger. Til sykehjelpsordningen for tannleger og til Den norske tannlegeforenings fond til videre- og etterutdanning av tannleger yter folketrygden tilskudd tilsvarende henholdsvis 1,36 prosent og 0,14 prosent av de utgifter folketrygden har til tannbehandling etter denne forskriften. Tilsvarende yter folketrygden til fondet for videre- og etterutdanning av kiropraktorer et tilskott på 1,5 prosent av utgifter folketrygden har til behandling hos kiropraktorer. Tilskudd til fellesformål til fysioterapeuter og leger fastsettes i forbindelse med de årlige honorartakstforhandlingene. Tilskuddene utbetales av Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer til de respektive fagorganisasjonene med et passende beløp hver måned og med endelig avregning ved årets utgang.

Stønad til helsetjenester i et annet EØS – land

Etter folketrygdloven § 5-24 a ytes det stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i et annet EØS-land etter regler fastsatt av departementet i forskrift. Forskrift 22. november 2010 nr 1466 § 3 angir hvilke typer helsehjelp det ytes stønad til. Stønad ytes blant annet til dekning av utgifter ved helsehjelp som tilsvarende helsetjenester som det gis stønad til etter folketrygdloven § 5-4 til § 5-12. Dette inkluderer også stønad til behandling hos tannlege jf § 5-6.

4.2 Praktiske konsekvenser av gjeldende rett

For å vise de praktiske konsekvensene av dagens regelverk er det formålstjenelig å beskrive hendelsesforløpet når en pasient tar kontakt med tannpleier eller tannlege i forbindelse med regelmessig tannhelsekontroll eller ved mistanke om tannkjøttbetennelse (periodontitt).

For å avdekke eventuell sykdomstilstand, må det gjennomføres en konsultasjon/undersøkelse og stilles diagnose blant annet basert på sykdomshistorie, kliniske funn, symptomer, tolkning av røntgenbilder og

eventuelle prøvesvar. Neste fase er behandlingsplanlegging, gjennomføring av behandling basert på informert samtykke og deretter aktuell oppfølging/etterkontroll.

Å stille diagnose. Forutsetningen for å kunne stille diagnose er at pasienten er undersøkt klinisk, og at relevante og nødvendige diagnostiske verktøy er anvendt. Når det gjelder sykdommen periodontitt vil tolkning av røntgenbilder være viktige i diagnostisk sammenheng. I vurdering av diagnose og sykdomsutvikling vil også tolkningen av tidligere røntgenbilder kunne være avgjørende for valg av behandling. Det ytes derfor stønad til utgifter til undersøkelse, diagnostiske verktøy og til diagnostikk som påløper i denne fasen for sykdommen. Hvilke ytelser det ytes refusjon for fremkommer av departementets taksthefte, slik som takst 1 (undersøkelse), takst 801 (taking av prøver til laboratorieundersøkelse), takst 802 (tannrøntgen) og takst 6 (lokal og regional anestesi) hvis anestesi er nødvendig for å kunne utføre forsvarlig undersøkelse og diagnostikk.

Behandlingen. Selve behandlingen av periodontitt kan utløse takst 501 (systematisk behandling av marginal periodontitt). I denne fasen vil det også kunne være behov for bedøvelse, takst 6 (lokal og regional anestesi). Behandlingen kan strekke seg over flere behandlingsseanser, avhengig av sykdommens utbredelse og kompleksitet. Periodontitt er en sykdom forårsaket av bakterier, og som ikke går over uten behandling. I hovedsak består behandlingene som utføres av tannpleier og tannlege av manuell fjerning av tannstein og bakteriebelegg med instrumenter, eventuelt supplert med kirurgiske inngrep og medikamentell behandling. Hvis det er behov for kirurgiske inngrep i forbindelse med behandlingen, må dette utføres av tannlege.

Etterkontroll. Når behandlingen anses avsluttet vil det kunne være behov for en etterkontroll for å vurdere hvorvidt formålet med behandlingen ble oppnådd, og for å vurdere behovet for eventuelle ekstra ytelser/behandlinger. Etterkontrollen kan utløse takst 4 (enkel etterkontroll etter kirurgiske inngrep, periodontal behandling og oralmedisinske undersøkelser) og takst 5 (omfattende etterkontroll etter kirurgiske inngrep og oralmedisinske undersøkelser). Et moment som er avgjørende for den langsiktige effekten av behandlingen er pasientens daglige tannstell med fjerning av bakteriebelegg på tennene.

Tannlegen kan utløse alle de ovennevnte takstene, slik at pasienten får stønad til dekning av utgifter som påløper i forbindelse med tannkjøtt sykdommen. Tannpleier kan utløse takst 501, 4 og 5 under forutsetning av samarbeid med tannlege. Pasienten kan med andre ord få dekket direkte hjelp hos tannpleier for deler av behandlingen i to av tre faser i behandlingsskjeden. Dersom pasienten har valgt å gå til en tannpleier, vil dette derimot kunne bety at han ikke kan få stønad til refusjon av utgifter til selve undersøkelsen og til prøvetaking og røntgen, selv om dette er tjenester som er nødvendige for å kunne stille diagnose og dermed avgjørende for valg av behandling. Alternativet er at pasient først blir undersøkt av tannlege, som stiller diagnose periodontitt, og deretter blir pasient overført til tannpleier for gjennomføring av behandlingen. På klinikker hvor tannpleier og tannlege jobber i team, vil dette være en hensiktsmessig arbeidsdeling for å sikre at pasienten får den trygdestønad de har rett til. Hvis det er behov for bedøvelse under undersøkelse og behandling, gis det ikke stønad til bruk av anestesi

(infiltrasjonsanestesi) når slik anestesi utføres av tannpleier. I tilfelle må samarbeidende tannlege sette anestesi.

5 Gjeldende ordning i Sverige og Danmark

5.1 Tannpleiernes kompetanse

I Norden er tannpleierutdanningene langt på vei identiske, selv om vektleggingen av de ulike studieemnene kan variere.

Tannpleierutdanningene i alle nordiske land gir kvalifikasjoner i helsefremmende og forebyggende oppgaver knyttet til tannhelsefeltet. I utdanningen integreres teori fra basalfag og samfunns- og adferdsfag med praksis slik at kliniske ferdigheter oppøves gjennom individuell pasientbehandling med praksistjeneste i både tannhelsetjenesten og i helsetjenesten. Tannpleiere utdannes til å utføre kliniske og radiologiske undersøkelser av tenner, slimhinner og tannkjøttforhold, diagnostisere karies ("hull i tennene") og periodontitt (tannkjøtt sykdom). Videre utdannes de til å kunne observere og vurdere munnhulelidelser, identifisere biffunksjonelle avvik, til å kunne planlegge nødvendig og relevant behandling de er kvalifisert til å utføre, vurdere risiko og henvise eller overføre til tannlege ved behov. Sentralt i disse oppgavene står sykdomsforebyggende arbeid og eventuelt behandling av marginal periodontitt.

For Sveriges vedkommende er tannpleieres kompetanse beskrevet nærmere i dokumentet "Kompetansebeskrivning för legitimerad tandhygienist", utgitt av Socialstyrelsen i desember 2005 (Artikelnr 2005-105-3).

Tilsvarende beskrivelse er ikke gitt av helsemyndighetene i Norge og Danmark.

5.2 Regelverket for statlig stønad til tannhelsetjenester utført av tannpleiere

5.2.1 Sverige

I henhold til svensk lovgivning (Tandvårdslagen) har barn og unge 0-19 år rett til gratis tannhelsetjeneste organisert og finansiert av landsting (tilsvarende fylkeskommune i Norge). En generell statlig stønadsordning fra Försäkringskassan til sykdomsforebyggende tjenester og til alle former for tannbehandling for den voksne befolkning ble første gang innført i 1974. Fra 1. juli 2008 ble det gjort store endringer i stønadsordningen gjennom ikrafttredelse av Lag om statlig tandvårdsstöd (SFS 2008: 145). Stønad gis uavhengig av om pasienten behandles i privat praksis eller i Folketandvården. Tannhelsetjenestens oppgaver (både offentlig og privat sektor) er å støtte individer til å beholde en god tannhelse, bli frisk fra sykdommer og å gjenopprette en god bittfunksjon.

I lovproposisjonen ble det formulert to overordnede mål for den nye stønadsordningen:

- Å beholde en god tannhelse for de med lite behandlingsbehov gjennom stønad til forebyggende tiltak
- Å gjøre det mulig for personer med stort behandlingsbehov å få kostnadseffektiv behandling til en rimelig kostnad ("högkostnadsskydd").

Loven fastsetter to ulike måter å beholde en god tannhelse på. Det ene gjelder stønad til regelmessig tannhelsekontroll i kombinasjon med individuelt tilpassede, forebyggende tjenester. Det andre er en stønadsordning som innebærer at den statlige stønad blir prosentvis høyere for økende kostnader til nødvendig tannbehandling. For de med stort behandlingsbehov gis det stønad til forebyggende tiltak i forbindelse med behandlingen.

