

Bergen 16.11.05

**KARTLEGGING AV PASIENTGRUPPER SOM
FÅR STØNAD ELLER BIDRAG TIL
REHABILITERING AV TANNSETT UNDER
TAKST 1107**

**En rapport utarbeidet for Rikstrygdeverket etter oppdrag fra Helse- og
Omsorgsdepartementet**

Førsteamanuensis Kristin S. Klock

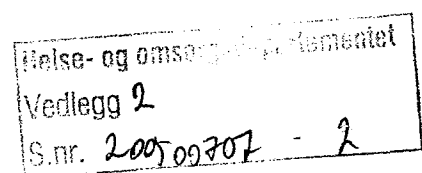
**Fagområdet samfunnsodontologi, Det odontologiske institutt,
Det odontologiske fakultet v/ Universitetet i Bergen.**

Professor Einar Berg

**Fagområdet protetik, Det odontologiske institutt,
Det odontologiske fakultet v/Universitetet i Bergen.**

Professor Per E. Gjermo

**Avd. for periodonti, Institutt for klinisk odontologi,
Det odontologiske fakultet v/Universitetet i Oslo.**



INNLEDENDE KOMMENTARER

I slutten av februar 2005 ble forfatterne av rapporten fra 2003 "Behov for rehabilitering i forbindelse med systematisk behandling av periodontitt" (Rapporten), professor Per E. Gjermo, professor Einar Berg og professor Dorthe Holst, anmodet av Rikstrygdeverket (RTV) om å forestå en oppfølgende undersøkelse. Oppdraget var basert på to brev fra Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Rikstrygdeverket. Det ene oppdraget, datert 11.02.05, var en gjennomgang og vurdering av takst 700 – periodontittbehandling (700-oppdraget). I det andre, datert 14.02.05, var oppgaven å kartlegge pasientgrupper som får stønad eller bidrag til rehabilitering av tannsett (takstene 1107 a – g og 1102, 1103, 1104, 1106 med utbetalinger etter takstene 618, 619 og 409 knyttet til sistnevnte 4 takster eller etter § 5-22) (Rehabiliteringsoppdraget).

Professor Dorthe Holst ønsket ikke å delta i prosjektet, så førsteamanuensis Kristin S. Klock, Odontologisk institutt - fagområdet samfunnsodontologi v/Universitetet i Bergen ble forespurt om å delta. I møte mellom RTV og den nedsatte arbeidsgruppen, ble det enighet om at Per Gjermo skulle være hovedansvarlig for prosjekt takst 700-oppdraget, mens Einar Berg og Kristin Klock skulle gjennomføre Rehabiliteringsoppdraget. Kristin Klock skulle dessuten fungere som rådgiver på metodiske spørsmål for 700-oppdraget.

I møte i RTV, der også Elin M. Hollfjord fra HOD deltok (ref. møtereferrat datert 22.04.05), ble 1107-takstene i Rehabiliteringsoppdraget prioritert. Den delen av prosjektet som omhandler takstene 1102, 1103, 1104, 1106 med utbetalinger etter takstene 618, 619 og 409 knyttet til sistnevnte 4 takster eller etter § 5-22, vil bli utarbeidet på et senere tidspunkt. Denne rapporten begrenser seg således til 1107-takstene i det etterfølgende.

OPPDRAK:

Oppdraget ble definert i brev til RTV fra HOD datert 14.02.05 der oppgaven var å kartlegge:

- Omfanget av utbetalinger etter takst 1107 a – g fordelt på de enkelte takster/medlemmer
- Geografisk fordeling av bruken av takstene
- Hvorvidt det er samsvar mellom de anslag eller beregninger som er gjort i Rapporten og de data som er innsamlet vedrørende
 - Antall medlemmer som mottar behandling for trygdens regning
 - Omfanget av behandlingene
 - Innhold i behandlingene
- I hvilken grad de aktuelle takstene ivaretar formålet med bevilgningene

MATERIAL OG METODE

Materialet i denne rapporten er basert på innsamlede regningsblanketter (skjema) mottatt første halvår 2005, som inneholdt takstene 1107 a - g fra alle fylkestygdkontor og de regionale oppgjørsenhetene (Oppdragsbrev fra RTV - Vedlegg 1). RTV opplyser om en svarprosent på 93. Fordi skjemaene er innsamlet fra alle trygdkontorer, samt med en høy svarprosent, er det rimelig å anta at de er representative for landet som helhet. Det er

imidlertid ikke samlet inn data fra poliklinikker på offentlige sykehus. Kirurgisk implantatbehandling som foregår der, dekkes i hovedsak etter takster for offentlige poliklinikker. Disse er ikke registrert i denne rapporten.

De tilsendte skjemaene ble kodet og lagt inn i dataprogrammet Statistical Program of Sosial Science SPSS (12.0) og korrekturlest. Noen skjema ble forkastet av grunner som: uleselige, det kunne herske tvil om skjemaet faktisk gjaldt 1107-takstene eller det kunne være andre grunner. Antallet skjemaer som ble forkastet på denne måten var så lite at det ikke vil kunne påvirke resultatene.

Analysene er basert på de til sammen 1 283 skjemaer registrert under takst 1107 a – g som er innlagt i databasen. Analyse-enheten er skjema som ble innsendt per medlem. Når en analyserer på takst-nivå, vil enheten også kunne være på tann- eller implantat-nivå. Dette vil gjelde for refusjons-takstene 1107 d, f og g.

Det innsendte materialet består av 59 % kvinner (n = 739) og 41 % menn (n = 518). Gjennomsnittlig alder for pasientene var 60 år (range 28 – 89 år; SD 9,7). Av de 1 283 innsendte skjemaer var 130 utfylt av spesialister.

Analysen som er anvendt i denne rapporten er foretatt med statistikkprogrammet SPSS (12.0).

RESULTATER

Omfanget av utbetalinger etter takst 1107 a – g fordelt på de enkelte takster/medlemmer

Fordeling på de enkelte takster. Tabell 1 viser utbetalingene etter takst 1107 a – g. Tabellen viser i første kolonne de 7 aktuelle undertakstene under takst 1107. I annen kolonne vises antallet ganger der det enkelte takstnummeret forekommer på de innsendte skjemaene. I tredje kolonne er estimert det antallet ganger det enkelte takstnummer antas å forekomme for hele 2005. I fjerde kolonne er gjengitt det gjennomsnittlige refusjonsbeløpet som faktisk er utbetalt under den aktuelle taksten. Dette tallet ligger nær det offisielle refusjonsbeløpet for takstene 1107 a, b, c og e (delprotese, helprotese, dekkprotese og første innsatte implantat), fordi enheten her normalt eller alltid forekommer bare en gang per skjema. Tallene for takstene 1107 d, f og g derimot, gir uttrykk for *antallet* tapte tenner som erstattes med fast protetik eller *antallet* tilleggsimplantater og permanente distanser som innsettes. Tallene i den siste kolonnen gjengir det estimerte refusjonsbeløpet for hele 2005, fordelt på hver av de 7 takstene.

I ikke uvesentlig grad er det utbetalt uriktige refusjoner, både for høye og for lave beløp (se nedenfor under *Diskusjon av metodologiske problemstillinger*). De beløpene som står oppført som registrerte refusjoner i tabell 1, er imidlertid dem som *faktisk* er utbetalt av de enkelte trygdekontor – uavhengig av om refusjonsbeløpet er i samsvar med de takster og retningslinjer som er gitt fra RTV eller ikke. Resultatene viser at det totale estimerte refusjonsbeløp under takst 1107 beløper seg til vel 35,4 millioner kroner. Dette beløpet er ca 5,6 millioner kroner mindre enn det estimerte totalbeløpet for 2005 på 42 millioner kroner som er utregnet av RTV's økonomiavdeling på grunnlag av prognoser (e-post datert

12.10.05). Det antas at differansen er utbetalinger knyttet til relevante takster for ubetinget pliktmessige ytelser (takstene A, D og E) som kan brukes sammen med takst 1107.

