

En intervju-undersøkelse blant norske periodontister vedrørende 700-takstene for refusjon av utgifter i forbindelse med periodontitt-behandling

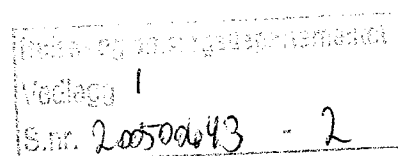
En rapport utarbeidet for Rikstrygdeverket av

Professor emeritus Per E. Gjermo
Avd. for periodonti, Institutt for klinisk odontologi,
Universitetet i Oslo

Professor Einar Berg,
Fagområdet protetik, Det odontologiske institutt,
Universitetet i Bergen

Førsteamanuensis Kristin S. Klock
Fagområdet samfunnsodontologi, Det odontologiske institutt,
Universitetet i Bergen

Oslo 31. oktober 2005.



Innledning

Våren 2005 ble en arbeidsgruppe satt ned av Rikstrygdeverket (RTV) for å utrede hvorvidt refusjonsordningen for periodontittbehandling som ble innført 01.05.02 fylte de forutsetningene som ble satt av Stortinget. Forutsetningene var:

1. Alle former for periodontitt skulle omfattes av ordningen.
2. De som hadde de største utgiftene i forbindelse med behandlingen skulle få den relativt sett største refusjonen.

Hvis forutsetningene ikke er oppfylt, skal gruppen komme med forslag til endringer som vil kunne bidra til oppfyllelse.

Arbeidsgruppen består av:

Professor Einar Berg, Universitetet i Bergen

Førsteamanuensis Kristin S. Klock, Universitetet i Bergen

Professor emeritus Per E. Gjermo, Universitetet i Bergen

Det ble besluttet å gjennomføre en intervjuundersøkelse omfattende alle medlemmer av Norsk Periodontistforening. Begrunnelsen var at resultatene fra en tidligere undersøkelse over omfanget av periodontittbehandling i Norge som ble gjennomført for RTV våren 2003 (Gjermo, Berg & Holst 2003), viste at ca. 40 % av all periodontittbehandling i Norge ble utført av periodontister, og at bare ca 25 % av allmenntannlegene hadde gjennomført en eller flere slike behandlinger siste år (Evensen et al. 2006). Selv om det er noe uklart om denne fordelingen fremdeles vil kunne gjøres gjeldende, ble det antatt at periodontistene innehadde mest erfaring med takstene. Gjermo ble gitt oppdraget å gjennomføre undersøkelsen.

Materiale og metode

Et enkelt spørreskjema som rettleider for intervjuet ble utarbeidet med 2 hovedspørsmål og flere tillegsspørsmål av åpen karakter (vedlegg 1). For tillegsspørsmålenes vedkommende var det anledning til å komme med flere svaralternativer. Intervjuene ble tatt opp på en diskett som kvalitetssikring av data, samtidig som det muliggjorde kontroll av tolkning av svar. Kontrollen ble foretatt av Klock.

Et brev ble sendt alle medlemmer av Norsk Periodontistforening (etter medlemslister pr. 01.09.05, n=84) med informasjon om hensikten med intervjuet, og at alle ville bli kontaktet for avtale om tidspunkt for intervjuet (vedlegg 2).

Intervjuene ble gjennomført av Gjermo i tiden 16.09.05 til 12.10.05.

Noen av medlemmene i Norsk Periodontistforeningen var ennå ikke godkjente spesialister (under utdanning) og registrert som assosierte medlemmer. Disse ble ikke intervjuet. Bortfallet består for øvrig av 5 pensjonister (ikke lenger praktiserende), 2 som oppga ikke

å ha tid, samt 4 som ikke hadde synspunkter eller som mente at deres synspunkter ikke var av interesse. 11 medlemmer oppnådde vi ikke kontakt med. Dette ga en responsrate på 74,1 % (62/84).

Resultater

På spørsmål om alle former for periodontitt var omfattet av takstene (sp. 1.1) svarte 45 ja og 16 nei, 1 hadde ingen formening. Av de 16 som svarte nei, ble det angitt følgende former som ikke ble omfattet av takstene (sp. 1.2) (Det var mulig for respondentene å gi flere alternative svar):

- Periodontitt relatert til medisinske tilstander: 6
- Former som krever regelmessig vedlikehold: 4
- Residiverende former: 3
- Former som krever, eller ville ha fordeler av regenerasjonsbehandling: 2
- Refraktære former: 1
- Spesielle former for gingivitt (ANUG, HIV-relaterte): 1
- Juvenil periodontitt: 1
- Ekstraksjoner som ledd i periodontittbehandling: 1
- Enkeltkonsultasjoner som ikke fører til behandling (reiseutgifter): 1

På spørsmål om de som hadde de største utgiftene også fikk de relativt sett største refusjonene (sp. 2.1) fordelte svarene seg slik: 6 svarte ja, 50 svarte nei mens 6 ikke hadde noen oppfatning. Respondentenes meninger om årsaken til at forutsetningene ikke var oppfylt (sp. 2.2) fordelte seg slik:

- Enkle tilfelle/laveste utgifter får relativt sett mest tilbake: 26
- Kompliserte tilfelle er underdekket: 11
- Graden og omfanget (for eksempel tid) er ikke tatt i betraktning: 5
- Takstene for kirurgi samsvarer ikke med off. takst: 1
- Misforhold mellom taksene: 1

Videre ble respondentene bedt om å fremme forslag som ville kunne rette opp situasjonen. Disse forslagene fordelte seg slik:

- Takstene bør skille mellom behandling hos spesialist og allmenn tannlege/tannpleier (jfr. off. takst): 14
- Takstene 701 og 003 bør kunne brukes flere ganger enn nå: 10
- Takstene bør reguleres etter tidsforbruk: 8
- Innfør karensbeløp: 7
- Takstene bør differensieres etter omfanget av behandlingen. (kfr. kjeveort.): 6
- Gi refusjon for vedlikehold: 6
- Begrensning i antall behandlingsserier tas bort for spesialister: 3
- Senke depurasjon til fordel for kirurgi: 3

- Kirurgi bør gi full refusjon (off. takst): 2
- Senk taket for egenandel tak 2 (flere vil få mer dekket): 2
- Takst 005 bør kunne benyttes i forb. med 700-takstene: 1
- Store inngrep (for eks. en hel kjeve) får for lav refusjon: 1

I alt 42 respondenter svarte ja på spørsmålet om årsakene til misforholdet mellom takstene i forhold til forutsetningene gjaldt alle 700-takstene (sp. 2.3).

På spørsmål om det var noen takster som sto i spesielt misforhold til andre (sp. 2.3, oppfølgingsspørsmål) fremkom følgende svar:

- Depurasjonstakstene er for høye i forhold til kirurgitakstene: 17
- Mindre kirurgiske inngrep gir for lite i forhold til store: 6
- Kirurgitakstene bør økes: 4
- Forskjellen mellom lappoperasjoner og gingivektomi bør fjernes: 4
- Takst for etterkontroll er for lav (1/2 time): 4
- Perio-kirurgitakstene er for lave i forhold til andre kirurgitakster (for eksempel 615-616): 2

Det siste spørsmålet dreide seg om hvorvidt respondentene følte at det var takster som burde inngå i periodontittbehandling, som nå ikke gjorde dette (sp. 2.3, oppfølgings-spørsmål). Det førte til følgende svar:

- Vedlikeholdsbehandling (ev. hos spesialist): 27
- Regenerasjonsbehandling (ev. hos spesialist): 15
- Residivbehandling (antallsbegrensning bør fjernes): 9
- Behandling hos spesialist bør utløse refusjon uavhengig av tidl. behandling: 9
- Periimplantittbehandling: 6
- Høyere takster for behandling hos spesialist: 5
- Opplæring i hjemmebasert forebyggelse: 5
- Takst 005 (utredning) bør gjelde for periodontittpasienter (ev. hos spesialist): 5
- Mukogingival kirurgi er ofte tidkrevende m/transplantasjoner og lignende og bør ikke likestilles med gingivektomi, - innfør 705: 5
- Behandlingsvanskelige tilfelle: 2
- Enkle depurasjoner (mindre tidkrevende enn 701a): 2
- Bakterie- og vevsprøver for lav: 2
- Røykeinfo (jfr. legetakstene): 2
- Tiltak av midlertidig karakter (bittsliping, fiksering): 2
- Takst 701c for depurasjon eller behandling med lokale farmaka i dype lommer som alternativ til kirurgi: 2
- Flere konsultasjoner i innledende fase: 1
- Eksplorativ oppklapping, frigjøring av rotlesjoner etc.: 1
- Det bør innføres konsultasjonstakst for hvert inngrep (jfr. kirurgitakstene): 1
- Begrensning til engangs behandling er uheldig: 1
- Engangsutstyr ved kirurgi: 1

- Behandling av pasienter med medisinsk relaterte tilstander: 1
- Tidsbegrensning (nedad) for takst 701 er lik for alle kompetansenivåer, bør ikke gjelde spesialister: 1

Til slutt i intervjuet ble deltakerne spurt om de hadde flere kommentarer til ordingen og samarbeidet med trygdekontorene. Her var det ett problem som ble nevnt av 9 respondenter. Det gjaldt "3mnd"-regelen som man mente ble tolket for strengt og at det ikke ble tatt individuelle hensyn (lange reiser, god munnhygiene etc.). De øvrige kommentarer var som følger:

- "6mnd"-regelen (regning må sendes trygdekontoret innen 6 mnd etter avsluttet behandlingsserie) kan skape problemer ved sykdom, reise/avbrutt behandling og definisjon av behandlingsseriens slutt.
- Reiseutgifter til *nærmeste* spesialist er et problem (kapasitet, særlige ønsker, kfr lov om fritt sykehusvalg).
- Rehabilitering begrenset til å gjelde tenner ekstrahert etter okt. 2003 (mange faller utenom).
- Bakterierprøver dekkes *bare* av Helse Øst.
- Hvilke regler gjelder for Juvenil periodontitt relatert til rehabilitering?
- Større fleksibilitet (pga. reise gjøres kirurgi i 2 områder pr. gang (utløser ½ refusjon for område nr. 2)).
- Problemer med 701 i forbindelse med 702-704 (utløser ½ refusjon men har tilnærmet samme tidsforbruk).
- Kan anestesitaksten benyttes flere ganger i samme seanse iht. reglene fra 01.01.05?
- Behandling av gingivitt er viktig for forebyggelse av periodontitt.
- Behandling som deles mellom tannlege og tannpleier må anses som *en* behandlingsserie.
- Direkte oppgjør medfører ekstraarbeid for tannlegen (kan oppgjør kreves for hele serien samlet? Har implikasjoner mot reiserefusjonene).
- Opplever problemer med direkte oppgjør i forhold til behandlingsserier og krav til systematikk.
- Skedsmo trygdekontor definerer systematisk behandling til å omfatte minst 3x bruk av 701.
- NB! Krav til periodontittbehandling i forbindelse med 1107 må gjeninnføres på en eller annen måte (nevnt av flere).
- Rehabiliteringstakstene baserer seg på tapte tenner. Konsekvenser kan være unødvendige ekstraksjoner og utelukkelse av stabiliseringsbehandlinger (fikseringer/broer av langsiktig, midlertidig karakter) hvor ingen tenner mangler.