I loven er stønadsordningen knyttet til begrepet *vårdgivare*. Loven er dermed nøytral med hensyn til yrkestilhørighet for den som utfører behandlingen og som kan utløse refusjon. *Vårdgivaren* omtales i forskrift som tannpleier eller tannlege. Tannpleier og tannlege har gjennom sin autorisasjon rett til tilknytning til det elektroniske systemet for statlig tandvårdsstød. Det statlige tandvårdsstød til voksne omfatter tannhelsetjenester som ytes av tannpleiere og tannleger i både folktandvården (landsting) og i privat praksis.

Socialstyrelsen har i 2011 fastsatt omfattende nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester til voksne (Nationella riktlinjer för vuxentandvården). Dette er retningslinjer knyttet til pasientopplæring/forebyggende tjenester, behandling av sykdommene karies og periodontitt og av andre tilstander og sykdommer i tenner, kjeve og munnhule. Anbefalingene vil i fremtiden bli lagt til grunn for hvilke behandlinger som skal gis stønad i henhold til den nye, statlige stønadsordningen.

For tjenester som inngår i den statlige stønadsordningen har Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket (TLV) utarbeidet en referanseprisliste. I Sverige er det som i Norge fri prissetting for tannbehandling. Referanseprislisten har mange likhetstrekk med honorartakstsystemet i Norge for behandling hos tannlege. Som følge av hovedinnretningen på den svenske stønadsordningen er referanseprislisten mye mer omfattende i form av antall takster, sammenlignet med honorartakstsystemet i Norge. Stønadsordningen omfatter også takster for sykdomsforebyggende arbeid, enklere behandlinger og for pasientopplæring.

Det er separate referansepriser for tannpleiere og tannleger når det gjelder undersøkelse, diagnostikk og behandlingsplanlegging. For andre typer tjenester er det samme referansepris for samme type behandlinger utført av tannpleiere og tannleger. Eksempler her er røntgenundersøkelse, studiemodeller for planlegging, sykdomsforebyggende arbeid og kostholdsrådgivning, pasientopplæring, ikke-operativ behandling av kariessykdom, behandling av periodontitt. De tjenester som tannpleiere kan utføre med statlig stønad etter referanseprislisten bygger på Socialstyrelsens kompetansebeskrivelse (se over) og på Socialstyrelsens nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester til voksne.

5.2.2 Danmark

Voksne borgere som er bosatt i Danmark har fra de er fylt 18 år rett til tilskudd til forebyggende og behandlende tannhelsetjeneste hos privatpraktiserende tannlege i

henhold til reglene i Sundhedsloven. Nærmere bestemmelser om tilskuddet er regulert i forskrift. Spesifikasjon av tjenestene med takster mv fremgår av avtale mellom Regionernes Lønnings- og Takstnevnd og Dansk Tandlægeforening.

Fra 2007 har borgere over 18 år også rett til tilskudd for behandling hos privatpraktiserende tannpleiere. Retten til tilskudd omfatter regelmessig undersøkelse og diagnostikk og røntgenundersøkelse i den forbindelse, individuelt forebyggende behandling, behandling av periodontitt og etterkontroller.

Tilskuddet for behandling hos tannpleier er basert på takster fastsatt i omtalte overenskomst mellom Regionernes Lønnings- og Takstnevnd og Dansk Tandlægeforening.

6 Tannpleierens yrkessituasjon

6.1 Generelt om tannpleiernes kvalifikasjoner

De første norskutdannede tannpleiere ble uteksaminert i Oslo i 1925. Utdanningen var først ettårig, og ble fra 1971 utvidet til en toårig utdanning.

Tannpleierutdanningen ble en treårig bachelorutdanning, fra 2003 ved Universitetet i Oslo, fra 2004 ved Universitetet i Bergen og fra 2007 ved Høgskolen i Tromsø. Høsten 2009 startet tannpleierutdanning ved Høgskolen i Hedmark. Fra 2012 er opptakskapasiteten 88 studieplasser per år.

Studiekapasiteten ved tannpleierutdanningene fastsettes av Kunnskapsdepartementets i forbindelse med de årlige budsjetter til høyskoler og universiteter. Som følge av økning i opptakskapasitet i årene 2009 til 2011, vil det årlige tilbudet av tannpleiere i markedet øke fra og med 2012. Det er ikke utarbeidet rammeplan for tannpleierutdanningene i Norge. Innholdet i de 4 utdanningene kan derfor variere noe. Tannpleiere omfattes av autorisasjonsordningen etter helsepersonelloven § 48.

Dagens grunnutdanning gir kvalifikasjoner i generelt folkehelsearbeid for samarbeid med andre tjenesteområder og sektorer, og i individ- og gruppebasert helsefremmende og forebyggende arbeid i og utenfor tannklinikk. Individuelt forebyggende arbeid med veiledning av pasienter slik at disse selv kan ivareta egen tannhelse ved å forebygge utvikling av sykdom (spesielt karies og periodontitt) vektlegges i studiet. Videre gir utdanningen kvalifikasjoner til å ivareta regelmessige tannhelsekontroll/klinisk undersøkelser av pasienter, inkludert blant annet taking av røntgenbilder og tolkning disse. I undersøkelsen inngår vurdering av bittfunksjonelle forhold, diagnostisering av karies og periodontitt, og eventuell planlegging og gjennomføring av enklere behandling av disse sykdommer med nødvendig oppfølging. Med enklere behandling menes behandling som ikke innebærer såkalte irreversible inngrep. Eksempler på irreversible inngrep er fjerning av tannvev ved hjelp av bormaskin, rotfyllinger og operasjoner i tannkjøtt og kjever. Utdanningen gir også kvalifikasjoner til å sette infiltrasjonsanestesi (lokalbedøvelse) i forbindelse med for eksempel behandling av periodontitt. En viktig del av utdanningen i de kliniske fag er å observere og registrere unormale eller patologiske tilstander som må henvises til tannlege,

eventuelt tannlegespesialist, for nærmere undersøkelse, diagnostisering og eventuell behandling.

Tannpleiere må som annet helsepersonell innrette sin tjenesteyting etter regler fastsatt i lov om helsepersonell. De skal blant annet utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sine kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

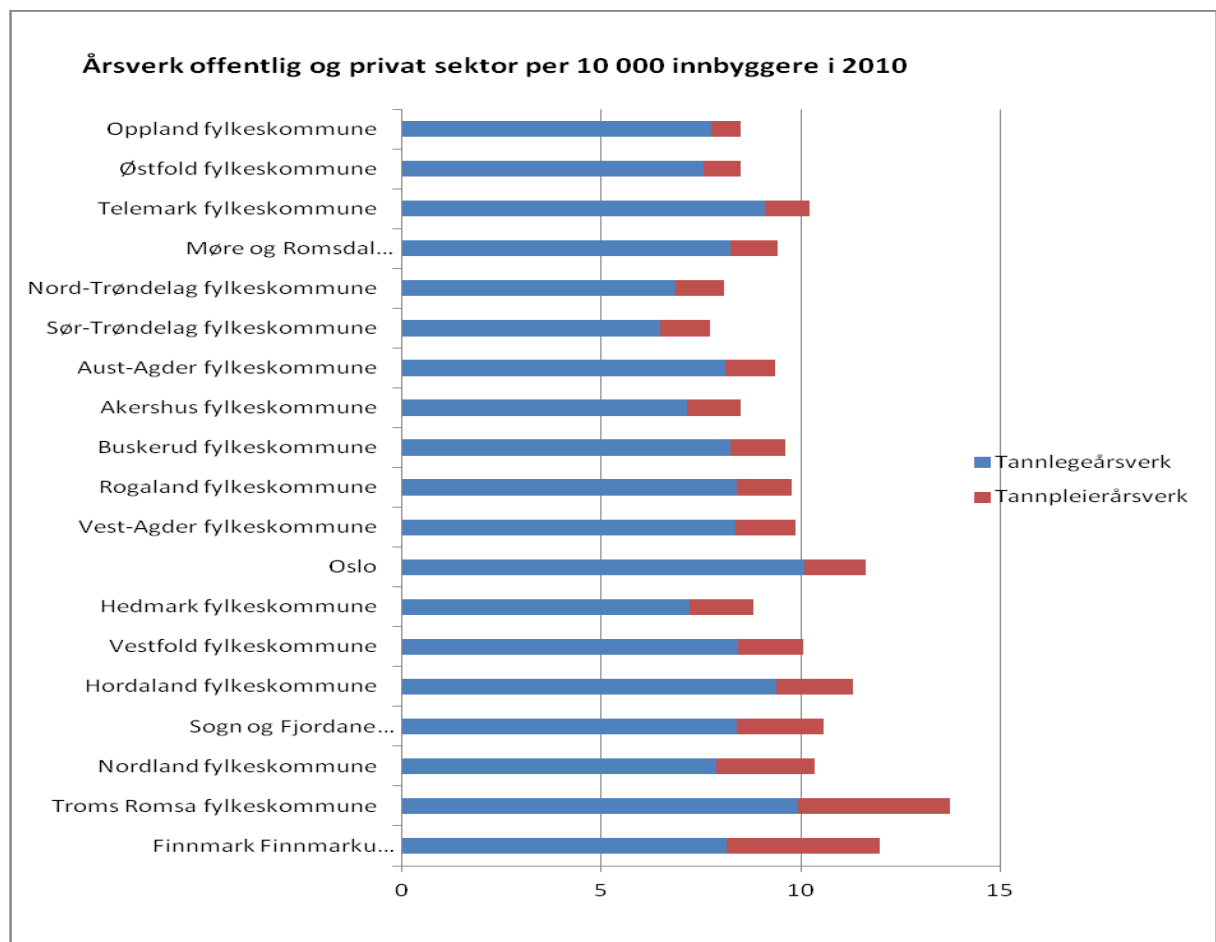
De tjenester tannpleier er kvalifisert til å utføre i sin kliniske virksomhet, er også tannlegen kvalifisert til å utføre, mens tannpleiernes kvalifikasjoner innenfor folkehelsearbeid og helsefremmende og forebyggende arbeid er mer omfattende enn tannlegenes. Tannpleierens kliniske kvalifikasjoner omfatter bare deler av tannlegenes, som omfatter hele bredden av diagnostikk og behandling av alle tilstander og sykdomsforhold i tenner, tennenes støttevev, kjever og munnslimhinner.