Antall medlemmer som mottar behandling under takst 1107 i 2005. Antallet innsamlede skjemaer knyttet til behandling under takst 1107 første halvår 2005 er i alt 1 283 (se vedlegg 2). Dette tallet gir imidlertid ikke noe sikkert grunnlag for å estimere antallet *medlemmer* som mottar behandling for trygdens regning i 2005, selv om en korrigerer tallene for de trygdekontorene som ikke svarte, og for at noen skjemaer ble forkastet. Det er to hovedgrunner til det.

Den ene er opplysninger fra RTVs økonomiavdeling som viser at antallet saker som er blitt behandlet frem til oktober 2005 er sterkt stigende. Prognosen for antallet skjemaer som behandles under takst 1107 er således av RTV beregnet til 4 850 for 2005. Denne prognosen gir uten tvil et sikrere estimat av antallet *skjemaer* som innkommer på årsbasis enn de innsamlede data gir grunnlag for.

Et annet vesentlig forhold er at det i en del tilfeller, fra samme medlem, vil bli innsendt mer enn ett skjema. Det typiske eksempel på dette er medlemmer som får innsatt implantater (takst 1107 e og f). Etter gjeldende regelverk skal innsetting av implantater/distanser utføres av spesialist i oral kirurgi og medisin, mens toppkonstruksjonene/ protetikken skal utføres av tannlege med spesialutdanning i protetikkk. Dette er i praksis sjelden eller aldri samme person. Det er en gjennomgående observasjon at det for slike pasienter blir innsendt ett skjema for utført kirurgi og ett annet for protetikken. De 101 refusjonene etter takst 1107 e (innsetting av første implantat) representerer således 7,9 % dobbeltregistreringer. Takstene 1107 f og g (etterfølgende implantater og distanser) alltid vil forekomme på henholdsvis kirurgens eller protetikerens skjema, og representerer derimot ingen dobbeltregistrering. Skjema for slik behandling må dessuten forventes å være innsendt betydelig senere i tid sammenlignet med konvensjonell protetisk behandling, dels som følge av tilhelingstiden for implantater som vanligvis er mellom 3 og 6 måneder, dels fordi slike pasienter gjerne først blir vurdert for andre former for protetiske erstatninger og siden henvist – noe som også tar tid.

Det kan heller ikke utelukkes at det innsendes ett skjema for hver kjeve – særlig dersom rehabiliteringen strekker seg over en viss tid. En annen mulighet er at en pasient først får refusjon for en avtakbar erstatning. Senere søker tannlegen om refusjon for en fast-protetisk protese der den avtakbare erstatningen betraktes som temporær. Dette er mulig fordi takstene ikke skiller mellom temporære og permanente avtakbare erstatninger.

Av ovennevnte grunner, og i betraktning av den forholdsvis korte tiden som ordningen med rehabilitering under takst 1107-takstene har fungert, er et konservativt estimat at av andelen medlemmer som er dobbeltregistret i 2005 omtrent 10 %. Ved å korrigere det estimerte totale antallet saker i 2005 (4 850) med antallet antatte dobbeltregistreringer, vil antallet medlemmer som får refusjon under 1107 i 2005 kunne estimeres til ca 4 365 (4 850 – 485).

Geografisk fordeling av bruk av takstene

Det ble registrert fra hvilket trygdekontor og regionale oppgjørsenhet (skjema sendt fra tannleger med direkte oppgjør) regningsblankettene ble sendt fra. Fordelingen av innsendte skjema fra trygdekontor i de ulike fylkene (n = 1 283) og de ulike regionale oppgjørsenhetene (n = 121) er vist i vedlegg 2. Resultatene fra tabellen viser at Oslo, Akershus og Vestfold har hver mer enn 10 % av innsendte skjema. Finnmark, Troms, samt Sogn og Fjordane har den lavest prosentandel innsendte skjema henholdsvis 0,5, 1 og 0,6 prosent. Disse forskjellene i

prosentandel av hyppighet kan forklares ut fra befolkningsgrunnlaget, samt spesialistdekning (Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i Tannhelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 5/2004).

For videre analyser ble det valgt å gruppere fylkene etter helseregioner for å få mer stabile estimat. Departementets definisjon over fylker som er innlemmet i helseregionene ble benyttet (<http://odin.dep.no/hod/norsk/regelverk/rutiner/030005-990533/index-dok000-b-n-a.html>). Tabell 2 viser en geografisk fordeling over antall skjema innsendt på 1107 a - g takstene fra de ulike helseregioner. Fordelingen av innsendte skjemaer er forholdsvis jevn og i samsvar med befolkningstettheten. Helseregionene Sør og Midt har prosentvis noe høyere antall innsendte skjema enn befolkningstettheten skulle tilsi, helseregion Øst, Vest og Nord noe lavere. Noe av forklaringen på ulikhetene kan være ulik spesialistdekning. Helseregion Nord har også et høyere antall personer (21 år og eldre) per tannlegeårsverk (privat praktiserende) enn de andre helseregionene (1 716 per tannlegeårsverk). (Rapport fra Helsetilsynet 5/2004. Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i Tannhelsetjenesten).

Tabell 3 presenterer en fordeling av gjennomsnittsrefusjon av 1107- takstene a til og med g i forhold til helseregionene. I tabellen er det også presentert summen av gjennomsnittrefusjon av 1107-takstene a - g, samt summen av gjennomsnittsrefusjon av 1107-takstene og alle tilleggstakster i den forbindelse (refusjonstakstene A1 - 6, D Øvrige behandlinger; 901 a - b og E Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser 1001 - 1109) fordelt i de ulike helseregionene.

For refusjonstaksten 1107 c (dekkprotese) er det totalt rapportert 10 kasus. I helseregion Nord er det ikke rapportert noen slike kasus for første halvår av 2005. Når det gjelder refusjonstakst 1107 d, f og g er disse registrert per pasient per tann eller implantatdel. Helseregion Nord har for taksten 1107 d (fast protetikkk – per tann som er tapt/trukket) et noe høyere gjennomsnittsverdi enn de andre helseregionene.

Når det gjelder gjennomsnittsverdien av trygderefusjonstakstene 1107 a (delprotese) er den om lag 8 % høyere enn den fastsatte refusjonstaksten på kr 3 500. En forklaring på dette er at noen få medlemmer kan ha fått refusjon for to proteser (både i over- og underkjeven). Takstene 1107 d, f, og g er gjennomsnittsverdien av refusjon per pasienter per tann og det vil derfor ikke være mulig å si noe om det benyttes høyere refusjonsbeløp enn det forskriften oppgir skal benyttes.

Det er viktig å være klar over at disse resultatene på geografisk fordeling etter innsendte skjema og takstene gjenspeiler de første seks månedene i 2005 og de årsmessige variasjonene vil ikke bli fanget opp.

Forholdet mellom anslag/beregninger gjort i Rapporten og innsamlede data

Antall medlemmer som mottar behandling under takst 1107 for trygdens regning. Som omtalt ovenfor, er prognosen for antallet saker for 2005 ca 4 800, og antallet medlemmer som har mottatt behandling under takst 1107 estimert til ca 4 365. Dette tallet korresponderer meget godt med antallet medlemmer som ble estimert i Rapporten fra 2003 (4 195).

