

Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier

Publikasjonens tittel: Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av «forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom» punkt 8- Bittanomalier

Utgitt: 12/2014
Publikasjonsnummer: IS-2280
Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Legemiddel og tannhelserefusjon (FILT)
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Astrid Baastad
Linda Haugen
Jørn Herje
Erik Hviding
Per Lüdemann
Aleidis Løken
Siri Rødseth
Wenche I. Tønder
Lidziya V. Ulvenes

SAMMENDRAG	6
 1. PROSJEKTETS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV.....	8
1.1 Mandat	8
1.2 Mål	9
1.3 Rammebetingelser, avgrensninger og forutsetninger	9
1.4 Arbeidsform	10
1.5 Dataanalyse og metode	11
 2. BESKRIVELSE AV KJEVEORTOPEDIFELTET I DAG	12
2.1 Finansiering av tannhelsetjenester i Norge – bakgrunn, beskrivelse og utfordringer	12
2.2 Oppgavefordeling etter LEON-prinsippet	13
2.3 Om bitt- og tannstillingsanomalier	14
2.3.1 Ideal – «normalbitt»	14
2.3.2 Bittets utvikling.....	15
2.3.3 Prioriteringsindeks	15
2.3.4 Forekomst (prevalens) av morfologiske bittavvik.....	16
2.4 Kjeveortopedisk behandling	16
2.4.1 Beslutning om behandling av bittavvik	16
2.4.2 Fasene i et kjeveortopedisk behandlingsforløp	17
2.4.2.1 Observasjon i Den offentlige tannhelsetjeneste (DOT) og henvisning til kjeveortopedi	17
2.4.2.2 Forundersøkelse	17
2.4.2.3 Oppstart / behandlingsplanlegging	18
2.4.2.4 Innledende behandling.....	18
2.4.2.5 Behandling.....	18
2.4.2.6 Avslutning og retensjonskontroll	19
2.4.3 Oppgjør, kontroll og utbetaling.....	19
2.5 Konsekvenser av ikke å behandle bittavvik	19
2.6 Mulige bivirkninger ved kjeveortopedisk behandling	20

2.7 Utdannelse	21
3. REGELVERK OG PRIORITERINGER	22
3.1 Dagens regelverk	22
3.2 Bakgrunn for dagens regelverk	23
3.3 Hvorfor prioritere?	24
3.3.1 Bakgrunn for økt prioriteringsfokus	24
3.4 Rettslig forankring av prioriteringer på folketrygdlovens område	26
3.5 Konkret vurdering av kjeveortopedifeltet	27
3.6 Konsekvenser av nedprioritering på kjeveortopedifeltet	28
4. FINANSIERING AV KJEVEORTOPEDI	29
4.1 Tannhelsetjenestemarkedet og markedet for kjeveortopedisk behandling	29
4.2 Etterspørsel etter kjeveortopedisk behandling	30
4.2.1 Betalingsvillighet for kjeveortopedisk behandling	30
4.2.2 Priselastisitet	31
4.3 Tilbud av kjeveortopedisk behandling	31
4.3.1 Utdanning	31
4.3.2 Etablering og drift av kjeveortopedpraksis	31
4.4 Finansiering som reguleringsmekanisme	32
5. FOLKETRYGDENS UTGIFTER TIL KJEVEORTOPEDI	35
5.1 Kostnader til tannbehandling i Norge	35
5.2 Folketrygdens utgifter til kjeveortopedi og antall behandlere – 2013	35
5.2.1 Stønadsutbetaling til kjeveortopedi i 2013	35
5.2.2 Behandlerne	36
5.3 Utvikling kjeveortopedi 2008-2013	38
5.3.1 Endring i antall brukere 2011-2013	39
5.4 Takstbruk ved kjeveortopedisk behandling	40

5.4.1	Metode.....	40
5.4.2	Funn.....	40
5.4.2.1	Diagnosegruppene – innslagspunktene	40
5.4.2.2	Brukere	42
5.4.2.3	Utbetalt stønad	42
5.4.2.4	Analyse av takstbruken	44
5.4.2.5	Privat versus offentlig spesialist.....	47
6.	DISKUSJON.....	49
7.	ANBEFALINGER – VEIEN VIDERE.....	53
8.	REFERANSER	56
9.	VEDLEGG.....	60

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet fikk gjennom tildelingsbrev i 2013 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å foreta en analyse av stønadsutbetalingene til bl.a. kjeveortopedisk behandling (tannregulering) som omfattes av forskriften til folketrygdlovens § 5-6. Oppdraget besto i en analyse av mottagergruppene, diagnose, behandling og variasjon i utbetalingene av tilskudd. I tillegg ville HOD ha beskrevet eventuelle behov for endringer i takstsystemet. Arbeidsgruppen har vært sammensatt med personer fra divisjon for Helseøkonomi og finansiering og Primærhelsetjenester.

Majoriteten av de som gjennomgår kjeveortopedisk behandling er barn og ungdom under 18 år, som har rett til gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Denne finansieres av fylkeskommunene. Tannregulering av spesifikke tannstillingsfeil finansieres av folketrygden. Brukerne har også en varierende grad av egenbetaling, som skyldes at kjeveortopedene har fri prissetting av sine tjenester.

I 2013 utgjorde folketrygdens stønad for kjeveortopedisk behandling 566 millioner kr, som er nær en tredjedel av den stønad som utbetales via folketrygden til tannsykdommer.

At tannregulering utføres på spesialistnivå med refusjon fra folketrygden for hver enkelt arbeidsprosedyre, synes å være kostnadsdrivende.

Folketrygdloven § 5-6 uttrykker eksplisitt at trygden kun yter stønad til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom, mens tannstillingsfeil oppfattes som et morfologisk avvik, og ikke sykdom. Hvis en bruker aksepterte kriterier for prioritering i helsesektoren, er det utfordrende å forsvare den betydelige ressursbruken som kjeveortopedisk behandling utgjør.

Helsedirektoratet anbefaler at man foretar en vurdering av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier, angående hvilke brukere som skal motta stønad til kjeveortopedisk behandling.

Det anbefales å vurdere å endre dagens finansieringsordning, og gå bort fra eller minimere tredjepartsfinansiering. Finansieringsansvaret kan enten ligge i fylkeskommunen eller i staten. Siden dette er en standardisert behandling, kan en også vurdere å endre stønaden for kjeveortopedi til en form for «en-bloc»-utbetalinger.

En kan vurdere å utrede nærmere muligheter for regulering av fastpris/fast egenandelbetaling ved stønadsberettiget tannregulering. En av flere mulige modeller er å innføre krav om avtaler slik det

gjelder alle andre legespesialister. Gjennom avtaler reguleres egenandeler og prisfastsettelse, det stilles krav til dokumentasjon og samhandling mm.

Helsedirektoratet anbefaler å utrede nærmere om det er potensiale ved å overføre enkelte kjeveortopediske behandlinger eller deler av den kjeveortopediske behandlingen til den offentlige tannhelsetjenesten.