Diskusjon

I denne undersøkelsen var svarene på de 2 hovedspørsmålene greie å tolke. Når det gjaldt det første hovedspørsmålet som omhandlet hvorvidt alle former for periodontitt var om-

fattet av ordningen var svarene noe uklare. Hele 16 svarte nei, men ved å analysere nærmere svarene som gjaldt hvilke former de mente ikke var omfattet, henviste de fleste til forskjellige *behandlingsformer* som de mente ikke utløste refusjon, ikke *former for periodontitt*. Det kan dog være gjenstand for diskusjon om f. eks. det er spesielle former som krever mer kontinuerlig profesjonell behandling enn de som er unntatt fra "engangs"-regelen. Det kan for øvrig også diskuteres om røyking skaper en medisinsk tilstand og at røykere også burde komme inn under begrepet "periodontitter relatert til medisinske tilstander". Som konklusjon må man kunne fastslå at Stortingets forutsetning om at alle former for periodontitt skulle omfattes av ordningen er oppfylt.

På det andre hovedspørsmålet, som reiste spørsmålet om de med de største utgiftene var de som fikk relativt sett mest igjen, kom det frem at de fleste respondentene (50 av 62) mente at dette ikke var tilfelle. Som et tillegg for å belyse denne problemstillingen ytterligere ble Norsk Periodontistforening v/tannlege Bjørn-Elling Gulsvik, Hønefoss (formann) og professor Bjørn Frode Hansen, Universitetet i Oslo (sekretær) anmodet om å bistå med utarbeidelse av eksempler på utgifter i forbindelse med behandlinger av forskjellig vanskelighetsgrad og omfang (vedlegg 3). Pga. at tannlegenes honorarer ikke er faste ble det benyttet tidsestimater av de forskjellige periodontale behandlingsformer iht. publiserte vitenskapelige arbeider (Bellini HT, Johansen J. 1973, Johansen et al 1973, Bellini HT. 1974) som surrogat for faktiske honorarer. Tidsestimatene ble deretter omgjort til honorarer i flg. offentlig takst. Man antok at disse estimatene stort sett ville gjenspeile de faktiske honorarer både hos spesialister og allmenntannleger, i et hvert fall som utgangspunkt for å beregne den prosentvise refusjon som eksemplene ville utløse.

Det var stor enighet blant periodontistene om at den manglende overensstemmelse med Stortingets forutsetning om fordeling av refusjon i forhold til utgifter skyldtes en skjevhet i retning av at enkle behandlinger utløste relativt større refusjon enn mer kompliserte og langvarige behandlinger. Dette kan bare delvis støttes av resultatene av pasienteksemplene (vedlegg 3). Disse viser imidlertid stor variasjon i den prosentvise refusjon i forhold til antatt faktiske utgifter, og at ikke de med de største utgiftene var systematisk tilgodesett, slik Stortinget forutsatte. Således vil man anta at denne forutsetning ikke er oppfylt.

Det fremkom flere gode forslag til hvordan man kunne rette opp dette, men de fleste av disse ville trolig føre til et mer innviklet regelverk som kunne være vanskelig å praktisere enhetlig. Det enkleste ville nok være å innføre et karensbeløp før refusjon ble utløst, eller basere refusjonen på tidsforbruk, men også flere andre forslag ville klart forskyve refusjonene i riktig retning i forhold til Stortingets forutsetning. Deriblant har kanskje forslaget om senkning av egenandel tak 2 noe for seg. Det ville kunne føre til at flere med store utgifter passerte taket og ville oppnå høyere refusjon.

Som ventet bekreftet svarene på spørsmålet om noen av takstene var for høye eller for lave i forhold til andre, at takstene for enkle depurasjonsbehandlinger burde senkes til fordel for kirurgitakstene. Her vil kanskje en liten senkning kunne gi relativt store utslag da kirurgisk behandling trolig forekommer sjeldnere. Det fremkom dessuten forslag om at begrensningen av takst 701a til 4 ganger burde fjernes eller økes til f.eks. 6 ganger. Det

ville åpne for at noen meget vanskelige tilfelle ville kunne la seg behandle ikke-kirurgisk (f. eks i forbindelse med generelle kontraindikasjoner mot kirurgi).

På spørsmål om det var behandlingsformer som ikke var dekket og som burde få egne takster fremkom det tydelig at periodontistene anså vedlikeholdsbehandling som så viktig at dette burde det finnes plass til i takstene. Det er bred faglig konsensus om betydningen av regelmessig kontroll og enkel vedlikeholdsbehandling for å opprettholde et godt behandlingsresultat. Likeledes finnes det en rekke studier som viser at tendensen til residiv er mange ganger større hos pasienter som ikke får slik regelmessig oppfølging (Axelsson & Lindhe 1981, Lindhe & Nyman 1984, Lang et al. 2003). Derfor er det solid faglig grunn til å sørge for at slikt tilbud blir gitt alle pasienter som gjennomgår en systematisk periodontittbehandling. I den anledning påpekte også flere at egne takster for vedlikeholdskontroller ville kunne bidra til at pasienter innså betydningen av dette, og ikke så lett avsto fra denne oppfølgingen. Refusjon av reiseutgifter ble antatt å spille en stor rolle i denne sammenheng (særlig i distriktene).