Omfanget av behandlingene. Omfanget av behandlingene tolkes som utgifter knyttet til behandlingene. Estimert gjennomsnitt for behandlingsutgifter for rehabilitering av tannsett i

Rapporten var kr 19 349. Dette tallet var eksklusiv behandling med implantater, ettersom slik behandling ikke kunne utregnes etter offentlige takster da Rapporten ble forfattet. Tallet for refusjon under 1107-takstene er kr 7 828.

I Rapporten er det inkludert midlertidige behandlinger i 28 % av tilfellene (langtidstemporære broer og fikseringsbehandling), noe som ikke forekommer i det nåværende takstsystemet. Dessuten ble det i Rapporten spurt om hvilken type behandlingsom ble ansett å være nødvendig, også selv om tannlegen ikke selv utførte protetikken. Dermed kan en ikke se bort fra at svarene som innkam i noen grad kunne være preget av teoretiske idealløsninger snarere enn realistiske behandlingsformer.

Innholdet av behandlingene. Fordelingen av de ulike behandlingsformer i henholdsvis de innsamlede data og Rapporten fra 2003 fremgår av Fig. 1. Det er meget god korrespondanse mellom de to datasettene vedrørende de vanligst forekommende behandlingsformer: faste proteser og delproteser.

Sammenligninger som ikke kan foretas. Følgende sammenligning med resultatene i Rapporten fra 2003 kan *ikke* foretas: Forekomsten av og kostnader knyttet til midlertidig behandling, størrelse på de permanente broer som blir fremstilt og kombinasjonsarbeider.

At forekomst av og kostnader knyttet til midlertidig behandling ikke kan sammenlignes skyldes dels at man i takstene 1107 a og b ikke skiller mellom temporære og permanente behandlinger, dels fordi en del midlertidige behandlinger som er registrert i Rapporten, ikke finnes i takstene. Eksempler på dette er fikseringsbehandling og midlertidige tannteknikerfremstilte broer for langtidsbruk (> ½ år). Begge behandlingsformer er nær knyttet til behandling av avanserte/kompliserte periodontale sykdommer der hensikten er å vente og se utviklingen av sykdomsprosessen før permanent behandling foretas. Begge disse behandlingsformene anses viktige på faglig grunnlag, ettersom slik behandling kan være nødvendig i avanserte periodontittkasus for å avgjøre om tvilsomme tenner kan bevares. En konsekvens av at disse behandlingsformer mangler i takstsystemet, er at det vekter i retning av ekstraksjon av tvilsomme tenner med de økonomiske og biologiske konsekvenser dette medfører.

Heller ikke størrelse på de permanente broer som blir fremstilt kan gjøres gjenstand for sammenligninger fordi i takstene refunderes kun for antallet tapte tenner. Det samme gjelder kombinasjonsarbeider ettersom det i takstene kun refunderes for dekkprotese, mens man i rapporten opererer med 5 ulike typer kombinasjonsarbeider, inkludert dekkprotese.

I hvilken grad ivaretar takstene formålet med bevilgningene.

Formålet med bevilgningene er beskrevet i to stortingsproposisjoner. I St.prp. Nr 1, 2001 – 2002, sies det at "Ordnningen skal skjerme pasienter med høye utgifter til tannbehandling i forbindelse med periodontitt". I St.prp. Nr 1, 2003 – 2004 sies det at "Endringene skal gi bedre utgiftsdekning og gjøre reglene enklere å praktisere for både pasienten, trygdeetaten og tannlegen". En antar at det er disse to intensjonene som skal belyses.

Skjermer ordningen pasienter med høye utgifter til tannbehandling i forbindelse med periodontitt? I et forsøk på å klargjøre dette spørsmålet, er det foretatt en del utregninger av hvor stor andel av totalkostnaden ved behandlingen (tannlegehonorar + tannteknikerhonorar inkludert materialer), refusjonsbeløpene utgjør for de ulike behandlingene (Tabell 4 og 5). I eksemplene har en tatt utgangspunkt i de offentlige takstene når det gjelder

tannlegehonorarene. Med unntak av behandling med implantater, er det brukt samme tannteknikerhonorarer som forekom i Rapporten, tillagt 10 % for prisstigningen. Hva angår behandling med implantater, ga disse tannteknikerhonorarene ingen pålitelige opplysninger. I slike tilfeller er anvendt tannteknikerutgifter innhentet fra et stort kommersielt laboratorium med utstrakt erfaring på området (Dentalstøp, Bergen).

Som eksempler har en valgt ut 2 ulike tilfeller som ofte forekommer som følge av periodontale sykdommer: Kasus 1 der de fire underkjeveincisivene er gått tapt, og kasus 2 der tann 24 er gått tapt. I kasus 1 blir følgende former for behandling under takst 1107 kalkulert: Delprotese, helprotese, implantatforankret dekkprotese med 2 implantater og kulefester, fast protese med 8-ledds bro og implantatforankret bro med 2 implantater og en 4-ledds bro. I kasus 2 blir følgende behandlinger kalkulert: delprotese (støpt konstruksjon), fast protese (3-ledds bro) og enkelttannsimplantat. Hva angår de avtakbare erstatningene, gjøres bruk av høyt honorar for delprotese og honorar for normalt tilfelle for helprotese, slik det er spesifisert under takst 501 og 502 i Rundskriv 1 – 16/2004: Forskrift til folketrygdloven § 5-6 og Generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling, gjeldende fra 1.1. 2005, utgitt av HOD (Rundskriv 1 - 16/2004). Spesifisering som ligger til grunn for utregningene for de enkelte eksemplene finnes i vedlegg 3.

Som det fremgår fra eksemplene som er vist i tabellene 4 og 5, utgjør med ett unntak refusjonsbeløpene under takst 1107 mellom 52 % og 64 % av de totale utgifter til behandlingen. Unntaket er her en vanlig 3-ledds bro til erstatning for tap av 24, der refusjonen utgjør 37 %.

Resultatene viser at pasienter med de største utgifter både i prosent og i absolutte kroner får den største refusjonen. Fordi de reelle tannlegehonorarer ved behandlingen er til dels betydelig høyere enn offentlige takster hos privatpraktiserende tannleger og til og med hos Den offentlige tannhelsetjenesten, angir imidlertid refusjonsandelen i tabellene et for høyt tall. Et annet spørsmål er om trygdemidlene benyttes optimalt. Med den nåværende ordning refunderes de største kronebeløp på konstruksjoner der implantater anvendes til forankring. Ikke sjelden vil man imidlertid kunne fremstille faste kvalitativt likeverdige løsninger med betydelig billigere tannforankrede broer. Eksempelet ved tap av 24 (kasus 2, tabell 4) er en god illustrasjon av dette, der refusjonsbeløpet for en 3-ledds bro bare representerer vel 40 % av refusjonsbeløpet for et enkelttannsimplantat.

Gir endringene bedre utgiftsdekning og er reglene enklere å praktisere for både pasienten, trygdeetaten og tannlegen? Som det påpekes i avsnittet over, er det ingen tvil om at rehabiliteringsordningen gir utgiftsdekning for pasienten i hovedsak er i samsvar med intensjonene. Hva angår spørsmålet om reglene er enkle å praktisere, må konklusjonen derimot være at ordningen *ikke* samsvarer med intensjonene. Det er relativt få tannleger som har en direkte oppgjørsordning med trygdekontoret. Selv om tannlegen vil kunne få utbetalt sitt tilgodehavende innen kort tid fra trygdekontoret, vil sannsynligvis mange tannleger fremdeles kreve hele honoraret fra pasienten, som senere må kreve refusjonsbeløpet tilbake fra trygdekontoret. Dermed vil mange pasienter ikke oppnå den tiltenkte forenklingen.