Overføring av ansvaret for kjeveortopedi til den offentlige tannhelsetjenesten vil sørge for at DOT får et helhetlig ansvar for all tannbehandling for barn og ungdom. Det medvirker til bedre samhandling i sektoren, og en unngår de ulemper som tredjeparts finansiering av tjenester medfører. Helsedirektoratet anbefaler å utrede økonomiske og organisatoriske konsekvenser av en slik overføring.

Helsedirektoratet foreslår ytterligere tiltak, uavhengig av den overordnede organiseringen. Et av disse vil være å styrke brukerne gjennom å sikre mer informasjon til forbrukerne hva gjelder behandlingsalternativer, pris og kvalitet.

Det anbefales å kutte, begrense eller endre listen for å gi rom for bruk av mer skjønn både for henviser og kjeveortoped. Det anbefales en sterkere grad av individuell vurdering hver gang en bruker blir henvist fra DOT til kjeveortoped, der både fordeler og reelle bivirkninger belyses.

Videre anbefales det å stille krav til elektronisk informasjonsdeling mellom henviser og privat kjeveortoped.

Det anbefales å endre takster som er basert på tidsestimater, ved enten å endre kronebeløp på enkelte takster for å få bedre samsvar med anslått tidsbruk, eller ved å fjerne tidsaspektet fra takster. Det foreslås å stille strengere krav til dokumentasjon ved bruk av takster eller fjerne enkelte takster helt. Man kan sette tak på bruken av enkelttakster eller sette en maksimal grense på hvor mye behandlingen kan koste for enkelte grupper. Eventuelt redusere andel av honorartakst som dekkes for de ulike gruppene.

Dagens ordning med økt stønad til søsken er problematisk da den er umulig å likebehandle for forvaltningen, samt virker som et behandlingsdrivende økonomisk insentiv. Helsedirektoratet anbefaler en utredning av å fjerne denne ordningen.

1. PROSJEKTETS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV.

Overordnet mål med finansiering på tannhelsefeltet er en forsvarlig og samfunnsøkonomisk lønnsom bruk av stønadsmidler gjeldende tannbehandling. Vår analyse av forskriftens¹ § 1 pkt. 8 bittanomalier ble organisert som et prosjekt internt i Helsedirektoratet. I tillegg er funn og mulige løsninger blitt diskutert med en ekstern referansegruppe og ekspertgruppe. Alle konklusjoner og anbefalinger er Helsedirektoratets.

1.1 Mandat

Helsedirektoratet ved divisjon helseøkonomi og finansiering fikk i tildelingsbrev (Statsbudsjettet 2013 – Kap 720 Helsedirektoratet) i desember 2012 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å foreta «En analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens § 1 pkt. 7, pkt. 8 og pkt. 14. Analysen skal blant annet omfatte opplysninger om mottagergruppene, diagnose og behandling, og variasjon i utbetalingene av tilskudd. For pkt. 8 skal analysen også omfatte eventuelt behov for endringer i takstsystemet.»

Det følger av forskrift til folketrygdloven § 5-6, forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, § 1. Stønadsberettiget undersøkelse og behandling: «Etter folketrygdloven § 5-6 ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved følgende tilstander/tilfeller (...) pkt. 7. Tannutviklingsforstyrrelser, pkt. 8. Bittanomalier, pkt. 14. Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne».

Prosjektet (analysene) omfatter dermed tre hovedområder:

1. Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tannutviklingsforstyrrelser (pkt. 7).
2. Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved bittanomalier (pkt. 8). Analysen skal også omfatte eventuelt behov for endringer i takstsystemet.
3. Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved sterkt nedsatt evne til egenomsorg

¹ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom.

ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne (pkt. 14).

Vi har valgt å dele arbeidet opp i tre delprosjekter, der hvert delprosjekt / område vil levere en rapport. Det første delprosjektet (pkt. 7) ble levert til departementet i juli 2013, det tredje delprosjektet (pkt. 14) ble levert til departementet i november 2013, mens delprosjekt 2 (pkt. 8) leveres departementet innen utgangen av desember 2014.

Denne rapporten omhandler delprosjekt 2.

1.2 Mål

Overordnet mål med finansiering på tannhelsefeltet er en forsvarlig og samfunnsøkonomisk lønnsom bruk av stønadsmidler gjeldende tannbehandling². Et mål om «forsvarlig og samfunnsøkonomisk lønnsom bruk av stønadsmidler» vil måtte bety en dynamisk forvaltning, hvor man til en hver tid legger gjeldende lovverk og prioriteringskriterier til grunn for finansieringen.

Våre forslag til videre arbeid på pkt. 8 – Bittanomalier skal over tid strebe etter å nå følgende effektmål:

- Nødvendige og forsvarlige behandlinger som dekkes av refusjonsordninger på tannhelseområdet.
- Et treffsikkert regelverk (stønad til de som trenger det mest) på tannhelseområdet.
- Finansieringsordninger som støtter opp om likeverdige helsetjenester av god kvalitet.
- Finansieringsordninger som understøtter gode pasientforløp og samhandlingsløsninger.
- Effektiv ressursutnyttelse i forvaltning av helserefusjonsområdet.

Resultatmål av vårt prosjekt er en rapport som leveres til Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2014. Rapporten skal dekke følgende områder:

1. Brukergrupper av kjeveortopedisk behandling (alder og hvor de har fått behandling)
1. Diagnose og kjeveortopedisk behandling
2. Stønadsutbetalinger til kjeveortopeder
3. Takstsystemet for kjeveortopedisk behandling

1.3 Rammebetingelser, avgrensninger og forutsetninger

Forslagene skal være i tråd med intensjonen om fortsatt målretting. Gjennom folketrygden skal spesielle grupper sikres kompensasjon for særlige utgifter til tannbehandling ved sykdom eller skade som ikke dekkes av annen lovgivning. Dette er et førende prinsipp i alle endringsforslagene ettersom utgangspunktet i folketrygdloven er at tannbehandling for den voksne befolkningen ikke skal dekkes.

² Programområde 30 Stønad ved helsetjenester kap 2711. post 72

Foreslåtte regelverksendringer må være hensiktsmessige også administrativt/teknisk, og må tilrettelegge for elektroniske løsninger for innsending, utbetaling og kontroll.

Regelverket skal være enkelt, oversiktlig og brukervennlig.

Eventuell omlegging av takstsystemet til prosedyretakster bør tilstrebes så langt det lar seg gjøre.

Denne rapporten vurderer ikke eventuelle økonomiske, administrative og juridiske konsekvenser av skisserte / foreslåtte endringer. Dette bør utredes ytterligere på evt. nye oppdrag fra HOD.

Direktoratet er kjent med at det for tiden foregår en utredning av spesialistbehovet i Norge. Dette oppdraget berører ikke denne problematikken, men vi ønsker å presisere at dagens regelverk forutsetter en god geografisk spredning av kjeveortopeder.