Likeledes anså mange det som et paradoks at et residiv av sykdommen ikke ble dekket, og sammenliknet periodontitt med andre kroniske lidelser som f. eks. psykiatriske lidelser som utløser refusjon for ubegrenset antall ganger behandling. Også eksempler som at allmenntannlege/tannpleier har gjennomført en behandlingsserie uten å lykkes, for deretter å henvise pasienten til spesialist, kunne føre til at spesialistens behandling ikke utløste refusjon. I det hele tatt var det et gjennomgangstema at spesialistene med sin særskilte kompetanse ikke hadde en særstilling i forhold til refusjonstakstene. Blant annet ble det sett på som svært spesielt at man i regelverket forutsetter at tannleger/tannpleiere som svært sjelden utfører denne behandlingen skulle være like effektive som spesialistene på prosedyrer som forekommer flere ganger daglig hos en spesialist. Det er også velkjent fra litteraturen at kvaliteten på periodontalbehandling, enkel så vel som komplisert, er vesentlig høyere når den utføres av en med spesialkompetanse.

Det ble dessuten påpekt at periimplantitt, som er en kronisk tilstand som kan utvikle seg ved orale implantater, og som krever tiltak av samme natur som periodontitt, ikke er tatt med i takstene. Man kan anta at dette er en lidelse som vil øke i takt med innsetting av stadig flere implantater, mange betalt delvis via trygderefusjoner. Likeledes ble det foreslått av mange at regenerasjonsbehandling, som er relativt sterkt fordyrende med bruk av kostbare materialer, ikke er gjenstand for refusjon etter takstene. Dette er dog en behandlingsform som det er stor faglig uenighet om nytten av.

Enkelte mente man burde få egen takst for informasjon og opplæring i hjemmebaserte forebyggende tiltak. Dette er nå dekket inn under takst 701, men det ble argumentert for at pasientene ville ta det hele mer alvorlig hvis de fikk se at dette ble refundert under egen takst.

Sigarettrøyking har etter hvert fremstått i den internasjonale faglitteratur som kanskje den største risikofaktor når det gjelder særlig de alvorlige formene for periodontitt. Omfattende undersøkelser, både epidemiologiske og eksperimentelle, viser at man med stor sannsynlighet vil kunne oppnå en generell forebyggende effekt av

røykeavvenningstiltak (Gelskey 1999, Albandar 2002, Bergström 2005, Gjermo 2005, Heitz-Mayfield 2005, Palmer et al. 2005, Ramseier 2005). Med dette som bakgrunn mente mange at informasjon om røykingens innvirkning på periodontitt og periodontitt-behandling, som er vel dokumentert i litteraturen (Baumert-Ah et al. 1994, Bergström et al. 2000, Bergström 2005), samt råd om røykeavvenning burde refunderes etter egen takst (jfr. legetakstene).

I en slik intervjuundersøkelse som dette, hvor det forekommer mange åpne spørsmål bør man ikke tillegge antall ganger de forskjellige svarene ble avgitt for stor vekt. Det er meget mulig at enkelte av de svarene og forslagene som fremkom ville vært støttet av flere dersom de hadde blitt forelagt alternativet. Imidlertid må man anta at de svar og forslag som ble fremsatt av de fleste deltakerne har særlig tyngde, men den *faglige* betydningen av enkelt svar må ikke undervurderes.

Det er også slik at en del av de svaralternativene som fremkom i virkeligheten kanskje dekker samme hensikt, men bare er blitt gitt forskjellige uttrykk. Dette gjelder f. eks. samtlige svar under spørsmål 2.1 som ville kunne gi uttrykk for det samme! Også blant forslagene til endringer for å rette skjevheter forekommer forslag om å bruke tidsforbruk og å differensiere på vanskelighetsgrad og omfang av behandlingene som egne svaralternativer. Det vil trolig være fruktbart å se på denne rapporten ut fra denne synsvinkel.

Til slutt bør det nevnes at relativt mange respondenter mente at enkelte av takstene og også enkelte av forslagene til nye takster burde forbeholdes behandling utført av spesialister. Likeledes ønsket mange å gi uttrykk for at de nye reglene som ble innført i 2002 representerte et langt skritt fremover i forhold til de tidligere refusjonstakster og regler.

Konklusjon

Den gjennomførte undersøkelsen viser klart at Stortingets forutsetning om at pasienter med særlig store utgifter i forbindelse med periodontittbehandling skulle tilgodeses spesielt gjennom refusjonstakster som relativt sett ga dem mer i refusjon enn pasienter med relativt beskjedne utgifter til behandling, ikke er oppfylt. Det fremkom flere forslag som ville kunne rette på dette. Innføring av et karensbeløp i bunnen før refusjon utløses, overføring av midler fra takstene 701a og b til 704, innføring av egen takst for vedlikeholds-kontroller, og en eventuell senkning av egenandel tak 2 vil alle være måter å endre profilen for refusjonene i en retning som bedre vil ivareta/oppfylle Stortingets forutsetning. Det fremkom dessuten enkelte andre gode forslag som egne takster for opplæring i hjemmebasert residivforebyggende tiltak, samt egen takst for røykeavvenningstiltak/informasjon. Disse aktiviteter er nå innbakt i takst 701, men fordelene ved å synliggjøre dem ble fremhevet.

Også forslaget om å oppheve begrensningen av bruk av 701a til 4 ganger synes faglig velfundert, og vil trolig ikke motvirke de endringer i refusjonsprofilen som er ønsket. Til slutt fremkom også en sterkt underbygget bekymring over at kravet til gjennomført periodontittbehandling før refusjon etter 1107-takstene kunne utløses, var sløyfet.