Strålevernforskriften regulerer tannpleiers bruk av røntgen. Av forskriften fremgår det at tannpleier innehar den kompetansen som kreves for å foreta ordinær røntgendiagnostikk (intraoral dentalradiografi). Rekvireringsforskriften angir hvilke legemidler tannpleier kan rekvirere for bruk i klinisk virksomhet (fluorpreparater, antiseptika og lokalanestetika).

6.2 Tannpleierens arbeidsmarked og oppgaver - privat og offentlig tannhelsetjeneste

Ifølge helsepersonellregisteret var det 1377 tannpleiere i Norge i 2010. Ifølge sysselsettingsstatistikken var 1203 av dem var sysselsatte, 10 var registrert arbeidsledige og 171 var utenfor arbeidsstyrken. Det tilsvarer en sysselsettingsprosent på 87,4 pst. 130 tannpleiere er registrert som selvstendig næringsdrivende og 15 pst av alle tannpleiere har mer enn ett arbeidsforhold. Gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid var 32,8 timer. 938 (68 prosent) tannpleiere var per 2010 sysselsatt i helse- og sosialtjenester, og av dem var 927 sysselsatt i tannhelsetjenesten. Av disse var 486 ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og 441 arbeidet i den private tannhelsetjenesten. Av Kostrastatistikken til SSB fremgår det at i 2010 ble det til sammen utført 774 tannpleierårsverk i tannhelsetjenesten i Norge. Dette tilsvarer en økning på 174 årsverk (29 prosent) siden 2006. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ble det i 2010 utført 431 tannpleierårsverk, i den private sektor 343 årsverk. Den største økningen i utførte tannpleierårsverk i perioden fra 2006 til 2010 har skjedd i privat sektor der økningen tilsvarte 16 pst (47 årsverk). I offentlig sektor var økningen på 13 pst (49 årsverk). Per 31.12.2010 var det 28 ledige tannpleierårsverk i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Tabell 1: Årsverk tannleger og tannpleier i offentlig og privat sektor per 10 000 innbyggere i 2010.



Figur 1 viser en fylkesvis fordeling av omfanget av avtalte årsverk per 10 000 innbyggere i 2010 av hhv tannleger og tannpleiere, samlet for offentlig og privat sektor. Rekkefølgen på fylkeskommunene er et resultat av økende antall tannpleierårsverk fylkeskommunene imellom.

Av figuren fremgår det at omfanget av tannpleierårsverk sammenholdt med innbyggertall er høyest i Finnmark, Troms og Nordland, lavest i Østfold og Oppland.

KOSTRA-statistikken til SSB viser at i Finnmark og Troms utføres den største andelen tannpleierårsverk i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er omvendt i Østfold, dvs at i det fylket er den største andelen yrkesaktive tannpleiere sysselsatt i privat sektor.

I fylkeskommunal sektor var det i 2006 bortimot tre tannlegeårsverk per tannpleierårsverk (forholdstall på 2,89). Forholdstallene varierer mellom fylkene. I den nordligste delen av landet er forholdstallet lavest. I privat sektor var det samme år over ni tannlegeårsverk per tannpleierårsverk (forholdstall på 9,48). Forholdet mellom tannlegeårsverk og tannpleierårsverk har i perioden fra 2006 til 2010 gått ned. Den største nedgangen er i privat sektor.

Tannpleiernes arbeidsoppgaver vil som regel variere avhengig av om de er ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller om de arbeider i privat sektor. Den

helsefremmende og forebyggende innretningen vil uansett alltid gjenspeiles i yrkesutøvelsen, uavhengig av arbeidssted.

I den *fylkeskommunale tannhelsetjenesten* omfatter tannpleiernes arbeidsoppgaver folkehelsearbeid (i samarbeid med folkehelseenheten i fylkekommunen og i samarbeid med kommuner) og grupperettet og individrettet forebyggende arbeid. Videre omfatter oppgavene regelmessige tannhelsekontroller og kliniske undersøkelser og relevante behandlinger av personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, slik som barn og unge, psykisk utviklingshemmede, eldre og syke. De samme oppgaver har også tannpleiere overfor personer med rusmiddelavhengighet og eventuelt overfor voksne innbyggere uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og som fylkeskommunene har et tilbud til.

Når det gjelder grupperettet forebyggende virksomhet foregår dette som oftest i nært samarbeid med den kommunale primærhelsetjenesten og er rettet mot målgrupper som barn og unge i barnehager og grunnskolen og til beboere på sykehjem og andre institusjoner. Tannpleierne har også undervisning av elever ved studieretninger for helse- og sosialfag på videregående skoler og studenter ved høyskoler for helse- og sosialfaglige utdanninger.

I *privatpraksis* består oppgavene for det meste av individuelt pasientrettet klinisk arbeid. Pasientene er i hovedsak personer over 20 år, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Under ti prosent av pasientene er barn/unge eller tilhører grupper av befolkningen som oppgis å ha spesielle behov. Det er flere tannpleiere i privat sektor enn offentlig sektor som arbeider i samme praksis som tannlegespesialist.

6.3 Innhold i og omfang av oppgaver i den kliniske yrkesutøvelsen

Det er gjennomført enkelte undersøkelser for å belyse innholdet i og omfanget av oppgaver i den kliniske yrkesutøvelsen til tannpleiere, og som har relevans for vurderingene som gjøres i dette høringsnotatet.

Arbeidsdeling mellom tannleger og tannpleiere i Norge

På oppdrag fra Troms fylkeskommune gjennomførte forskningsinstitusjonen Norut AS et delprosjekt om arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere. Resultatene ble presentert i Norut Rapport nr. SF 12/2007 (Birgit Abelsen 2007).

Rapporten er basert på data fra en kartlegging gjort i 2005 til et tilfeldig utvalg med 1 111 tannleger og 269 tannpleiere. Undersøkelsen viste at tannpleiere i både offentlig og i privat sektor brukte om lag 85 prosent av sin arbeidstid til henholdsvis undersøkelse/screening og enklere behandlinger. Tannpleiere i privat sektor utførte mer enkel behandling (52 prosent av arbeidstiden) sammenliknet med tannpleiere i offentlig sektor (36 prosent). Rapporten sier at dette trolig har sammenheng med at tannpleiere i privat sektor i stor grad behandler voksne, mens tannpleiere i offentlig sektor har pasienter som i stor grad omfatter barn og unge.

Undersøkelsen viste at tannleger i både offentlig og privat sektor brukte nær 40 prosent av sin arbeidstid på undersøkelse/screening og enklere behandlinger. Det var ikke noen vesentlige forskjeller i gjennomsnittlig tid brukt på ulike

arbeidsoppgaver mellom tannleger som arbeidet i klinikk med tannpleier og de som arbeidet i klinikk uten tannpleier. Dette kan ifølge rapporten indikere at tannpleiere representerer et supplement til tannlegene og i liten grad et substitutt.