Som det fremgår av Fig 2 – 4, dokumenteres stor grad av usikkerhet i håndteringen av et regelverk som av de fleste oppfattes som komplisert og vanskelig å forstå. Noe av problemet kan være at en opererer med et meget stort antall undertakster (A, D, E) som kanskje med fordel kunne vært slått sammen med hovedtakstene under 1107. En er klar over at dette i så fall kommer i konflikt med Tak-2 bestemmelsene, men praktisk erfaring tyder på at de beløp det her dreier seg om sjelden når opp til egneandelstaket på kr 34500. En annen mulig løsning

ville være å slå sammen de takstene som er relevante for Tak-2 (A, D, E) (eksempelvis undersøkelse, kirurgiske etterkontroller, anestesi, modellfremstilling og røntgenbilder), til én, med en egenandel som kunne brukes til Tak-2.

Under alle omstendigheter tyder alt på at den nåværende ordningen ikke er enkel å praktisere for verken trygdeetaten eller tannlegen, og en betydelig grad av forenkling synes påkrevet.

DISKUSJON AV METODOLOGISKE PROBLEMSTILLINGER

Etter å ha studert og testet innlegging av rådata (de aktuelle skjemaer samt den informasjonen som der finnes), ble følgende problemstillinger avdekket:

Ulik enhet i forbindelse med analyser av data. Analyse-enheten er skjema som ble innsendt per pasient. Når en analyserer på takst-nivå vil enheten også kunne være på tann- eller implantatnivå. Dette vil gjelde for takstene 1107 d, f og g, hvor refusjonen blir gitt henholdsvis per tappt tann som erstattes med en fast protese, innsatt første implantat, innsetting av ytterligere implantat eller permanent distanse.

Ikke utfylt rett skjema. Totalt 60,8 % av tannlegene har anvendt det korrekte skjema IA 05-06. 12 (12-skjema). Hele 36,0 % har benyttet seg av skjema IA 05-06. 14 (14-skjema), 2,5 % har brukt skjema IA05-22. 10 og 0,7 % andre (Fig. 2). Dette har ingen betydning for 1107-takstene ettersom disse bare er refusjonstakster. Derimot blir det problematisk når en skal anvende takstene A, E og D (generelle tjenester, laboratorieprøver og røntgenundersøkelser samt takstene 901a og 901b) fordi kun 12-skjemaet inneholder kolonner for henholdsvis honorar, refusjon og egenandel.

Ikke benyttet rett takst. En av konsekvensene av ovenstående, er at honoraret for takst A 1 (refusjon konsultasjon allmenntannlege, kr 268), i vesentlig grad er blitt refundert i stedet for refusjonen (kr 165). Som vist i Fig. 3 a, er det bare ca 2/3 av samtlige A 1 refusjonene som er utbetalt med korrekt beløp. Når 14-skjema er innsendt, blir korrekt refusjon bare utbetalt i ca 40 % av sakene, mens det i 50 % av tilfellene feilaktig er blitt refundert med for høyt beløp (Fig. 4 a).

Det samme mønsteret gjentas når man ser på refusjonsbeløp utbetalt for takst A 2. (refusjon konsultasjon spesialist, kr 270). På tross av at spesialistene må formodes å benytte takst 1107 betydelig oftere enn allmennpraktiserende tannleger, og dermed skulle forventes å være bedre kjent med takstsystemet, er det bare omkring 50 % som har fått refundert korrekt beløp (Fig. 3 b), og ser man på de som har benyttet seg av 14-skjema, er denne andelen bare vel 20 % (Fig. 4 b).

Uten at det blir presentert her, vil en utvilsomt finne samme mønsteret gjentatt for samtlige takster under Generelle tjenester, takstene 901 a og b samt takst E.

Selv om hovedproblemet ved bruk av disse takstene synes å være at det blir utbetalt for store refusjonsbeløp, er det verd å merke seg at det ikke sjelden blir utbetalt for små beløp (Fig. 3 og 4). Hva angår de registreringer som er foretatt, er det de beløp som faktisk står oppført, som er registrert, ettersom det er disse som er utbetalt.

Ikke benyttet rett takstnummer i skjema. I noen tilfeller har vi sett at det ikke er anvendt rette takstnumre. Til dels er det anvendt de takstnumre som ble benyttet for de ulike behandlinger i 2004. Dersom det har fremgått av øvrige opplysninger hvilke takstnumre som

skulle vært anvendt, er beløpene blir registrert på de korrekte takstnumre. Også andre – og ukjente takstnumre har forekommet. Slike skjemaer er blitt forkastet.

Manglende bruk av takster. Med tanke på at alle protetiske behandlinger under takst 1107 forutsetter at det tas avtrykk av begge kjever og at det slås opp modeller, er det påfallende at bare mellom 5,8 % og 6,5 % av registrerte skjema i undersøkelsen (75/1 283 og 83/1 283), er påført takstene for henholdsvis avtrykk og modellfremstilling (takst 901 a og b). Også takst A3 (etterkontroll) viser et tilsynelatende underforbruk.

Manglende bruk av takst for røntgenbilder gir et annet eksempel på det samme. I bare 62 % (795/1 283) av innsendte skjemaer er det krevd refusjon etter takst 1002 (kr 31). Det forhold at protetisk rehabilitering knapt kan utføres lege artis uten, tyder på at tannlegene i stor utstrekning ikke er oppmerksomme på at denne taksten kan brukes, og unnlater derfor å kreve berettiget refusjon. Tilsvarende underforbruk må en forvente for de øvrige E-takstene. Det synes rimelig å anta at hovedårsaken til den manglende bruk av takstene er at regelverket oppfattes som komplisert og vanskelig å sette seg inn i.

Samleregninger. De regionale oppgjørshetene har innsendt samleregninger som er innsendt fra tannleger med direkte oppgjørsavtale, noen ganger uten samtlige underbilag. Samleregningene er ikke blitt registrert, men kun eventuelle underbilag.

Validiteten til de registrerte data. De forholdene som er omtalt ovenfor viser at registrerte data ikke er fullt ut pålitelige, ettersom de refererte feilene er ganske vanlig forekommende. Datagrunnlaget gir likevel et bilde av hva som reelt blir godkjent og utbetalt ved trygdekontorene. Dataanalysene gir ikke noe sikkert grunnlag for å bedømme hvorvidt feilene har ført til at utbetalte refusjonsbeløp for 2005 er for høye eller for lave totalt sett. En slik analyse *kan* gjennomføres ved å undersøke hvert enkelt innsendte skjema, foreta utregninger slik takstene tilsier og relatere dette beløpet til det faktisk utbetalte refusjonsbeløp. En slik oppgave faller imidlertid utenfor oppdraget. Under alle omstendigheter må det være et problem at offentlige midler såpass ofte ikke brukes i samsvar med forutsetningene.