Respondentene mente at dette kunne forsterke ytterligere taksternes honorering av ekstraksjon av tenner fremfor bevaring.

Referanser

Albandar JM. (2002) Global risk factors for periodontal diseases. *Periodontology* 2000, 29: 177-206.

Axelsson P, Lindhe J. (1981) The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 8: 281-294.

Baumert-Ah M, Johnson G, Kaldahl W, Patil K, Kalkwarf K. (1994) The effect of smoking on the response to periodontal therapy. *J Clin Periodontol*, 21: 91-97.

Bergström J, (2005) Tobaksrökning och kronisk destruktiv parodontalsjukdom. *Norske Tannlegeforen Tid*, 115: 272-277.

Bergström J, Eliasson S, Dock J. (2000) A 10-year prospective study of tobacco smoking and periodontal health. *J Periodontol*, 71: 1338-1347.

Bellini HT, Johansen J. (1973) Average time required for scaling and surgery in periodontal therapy. *Acta Odont Scand*, 31: 283-288.

Bellini HT. (1974): The time factor in periodontal therapy. A pilot study correlating treatment time and plaque, calculus, pocket depth, and number of teeth. *J Periodont Res*, 9: 56-61.

Evensen BJ, Hansen BF, Berg E, Holst D, Gjermo P. (2006): Systematisk periodontittbehandling i Norge. *Norske Tannlegeforen Tid*, 116: (I manuskript).

Gelskey S. (1999) Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 27: 16-24.

Gjermo P. (2005) Impact of preventive programs on the data from epidemiologic studies. *J Clin Periodontol*, 32: 294-300.

Gjermo PE, Berg E, Holst D. (2003) Behov for rehabilitering i forbindelse med systematisk behandling av periodontitt. En rapport. *Rikstrygdeverket*.

Heitz-Mayfield LJA. (2005) Disease progression: identification of high risk groups and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol*, 32: 196-209.

Johansen JR, Gjermo P, Bellini HT. (1973): A system to classify the need for periodontal treatment. *Acta Odont Scand*, 31: 297-305.

Lang NP, Brägger U, Salvi G, Tonetti MS. (2003) Supportive periodontal therapy (SPT). In: Lindhe J, Karring T, Lang NP (eds). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, 4th edition. Blackwell/Munksgaard, Oxford. pp. 781-805.

Lindhe J, Nyman, S. (1984) Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 11: 504-514.

Palmer RM, Wilson RF, Hasan AS, Scott D. (2005) Mechanisms of action - tobacco smoking. *J Clin Periodontol*, 32: 180-195.

Ramseier CA. (2005) Potential impact of subject-based risk factor control on periodontitis. *J Clin Periodontol*, 32: 283-290.

Vedlegg 3

Pasienteksempler:

Eksemplene er valgt ut for å vise spennvidden i en systematisk periodontittbehandling, fra det relativt enkle (tar ca. 6 timer) til de avanserte tilfelle (ca. 28 timer).

Tidsestimatene er delvis basert på publikasjonene "Bellini HT & Johansen J (1973) Average time required for scaling and surgery in periodontal therapy. Acta Odont. Scand. 31, 283-8" og "Bellini HT (1974) The time factor in periodontal therapy. A pilot study correlating treatment time and plaque, calculus, pocket depth, and number of teeth. J. Periodont. Res. 9, 56-61".

Tidsestimatene for kirurgi er tilpasset dagens situasjon med avanserte og tidkrevende teknikker. Beregningene fra tidlig på 70-tallet ble basert på enkle kirurgiske inngrep på enkle kasus.

Det er regnet med at det brukes sterilt engangsutstyr i forbindelse med kirurgi som er beregnet til kr. 300,- pr gang (i eksemplene satt til 15 min). Likeledes ar administrasjonsomkostninger (journalføring, telefoner med henv. tannleger, skriving av epikriser, føring av refusjonsskjemaer etc.) satt til 10 min pr. besøk. Dette er basert på registreringer foretatt over 3mnd i en spesialistpraksis og som ga som resultat 12,5 min pr. besøk (sannsynlig noe mindre i allmennpraksis). Etter stykkpris på rtg.bilder i off. takst er tidsestimatet satt til 6 min pr. bilde. Spesialisthonorar etter off. takst er kr. 1110,-, for tannleger kr. 948,-.

I eksemplene er brukt rød skrift for å markere usikkerhet med tolkning av reglene for refusjon. Rød skrift markerer den mest liberale tolkningen.

Eksempel 1.

Pasient med fullt tannsett og kirurgi i alle kvadranter (6 inngrep).

	Min	Honorar takst	Refusjon
Første konsultasjon	60	445	270
12 røntgen	40	624	372
Instruksjon i hygiene, hygienekontroll	60	0	0
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Kirurgi 6 inngrep	540	9.570	5.760
Suturfjerning 6 ganger	90	960	588
Scaling 4 kvadranter (2x701b)	120	3.400	2.040
Anestesi x 8	48	704	456
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll	60	160	98
Engangsutsyr x 6	90	0	0
Administrasjon x 13	130	0	0
Totalt	1.298	15.063	9.094
Alternativ tolkning av ref. takstene		16.183	9.780

Spesialisthonorar (off. takst) Kr. 24.013

Tannlegehonorar (off. takst) " 20.382

Eksempel 2

Pasient med fullt tannsett og kirurgi i alle kvadranter (6 inngrep), med fortsatt progresjon etter et halvt år. Det blir tatt bakterieprøve og utfør ny scaling, samt forskrevet antibiotika.