Respondentene ble spurt om det fantes arbeidsoppgaver som tannleger utførte, og som med fordel kunne overføres til tannpleier. 60 prosent av tannlegene og 55 prosent av tannpleierne mente at mer av de kliniske arbeidsoppgavene kategorisert som undersøkelse/screening og enkel behandling kan overføres til tannpleier. Tannlegene ønsket i liten grad å endre tiden brukt på ulike arbeidsoppgaver. Tannpleierne, spesielt i offentlig sektor, ønsket i større grad endring i tiden brukt på ulike arbeidsoppgaver. De ønsket i gjennomsnitt betydelig mindre av arbeidsoppgavene undersøkelse/screening og betydelig mer enkel behandling.

Tannpleieres yrkesutøvelse – nasjonal undersøkelse

En nasjonal undersøkelse om tannpleieres yrkesutøvelse ble gjennomført i 2004, basert på initiativ fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten forelå i 2006 (Hilde V. Toven og Nina J. Wang).

Kartleggingen viste at av den kliniske arbeidstiden ble drøye 40 prosent benyttet til undersøkelse/screening, om lag en fjerdedel til forebyggende tiltak og individuell informasjon og om lag en fjerdedel til tannstensfjerning/behandling av tannkjøttsykdom. Tannpleiere i privat tannhelsetjeneste har flest pasienter blant voksne, og de bruker mer tid enn tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste på undersøkelse og klinisk arbeid på pasient.

Spørreundersøkelse i 2011

Våren 2011 gjennomførte Norsk Tannpleierforening en spørreundersøkelse til om lag 800 yrkesaktive medlemmer, med en svarprosent på 42. Undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med undersøkelsen var å få kartlagt mulig omfang av kliniske oppgaver som tannpleiere utfører knyttet til pasienter eldre enn 20 år og hvor trygden yter stønad når slike oppgaver eller behandlinger utføres av tannlege.

Undersøkelsen inneholdt ikke opplysninger om alder eller geografi. Det kan derfor ikke trekkes noen konklusjon om hvorvidt undersøkelsen er representativ i den sammenheng. Av respondentene opplyser 175 (56 prosent) at de er ansatt i fylkeskommune, mens 138 (44 prosent) opplyser at de arbeider i privat sektor. Fordelingen mellom sektorene samsvarer med tall fra KOSTRA omtalt i kapittel 6.2.

Av de som arbeider i privat sektor svarer 79 at de er i et ansettelsesforhold mens 59 er selvstendig næringsdrivende. De selvstendig næringsdrivende utgjør dermed 19 prosent av samtlige respondenter. 23 respondenter arbeidet enten i utdanningsinstitusjon, i offentlig sektor forøvrig eller i ulike kombinasjonsstillinger.

Nesten alle (97 prosent) opplyser at de driver pasientbehandling til voksne over 20 år. Av de offentlige ansatte opplyser om lag halvparten at de i gjennomsnitt har 1-9 timer per uke til slik pasientbehandling, en fjerdedel opplyser at de har 10-19 timer. Av tannpleiere i privat sektor opplyser om lag halvparten at de i gjennomsnitt har 30-39 timer per uke til slike oppgaver.

Når det gjelder gjennomsnitt antall pasienter per uke som tannpleiere behandler for marginal periodontitt, opplyser 83 prosent av de fylkeskommunalt ansatte tannpleiere at de i gjennomsnitt per uke behandler fra 1 til 9 pasienter for marginal periodontitt. Av tannpleiere ansatt i privat sektor opplyser 3 av 10 at de i gjennomsnitt per uke behandler fra 1 til 9 pasienter for marginal periodontitt, mens 3 av 10 opplyser at de behandler fra 10 til 19 pasienter per uke. Av tannpleiere som er selvstendig næringsdrivende opplyser om lag 4 av 10 at de i gjennomsnitt per uke behandler fra 10 til 19 pasienter med marginal periodontitt, mens 3 av 10 opplyser at de behandler fra 20 til 29 pasienter per uke.

Tannpleiere ansatt i fylkeskommune opplyser om lag 16 prosent at takster ved behandling av periodontitt ikke registreres for innsending av krav for trygderefusjon. Av de som arbeider i privat sektor opplyser om lag 5 prosent at tilsvarende takster ikke registreres for innsending av krav for trygderefusjon

Når det gjelder tilsvarende registrering for bruk av takst 4 (enkel etterkontroll) og takst 5 (omfattende etterkontroll) svarer om lag 2/3 av tannpleierne at disse takstene blir brukt for innsending av refusjonskrav. Av fylkeskommunalt ansatte tannpleiere er det om lag 6 av 10 som bruker disse takstene, mens tilsvarende for tannpleier i privat sektor er om lag 8 av 10.

Ut over dette opplyser om lag 20 prosent av tannpleierne at de også utfører anestesi (takst 6), tar prøver til laboratorieundersøkelser (takst 801) og tar røntgenbilder (takst 802) og som føres i tannlegens navn på skjema som skal sendes HELFO.

På spørsmålet om respondentene ville ha utført flere refusjonsberettigede kliniske oppgaver som tannlegen utfører i dag dersom disse hadde vært refusjonsberettiget ved behandling hos tannpleier, svarer 72 prosent av de offentlig ansatte ja og om lag 80 prosent av tannpleiere i privat sektor ja på dette spørsmålet.

Departementets vurdering av resultatene

Et hovedformål med forslag til lovendring er å bidra til mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom tannleger og tannpleiere. Forslag til lovendring vil også innebære at innbyggerne gis mulighet til likeverdig tilgjengelighet til aktuell stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for tannsykdommen periodontitt, uavhengig av om behandlingen utføres av tannlege eller av tannpleier.

Resultatene av undersøkelsen til Tannpleierforeningen kan tyde på at av om lag 90 prosent av pasienter som behandles av tannpleiere for periodontitt, sendes det krav om trygderefusjon på slik behandling. For 80 prosent av pasientene som undersøkes og behandles, sendes det ikke krav om stønad fra trygden til dekning av utgifter etter takster til undersøkelse, røntgenbilder, laboratorieprøver og anestesi. Spørsmålene er stilt slik at det er uklart om det sendes krav om slik stønad som følge av at tannlege har stått for undersøkelsen mv.

De to første omtalte undersøkelser ble gjennomført i hhv 2005 og 2004. Vi har ikke senere data som sier i hvilken grad resultatene i disse undersøkelsene også er representative for situasjonen i 2011. I rapporten fra undersøkelsen i 2005 (Birgit Abelsen 2007) indikeres det at resultatene kan tolkes slik at tannpleiere

representerer et supplement til tannlegene og i liten grad et substitutt. I undersøkelsen oppgir også tannlegene at de i liten grad ønsket å endre på tiden brukt på ulike arbeidsoppgaver.

De omtalte undersøkelser ble gjennomført for hhv 6 og 7 år siden, og må etter departementets vurdering tolkes ut fra arbeidsmarkedssituasjonen på den tiden. Trygderefusjon på selvstendig grunnlag for undersøkelse og behandling av tannpleiere var på det tidspunkt ikke til offentlig debatt. Som vist foran har det etter 2004 funnet sted en betydelig økning i årsverkinnsatsen av tannpleiere i privat sektor, og dette vil forsterkes i de kommende år som følge av de siste årenes økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere. Utviklingen på det private tannpleiermarked viser også at en økende andel tannpleiere i sin praksis har en økende andel pasienter til regelmessige screeninger/undersøkelser og enklere behandlinger. Dette gjelder både for behandlinger hvor det ikke gis trygderefusjon og for undersøkelse og behandling for sykdommen periodontitt.

Historisk sett har mange tannlegepraksiser i privat sektor vært såkalte entannlegepraksiser. Det er forståelig at tannleger i slike praksiser ikke nødvendigvis ser det som hensiktsmessig at tannpleiere overtar deler av deres oppgaver. Praksisstrukturen i både offentlig og privat sektor er i ferd med å bli endret, fra mange små klinikker til større klinikker med flere tannleger og tannpleiere. Dette blant annet som følge av at nyutdannede tannleger helst vil arbeide i bredere faglige miljøer.

Undersøkelsene viser at det er et potensial for endringer i fordeling av oppgaver. Undersøkelsen fra 2011 viser også at et betydelig antall voksne som følge av regelverket ikke får trygderefusjon ved periodontittsykdom når undersøkelser mv og behandling utføres av tannpleier.

6.4 Utdrag av kommentarer fra spørreundersøkelse utført i 2011

I spørreundersøkelsen til Norsk tannpleierforening utført i 2011, ble det også gitt mulighet til at respondentene kunne gi generelle merknader eller kommentarer til problemstillinger knyttet til trygderefusjon for tjenester utført av tannpleiere. Tilbakemeldingene i denne spørreundersøkelsen viser at tannpleiere i Norge nærmest "unisont" kommenterer at det må åpnes for at pasienter kan få stønad til utgifter til undersøkelse og behandling for sykdom hos tannpleier på selvstendig grunnlag. Et utvalg av tannpleiernes kommentarer;

"Uholdbart at pasientene må betale hele honoraret for samme behandling som de får utført med refusjon hos tannlege, alternativt at de må stå på venteliste hos tannlege da vi har dårlig tannlegekapasitet."