1.4 Arbeidsform

Prosjektet er plassert i Helsedirektoratets divisjon for helseøkonomi og finansiering (FI), avdeling for legemiddel- og tannhelserefusjon (FILT). Prosjektgruppen består av representanter fra FILT og en representant fra primærhelsetjenestedivisjonens avdeling for allmennhelsetjenester (PHAH). Prosjekteier er avdelingsdirektør for FILT.

Det ble opprettet en referansegruppe som besto av:

- Den norske tannlegeforening (NTF) ved fagsjef, Aril Jul Nilsen
- Nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander (TAKO) ved spesialtannlege, Dr. odont, spesialist i kjeveortopedi, Stefan Axelsson
- Fylkestannlegenes Arbeidsutvalg (FAU) ved leder, Peter Marstrander
- Universitetet i Oslo ved 1. amanuensis, spesialist i kjeveortopedi, Kari Birkeland
- Universitetet i Bergen ved Professor, Dr. Philos., spesialist i kjeveortopedi, Keijo Luukko
- Universitetet i Tromsø ved Instituttleder, professor Clas Göran Crossner (høstmøtet)
- Kompetansesentrene ved Paul K. Sæle (høstmøtet) / Kasper Dahl Kristensen (vårmøtet)

Referansegruppen har hatt to møter, ett på våren og ett på høsten 2014, der gruppen fikk mulighet til å komme med innspill og diskusjoner omkring prosjektets arbeide, evaluering av inngangsvilkårene for stønad, det eksisterende takstsystemet, prioritering og organisering, samt prosjektets funn.

Helsedirektoratet har også hatt et diskusjonsmøte med representanter for kjeveortopediforeningen og pedodontiforeningen, samt to møter med Den norske tannlegeforening (NTF).

På diskusjonsmøtet deltok:

- To representanter fra Norsk spesialistforening i pedodonti; Tove I. Wigen og Nina J. Wang
- En representant fra Norsk forening for pedodonti; Lars Ulvestad

- To representanter fra Norsk Kjeveortopedisk forening; Geir Bjørnum Kristiansen og Tone Klepsland. Bjørnum Kristiansen og Klepsland var også representert på et av orienteringsmøtene som Helsedirektoratet hadde med NTF høsten 2014.

Helsedirektoratet takker for verdifulle innspill. Alle konklusjoner og anbefalinger i rapporten er Helsedirektoratets ansvar.

1.5 Dataanalyse og metode

Datamateriale om brukere, behandlere og stønadsutbetalinger til kjeveortopeder på pkt. 8 i tidsperioden 2010-2013 er hentet fra elektronisk oppgjørsdatabase, KUHR. Et behandlingsløp på kjeveortopedi går normalt over mer enn ett år, og da kan vi ikke bruke regnskapene som basis for vår undersøkelse av takstbruk i et behandlingsforløp. Våre data inkluderer derfor alle behandlingsforløp fra og med år 2010 til og med 2013 (4 år). Alle brukere inkludert i datamaterialet skal ha startet og avsluttet behandling innenfor denne tidsperioden, i alt 108 140 brukere. Behandlingsstart defineres ved stønad etter takst 601 «behandlingsplanlegging». Behandlingsslutt defineres ved stønad etter takst 607a/b «retensjonskontroll».

For historisk utvikling i stønadsutbetalinger i kjeveortopedi ble regnskapsrapport 130 benyttet. På tannhelseområdet består denne både av innsendte regninger elektronisk fra behandlere med direkte oppgjørsavtale med Helfo, og innsendte regninger på papir fra både behandlere og brukere. Den elektroniske databasen (KUHR = kontroll og utbetaling helserefusjoner) gir søkbare data når det gjelder både hvilken type tannsykdom det er gitt stønad til og hva som er utført av behandling (behandlingstakster). Når det gjelder papirbaserte regninger har vi ikke disse data, men kun utbetalt stønad. Derfor vil vi i alle undersøkelser få et varierende bortfall av behandlinger som vi ikke kan redegjøre for i detalj. For tannhelseområdet startet en med innsending til KUHR i 2010 og har gradvis økt andelen utbetalinger i dette systemet til over 90 % av pengemengden (2014).

Helsedirektoratet har også foretatt en litteraturgjennomgang gjennom egne søk, biblioteksøk, søk i Cochrane database og kildelister tilsendt fra universitetet i Oslo. Det viser seg at det er behov for mer forskning på kjeveortopedisk behandling, samt kunnskapsoppsummeringer/ metaanalyser av det som allerede finnes på dette området.

2. BESKRIVELSE AV KJEVEORTOPEDIFELTET I DAG

I 2008 utarbeidet NAV en rapport med karakteristika om bitt- og tannstillingsanomalier³. Den deskriptive teksten i dette kapitlet er i noen grad hentet derifra. Konsekvenser ved ubehandlet bittavvik er oppdatert i denne rapporten i henhold til nyere forskning, ikke minst på oral helse og livskvalitet.

2.1 Finansiering av tannhelsetjenester i Norge – bakgrunn, beskrivelse og utfordringer

Den offentlige tannhelsetjenesten finansieres via skatter og rammetilskudd fra Staten, og sikrer behandling av barn og unge, samt enkelte utsatte grupper, jfr. Tannhelsetjenesteloven § 1-3. Hovedfordelen med den offentlige tannhelsetjenesten er en rettferdig fordeling av tannhelsetjenester. Systemet har høye transaksjonskostnader knyttet til beskatning og høye kostnader som følge av moral hazard⁴ (Grytten, 2005).

Tannbehandling for den voksne del av befolkningen må som utgangspunkt dekkes av borgeren selv, ved kjøp i privat sektor.

Tannhelsetjenesteloven gir fylkeskommuner ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Offentlige tannleger ansettes stort sett på fast lønn, og fylker har ansvar for drift av tannklinikker.

Der det offentlige ikke har ansvar for å gi et tilbud, kan det ytes hel eller delvis økonomisk støtte til grupper i befolkningen med særegne tannbehandlingsbehov, inkludert kjeveortopedisk behandling, gjennom folketrygdlovens kap. 5. Bakgrunn for folketrygdfinansiering av kjeveortopedimarkedet er å sikre at alle får nødvendig behandling, og å sikre en jevn geografisk fordeling av kjeveortopeder.

Todelt finansiering av tannhelsetjenesten kritiseres for å være urettferdig pga. selv-seleksjon av individer ut ifra deres sosioøkonomiske status. Nguyen og Hakkinen fant ut at i Finland hadde lav-inntekts grupper flere besøk til den offentlige tannhelsetjenesten, mens høy-inntektsgruppen

³ «§ 5-6 Tannbehandling - Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling, NAV, 2008.

⁴ Moral hazard er overforbruk av tjenester dersom de oppleves som «gratis». For nærmere beskrivelse se Grytten 2005.

etterspurte tjenester fra det private markedet. De hevdet at reduksjon av egenandeler og økt tilbud av offentlig tannhelsetjeneste ville øke bruk av tannlegetjenester i begge markeder, og gjennom dette redusere urettferdighet og ulikheter i bruk av tannlegetjenester (Nguyen L, Häkkinen U, 2005). En annen svakhet ved to- eller flerdelte finansieringsmodeller er at ressursutnyttelsen blir ineffektiv med kostnadsvridninger mellom ulike systemer.