Tre forklaringer på dette synes nærliggende: For det første er det ingen tvil om at tannlegetakstene generelt oppfattes som meget kompliserte og vanskelige å orientere seg i, både for tannlegen og for personalet på trygdekontorene, noe som bekreftes av de innsamlede data (Fig. 2 – 4). Eksempelvis, for å kunne fylle ut rehabiliteringstakstene korrekt, vil de fleste tannleger benytte seg av det tidligere omtalte Rundskriv 1 - 16/2004. Den informasjon som gjelder der takst 1107 kan komme til anvendelse, finner en på side 11, 14, 15 og 18, knyttet til henholdsvis takst 1107, Generelle tjenester (A 1 – 6), Øvrige behandlinger (D 901 a og b), Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser (E). Det forhold at man i merknader til takst 1107 og A-takstene beskriver ulike begrensninger og kombinasjoner av takster, gjør situasjonen ytterligere uoversiktlig.

Et bidrag i samme retning er det forhold at en del gjeldende prinsipper for korrekt utfylling av skjemaer som er omtalt under *Generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling* (sidene 20 – 35), også gjøres gjeldende for takster for *Ubetinget pliktmessige ytelser*, herunder takst 1107, men uten at dette står eksplisitt i teksten. I kommentar til takst 901 b (modell per kjeve, side 34) gjøres eksempelvis oppmerksom på at avtrykkstaking er inkludert i taksten. Under tilsvarende takst D 901 b (side 14), som skal brukes sammen med takst 1107, står det imidlertid *ingen* slike reservasjoner, og det er naturlig å føre opp de relevante takstene 901 a og b (avtrykk og modell per kjeve). Likeledes synes det å være gjeldende ordning at når det forekommer behandling med implantater, skal krav om refusjon i prinsippet føres på kun ett skjema for hvert medlem, eventuelt at kirurg og protetiker må avtale seg imellom hvem som skal kreve de enkelte takster. Som omtalt ovenfor, viser praksis at dette prinsippet stort sett ikke blir fulgt.

For det andre, i motsetning til leger som daglig fyller ut skjemaer for trygden, vil gjennomsnittstannlegen forholdsvis sjelden ha behov for å fylle ut skjema knyttet til rehabiliteringstakstene. En del av problemene er således utvilsomt relatert til manglende rutine blant tannlegene. Underforbruket av eksempelvis takstene 901 a og b og 1102, tyder på det. På samme måte vil funksjonærer ved de enkelte trygdekontor forholdsvis sjelden behandle slike skjemaer.

For det tredje er det ingen tvil om at tannlegene selv må være seg sitt ansvar bevisst og bruke nødvendig tid til å sette seg inn i gjeldende regler.

Antall skjemaer/medlemmer som mottar behandling for trygdens regning i 2005.

Refusjon for periodontittrehabilitering er en relativt ny ordning (1/1-03, med endringer datert 1/10-03) og det vil knytte seg usikkerhet til når ordningen har etablert seg ordentlig. Dessuten har forutsetningene for å utløse de relevante takstene endret seg; kravet til systematisk periodontittbehandling og kravet til å forsøke konvensjonell protetikkk før man får innvilget refusjon til implantater er falt bort etter 1/1-05. Dels ettersom rehabilitering under takst 1107 blir bedre kjent av tannleger, trygdekontorer og pasienter, dels som følge av at kravet til systematisk periodontittbehandling er falt bort, må det forventes at tallet på innsendte skjemaer kan komme til å øke i tiden fremover. En må også forvente en økende bruk av implantattakstene (Takst 1107 e – g), både som følge av samfunnsutviklingen, men også fordi tilbudet om slik behandling sannsynligvis vil øke.

OPPSUMMERING

- **Omfanget av utbetalinger etter takst 1107 a – g fordelt på de enkelte takster/medlemmer**
 - Under takst 1107 a - g vil det bli utbetalt til sammen 35, 4 millioner kroner i 2005. Dette beløpet er basert på prognoser for året.
 - Antallet medlemmer som har mottatt refusjon under takst 1107 er estimert til ca 4 365.
- **Geografisk fordeling av bruk av takstene**
 - Fordelingen av innsendte skjemaer er forholdsvis jevn og i samsvar med befolkningstettheten. Helseregionene Sør og Midt har prosentvis noe høyere antall innsendte skjema enn befolkningstettheten skulle tilsi, helseregion Øst, Vest og Nord noe lavere.
- **Forholdet mellom anslag/beregninger gjort i Rapporten og innsamlede data**
 - Det estimerte tallet medlemmer som mottatt refusjon under takst 1107 (4 365), samsvarer meget godt med antallet medlemmer som ble estimert i Rapporten fra 2003 (4 195).
 - Det er meget god korrespondanse mellom de to datasettene vedrørende de vanligst forekommende behandlingsformer: faste proteser og delproteser.
 - Estimert gjennomsnitt for behandlingsutgifter (eksklusiv behandling med implantater) for rehabilitering av tannsett i Rapporten (2003) var kr 19 349. Gjennomsnittstallet for refusjon under 1107-takstene er kr 7 828.
- **I hvilken grad ivaretar takstene formålet med bevilgningene?**
 - I samsvar med intensjonene for ordningen får pasienter med de største utgifter i store trekk den største refusjonen. Refusjonene favoriserer de dyreste behandlingsformene, særlig dem som innebærer behandling med implantater.
 - Ordningen tilfredsstillende ikke intensjonene om å være enkel å praktisere for trygdeetaten eller tannlegen, og en betydelig grad av forenkling synes påkrevet.
- **Metodologiske problemstillinger**
 - Det er registrert vesentlige avvik med hensyn til skjemabruk, takster etc. i forhold til regelverket. Datagrunnlaget gir likevel et bilde av hva som reelt blir godkjent og utbetalt ved trygdekontorene.
 - Resultatet av den planlagte undersøkelsen vil ikke være en "sann" representasjon av hvordan rehabiliteringsordningen virker ettersom den ennå er ganske ny (1/1-03, med endringer datert 1/10-03). Det forhold at vesentlige forhold ved ordningen er endret så sent som 1/1-05 peker i samme retning. Gjentas undersøkelsen på et senere tidspunkt kan den imidlertid angi en trend.

Tabell 1

Forekomst, fordeling og utbetaling av de enkelte refusjoner registrert under takst 1107

Takst	Antall refusjoner registrert på skjema	Estimert antall refusjoner 2005*	Gjennomsnitt refusjon	Totalbeløp på landsbasis 2005
1107a Delprotese	338	1 278	3 786	4 837 404
1107b Helprotese	191	722	3 113	2 247 644
1107c Dekkprotese	10	38	7 470	282 381
1107d Fast prot. / tapt tann	705	2 665	8 839	23 556 313
1107e Første implantat	101	382	4 713	1 799 426
1107f Tilleggsimplantat	84	318	7 405	2 351 362
1107g Permanent distanse	45	170	1 853	315 212
Sum	1474			35 389 742

*Multiplikasjonsfaktor: RTVs estimert antall skjemaer for 2005 / registrert antall skjemaer i datamatriksen (4 850/1 283 ~ 3,8)

Tabell 2

Geografisk fordeling av skjema (hyppighet og prosent) av 1107-takstene (a – g), befolkningstetthet og personer eldre enn 21 år per tannlegeårsverk registrert første halvår 2005.

Helseregion	Registrert antall skjema (n)	Innsendte skjemaer %	Befolknings-tetthet** %	Pas. > (21år+) per tnl. årsverk privat prakt.*** (n)	Personer per tnl.årsverk, offentlig og privatprakt. (n)
Øst	383	33,0	35,9	1 129	1 161
Sør	314	27,0	19,4	1 159	1 174
Vest	178	15,3	20,6	1 259	1 183
Midt	211	18,2	14,0	1 545	1 397
Nord	76	6,5	10,1	1 716	1 229
*Totalt	1 162	100,0	100,0	1 142	1 158

* De regionale oppgjørsenheter (n = 121 kasus) er ikke inkludert.