"Arbeidsdagen min ser slik ut; På pasienter med marginal periodontitt som trenger ekstra oppfølging bruker jeg takst 501, 4 og 5. Det er vanskelig å forklare at her får du ikke dekket røntgen, men jeg har jo nødt til å ta røntgen for å kunne utføre behandlingen forsvarlig. Hos tannlegen hadde de fått dekket det. Det samme med anestesi. Og når jobben er gjort, fyller jeg ut skjema for refusjon og skriver under selv. Men må samtidig gå ned til tannlegen i etasjen under meg og få underskrift. Han må skrive under på noe han verken har sett eller gjort. Dette

fører også til lenger ventetid for pasienten. For tannlegen samler opp en del skjemaer før han har tid til å skrive under”.

”Det hadde vært fint om vi hadde fått refusjon for us, anestesi, fiksering, rtg, avtrykk til gipsmodeller, etterkontroller, OPG, infeksjonsforebyggende behandling.”

”Håper virkelig at tannpleier får refusjonsrett på alt de er utdannet til.”

”Pasienten får ikke refundert annet enn perio rens hos meg, om de har perio. Jeg må undersøke og ta røntgen og setta anestesi for å fastslå at det er perio og for å gi en god behandling, men får altså ikke gi pasienten refusjon for røntgen og us og anestesi, det ville pasienten fått hos tannlegen.”

”Dagens ordning er ikke lett å forklare for pasienten. Pasientene er jo så fornøyde med arbeidet og opplæringen som tannpleier ”tar seg tid til”

”Disse oppgavene er god avlastning for tannlegen og gir oss mulighet til å ha et godt faglig samarbeid.”

”Systemet forvolder pasienten ekstra utgifter da pasienten må legge ut, for så å få tilbakebetalt senere fra NAV. Det at vi som tannpleiere ikke kan gi anestesi på lik linje som en tannlege/spesialist er helt feil da vi må utføre den samme behandlingen, og det er en utgift for pasienten.”

”Vi gjør mye bra arbeid og har kanskje større fokus på forebyggende behandling som igjen gjør det slik at trygden kan spare store summer etter hvert hvis tannpleiere kan få selvstendig rett til refusjoner slik at behandlingsbehovene i befolkningen blir mindre etter hvert.”

7 Departementets vurderinger og forslag

7.1 Forslag om at undersøkelse og behandling for sykdom hos tannpleier skal utløse stønad fra trygden

Det fremgår av regjeringens politiske plattform for 2009-2013 at regjeringen vil sikre tilgjengeligheten til tannhelsetjenester og følge opp stortingsmeldingen om framtidens tannhelsetjenester, St.meld. nr. 35 (2006-2007). Av Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) går det blant annet frem at det skal tilrettelegges for bedre oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, blant annet ved å innrette folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling til også å gjelde behandling hos tannpleier. Videre fremgår det at regjeringen har som mål at det skal bli enklere for brukere av tannhelsetjenester å velge behandler ut fra kvalitet og pris, og lettere å kunne ivareta sine rettigheter.

Helsemyndighetene har over lang tid arbeidet for å forbedre befolkningens tilgjengelighet til tannhelsetjenester i geografisk sammenheng ved å bidra til rekruttering og stabilitet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og til økt utdanningskapasitet av både tannleger og tannpleiere.

Når det gjelder tilgjengelighet til stønad til tannbehandling, er regelverket utilstrekkelig for at pasienten kan få samme stønad til undersøkelse og behandling

av periodontitt når behandlingen gis av tannpleier sammenliknet med tilsvarende behandling hos tannlege. Dette kan i særlig grad synes å gjelde i områder hvor tannlegestillinger er ubesatt i offentlig tannhelsetjeneste. Men det gjelder også i stor grad i privat sektor, hvor en økende andel innbyggere benytter seg av tannpleiere fremfor tannleger for regelmessige screeninger/undersøkelser, og for behandling av periodontitt. Tannhelsetilstanden i befolkningen har blitt betydelig bedre i løpet av de siste 35-40 årene. Nedgangen i forekomsten av karies som folkesykdom har ført til at de fleste beholder tennene sine inn i alderdommen. Når flere har egne tenner i behold livet ut, vil også flere være i risiko for å få periodontitt og tannrelaterte sykdommer.

Som omtalt foran viser undersøkelser at allmenntannleger i privat sektor i 2004/2005 i gjennomsnitt brukte 40 prosent av sin arbeidstid til oppgaver som tannpleier anses som kvalifisert til å utføre. Veksten i tannpleierårsverk og økningen i antall innbyggere som oppsøker tannpleiere fremfor tannleger, for regelmessige screeninger/tannhelsekontroller, kan tilsi at tannpleiere oppgavemessig utgjør både en erstatning for og et tillegg til tannleger. Tannpleierforeningens undersøkelse fra våren 2011 viser at et betydelig omfang av tannpleierens kliniske oppgaver i privat sektor består av behandling av pasienter med periodontitt. Undersøkelsen gir imidlertid ikke svar på i hvilken grad disse behandlingene ville blitt utført av samarbeidende tannlege, hvis tannpleierressursene ikke hadde vært tilgjengelige. Ut fra utviklingen av tannhelsesituasjon i voksenalderen vil det være hensiktsmessig om landets innbyggere kan få undersøkelse og nødvendig behandling av periodontitt hos tannpleierne på lik linje med tilsvarende ytelser hos tannlege. Dette forutsetter at regelverket blir endret slik at tannpleiere på selvstendig grunnlag kan praktisere med trygderefusjon for de tannhelsetjenester de er kvalifisert til å utføre og som inngår i de tilstander som trygden yter stønad til.

Som vist i kapittel 6 er det fylkesvis variasjon i både tannpleierdekning og i tannlegedekning. Mange fylkeskommuner benytter bevisst yrkesgruppen tannpleiere til å utgjøre en såkalt førstelinje i tilbudet om regelmessige kontroller av barn og unge og andre med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. I mange av disse fylkene ivaretar også den offentlige tannhelsetjenesten i betydelig grad tannhelsetilbudet til voksenalderen. Dette gjelder særlig områder med spredt befolkning og i område med lav dekning av privatpraktiserende tannleger. De foreslåtte endringer i regelverket for trygdens stønad vil dermed også bidra til større grad av likeverdig tilgjengelighet til tjenester som trygden yter stønad til. For befolkningen vil forslaget øke valgmulighetene når det gjelder valg av behandler, særlig i de områdene som har forholdsvis mange tannpleiere og i områder med relativt få tannleger.

Ved å innrette folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling til også å gjelde behandling utført av tannpleier, vil dette kunne bidra til at oppgavefordelingen mellom tannleger og tannpleiere over tid kan forskyves i retning av bedre utnyttelse av tannpleieres kompetanse. Dersom det lykkes med en mer utstrakt bruk av denne kompetansen vil pasientene i økende grad kunne få utført de regelmessige tannhelsekontroller hos tannpleier. Det forhold at flere innbyggere oppsøker tannpleiere for regelmessige screeninger/tannhelsekontroller

gjør at tannpleiere også kan bidra til å styrke den enkeltes egeninnsats for å unngå eller begrense sykdomsutvikling. En kan anta at tannpleiere har et forebyggende perspektiv i sin tilnærming i større grad enn tannlegene. Tannlegene kan utifra sin kompetanse være mer orientert mot et behandlingsperspektiv. Det er et uttalt politisk mål at det skal satses mer på forebyggende og helsefremmende arbeid, jf også samhandlingsreformens formål.

Som beskrevet i kap 4 innebærer dagens regelverk et betydelig administrativt merarbeid for å kunne forvalte utbetaling av stønadsordninger for ytelser som utføres av tannpleiere. Utformingen av regelverket er til hinder for at tannpleiere kan inngå avtale om direkteoppgjør med HELFO. Det igjen utelukker for elektronisk direkteoppgjør gjennom Norsk Helsenett SF. Elektronisk direkteoppgjør innebærer store forenklinger i kontrollrutinene til HELFO. Elektronisk direkteoppgjør gjør det også mulig å på enkel måte å hente ut statistikk over utbetalinger av trygdestønad til kontroll- og planformål for helsemyndighetene. Denne formen for oppgjør vil også gjøre det mulig å følge utviklingen i behandlingstilbudet hos yrkesgruppene tannpleier og tannlege over tid.

En endring av regelverket vil åpne for at to yrkesgrupper kan utløse refusjon fra trygden for samme type behandling. Risikoen for dobbeltbehandling eller overbehandling anses marginal, ettersom virkningene eller effekten av behandlingen vil fremstå som tydelig. Hvis behandlingen ikke fører frem på konvensjonell måte, vil mer omfattende behandling i form av kirurgiske inngrep uansett måtte utføres av tannlege, enten allmenntannlege eller spesialist i periodonti. Eventuell risiko for dobbel utløsning av enkelttakster som for eksempel undersøkelsestakst og røntgentakster vil bli løst i takstsystemet som skal fastsettes av departementet.