Kjeveortopeditjenester er organisert i et privat marked med fri etablering og fri prissetting. En del kjeveortopediske tjenester finansieres av folketrygden etter bestemte takster uavhengig av hva behandleren krever i egenbetaling fra brukeren.

DOT skal fungere som en portvakt for å avlaste kjeveortopedisk spesialistbehandling. Dette skal være første vurderingsinstans av behovet for spesialisert kjeveortopedisk tjeneste. Ved en positiv vurdering sendes brukeren til kjeveortoped. Henvisningspraksis viser seg å ikke fungere optimalt. Manglende vurderingskompetanse i DOT, oppgaveforskyvning og kostnadsvridninger, samt manglende økonomiske insitamenter til å yte mer enn det som er strengt nødvendig kan være mulige forklaringer.

Når brukeren har kommet til en kjeveortoped, skal han/hun få en vurdering med behandlingstilbud der behandling er vurdert som nødvendig, samt et prisoverslag. Her er det brukerne gjennom egenandeler, og staten via folketrygden som bærer økonomisk risiko. Finansiering basert på takster er tungt å forvalte. Et høyt oppstykket takstsystem kan føre til uriktig koding. Det positive er en jevn geografisk spredning (god tilgjengelighet for alle) og redusert risiko for seleksjon av brukere. En økende prisinelastisk etterspørsel og høy betalingsvillighet for kjeveortopedtjenester stiller oss foran et dilemma: er det slik at folketrygden skal finansiere tjenester som brukerne kan og er villige til å betale for selv?

I NOU 2005: 11 ble det påpekt at det er behov for å sette nye grenser for i hvilken grad det offentlige skal finansiere tannbehandling utover det som har et rent funksjonelt siktemål.

2.2 Oppgavefordeling etter LEON-prinsippet

Oppgaveforskyvning eller oppgavegliding (begrepet er kjent internasjonalt som "task shifting") innebærer å endre helsetjenestens personellsammensetning, ut i fra hvilke oppgaver som legges til de ulike helsepersonellprofesjonene. Oppgaveforskyvning kan føre til effektivitetsgevinster når oppgaver og aktiviteter blir utført på så lavt nivå som mulig (LEON-prinsippet), og uten at dette går på bekostning av kvalitet. Oppgaveforskyvning kan på denne måten være ressursbesparende ved at personellressurser frigjøres på et høyere nivå.

I norsk helsetjeneste er det arbeidsgiverne og virksomhetsledelsene som har ansvaret for å organisere et forsvarlig tilbud av helsetjenester. Plikter og ansvar henger nøye sammen. Helsepersonell har først og fremst et ansvar i forhold til etterlevelse av egne profesjonsplikter – forsvarlig yrkesutøvelse. Arbeidsgiver må derfor innrette virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine plikter.

Systemet med autorisasjon og andre godkjenningsordninger for helsepersonell innebærer ikke et metodemonopol. En bestemt profesjon får altså ikke en eksklusiv rett til ulike behandlingsmetoder. Dette kan likevel være regulert på avgrensede områder gjennom særlover.

Grensene for helsepersonellens yrkesutøvelse er regulert av helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet. Disse er knyttet til kvalifikasjoner i form av utdanning, etterutdanning og yrkespraksis, men også krav til samarbeid og samhandling med annet helsepersonell. Som rettslig standard vil innholdet i forsvarlighetskravet variere ut i fra hvilken yrkesgruppe man tilhører, hvilken kompetanse og erfaring man har tilegnet seg, og den konkrete situasjonen man befinner seg i.

Dette innebærer at det avgjørende for hvilke oppgaver man kan utføre som helsepersonell ikke nødvendigvis følger av hvilken profesjon man tilhører, men hvilke kvalifikasjoner man har tilegnet seg, om utførelse av den aktuelle oppgaven er i samsvar med kravet til forsvarlighet og om det er i samsvar med arbeidsgivers instruks for stillingen.

Flere helsepolitiske dokumenter har de senere årene pekt på at arbeidsdelingen blant annet mellom tannleger og tannpleiere i Norge burde endres i retning av en mer omfattende bruk av tannpleiere, jfr. NOU 2005:11.

2.3 Om bitt- og tannstillingsanomalier

Kjeveortopedi er den del av odontologien som omfatter diagnostikk og behandling av bitt- og tannstillingsanomalier, samt kunnskap om anomaliens årsaker, konsekvenser og forebygging⁵. Faget er forankret i kunnskap om craniofacial vekst og utvikling.

Kjeveortopedi (tannregulering) innebærer at behandling ved hjelp av fastsittende og/eller avtakbar kjeveortopedisk apparatur påvirker kjevene og deres tilvekst, samt forflytter tennene med avvikende posisjon, slik at tennenes stilling bedre harmoniserer med det "ideelle" eller "normale" bittet.

2.3.1 Ideal – «normalbitt»

Kjeveortopedisk behandling er behandling av et avvik fra et konstruert ideal - okklusjon (bitt). Okklusjonsbegrepet⁶ ble utviklet i siste halvdel av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, og var antagelig koblet til konstruksjon av tannerstatninger i forbindelse med artikulatoppsettning av helproteser. Filosofien bak dette hadde et sterkt matematisk-mekanisk preg, og det er få mennesker i befolkningen som oppfyller kriteriene til et normalbitt.

E. Angle⁷ beskrev okklusjonen (bittet) ut fra 3 morfologiske typer:

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

⁵ Stenvik A Innspill til NOU 2005:11

⁶ Statens beredning för medisinsk utvärdering (SBU) – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005

⁷ Angle EH Classification of malocclusion Dent Cosmos 1899;41:248-64

Klassifikasjonen er statisk, og brukes fremdeles til å betegne avvik fra det "normale". Normalbittets kobling til oral helse og funksjon er uklar, og det er lite kritisk granskning av idealbittsnormen. Imidlertid har en som en konsekvens av dagens samfunnsutvikling også begynt å få et endret syn på dette. Mens den ideelle okklusjon tidligere⁸ ble sett på som «naturens» fullkomne mål og ifølge Angle en forutsetning for god ansiktsestetikk, er i dag variasjon akseptert som det naturlige. Det er imidlertid en oppfatning om at jo mer avviket skiller seg fra normalbittet, desto større er risikoen for fremtidig skade.