	Min	Honorar takst	Refusjon
Første konsultasjon	60	445	270
12 røntgen	40	624	372
Instruksjon i hygiene, hygienekontroll	60	0	0
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Kirurgi 6 inngrep	540	9.570	5.760
Suturfjerning 6 ganger	90	960	588
Scaling 4 kvadranter (2x701b)	120	3.400	2.040
Anestesi x 8	48	704	456
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll	60	160	98
Engangsutsyr x 6	90	0	0
Konsultasjon etter 6 mndr.	30	160	98
Bakterieprøve (inkludert lab.honorar)	30	129	78
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Scaling 4 kvadranter	120	3.400	2.040
Anestesi x 2	12	176	114
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll	60	160	98
Administrasjon x 19	190	0	0
Totalt	1.700	15.368	9.286
Alternativ tolkning av ref. takstene		20.528	12.306

Spesialisthonorar(off. takst) Kr. 31.450

Tannlegehonorar (off. takst) " 26.860

Eksempel 3

Pasient med fullt tannsett og scaling i alle kvadranter (uten kirurgi)

	Min	Honorar takst	Refusjon
Første konsultasjon	60	445	270
12 røntgen	40	624	372
Instruksjon i hygiene, hygienekontroll	60	160	98
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Scaling 4 kvadranter	120	2.040	2.040
Anestesi x 2	12	176	114
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll, epikrise	60	160	98
Administrasjon x 7	70	0	0
Totalt	482	3.605	2.992
Alternativ tolkning av ref. takstene		3.925	3.188

Spesialisthonorar(off. takst) Kr. 8.917

Tannlegehonorar (off. takst) " 7.616

Eksempel 4.

Pasient med fullt tannsett og kirurgi i premolar/molarregionen

	Min	Honorar takst	Refusjon
Første konsultasjon	60	445	270
12 røntgen	40	624	372
Instruksjon i hygiene, hygienekontroll	60	160	98
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Kirurgi 4 inngrep (4x704)	360	6.680	3.840
Suturfjerning 4 ganger	60	640	392
Scaling 4 kvadranter (2x701b)	120	3.400	2.040
Anestesi x 8	48	704	456
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll	60	160	98
Engangsutsyr x 4	60	0	0
Administrasjon x 11	110	0	0
Totalt	1038	12.173	7.174
Alternativ tolkning av ref. takstene		13.133	7.762

Spesialisthonorar(off. takst) Kr. 19.203

Tannlegehonorar (off. takst) " 16.400

Eksempel 5.

Pasient med fullt tannsett og kirurgi rundt to tenner

	Min	Honorar takst	Refusjon
Første konsultasjon	60	445	270
12 røntgen	40	624	372
Instruksjon i hygiene, hygienekontroll	60	160	98
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Kirurgi 1 inngrep (703x1)	60	1.060	640
Suturfjerning 1 gang	15	160	98
Scaling 4 kvadranter	120	3.400	2.040
Anestesi x 3	18	264	171
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll	60	160	98
Engangsutstyr x 1	15	0	0
Administrasjon x 8	80	0	0
Totalt	582	6.113	3.349
Alternativ tolkning av ref. takstene		6.593	3.643

Spesialisthonorar(off. takst) Kr. 10.767

Tannlegehonorar (off. takst) " 9.196

Eksempel 6.

Pasient med tannløs overkjeve og tenner fra 35-45 og kirurgi rundt alle tenner.

	Min	Honorar takst	Refusjon
Første konsultasjon	60	445	270
5 røntgen	20	260	155
Instruksjon i hygiene, hygienekontroll	60	160	98
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Kirurgi 2 inngrep (704x2)	240	3.190	1.920
Suturfjerning 2 ganger	30	320	196
Scaling 2 kvadranter	60	1.700	1.020
Anestesi x 3	18	264	171
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll	60	160	98
Engangsutstyr x 2	30	0	0
Administrasjon x 9	90	0	0
Totalt	728	6.179	3.732
Alternativ tolkning av ref. takstene		6.819	4.124

Spesialisthonorar(off. takst) Kr. 10.767

Tannlegehonorar (off. takst) " 9.196

Eksempel 7.

Pasient med tannløs overkjeve og tenner fra 35-45 og scaling uten kirurgi

	Min	Honorar takst	Refusjon
Første konsultasjon	60	445	270
5 røntgen	20	260	155
Instruksjon i hygiene, hygienekontroll	60	160	98
Kontroll, behandlingsplan	30	160	98
Scaling 2 kvadranter	60	1.700	1.020
Anestesi x 1	6	88	57
Kontroll	30	160	98
Sluttkontroll	60	160	98
Administrasjon x 6	60	0	0
Totalt	386	2.813	1.698
Alternativ tolkning av ref. takstene		3.133	1.894

Spesialisthonorar (off. takst) Kr. 7.141

Tannlegehonorar (off. takst) " 6.099

Tabell 1. Tidsmedgang (min), offentlig takst, Departementets honorartakst, refusjonstakst samt prosentvis refusjon i forhold til offentlig takst og i forhold til Departementets honorartakst. Med rød skrift er markert forholdene ved behandling hos spesialist etter en restriktiv tolkning av regelverket.