På denne bakgrunn foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at folketrygdens regelverk endres slik at trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannpleier for sykdom jf forslag til ny § 5-6a i folketrygdloven.

7.2 Hvilke undersøkelser og behandlinger hos tannpleier skal det gis stønad til dekning av utgifter til?

Som omtalt i punkt 4 er det med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 fastsatt forskrift som spesifiserer hvilke sykdommer og tilstander som trygden yter stønad til dekning av utgifter til ved behandling hos tannlege. Forskrift 13. desember 2007 nr 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom gir nærmere regler for når det skal ytes stønad. Folketrygdens stønad er begrenset til takster for tannbehandling fastsatt av Helse – og omsorgsdepartementet. Takstene prisjusteres hvert år basert på Stortingets budsjettvedtak.

Som beskrevet foran er det i departementets takstdokument er det åpnet for, på visse vilkår, at ved behandling av marginal periodontitt/periimplantitt også kan gis stønad i de tilfeller behandlingen, og etterkontroll av denne, er utført av tannpleier. Departementets forslag til ny lovbestemmelse vil innebære at det kan åpnes for at pasienten kan få rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og

behandling direkte hos tannpleier. For behandling av marginal periodontitt/periimplantitt og etterkontroll av denne, vil innføring av rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannpleier innebære at behandlingen kan skje uavhengig av tannlegen.

Prinsippet i folketrygdens stønadsordning for behandling hos tannlege er at medlem av folketrygden har rett til stønad i de tilfeller medlemmet har en tilstand i form av sykdom, skade eller lyte som fremgår av forskriftens § 1. Det ligger implisitt i stønadsordningene at i de tilfeller det ytes stønad til selve behandlingen av sykdommen/tilstanden, ytes det også stønad til den undersøkelsen med aktuelle diagnostiske verktøy som anses nødvendige for å kunne stille diagnose og for å lage behandlingsplan. Det ytes ikke stønad til undersøkelser mv i tilfeller det ikke ytes behandling for en sykdom eller tilstand etter forskriftens § 1. Enhver behandler er selv faglig ansvarlig for den behandlingen vedkommende yter, uavhengig av hvem som først har undersøkt pasienten. Hvis endringer i regelverket skal ha den effekt at innbyggerne får likeverdig tilgjengelighet til relevante stønadsordninger fra trygden, uavhengig av om ytelsene gis av tannpleier eller tannlege, er det etter departementets vurdering avgjørende at det også gis stønad til undersøkelse og bruk av ulike diagnostiske verktøy når tannpleier utfører dette på selvstendig grunnlag. Med diagnostiske verktøy menes her røntgenundersøkelse og taking av prøver til laboratorieundersøkelse, samt dokumentasjon for eksempel i form av pasientfoto hvis behov. Stønad må også omfatte infiltrasjonsanestesi.

I hvilken grad det også skal åpnes for stønad til behandling av andre sykdommer enn periodontitt, og som trygden yter stønad til, vil departementet eventuell komme tilbake til på senere tidspunkt. I denne omgang vil forslaget til endringer omhandle undersøkelse mv. og behandling og etterkontroll ved periodontitt.

7.3 Tilskott til fellestiltak for tannpleiere

Kapittel 5 i folketrygdloven gir bestemmelser om dekning av utgifter til behandling for blant annet legehjelp, tannlegehjelp, psykologhjelp, fysioterapi og behandling hos kiropraktor. Departementet har gitt forskrifter om tilskott til fellestiltak for nevnte grupper. I henhold til § 5-6 tredje ledd yter folketrygden tilskudd til sykehjelpsordningen for tannleger og til Den norske tannlegeforenings fond til videre- og etterutdanning av tannleger. En naturlig konsekvens av forslaget om egen hjemmel for stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannpleier, er at det også gis en forskriftshjemmel for tilskudd til fellestiltak for tannpleiere. Det foreslås at tilskott til fellestiltak for tannpleiere settes til 1,5 prosent, tilsvarende tilskottet som ytes til tannleger og kiropraktorer.

7.4 Stønad til helsetjenester i et annet EØS- land

Etter folketrygdloven § 5-24 a ytes det stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i et annet EØS-land etter regler fastsatt av departementet i forskrift. Stønad ytes blant annet til dekning av utgifter ved helsehjelp som tilsvarende helsetjenester som det gis stønad til etter folketrygdloven § 5-4 til § 5-12. Dette inkluderer stønad til behandling hos tannlege jf § 5-6.

Departementet foreslår at det også gis stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannpleier.

8 Folketrygdloven § 5-3 om utgiftstak for egenandeler

Stortinget fastsetter et egenandelstak 1 og egenandelstak 2 som er det høyeste samlede beløp et medlem skal betale i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår for definerte helsetjenester. Bestemmelsen fastsetter utgiftstak for visse egenandeler (godkjente egenandeler) for å skjerme storforbrukere fra store utgifter til helsetjenester. Når taket er nådd utstedes det frikort for resten av kalenderåret. Medlemmet slipper således å betale godkjente egenandeler i denne perioden. Det er fastsatt to egenandelstak; Egenandelstak 1 og egenandelstak 2. Sistnevnte ble innført med virkning fra 1. januar 2003. I egenandelstak 1 omfattes blant annet utgifter til legehjelp og psykologhjelp, og i tak 2 omfattes blant annet utgifter til tannlegehjelp. For 2011 er egenandelstak 2 satt til kr. 2.560, jf. forskrift 19. desember 2002 nr. 1789 § 3 annet punktum. Stortinget har fastsatt samme beløp for egenandelstak 2 for 2012.

De offentlige egenandeler ved behandling hos tannlege som inngår i egenandelstak 2 er avgrenset til egenandeler ved undersøkelse og behandling ved patologiske tilstander som innebærer kirurgiske inngrep i kjever/tenner, til egenandeler ved undersøkelse og behandling av sykdommen periodontitt og ved forundersøkelser med sikte på å utføre kjeveortopedisk behandling. Egenandeler ved rehabilitering av tannsett som følge av at tenner er mistet på grunn av periodontitt, inngår ikke i egenandelstak 2. Folketrygdens utbetaling av stønad til dekning av utgifter til kirurgiske inngrep utgjorde i 2010 om lag 130 mill. kroner, mens utbetaling til behandling av periodontitt utgjorde om lag 142 mill. kroner. Egenandelene ved kirurgiske inngrep utgjør om lag 45 prosent av honorartakst, mens egenandeler ved behandling av periodontitt utgjør om lag 50 prosent av honorartakst. Egenandeler under egenandelstak 2 ved ytelser som fremgår av innsendte krav til stønad til periodontittbehandling omfatter også egenandel for behandling hos tannpleier, ettersom innsendingen av kravet formelt sendes i tannleges navn.

Departementet foreslår at offentlige egenandeler til undersøkelse og behandling hos tannpleier etter det foreslåtte regelverket også omfattes av egenandelstak 2 i § 5-3. Dette følger som en konsekvens at offentlig egenandel for ytelser ved behandling av periodontitt faller inn under egenandelstak 2.

9 Administrative, økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser

9.1 Administrative konsekvenser

De praktisk-administrative konsekvenser av dagens regelverk fremgår av beskrivelsene i kapittel 4.2. Et utdrag av kommentarer fra tannpleiere knyttet til dette er sitert i kapittel 6. Et regelverk som gjør det mulig for tannpleiere å praktisere på selvstendig grunnlag for trygdens regning vil innebære betydelige forenklinger i de administrative prosedyrene for tannpleiere og deres samarbeidende tannleger. De foreslåtte endringer vil også innebære administrative

og regnskapsmessige forenklinger for fylkeskommuner og privatpraktiserende tannleger som arbeidsgivere.

Etter dagens regler vil innsending av direkteoppgjør av krav om utbetaling av trygderefusjoner for ytelser tannpleiere har utført, kun kunne foregå i regi av samarbeidende tannlege. For tannpleiere som er selvstendig næringsdrivende innebærer dette et ekstra administrativt regnskapsarbeid for både tannpleier og samarbeidende tannlege. Det foreslåtte regelverket vil innebære at tannpleier på egen hånd kan håndtere alt av dokumentasjon uten å måtte skrive ut papirversjoner som først skal skrives under av samarbeidende tannlege.