2.3.2 Bittets utvikling

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

- 2 ½-3-årsalder; melketannsbittet etablert
- 6-14 år; blandingstannsett der melketennene mistes og permanente tenner bryter frem
 - Fortennene mistes først og erstattes
 - 6-årsjeksene bryter frem bak melketannsjeksene
 - Melketennene i sidesegmentene mistes og erstattes (premolarer og hjørnetenner)
 - 12-årsjeksene bryter frem og etablerer 28-tanns-settet
 - I hele perioden skjer det en tilvekst i kjevene som lager plass for de nye tennene
 - Etter etablering av 28-tannsettet foregår det kontinuerlige endringer i bittet

2.3.3 Prioriteringsindeks

Stønadsordningen til kjeveortopedi etter folketrygdlovens bestemmelser bygger på en såkalt morfologisk indeks. Morfologisk indeks er en indeks basert på bittets og tannrekkenes avvik fra en konstruert vedtatt norm: normalbittet. Dette betyr at indeksen i detalj beskriver avvikets morfologi i forhold til idealbittet.

I Norge regulerer indeksen dermed hvem som skal få stønad, og videre inndeling av karakteristika i gruppene A (svært stort behov), B (stort behov) og C (klart behov) gir indeksen anvisning på grad av stønad som ytes. Indeksen, slik vi har den i dag, ble utarbeidet i 1985 av en professorgruppe⁹ som en uttalelse i forbindelse med et arbeid som omhandlet folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. I sine kommentarer legger gruppen til grunn for sitt forslag at plassering i gruppe A og B skal være basert på objektivt vurderbare kriterier uten behov for skjønnsmessig vurdering av den enkelte kjeveortoped. I gruppe C ville kriteriene være utformet slik at det også må foretas en skjønnsmessig vurdering hvorvidt et kasus er innenfor regelverkets bestemmelser. I sitt vedlegg henviser gruppen til den da gjeldende svenske behandlingsbehovsindeksen¹⁰. Denne hadde prinsipielt samme inndeling som den norske fikk, men hadde ikke de samme rigorøse detaljbestemmelsene, og overlot mer til behandler og individets skjønn.

⁸ Midtbø M: Nor Tannlegeforen Tid 2003; 113: 556–7

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

¹⁰ Socialstyrelsen. Kungliga medicinalstyrelsens sirkulär, 13. desember 1967, MF nr. 71 1967

Karakteristisk for en morfologisk indeks er at den gir en gradering og vurdering av det morfologiske bittavviket. Det foretas en kategorisering av de forskjellige diagnosene i forhold til kompleksiteten av behandlingen av disse. Problemet med de morfologiske indeksene er ifølge Statens beredning for medisinsk utvärdering (SBU) at det savnes et vitenskapelig grunnlag angående validiteten (altså om indeksen måler det den skal måle). Når det gjelder den gjeldende norske prioriteringsindeksen, la gruppen til grunn for sitt forslag sin faglige vurdering som delvis bygget på veldokumenterte vitenskapelige undersøkelser, og delvis på gruppens kliniske erfaring gjennom flere år.

2.3.4 Forekomst (prevalens) av morfologiske bittavvik

Det finnes lite tilgjengelig materiale mht. epidemiologiske undersøkelser når det gjelder forekomst av de ulike bittanomalier som det ytes stønad fra folketrygden til behandling for. Dette skyldes i første rekke ulike definisjoner på hva som karakteriseres som bittavvik, og ulike målemetoder. Estimert på behov for kjeveortopedisk behandling varierer med populasjon og det selvopplevde behov i den aktuelle populasjonen. Det finnes også studier som viser uenigheter kjeveortopedene i mellom i deres skjønsmessige behovsvurdering. I en studie påviste Richmond og Daniels at i en fjerdedel av tilfellene (totalt antall tilfeller på 240) var mindre enn 50 prosent av kjeveortopedene enige i behov for behandling¹¹.

Behandlingsfrekvensen i Norge har vært stabil gjennom flere år på ca. 1/3 av hvert årskull. Andel av bittavvik som faktisk blir gjenstand for søknad til folketrygden holder seg også stabilt. I tillegg til de rendyrkede avvikene, vil en ha varierende grad av kombinasjoner av forskjellige avvik. Hyppigst er kombinasjonen plassmangel (C6) i over- og underkjeve.

Antall søknader¹² for behandling fordeles likt mellom gruppe B og C, og i overkant av 1 prosent utgjør søknader for gruppe A.

2.4 Kjeveortopedisk behandling

2.4.1 Beslutning om behandling av bittavvik

Hovedtyngden av indikasjoner for kjeveortopedisk behandling omfatter kun tannstillingen, og behandlingen innebærer at tennene flyttes for å komme i overensstemmelse med "idealbittet". Kun en liten del av indikasjonene forutsetter i tillegg omfattende kirurgisk behandling.

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

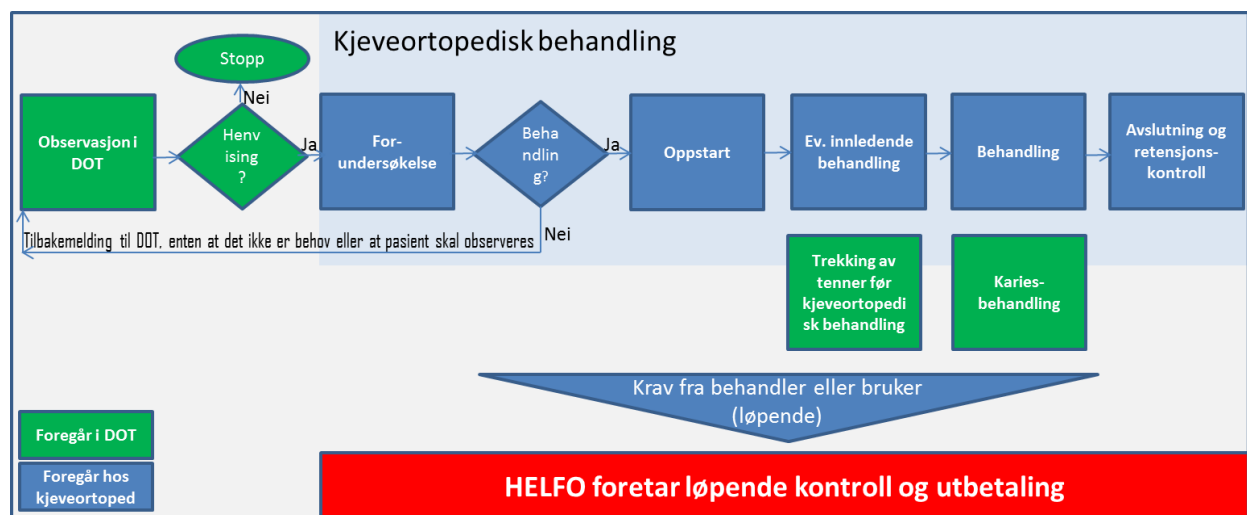
Beslutningen om at kjeveortopedisk behandling skal gjennomføres er kompleks, og ettersom behandlingen i all hovedsak foretas ut fra en estetisk bedømmelse, vil offentlige behandlingsindekser

¹¹ S: Richmond and C.P.Daniels International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1-Treatment need, Am. J orthod 1998

¹² Evjen G, Grytten J, Ramstad T, Ødegaard J, Stenvik A Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111:18-21 Malokklusjoner og søknad til folketrygden

og stønad antagelig ha en viss påvirkning når det gjelder avgjørelsen om det skal igangsettes behandling eller ei. I land der brukerne selv må finansiere kjeveortopedisk behandling har foreldrenes inntekt stor betydning i beslutningsprosessen¹³.