** Statistisk sentralbyrås statistikkbank. Folkemengde 2005.

*** Tannhelsetjenesten i Norge. Rapport fra Helsetilsynet/5/2004. Oppsummeringstabell 5. 2002.

Tabell 3

Geografisk fordeling av gjennomsnittlig refusjon per pasient av 1107-takstene a - c + e, per tann (d, f, g), samt summen av 1107-takstene (a - g) og summen av 1107-takstene (a - g) med tilleggstakster fordelt på helseregion registrert første halvår 2005.

Helseregion	Refusjon (\bar{x}) i kr 1107 a (n)	Refusjon (\bar{x}) i kr 1107 b (n)	Refusjon (\bar{x}) i kr 1107 c (n)	Refusjon (\bar{x}) i kr 1107 d (n)
Øst	3 816 (99)	3 038 (39)	6 000 (1)	8 412 (229)
Sør	3 748 (99)	3 367 (44)	7 740 (5)	9 185 (167)
Vest	3 904 (40)	2 958 (24)	7 500 (3)	8 844 (115)
Midt	3 651 (51)	3 017 (58)	7 500 (1)	8 733 (103)
Nord	3 733 (28)	2 825 (12)	0 (0)	1 1914 (35)
Totalt*	3 770 (317)	3 041 (177)	7 185 (10)	9 4176 (649)

* De regionale oppgjørsheter (121 kasus) er ikke inkludert.

Helseregion	Refusjon (\bar{x}) i kr 1107 e (n)	Refusjon (\bar{x}) i kr 1107 f (n)	Refusjon (\bar{x}) i kr 1107 g (n)	Summen av (\bar{x}) refusjon 1107 a-g (n)	Summen (\bar{x}) av refusjon 1107 a-g, samt tilleggstakster (n)
Øst	4 729 (34)	6 123 (26)	1 800 (13)	7 760 (383)	7 760 (383)
Sør	4 658 (17)	8 575 (16)	1 928 (14)	7 437 (314)	7 915 (314)
Vest	4 600 (8)	5 771 (7)	942 (7)	7 587 (178)	8 056 (178)
Midt	4 600 (4)	10 400 (3)	2 400 (7)	6 325 (76)	6 826 (211)
Nord	4 600 (4)	8 300 (4)	3 600 (2)	8 082 (211)	8 585 (76)
Totalt*	4 637 (67)	7 833 (56)	2 134 (43)	7 334 (1162)	7 828 (1162)

* De regionale oppgjørsheter (121 kasus) er ikke inkludert.

Tabell 4**Behandlinger, kostnader og andel refusjoner av total kostnader ved tanntap
42, 41, 31, 32, kasus 1**

Protesetype	Konstruksjon	Tnl.honorar	Tanntekn.hon.	Totalkostnader	Refusjoner	% ref. av total kostnad
Delprotese	Støpt*	4140	4158	8298	4292	52
Helprotese	Normaltilfelle*	4160	3 003	7163	3792	53
Dekkprotese	2 implantater	22363	10010	32373	17851	55
Fast protese	8 ledd	14762	14608	29370	17911	61
Implantatbro	2 implantater	32145	10750	42895	27309	64

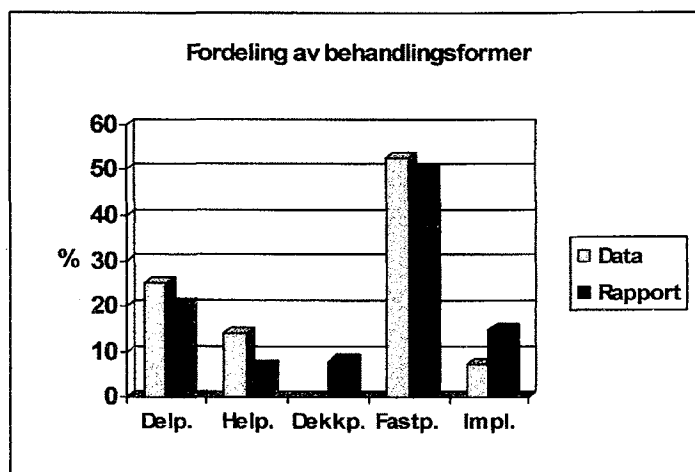
* I henhold til forskrift Rundskriv I- 16/2004, takstnr. 500

Tabell 5**Behandlinger, kostnader og andel refusjoner av total kostnader
ved tanntap 24, kasus 2**

Protesetype	Konstruksjon	Tnl.honorar	Tanntekn.hon.	Totalkostnader	Refusjoner	% ref. av total kostnad
Delprotese	Støpt*	4140	4158	8298	4282	52
Fast protese	3 ledd	7161	5478	12639	4720	37
Enkelt. Implantat	1 implantat	15220	2697	17917	11082	62

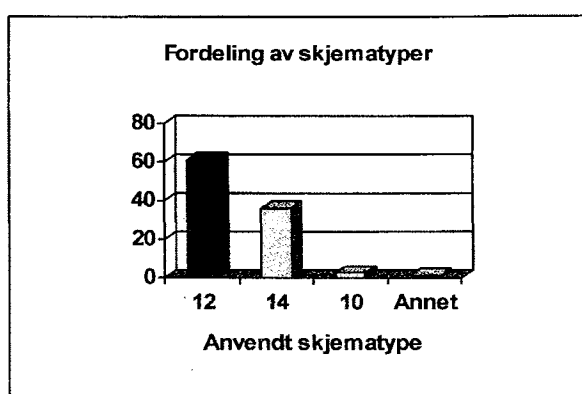
* I henhold til forskrift Rundskriv I- 16/2004, takstnr. 500

Fig 1



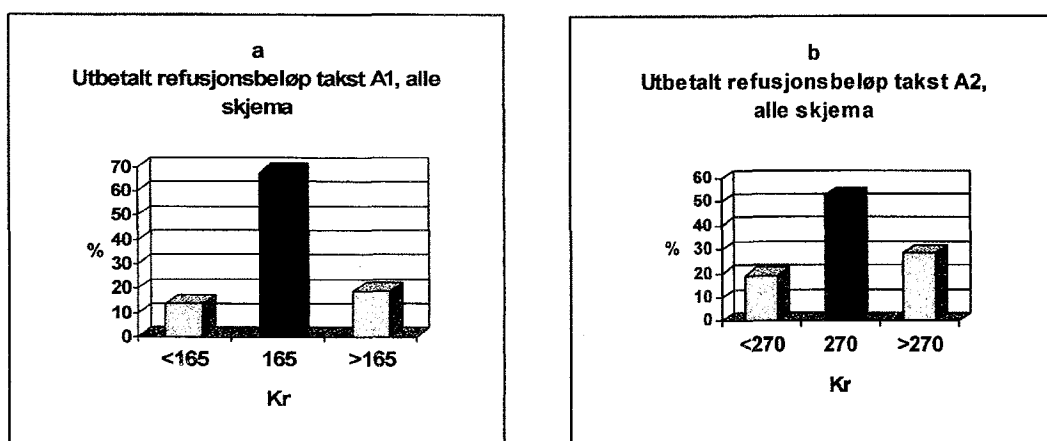
Fordeling av registrerte behandlingsformer i data og Rapport