For november 2011 ble om lag 80 prosent av samlet utbetaling av trygdestønad til behandling hos tannlege utført elektronisk, basert på direkteoppgjør mellom tannlege og HELFO. Det er gjort unntak om elektronisk innsending over linje av direkteoppgjør for tannleger. Refusjonskrav fra tannlege som samlet ikke overstiger 10 000 kroner i gjennomsnitt per måned, kan fortsatt sendes inn som papirbasert oppgjør. Dette omfatter om lag halvparten av samtlige praktiserende tannleger. Tannleger med refusjonskrav som samlet ikke overskrider 20 000 kroner i gjennomsnitt per måned, og som er født før 1. januar 1945, kan sende direkteoppgjør på CD eller minnepinne. Dette omfatter om lag en fjerdedel av de yrkesaktive tannleger.

Forslaget i høringsnotatet vil innebære at alle tannpleiere kan inngå avtale om direkteoppgjør med HELFO. Ved direkteoppgjør vil pasienten/medlemmet kunne få refusjonen trukket direkte fra i forbindelse med betalingen til tannpleier for de ytelser tannpleier har utført, og slipper dermed å måtte ta med seg papirutskrifter som skal sendes til HELFO. For HELFO vil de foreslått endringer innebære en administrativ forenkling ved at refusjoner som skal utbetales for ytelser utført av tannpleier kan sendes inn samlet av behandlende tannpleier. Når dette gjøres i form av CD, minnepinne eller elektronisk direkteoppgjør over linje, vil det innebære en betydelig administrativ forenkling for HELFO. Elektronisk direkteoppgjør gir også muligheter til uthenting av statistikk over bruken av trygderefusjoner på en måte som ikke er mulig ved papirbaserte innsendte krav om trygderefusjon. Slikt oppgjør vil på sikt også legge til rette for aktuell elektronisk registrering av egenandeler under egenandelstak 2, slik det er innført for egenandelstak 1.

Omfanget av elektronisk direkteoppgjør vil avhenge av størrelsen på de månedlige krav om trygderefusjon ved periodontittbehandling utført av tannpleier, og av reglene for unntak. Stortingets budsjettvedtak for trygdens stønad til tannbehandling innebærer at refusjoner til behandling av periodontitt vil øke med om lag 25 pst i 2012 sammenliknet med 2011.

9.2 Økonomiske konsekvenser

Konsekvenser for folketrygden og for pasienter med marginal periodontitt

Regjeringen har lagt til grunn at innføring av ordningen med at tannpleiere på selvstendig grunnlag skal kunne praktisere med trygderefusjon for aktuelle ytelser trygden yter stønad til, skal gjennomføres innenfor den økonomiske rammen for

folketrygdens stønadsordning for tannbehandling ved innføringstidspunktet. Dette inkluderer utgifter under egenandelstak 2. Forslaget skal ikke innebære merkostnader for folketrygden. Merkostnadene skal i sin helhet dekkes gjennom pasientbetaling. Det innebærer at refusjoner som i dag gjelder for behandling hos tannlege skal justeres tilsvarende merkostnadene ved den foreslåtte ordningen.

Trygdens utbetaling knyttet til periodontittsykdom vil i 2011 samlet utgjøre om lag 385 mill. kroner, hvorav om lag 170 mill. kroner til behandling av periodontitt og om lag 215 mill. kroner til rehabilitering som følge av periodontitt. Offentlige egenandeler ved periodontittbehandling vil utgjøre om lag 160 – 170 mill. kroner. I tillegg kommer mellomlegg som pasienten må betale som følge av fri prissetting.

Statsbudsjettet for 2012, jf. Prop. 1 S (2011-2012) og Innst. 11 S (2011-2012), innebærer at trygdens stønad til ytelser i forbindelse med behandling av sykdommen periodontitt og dens følgetilstander, økes med 100 mill. kroner i 2012. Om lag 40 mill. kroner av dette beløpet fordeles på takster knyttet til behandlingen av periodontitt, mens 60 mill. kroner fordeles på takster knyttet til rehabilitering som følge av sykdommen. Det kan dermed legges til grunn at de samlede utbetalinger av stønad til undersøkelse og behandling av sykdommen periodontitt, registrert i tannleges navn, vil kunne utgjøre om lag 220 – 230 mill. kroner i 2012 (inkludert volumvekst). Som beskrevet foran vil deler av dette utgjøre refusjoner for periodontittbehandling som i dag utføres av tannpleier.

Hvis det legges til grunn at lovforslaget vil innebære en økning i stønadskrav på om lag 15 mill. kroner basert på takster i 2012 for behandling hos tannlege, vil forslaget innebære en økning i stønadskrav på 6 – 8 prosent. Dette betyr at de refusjonsbeløp som vil gjelde ved behandling hos tannlege i 2012, må nedjusteres tilsvarende hvis ordningen trer i kraft fra 2013. Som eksempel vil det innebære at refusjonsbeløpet etter takst 501 reduseres fra 505 kroner til 470 kroner. Dette uavhengig av prisjustering.

Pasienteksempel

Basert på takster for 2012 vil de samlede honorartakster for en person som får refusjon for undersøkelse, røntgenbilder, anestesi, 4 behandlinger etter takst 501 og etterkontroll, utgjøre om lag 4 900 kroner. Refusjoner vil utgjøre om lag 2 800 kroner, og egenandeler (underegenandelstak 2) vil utgjøre om lag 2 100 kroner. En reduksjon i refusjoner på 6-8 pst vil utgjøre om lag 190 til 205 kroner. Det betyr at egenandelene øker fra 2 100 kroner til om lag 2 300 kroner. Pasienter som får undersøkelse, diagnostikk og behandling av periodontitt hos tannpleier, vil tilsvarende få refusjoner på samme nivå som ved undersøkelse og behandling hos tannlege. For disse pasienter kan det innebære en økning i refusjoner på om lag 1 000 kroner ved det eksemplet som er nevnt over.

Den samlede trygdestønad ved periodontittsykdom, inkludert rehabilitering, vil i 2012 kunne utgjøre om lag 500 mill. kroner. En inndekning av merkostnader ved stønadsordning til tannpleiere vil utgjøre om lag 3 prosent av dette beløpet. Hvis inndeckningen gjøres innenfor beløpet på 500 mill. kroner, vil reduksjonen i refusjon i eksemplet over utgjøre om lag 80 – 90 kroner.

Nærmere beregninger av de økonomiske virkninger for refusjonsbeløp knyttet til de enkelte takster vil bli utført i forbindelse med fastsettingen av takster gjeldende fra innføringstidspunktet for ordningen. Hvis utviklingen av utbetaling av stønad i den nye ordningen avviker fra forutsetningene i fastsettingen av takster, vil det bli foretatt etterberegning og etterjustering av takstene. Nytt regelverk vil tidligst kunne tre i kraft fra 1. januar 2013.

Konsekvenser for behandlerne og for arbeidsgivere

Fastsetting av priser for tannbehandling av voksne er basert på prinsippet om fri prissetting. Dette gjelder både for privat sektor og for fylkeskommuner som tilbyr tannlege- og tannpleiertjenester til den voksne befolkning. Pasientens betaling for undersøkelse, diagnostikk og behandling utgjør tannpleiers/tannlegens eller fylkeskommunens pris, eventuelt fratrukket refusjon fra folketrygden. Endringer i trygdens refusjonsordning for undersøkelse og behandling utført av tannpleier, får dermed i utgangspunktet ikke økonomiske konsekvenser for hverken fylkeskommune, for privatpraktiserende tannpleier eller for samarbeidende tannlege.

Konsekvenser for utbetaling av stønad til egenandeler innenfor egenandelstak 2

Offentlige egenandeler knyttet til ytelser ved behandling av periodontitt inngår i egenandelstak 2. Under egenandelstak 2 ble det i 2010 utbetalt i alt 178,6 mill. kroner fra folketrygden. Det meste av utbetalingene gjaldt dekning av egenandeler for fysioterapibehandling. Det ble i alt utbetalt 8,5 mill. kroner til dekning av egenandeler ved tannbehandling under egenandelstak 2. I tillegg til periodontittbehandling omfatter egenandelstak 2 også egenandeler ved kirurgisk behandling, som for eksempel kjeveoperasjoner for å fjerne visdomstenner og rotpissamputasjoner. Dette er behandlinger kun tannleger utfører.

Endringer i honorartakst og refusjonstakst ved periodontittbehandling fra 1. januar 2012 vil innebære at de offentlige egenandeler blir lavere ved disse behandlingene. Trygdens dekning av egenandeler ved periodontitt under egenandelstak 2 vil dermed kunne bli redusert i 2012. Innføring av stønadsordning ved behandling hos tannpleier vil innebære at de offentlige egenandeler blir noe høyere som følge av reduksjon i refusjoner på fra 3 til 8 prosent (se over). Trygdens dekning av egenandeler ved periodontittbehandling er fra før så lav (8,5 mill. kroner i 2010), at de aktuelle økninger i egenandeler vil få svært begrenset konsekvens for trygdens dekning av egenandeler ved periodontittbehandling under egenandelstak 2.

Konsekvenser for utbetaling av stønad til helsetjenester i et annet EØS- land.