2.4.2 Fasene i et kjeveortopedisk behandlingsforløp



Behandlingsfaser i kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier

2.4.2.1 Observasjon i Den offentlige tannhelsetjeneste (DOT) og henvisning til kjeveortopedi

Som regel startes kjeveortopedisk behandling når individet er på vei inn i tenårene, vanligvis ved 12-14-årsalder. I Norge må de som skal få stønad etter folketrygdlovens bestemmelser etter indeksens gruppe B og C ha påbegynt sin behandling senest det året medlemmet fyller 20 år.

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

2.4.2.2 Forundersøkelse

Kjeveortopeden foretar en forundersøkelse hvor hensikten er å stille en diagnose, og således avgjøre om brukeren trenger kjeveortopedisk behandling. Forundersøkelsen følger et standardisert forløp, og i tillegg til den kliniske undersøkelsen benyttes røntgenbilder. I noen tilfeller blir brukeren holdt under observasjon i ett eller flere år for å avvente veksten og se hvordan bittet utvikler seg. Det kan gis stønad til én forundersøkelse årlig. Forundersøkelsen inngår i egenandelstak 2-ordningen.

¹³ Kelly JE DHEW Publication(HRA) 77-1644; 1977

2.4.2.3 Oppstart / behandlingsplanlegging

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

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

2.4.2.4 Innledende behandling

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

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

2.4.2.5 Behandling

I den aktive behandlingsfasen vil hovedavviket behandles. I de aller fleste tilfeller i Norden benyttes fast apparatur i begge kjever, da dette anses mest kostnadseffektivt, og prinsipielt kan brukes på alle typer bittavvik¹⁴. Behandlingen går raskere, og gir bedre resultat. Fast apparatur består av fester (brackets) som limes (bondes) på tennene. Mellom festene er det en metalltråd (bue) som styrer tennenes flytting. I blant må en også bruke ulike typer av fjærer og gummistrikk etter type bittavvik som skal korrigeres.

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

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

Vanlig behandlingstid er 1-3 år, med regelmessige besøk hos kjeveortoped med 1 til 2 måneders intervall. Tiden medgått ved hvert besøk kan variere en del, men er også relativt standardisert.

¹⁴ Statens beredning för medisinsk utvärdering (SBU) – Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv 2005

Spesielle grupper som psykisk utviklingshemmede og andre behandlingskrevende grupper kan kreve noe mer tid. Det er i forkant vanskelig å forutsi varigheten, da vekst og utvikling er uforutsigbart.

2.4.2.6 Avslutning og retensjonskontroll

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

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

Kontrollene løper som regel over flere år. Regelverket setter en begrensning på seks kontroller, og undersøkelser viser at brukere i snitt går 5,4 ganger til kontroll¹⁵.

Målet for kjeveortopedisk behandling er, som tidligere nevnt, som regel å skape et såkalt normalbitt. Undersøkelser viser imidlertid at bittet etter avsluttet vekst ikke kan betraktes som stabilt og helt ferdigutviklet, men vil alltid kunne oppvise mindre forandringer¹⁶. Dette kommer dels som følge av naturlig benremodellering i kjevene, dels som følge av forandringer i tannkontakter forårsaket av tannsykdommer og/eller tannlegebehandling. Langsiktig stabilitet etter kjeveortopedisk behandling er derfor problematisk å studere, ettersom det tar mange år innen naturlige forandringer i bittet blir tydelige. Det er også vanskelig å skille residiv (tilbakefall) fra normale forandringer. En oppfølging av kjeveortopedisk behandling i ett til to år er en for kort tidsperiode. I følge Statens beredning för medisinsk utvärdering (SBU) bør oppfølgingen skje minst fem år etter avsluttet behandling for å være hensiktsmessig.

2.4.3 Oppgjør, kontroll og utbetaling

Gjennom avtale om direkte oppgjør med HELFO får kjeveortopeder utbetalt (brukers) refusjon. Oppgjørene sendes månedlig til HELFO, som foretar kontroll og utbetaler.

2.5 Konsekvenser av ikke å behandle bittavvik

Helsedirektoratet har foretatt en litteraturgjennomgang vedrørende effekt av kjeveortopedisk behandling.

De fleste malokklusjoner ville ikke utgjøre noen helserisiko dersom de forble ubehandlet (Bettin, Spassov, Werner, 2014).

¹⁵ NAV-rapport 2008

¹⁶ Statens beredning för medisinsk utvärdering (SBU) – Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv 2005

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

- bittavvik og periodontitt
- bittavvik og taleproblem
- bittavvik og tyggefunksjon
- bittavvik og oppdelingsevne ved tygging og helse
- det spesifikt ubehandlede bittavvik og symptomgivende kjevefunksjonsforstyrrelser

I henhold til nyere litteratur er det vanskelig å begrunne kjeveortopedisk behandling med bedring i funksjon eller oral helse for de aller fleste kjeveortopediske pasienter (Naretto, 2011).

Konsekvensene av ikke å behandle avvik er således i de aller fleste tilfeller ikke spesielt alvorlige når det gjelder somatiske skader/problemer. De største problemene med ikke å behandle et bittavvik vil knytte seg til psykososiale problemer ut fra det rådende estetiske ideal i befolkningen og hos den enkelte. Ifølge en svensk undersøkelse fra 2005¹⁷ preges man ikke psykisk av å være ubehandlet. Man kan hevde at samfunnet i dag har større krav til utseende. Det er ikke til å komme forbi at kjeveortopedisk behandling i stor grad er knyttet opp til estetiske hensyn, og at det ligger i grenseland inn mot kosmetisk behandling.

2.6 Mulige bivirkninger ved kjeveortopedisk behandling

Ifølge Norsk Kjeveortopedisk forening¹⁸ er tannregulering/ kjeveortopedisk behandling som regel ikke skadelig. Imidlertid viser oppdatert litteratur at det finnes kjente bivirkninger ved kjeveortopedisk behandling.

De hyppigst forekommende bivirkningene er at tannrøttene blir kortere og at tannbuen minsker i lengde og bredde^{19,20}. Enkelte undersøkelser viser at tannrøttene resorberes i ulik grad i tilnærmet alle tilfeller. Dårlig tannhygiene i den tiden man har fast regulering kan føre til skader i emaljen på tennene²¹. Det er også observert pulpaskade på tenner som har vært utsatt for store krefter i forbindelse med reguleringen.

¹⁷ Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 176: Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv. En systematisk litteraturöversikt.