Fig 2



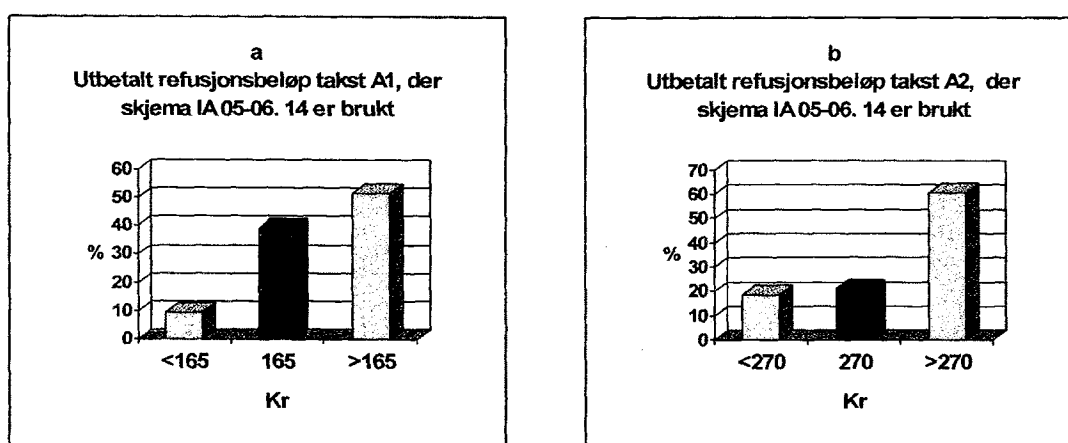
Anvendt skjematype i undersøkelsen

Fig 3



Utbetalte refusjonsbeløp, takst A1 (Us. allmennprakt.) og A2 (Us. spesialist)

Fig 4



Utbetalte refusjonsbeløp, takst A1 (Us. allmennprakt.) og A2 (Us. spesialist) der skjema IA 05-06. 14 er brukt

Vedlegg 1



Trygdeetaten

Alle fylkestrygdekontor
Nasjonal Oppgjørsenhet

Vår dato: 15.7.05
Vår ref: 2005/00918
Deres dato:
Deres ref:

Saksbehandler: Elin Kristine Fjørtoft
Direktenummer:

Innsamling av data om stønad eller bidrag til tannlegehjelp, angående rehabilitering av tannsett – oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet

Helse – og Omsorgsdepartementet har pålagt Rikstrygdeverket å kartlegge omfanget av utbetalinger etter takst 1107 a-g, fordelt på de enkelte takster/medlemmer. Departementet har også bedt om en kartlegging av omfanget av utbetalinger etter takst 618, 619 og 409 for medlemmer som får stønad til behandling etter § 5-6 (takst 1102 – 1104 og 1106) eller bidrag etter § 5-22.

Formålet med oppdraget er å skaffe kunnskap om hvorvidt antall medlemmer som mottar behandling for trygdens regning, og omfang av og innhold i behandlingene det gis stønad til, er i samsvar med de beregninger som er blitt lagt til grunn tidligere, og om de gjeldende takstene resulterer i ytelser som er i samsvar med Stortingets intensjoner.

Oppdrag:

Rikstrygdeverket trenger kopier av enkeltregninger og samleregninger mottatt første halvår 2005, som inneholder takstene 1107 a-g eller 618, 619 eller 409 – både i forbindelse med pliktmessige ytelser og bidrag. Fylkestrygdekontorene og NOE gis ansvaret med å innhente kopier av de aktuelle regningsblankettene fra alle trygdekontorene og de regionale oppgjørskontorene. Disse videresendes samlet til RTV merket "Oppdrag: Rehabilitering av tannsett":

Rikstrygdeverket
V/Utrekningsavdelingen
Postboks 5200 Nydalen
0426 Oslo

Frist:

Det er svært viktig regningsblankettene er RTV i hende innen fristen: 15.8.2005, for at vi skal kunne overholde fristene fra Helse- og Omsorgsdepartementet.

Rikstrygdeverket vil kompensere trygdekontorene og de regionale oppgjørsenhetene for evt. innleie av eksterne, eller nødvendig bruk av overtid for å gjennomføre dette oppdraget innen den fastsatte fristen. Disse midlene vil bli overført i et eget tildelingsbrev til fylkene og NOE.

Kartleggingen er et viktig bidrag i forbindelse med den omfattende utredningen som foretas på tannhelseområdet for tiden.

Med hilsen

Kari Haugstvedt
Fung. tryggedirektør

Christine Bergland
Divisjonsdirektør

Vedlegg 2

Fordeling i antall og prosent av innsendte skjema på takst 1107 a-g etter regionale oppgjørsenhet og fylke.

Regionale oppgjørsenhet	Innsendte skjema Hyppighet (n)	Innsendte skjema %
Oslo	7	0,5
Øst	10	0,8
Sør	47	3,7
Vest	1	0,1
Midt	56	4,3
Nord	0	0,0
Fylke		
Østfold	84	6,5
Akershus	166	12,9
Oslo	82	6,4
Hedmark	31	2,4
Oppland	20	1,6
Buskerud	61	4,7
Vestfold	137	10,7
Telemark	40	3,1
Aust-Agder	45	3,5
Vest-Agder	31	2,4
Rogaland	96	7,5
Hordaland	73	5,7
Sogn og Fjordane	9	0,7
Møre og Romsdal	113	8,8
Sør-Trøndelag	71	5,5
Nord-Trøndelag	27	2,1
Nordland	53	4,1
Troms	15	1,2
Finnmark	8	0,6
Totalt	1 283	100,0

Vedlegg 3

Tabell I

Refusjon under 1107			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, delprotese			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Refusjon
Us. allm.prakt.	A1	1	165
Etterkontr. kir.	A3	1*	98
Anestesi	A4	1	57
Modell	901b	2	410
Røntgenbilde	1002	2	62
Delprot.	1107a	1	3500
Sum refusjon			4292

* 1 etterkontroll på sårområdet (suturering)

Tabell II

Refusjon under 1107			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, helprotese			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Refusjon
Us. allm.prakt.	A1	1	165
Etterkontr. kir.	A3	1*	98
Anestesi	A4	1	57
Modell	901b	2	410
Røntgenbilde	1002	2	62
Helprot.	1107b	1	3000
Sum refusjon			3792

* 1 etterkontroll på sårområde (suturering)

Tabell III

Refusjon under 1107			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, dekkprotese, 2 implantater			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Refusjon
Omfattende us.	A5	1	825
Etterkontr. kir.	A3	2*	196
Anestesi	A4	2**	104
Modell	901b	2	410
Røntgenbilde	1002	6***	186
OPG	1004	1	230
1. implantat	1107e	1	4800
Tilleggsimpl.	1107f	1	2400
Perm. distanse	1107g	2	1200
Dekkprotese	1107c	1	7500
Sum refusjon			17851

* 1 etterkontroll på sårområde (suturering), 1 etter implantatinnsetting

** 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for implantatinnsetting

*** 2 detaljbilder preop., 2 postop ved implantatene, 2 i ekstraksjonsområdet

Tabell IV

Refusjon under 1107			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, fast protese, 8 ledd			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Refusjon
Us. allm.prakt.	A1	1	165
Etterkontr. kir.	A3	2*	98
Anestesi	A4	2**	104
Modell	901b	2	410
Røntgenbilde	1002	4***	124
Tapt tann.	1107d	4	16000
Mdl. delprotese	1107a	1****	1010
Sum refusjon			17911

- * 1 etterkontroll på sårområde (suturering)
- ** 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for preparering
- *** 2 detaljbilder i ekstraksjonsområdene, 1 på hver side ved ankertennene.
- **** Beløp tilsvarende takst 503, lavt honorar