Forslaget vil innebære at undersøkelse og behandling hos tannpleier også vil omfattes av de helsetjenester som det kan ytes stønad til dekning for i et annet EØS- land. De økonomiske konsekvenser av dette antas å være marginale. I 2011 vil det bli utbetalt om lag 2 millioner kroner til slik behandling hos tannlege i annet EØS- land.

Tilskudd til fellesformål

Det kan anses som rimelig at endringer av regelverket også skal innebære avsetning til fellesformål, se foran kapittel 6. Honorartakster for leger og

fysioterapeuter er fremkommet gjennom honorartakstforhandlinger. For disse fastsettes avsetningen til fellesformål i forbindelse med honorartakstforhandlingene. Avsetning til fellesformål for kiropraktorer og tannleger er regulert i forskrift. Det kan anses som hensiktsmessig av avsetningen til fellesformål for tannpleiere, dvs til videre- og etterutdanning, utgjør samme prosentandel av utbetalte trygderefusjoner som for kiropraktorer, dvs 1,5 prosent. Hvis det som eksempel legges til grunn at trygdens utbetaling av stønad for behandlinger utført av tannpleier i alt vil kunne utgjøre om lag 20 mill. kroner, vil avsetning til tilskudd til etter- og videreutdanning utgjøre 300.000 kroner. Avsetning til Tannlegeforeningens fond for videre- og etterutdanning vil bli noe redusert ved at innsendte krav for refusjoner ved ytelser utført av tannpleier inngår i oppgjør for trygdestønad som per i dag registreres og utbetales i tannlegens navn.

9.1 Samfunnsmessige konsekvenser

For tannpleier, og for tannpleiers arbeidsgiver, vil de foreslåtte endringer kunne føre til at etterspørselen etter tannpleiertjenester fra den voksne befolkning vil øke. Erfaringsmessig vil økt tilgjengelighet til helsetjenester føre til økt etterspørsel og økt forbruk av tjenester. Økt etterspørsel etter og forbruk av tannpleiertjenester innebærer økt og bedre individuelt forebyggende tjenester, flere tilfeller av sykdommen periodontitt blir diagnostisert og behandlet. Det vil også kunne føre til at færre mister tenner på grunn av periodontitt.

En økende andel voksne/eldre beholder sine egne tenner livet ut. Det er dermed samlet sett et økende omfang av tenner som er utsatt for risiko for å utvikle periodontitt. Over tid er det imidlertid et formål at økt innsats med å forebygge periodontitt, og med å behandle sykdommen i tidlig stadium, vil redusere behovet for rehabilitering av følgetilstandene av sykdommen, dvs behandlinger som krever tannlegekompetanse. En mulig tilleggseffekt av rett til stønad til undersøkelse, diagnostikk og behandling hos tannpleier for periodontitt, vil kunne være at den individuelle tjenesteytelsen overfor enkeltpasienter i ytterligere grad kan rettes mot ytelser av forebyggende karakter med opplæring til selv å ivareta egen tannhelse for dermed å unngå sykdomsutvikling. Slike tjenester gis det ikke trygderefusjon for.

Av kapittel 6 fremgår det at i perioden 2006 til 2010 har det vært en vekst i årsverkinnsatsen av tannpleiere i privat tannhelsetjeneste på om lag 16 prosent (13 prosent i offentlig sektor). I 2010 ble det utført 774 tannpleierårsverk og 4 090 tannlegeårsverk samlet sett i tannhelsetjenesten, hvorav 343 tannpleierårsverk og om lag 2 945 tannlegeårsverk i privat sektor. Utdanningskapasiteten av tannpleiere har økt med over 60 prosent fra 2009.

Samlet sett vil endringer i regelverk i kombinasjon med fremtidig økning i tilgang på tannpleiere bidra til at et økende antall tannpleiere søker arbeid knyttet til tannhelsetilbudet til voksenalderen. Enten som ansatte i fylkeskommune eller i private tannlegepraksiser, eller som selvstendig næringsdrivende. Dette kan særlig være aktuelt i områder med lav tannpleierdekning og/eller med lav tannlegedekning.

Et hovedformål med forslaget er å bidra til endringer i fordeling av oppgaver mellom tannleger og tannpleiere. Tannlegene har nokså høy gjennomsnittsalder. Over halvparten er 50 år eller eldre. Med dagens utdanningskapasitet vil det etter framskrivinger i HELSEMOD-statistikken til SSB for tannlegenes vedkommende bli en ubetydelig vekst i tilbudte årsverk i perioden frem mot 2030. Framskrivningen omfatter også tilgang på tannleger utdannet i utlandet. Hvis veksten i etterspørsel etter tannlegetjenester følger veksten i demografi (befolkningsvekst), vil det bli et moderat underskudd på tannleger. Underdekningen av tannlegeårsverk kan kompenseres for ved at tannpleiere overtar oppgaver som tannleger vanligvis utfører og som tannpleiere er kvalifisert til å utføre. Tannlegene kan dermed i større grad konsentrere seg om oppgaver kun tannleger er kvalifisert til å kunne utføre.

Framtidig etterspørsel etter tannlegetjenester påvirkes av flere forhold. Tannhelse- og sykdomsutvikling vil ha betydning i den sammenheng. Historisk sett påvirkes etterspørsel etter tannhelsetjenester i liten grad av vekst i brutto nasjonalbudsjett. De fleste tannhelsetjenester til personer over 20 år finansieres i hovedsak av private hushold. Utviklingen i husholdenes inntektsnivå vil antagelig være mer utslagsgivende enn veksten i brutto nasjonalprodukt. I hvilken grad frigjort tannlegekapasitet vil bli brukt til flere behandlinger som trygden yter stønad til eller til å dekke opp for etterspørselen etter tannlegetjenester fra en voksenbefolkning som er i stor vekst, er vanskelig å forutse.

Departementet vil følge utviklingen når det gjelder fordeling av oppgaver som utføres av tannleger og tannpleiere, og konsekvensene av dette. Årlig statistikk over endringer i årsverksinnsats i tannhelsetjenesten og utkjøring av detaljert statistikk fra HELFO knyttet til utbetaling av trygdestønad for behandlinger som ytes av henholdsvis tannleger og tannpleiere, vil kunne gi informasjon om utviklingen over tid. I tillegg vil det bli supplert med utvalgsundersøkelser.

For både tannleger og tannpleiere er det fri prissetting. Departementet har ingen oversikt over prisene i markedet. For den enkelte pasient er det også vanskelig å kunne sammenlikne priser mellom tannleger eller mellom tannleger og tannpleiere, uten å måtte oppsøke eller kontakte den enkelte praksis.

Innføring av rett til trygderefusjon ved behandling av periodontitt hos tannpleier vil kunne gi tannpleiere en mulighet til å konkurrere på pris på slik behandling. I hvilken grad det vil kunne skje, er vanskelig å forutse. I løpet av våren/sommeren 2012 etableres en elektronisk markedsportal for tannhelsetjenester i regi av Forbrukerrådet. Den skal inneholde en prisportal for priser hos både tannleger og tannpleiere. Innbyggerne vil dermed på en enkel måte kunne orientere seg angående tannlegers og tannpleieres priser. Departementet er av den oppfatning at det først og fremst er etableringen av elektronisk prisportal som vil kunne ha størst påvirkning på prisnivået på behandlinger hos hhv tannleger og tannpleiere.

10 Forslag til endringer i lovbestemmelser (endringer i kursiv)

10.1 Forslag til endring i folketrygdloven § 5-3

Forslag til endringer markert i kursiv.

§ 5-3. Utgiftstak for egenandeler

Stortinget fastsetter et egenandelstak 1, som er det høyeste samlede beløp et medlem skal betale i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår for følgende helsetjenester:

- a) legehjelp
- b) psykologhjelp
- c) viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr
- d) reiseutgifter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 4
- e) radiologisk undersøkelse og behandling
- f) laboratorieprøver
- g) helsehjelp som utføres poliklinisk

Stortinget fastsetter i tillegg et egenandelstak 2, som er det høyeste samlede beløp et medlem skal betale i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår for følgende helsetjenester:

- a) tannlegehjelp- og *tannpleierhjelp*
- b) fysioterapi
- c) opphold ved opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak
- d) behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Når et medlem i et kalenderår har betalt godkjente egenandeler opp til egenandelstak 1 eller egenandelstak 2, dekker trygden utgiftene til godkjente egenandeler for helsetjenester som nevnt i første eller andre ledd i resten av kalenderåret.

Departementet gir forskrifter om egenandelsordningene, og kan herunder bestemme hvilke utgifter som skal medregnes under egenandelstakene.

10.2 Forslag til ny bestemmelse i folketrygdloven § 5-6a

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannpleier for sykdom. Stønad ytes etter fastsatte takster.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskott til fellestiltak for tannpleiere.