¹⁸ Fra Norsk Kjeveortopedisk forenings nettsider: <http://www.kjeveortopediskforening.no/c-97-Er-tannregulering-skadelig.aspx>

¹⁹ SBU-rapport nr 176: Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv kapittel 8 Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) – Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv 2005, kapittel 8

²⁰ Mitchell, Laura; An introduction to orthodontics

²¹ Fra Orthodontic Journal 10/1179/1465312052

Vitenskapelig vet man lite om langtidsvirkningene, men på grunn av bivirkningene kan behandlingsresultatet bli ustabilt, noe som igjen kan medføre residiv.

For å unngå slikt «tilbakefall» bør man benytte permanente «retainere». En svært sjelden sideeffekt av regulering er at nerven i en tann dør. Da må tannen rotfylles. Tenner som har vært utsatt for skader er mer utsatt. Allergiske reaksjoner på materialer som brukes ses av og til. I de fleste tilfeller er det mulig å finne erstatninger slik at behandlingen kan fullføres.

Belastningen ved at så mange (for mange) unge utsettes for ekstra røntgenbelastning ved OPG og CT må også nevnes. Det er også et moment i denne sammenheng at ofte helt friske tenner trekkes som et ledd i behandlingen av mange brukere med plassmangel.

I fagmiljøene sies det at verken kjeveortopeder eller øvrige tannleger er seg særlig bevisst på de negative konsekvensene, og at man vet for lite om balansen mellom nytten og bivirkningene av kjeveortopedi^{22,23}.

2.7 Utdannelse

Norge har i dag sju spesialiteter innenfor tannlegefeltet, og spesialistene utgjør i overkant av ti prosent av medlemsmassen i Den norske tannlegeforening (NTF)²⁴. Kjeveortopedi som fagdisiplin beskjeftiger seg med avvik i kjever, bitt og tannstilling. Tannleger og tannpleiere har gjennom sin utdanning fått kompetanse til å stille diagnose og vurdere behov for kjeveortopedisk behandling, mens behandling utføres av spesialister.

Kjeveortopeder i Norge utdannes ved de ulike odontologiske fakultetene i Norge, og ved enkelte av de regionale kompetansesentrene. Spesialistutdanning i fagdisiplinen ble fra 1993/1994 treårig. Det uteksamineres årlig i gjennomsnitt fem spesialister fra disse lærestedene. I perioden 2003–2006 fikk to kandidater sin kliniske opplæring ved kompetansesenteret i Tromsø. Det er nå startet mer regional utdanning av kjeveortopeder i regi av Kompetansesentrene.

22 NAV: Folketrygdloven § 5-6 Tannbehandling – Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling, 2008.

23 Statens beredning för medisinsk utvärdering (SBU) – Bettavvikelser och tandregulering i ett hälsoperspektiv 2005

24 Camilla Steinum på Spesialistkonferansen på Gardermoen 1. og 2. november 2012

3. REGELVERK OG PRIORITERINGER

Sett i lys av den pågående prioriteringsdebatten har Helsedirektoratet funnet det nødvendig å diskutere kjeveortopedisk behandling i et prioriteringsperspektiv.

3.1 Dagens regelverk

Barn og unge under 18 år har, som nevnt tidligere, rett på tannbehandling etter tannhelsetjenesteloven § 1 – 3. Dette betyr at de skal motta sin behandling uten å betale vederlag, i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Som eneste unntak til dette har man kjeveortopedisk behandling, denne behandles og finansieres etter folketrygdloven § 5 – 6, jfr. tannhelsetjenesteloven § 2 – 2 (2). Etter folketrygdloven § 5 – 6 ytes det “ stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom.”

Reguleringen av stønad til tannbehandling etter § 5 – 6 er nærmere presisert i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, herav kjeveortopedisk behandling (jfr. § 1 punkt 8). En uttømmende oversikt over de tilfeller der det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier er presisert i rundskriv til § 5-6 og § 5-6a – bittanomalier, forskriftens § 1, punkt 8.

Avhengig av diagnose fordeles brukere i grupper a, b eller c med henholdsvis 100, 75 og 40 prosent dekning etter honorartakstene. Har man flere enn ett barn i en søskenflokk med behov for kjeveortopedisk behandling, vil man motta en økning i stønad til hhv. 90 prosent i gruppe b og 60 prosent i gruppe c.

Ved aktiv kjeveortopedisk behandling er det takstene etter bokstav G (600-takstene), H og I som benyttes:

G – Kjeveortopedisk behandling:

- 601-taksten: Behandlingsplanlegging
- 602-takstene: Fremstilling og innsetting av avtakbarbar apparatur
- 603-takstene: Fast apparatur i en hel kjeve
- 604-takstene: Behandlingskontroller/arbeidsoperasjoner i aktiv behandlingsfase

- 605-takstene: Spesialutstyr/tilleggsmateriell
- 606-takstene: Behandlingsavslutning
- 607-takstene: Retensjonskontroller

H – Øvrige behandlinger

- Omfatter studiemodell, artikulerende modell og foto

I – Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser

- Omfatter ulike røntgenundersøkelser

Krav om dokumentasjon om oppfylte vilkår for kjeveortopedisk behandling er hjemlet i folketrygdloven § 21-4.

3.2 Bakgrunn for dagens regelverk

Stønad til kjeveortopedisk behandling ble inkludert i daværende trygdeordning for stønad i 1939. I 1955 etablerte Rikstrygdeverket en stønadsordning for brukere med kjeve-, leppe-, ganespalte, og i 1957 ble det utarbeidet retningslinjer til trygdekontorene slik at også andre former for avvik i bitt og kjeve kunne innvilges stønad, varierende fra 20 til 75 prosent avhengig av alvorlighetsgrad.

I 1971 ble det innført refusjonstakst for kjeveortopedi.

I 1986 ble det foretatt en utredning av organiseringen av finansiering av kjeveortopedi ²⁵ med resultatet at det ble opprettholdt en ren trygdefinansiering av kjeveortopediområdet. Samtidig fremmet de kjeveortopediske avdelingene ved universitetene i Bergen og Oslo (professorutvalget) et felles forslag til gruppering av kjeveortopediske brukere, der brukere med store behandlingsbehov skulle få større stønad enn tidligere. Forslaget fra professorutvalget ble innført i 1990, og har frem til i dag vært bestemmende for hvem som får finansiert sine utgifter til kjeveortopedisk behandling gjennom folketrygden.

I 2002 kom det en ny skjermingsordning som innebar søskenmoderasjon for familier med to eller flere barn med behov for kjeveortopedi.

Innføring av direkte oppgjørsordning for tannleger førte til innføring av nytt system for refusjon, med stykkpristakster som trådte i kraft fra 1. januar 2004. En fullstendig omlegging til stykkpriser gjaldt behandlinger som faktisk blir utført ved hvert behandlingsbesøk.

Høsten 2007 ble kravet til forhåndssøknad fra bruker (medlem av folketrygden), og innvilgning av søknad fra myndighetens side for å kunne få utbetalt stønad til kjeveortopedisk behandling, fjernet.