Kasus nr.	Tid	Off.takst	Honorar	Refusjon	%ref/takst	%ref/honorar
7a	386	7.141	2.813	1.698	23,8	60,4
7b	386	7.141	3.133	1.894	26,5	60,5
7c	386	6.099	3.133	1.894	31,1	60,5
3a	482	8.917	3.605	2.992	33,6	82,9
3b	482	8.917	3.925	3.188	35,8	81,2
3c	482	7.616	3.925	3.188	41,9	81,2
5a	582	10.767	6.113	3.349	31,1	54,8
5b	582	10.767	6.593	3.643	33,8	55,3
5c	582	9.196	6.593	3.643	39,6	55,3
6a	728	13.468	6.179	3.732	27,7	60,4
6b	728	13.468	6.819	4.124	30,6	60,5
6c	728	11.502	6.819	4.124	35,9	60,5
4a	1038	19.203	12.173	7.174	37,4	60,0
4b	1038	19.203	13.133	7.762	40,4	59,1
4c	1038	16.400	13.133	7.762	47,3	59,1
1a	1298	24.013	15.053	9.094	38,7	60,4
1b	1298	24.013	16.183	9.780	40,7	60,4
1c	1298	20.382	16.183	9.780	48,0	60,4
2a	1700	31.450	15.368	9.286	29,5	60,4
2b	1700	31.450	20.528	12.306	39,1	59,9
2c	1700	26.860	20.528	12.306	45,8	59,9

a = behandlet av spesialist, restriktiv tolkning av refusjonen.

b = behandlet av spesialist, liberal tolkning av refusjonen.

c = behandlet av allmenntannlege, liberal tolkning av refusjonen.

Tabell 2. Eksempler på refusjon med forskjellige regler (se under)

Kasus nr.	Tid	Off.takst	Honorar	Refusjon	%ref/takst	Egenandel
7d	386	6.099	2.813	1.698-1.000	11,4	5.400
7e	386	6.099	2.813	1.698-2.000	0,0	6.099
7f	386	6.099		1.220	20,0	4.879
7g	386	6.099-4.000		420	20,0	5.679
3d	482	7.616	3.605	2.992-1.000	26,2	5.624
3e	482	7.616	3.605	2.992-2.000	13,0	6.624
3f	482	7.616		2.666	35,0	4.950
3g	482	7.616-4.000		1.266	35,0	6.350
5d	582	9.196	6.113	3.349-1.000	25,5	6.847
5e	582	9.196	6.113	3.349-2.000	22,1	7.847
5f	582	9.196		3.219	35,0	5.977
5g	582	9.196-4.000		1.819	35,0	7.377
6d	728	11.502	6.179	3.732-1.000	23,8	8.770
6e	728	11.502	6.179	3.732-2.000	15,1	9.770
6f	728	11.502		5.751	50,0	5.751
6g	728	11.502-4.000		3.751	50,0	7.751
4d	1038	16.400	12.173	7.174-1.000	37,6	10.226
4e	1038	16.400	12.173	7.174-2.000	31,5	11.226
4f	1038	16.400		10.660	65,0	5.740
4g	1038	16.400-4.000		8.060	65,0	8.340
1d	1298	20.382	15.053	9.094-1.000	39,7	12.288
1e	1298	20.382	15.053	9.094-2.000	34,8	13.288
1f	1298	20.382		13.248	65,0	7.134
1g	1298	20.382-4.000		10.648	65,0	9.734
2d	1700	26.860	15.368	9.286-1.000	30,8	18.574
2e	1700	26.860	15.368	9.286-2.000	27,1	19.574
2f	1700	26.860		17.459	65,0	9.401
2g	1700	26.860-4.000		14.859	65,0	12.001

Egenandel = Off. takst - refusjon.

d = behandlet av allmenntannlege, restriktiv tolkning, karensbeløp på refusjonen = kr. 1.000,-

e = behandlet av allmenntannlege, restriktiv tolkning, karensbeløp på refusjonen = kr. 2.000,-

f = refusjon med stigende prosentvis andel etter medgått tid (off. takst): Inntil 7 timer (Kr. 6.636) = 20% refusjon, 7-10 timer (Kr. 6.637-9.480) = 35%, 10-15 timer (Kr. 9.481-14.220) = 50%, over 15 timer (Kr. 14.221) = 65%.

g = refusjon som under f, men med karensbeløp kr. 4.000,- på off. takst.

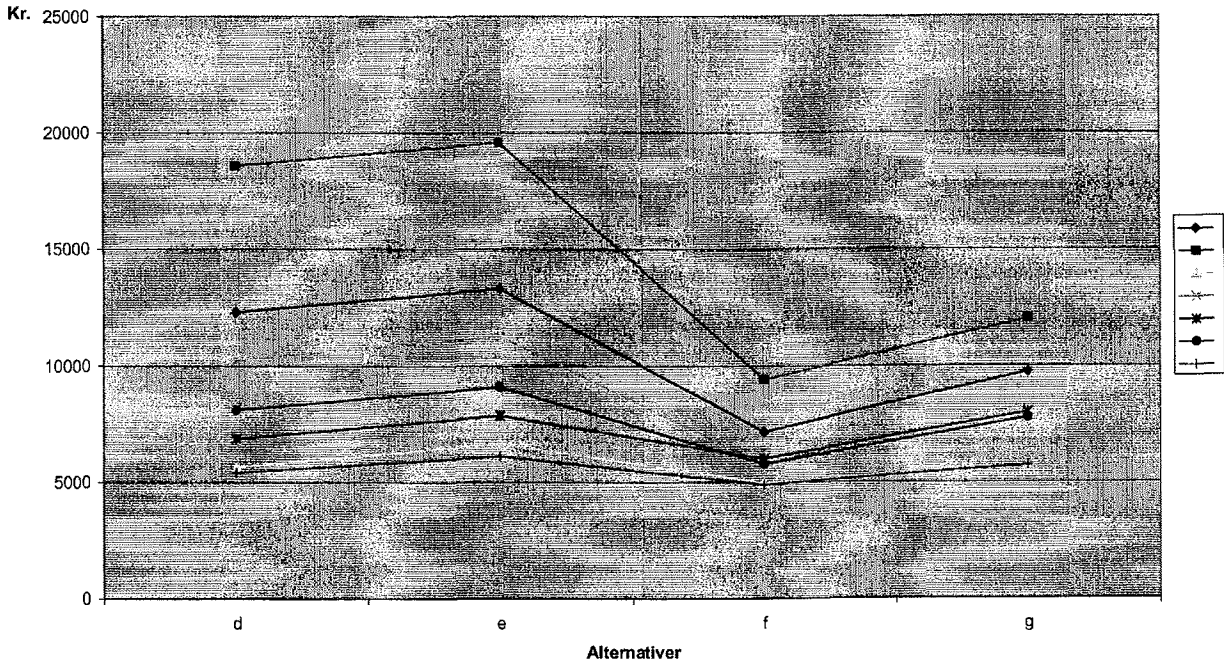
Tabell 3. Egenandel etter de forskjellige alternativer (% refusjon).