Tabell V

Refusjon under 1107			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, implantatforankret fast bro, 4 ledd, 2 implantater			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Refusjon
Omfattende us.	A5	1	825
Etterkontr. kir.	A3	2*	196
Anestesi	A4	2**	114
Modell	901b	2	410
Røntgenbilde	1002	4	124
OPG	1004	1	230
1. implantat	1107e	1	4800
Tilleggsimpl.	1107f	1	2400
Perm. distanse	1107g	2	1200
Tapt tann	1107d	4	16000
Mdl. delprotese	1107	1	1010****
Sum refusjon			27309

- * 1 etterkontroll på sårområde (suturering), 1 etterkontroll etter implantatinnsetting
- ** 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for implantatinnsetting
- *** 2 detaljbilder preop. i implantatområdene, 2 postop.
- **** Beløp tilsvarende takst 503, lavt honorar

Tabell VI

Pasientutgifter etter offentlige takster + estimert tannteknikerhonorar			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, delprotese			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Us. allm. prakt.	001	1	268
Etterkontr. kir.	003	1*	160
Anestesi	004	1	88
Modell	901b	2	680
Ekstraksjon	601	1	290
Eks. ytterligere	602	3	510
Røntgenbilde	1002	2	104
Delprotese	503	1**	2040
Sum tannlegehonorar			4140
Tanntek.hon.			4158
Sum beh.kost.			8298

* 1 etterkontroll på sårområde (suturering)

** Beløp tilsvarende takst 503, (støpt protese)

Tabell VII

Pasientutgifter etter offentlige takster + estimert tannteknikerhonorar			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, helprotese			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Us. allm. prakt.	001	1	268
Etterkontr. kir.	003	1*	160
Anestesi	004	1	88
Modell	901b	2	680
Ekstraksjon	601	1	290
Eks. ytterligere	602	3	510
Røntgenbilde	1002	2	104
Helprotese	501	1**	2060
Sum tannlegehonorar			4160
Tanntek.hon.			3003
Sum beh.kost.			7163

* 1 etterkontroll på sårområde (suturering)

** Beløp tilsvarende takst 501, normalhonorar

Tabell VIII

Pasientutgifter etter offentlige takster + estimert tannteknikerhonorar			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, dekkprotese, 2 implantater			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Omfattende us.	005	1	825
Etterkontr. kir.	003	2*	320
Anestesi	004	2**	176
Modell	901b	2	680
Ekstraksjon	601	1	290
Eks. ytterligere	602	3	510
Røntgenbilde	1002	6***	312
OPG	1004	1	230
1. implantat	618	1	9800
Tilleggsimpl.	619	1	4500
Perm. distanse	409	2	2400
Helprotese	501	1	2320****
Sum tannlegehonorar			22363
Tanntek.hon.			10010
Sum beh.kost.			32373

- * 1 etterkontroll på sårområde (suturering), 1 etter implantatinnsetting
 ** 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for implantatinnsetting
 *** 2 detaljbilder preop., 2 postop ved implantatene, 2 i ekstraksjonsområdet
 **** Beløp tilsvarende takst 501, høyt honorar

Tabell IX

Pasientutgifter etter offentlige takster + estimert tannteknikerhonorar			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, fast protese, 8 ledd			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Us. allm.prakt.	002	1	268
Etterkontr. kir.	003	1*	320
Anestesi	004	2**	176
Modell	901b	2	680
Ekstraksjon	601	1	290
Eks. ytterligere	602	3	510
Røntgenbilde	1002	4***	208
Helkroner	404	4	7540
Broledd	407	8	3760
Mdl. delprotese	503	1	1010****
Sum tannlegehonorar			14762
Tanntek.hon.			14608
Sum beh.kost.			29370

- * 1 etterkontroll på sårområde (suturering)
 ** 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for preparering
 *** 2 detaljbilder i ekstraksjonsområdene, 1 på hver side ved ankertennene.
 **** Beløp tilsvarende takst 503, lavt honorar

Tabell X

Pasientutgifter etter offentlige takster + estimert tannteknikerhonorar			
Tanntap 42, 41, 31, 32. Erstatning, implantatforankret fast bro, 4 ledd, 2 implantater			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Omfattende us	005	1	825
Etterkontr. kir.	003	2*	320
Anestesi	004	2**	176
Modell	901b	2	680
Ekstraksjon	601	1	290
Eks. ytterligere	602	3	510
Røntgenbilde	1002	6***	104
OPG	1004	1	230
1. implantat	618	1	9800
Tilleggsimpl.	619	1	4500
Perm. Distanse	409	2	2400
Mdl. delprotese	503	1	1010****
Helkroner	404	4	7540
Broledd	407	4	3760
Sum tannlegehonorar			32145
Tanntek.hon.			10750
Sum beh.kost.			42895

* 1 etterkontroll på sårområde (suturering), 1 etter implantatinnssetting

** 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for implantatinnssetting

*** 2 detaljbilder preop., 2 postop ved implantatene, 2 i ekstraksjonsområdet

**** Beløp tilsvarende takst 503, lavt honorar

Tabell XI

Refusjon under 1107			
Tanntap 24. Erstatning, fast protese, 3 ledd			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Us. allm.prakt.	A1	1	165
Anestesi	A4	2*	114
Røntgenbilde	1002	1	31
Modell	901b	2	410
Tapt tann	1107d	1	4000
Sum refusjon			4720

* 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for preparering

Tabell XII

Refusjon under 1107			
Tanntap 24. Erstatning, singeltannsimplantat			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Omfattende us	A5	1	825
Anestesi	A4	2*	57
Modell	901b	2	410
Etterkontr. kir	A3	1**	98
Røntgenbilde	1002	2***	62
OPG	1004	1	230
1. implantat	1107e	1	4800
Perm. distanse	1107g	1	600
Tapt tann	1107d	1	4000
Sum refusjon			11082

* 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for implantatinnsetting

** Etterkontroll etter implantatinnsetting

*** 1 detaljbilde preop., 1 detaljbilde postop. ved implantatet

Tabell XIII

Pasientutgifter etter offentlige takster + estimert tannteknikerhonorar			
Tanntap 24. Erstatning, 3-ledds bro			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Us. allm.prakt.	001	1	268
Anestesi	004	2*	176
Ekstraksjon	601	1	290
Eks. ytterligere	602	3	510
Modell	901b	2	680
Røntgenbilde	1002	1	57
Helkrone	404	2	3770
Broledd	407	3	1410
Sum tannlege- honorar			7161
Tanntek.hon.			5478
Sum beh.kost.			12639

* 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for implantatinnsetting

Tabell XIV

Pasientutgifter etter offentlige takster + estimert tannteknikerhonorar			
Tanntap 24. Erstatning, singeltannsimplantat			
Tjeneste/ behandling	Takst	Antall	Honorar
Omfattende us	005	1	825
Anestesi	004	2*	176
Etterkontr. Kir.	003	1**	160
Røntgenbilde	1002	2***	104
OPG	1004	1	390
Modell	901b	2	680
1. implantat	618	1	9800
Perm. distanse	409	1	1200
Helkrone	404	1	1885
Sum tannlegehonorar			15220
Tanntek.hon.			2697
Sum beh.kost.			17917

* 1 anestesi for ekstraksjon, 1 for implantatinnsetting

** Etterkontroll etter implantatinnsetting

*** 1 detaljbilde preop., 1 detaljbilde postop. ved implantatet