Kasus	d	e	f	g*
7	5.400 (11,4)	6.099 (0,0)	4.879 (20,0)	5.679 (20,0)
3	5.624 (26,2)	6.624 (13,0)	4.950 (35,0)	6.350 (35,0)
5	6.847 (25,5)	7.847 (22,1)	5.977 (50,0)	7.977 (50,0)
6	8.077 (23,8)	9.077 (15,1)	5.751 (50,0)	7.751 (50,0)
4	10.226 (37,6)	11.226 (31,5)	5.740 (65,0)	8.340 (65,0)
1	12.288 (39,7)	13.288 (34,8)	7.134 (65,0)	9.734 (65,0)
2	18.574 (30,8)	19.574 (27,1)	9.401 (65,0)	12.001 (65,0)

* Fratrasket egenandel kr. 4.000,- fra off. takst.

Fig. 1.

Egenandeler for de enkelte kasus ved forskjellige refusjonsalternativer



Tabell 4. Sum (i kr.) av refusjoner etter de forskjellige alternativer for hvert av pasienteksemplene.

Alternativ	Pasienteksempel nr.							Sum
	1	2	3	4	5	6	7	
d	8.094	8.286	1.992	6.174	2.349	2.732	698	30.325
e	7.094	7.286	992	5.174	1.349	1.732	0	23.325
f	13.248	17.459	2.666	10.660	3.219	5.751	1.220	54.223
g	10.648	14.849	1.266	8.060	1.819	3.751	420	40.813
h	9.094	9.286	2.992	7.174	3.349	3.732	1.698	37.325

d = behandlet av allmenntannlege, restriktiv tolkning, karensbeløp på refusjonen = kr. 1.000,-

e = behandlet av allmenntannlege, restriktiv tolkning, karensbeløp på refusjonen = kr. 2.000,-

f = refusjon med stigende prosentvis andel etter medgått tid (off. takst): Inntil 7 timer (Kr. 6.636) = 20% refusjon, 7-10 timer (Kr. 6.637-9.480) = 35%, 10-15 timer (Kr. 9.481-14.220) = 50%, over 15 timer (Kr. 14.221) = 65%.

g = refusjon som under f, men med karensbeløp kr. 4.000,- på off. takst.

h = behandlet av allmenntannlege, restriktiv tolkning (som idag)

Kommentarer:

I regneeksemplene har vi brukt tidsestimater for å bedømme omfanget av behandlingene og offentlig timetakst for å illustrere omkostningene og lagt inn forskjellige alternativer for refusjon i de samme pasienteksempler som er brukt i Tabell 1. Tabell 2 viser at alle de valgte alternative refusjonsalternativer vil generelt gi en prosentvis økning i refusjonen etter behandlingens vanskelighetsgrad og antatte kostnader, men i noe varierende grad.

Det som imidlertid er interessant for pasientene er hvor mye de faktisk må betale selv. Tabell 3 viser de "reelle" egenandeler under forutsetning at tannlegen bruker offentlig takst. Dette vet vi at de ikke gjør til vanlig, men vi må anta at avvikene vil være relativt konstante over hele skalaen, da tidsestimatene vil indikere også tannlegenes honorar og således utgjøre et rimelig godt surrogat for disse. I Fig. 1 er vist hvordan hvert enkelt av regneeksemplene varierer i henhold til alternativ for refusjon. At linjene ikke krysser hverandre underbygger at alle alternativer gir muligheter til å imøtekomme Stortingets forutsetninger. Unntaket er for alternativ f (stigende prosentvis refusjon (i bolker)), som vil føre til liten forskjell i de egentlige omkostninger for pasienten uavhengig av behandlingens kostende. Det kan jo være en måte å løse dette problemet.

Det er ikke mulig å fremme et forslag som skal bibeholde den vedtatte utgiften til 700-takstene over trygden da man ikke kjenner omfanget av behandlinger i de forskjellige katekorer av vanskelighet. Det må dog

antas at de kostbare og tidkrevende behandlinger er relativt sjeldne. Hvordan dette forholder seg for de valgte pasienteksempler er vist i Tabell 4.

Alternativ f peker seg ut som det alternativ som både gir klart øket refusjon med stigende utgifter, samtidig som også egenandlen øker i rimelig grad etter samme mønster. Dette siste vil kunne virke som en "pasientstyrt" kontroll av utgiftene.