²⁵ NOU 1986:25 Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid

1.januar 2008 kom nytt regelverk for stønad for tannbehandling fra folketrygden. Fra 1.januar 2009 ble bittanomali c7 fjernet fra listen. Bittanomali c7 var en type avvik som knapt ble behandlet, noe som i realiteten betyr at det ikke har vært endringer i regelverket på kjeveortopediområdet siden 2008.

3.3 Hvorfor prioritere?

Vi har i løpet av forholdsvis kort tid opplevd en enorm utvikling av nye metoder innen helsesektoren, både undersøkelser og behandlinger. Kostnadene vil bli nærmest ubegrenset om det offentlige skulle dekke all tilgjengelig behandling borgere og helsevesen sammen måtte ønske. Man kan derfor ikke se tannhelse, herunder kjeveortopedi, som et selvstendig økonomisk område. Feltet må tåle en kontinuerlig sammenligning med andre områder innen helsesektoren.

Man har i helseforvaltningen et stadig ansvar for å vurdere hensiktsmessigheten av dagens pengebruk, og man må kontinuerlig tåle å bli stilt spørsmålet: Får rett person tilgang til ressursene?

3.3.1 Bakgrunn for økt prioriteringsfokus

Det følger i NOU 1997:18, Prioritering på ny, (Lønning 2) et sammendrag av bakgrunnen for prioriteringsarbeidet i helsesektoren slik den ble presentert i NOU 1987:23 (Lønning 1):

«Regjeringen Willoch nedsatte i mai 1985 et utvalg, ledet av professor Inge Lønning, som skulle vurdere og foreslå kriterier og retningslinjer som kunne legges til grunn for prioriteringer, samt belyse bakenforliggende prosesser som skaper behov for prioritering. Utvalget avga sin innstilling, NOU 1987: 23: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, den 30. juni 1987.

Bakgrunnen for nedsettelsen av det første Lønning-utvalget var erkjennelsen av den økende ubalansen mellom den raske medisinsk-teknologiske utvikling, med stadig flere, bedre og dyrere behandlingsmetoder, og de disponible økonomiske ressurser.

Mens det i de første årene etter krigen var mulig å «bevilge seg ut av» vanskelige veivalg, ble det stadig klarere at det var behov for prioritering også innenfor helsesektoren. Norge var det første industrialiserte land som nedsatte et eget prioriteringsutvalg som fikk i mandat å drøfte prinsipper og retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet.

Bærebjelkene i systemet var at vurdering av prioritet gjøres etter kriteriene alvorlighetsgrad og behandlingseffekt. Sykdommens alvorlighetsgrad (det vil si sannsynlig forløp av en tilstand dersom tiltak ikke igangsettes) angir hvor høy prioritet et tiltak bør ha. Det må ses i sammenheng med kravet om kjent nytte. Et tiltak blir gitt lav eller ingen prioritet dersom tiltaket har liten eller ingen kjent

virkning. Hvis man ser på formuleringene av prioritetsgrupper, er det ikke gitt hvilken vekt kriteriet om forventet nytte har i forhold til kriteriet alvorlighetsgrad.»²⁶

Lønning 2 utvalget skjerpet disse vilkårene ytterligere når de kom med sin uttalelse i NOU 1997:18:

«Prioritering av helsetjenester, og av bruker, beror alltid på en avveining av relevante hensyn. Utvalget mener at hensynet til alvorlighet og hensynet til nytten av behandlingen er to grunnleggende prioriteringsprinsipper. I tillegg bør avgjørelsene så langt mulig være slik at ressursene brukes på den mest effektive måte.

I de prioriteringskriterier som ble trukket opp i NOU 1987: 23 ble særlig tilstandens alvorlighet tillagt vekt. Dette utvalget vil understreke at det er tre kriterier som alle er relevante i prioriteringssammenheng: tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Sammenlignet med tidligere retningslinjer mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt.»²⁷

Disse tre prioriteringskriteriene ble i 2000 innarbeidet i forskriftene til Pasientrettighetsloven (lov om pasientrettigheter fra 1999). De samme kriteriene har også vært retningsgivende når Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten vurderer prioriteringssaker. Rådet har siden opprettelsen i 2007 både behandlet konkrete saker og tatt opp prinsipielle spørsmål. I prinsipielle saker har man sett behovet for en videre diskusjon om verdigrunnlaget ved prioriteringer.

Med bakgrunn i debatten rundt bruk av virkestoffet Ipilimumab²⁸ våren 2013 utnevnte Stoltenberg-regjeringen et nytt prioriteringsutvalg, ledet av Ole Fritjof Norheim. Deres arbeid ble presentert i november 2014.

De tre prioriteringskriteriene etter Norheim-utvalget er: Helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet. I innhold avviker de ikke fra de tidligere kriteriene, men de er strukturert noe ulikt.

Helsegevinstkriteriet erstatter både det tidligere nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Helsegevinst fremstår etter Norheim-utvalgets oppfatning, som mindre teknisk enn nytte og som mer direkte relevant på klinisk nivå og for befolkningen. Ressurskriteriet erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet, og bidrar også til at kriteriene fremstår som mindre tekniske. Helsetapskriteriet erstatter alvorlighetskriteriet. Med helsetapskriteriet søker man å fange opp det viktigste fordelingshensynet: at helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte skal gis ekstra vekt.

²⁶ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18/4/5.html?id=345837>

²⁷ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18/3/6.html?id=345803>

²⁸ <http://www.aftenposten.no/nyheter/Sier-ja-til-kreftmedisin-7145613.html>

3.4 Rettslig forankring av prioriteringer på folketrygdlovens område

De enkelte bestemmelsene i ftrl. kap. 5, herunder §§ 5-6 og 5-6a, hvor utgifter til tannbehandling refunderes, representerer unntak, og skal ikke være å anse som en allmenn dekning for tannbehandling, jfr. kapittel 3.1 Dagens regelverk.

I formålsbestemmelsen til kap. 5 følger det; § 5 – 1: «Formålet med stønad etter dette kapitlet er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd.

Det ytes ikke stønad til inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn, og heller ikke til behandling av påregnelige følger av slike inngrep.

I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter dette kapitlet.»

Det fremkommer i ftrl. § 5 – 1 (1) at folketrygden vil dekke medlemmenes «nødvendige» utgifter til helsehjelp. En naturlig språklig forståelse av denne ordlyden tilsier at behandlingen som skal dekkes over trygden må være av uunnværlig karakter; man er avhengig av å få behandlingen for å opprettholde sin vante livsførsel. Begrepet «nødvendig» brukes ulike steder gjennom hele folketrygdloven, uten at man opererer med en ensartet og klar forståelse av uttrykket, og en fortolkning kan således ikke tillegges avgjørende vekt foran en annen.

Det foreligger her ingen klar og entydig tolkning i praksis av hva «sykdom, skade og lyte» er å forstå som. I Kjønstads kommentarutgave til Folketrygdloven²⁹ følger det at «sykdom» klassifiseres etter WHO's ICD system, «skade» menes fysisk og psykisk skade som oppstår etter fødselen, mens «lyte» i hovedsak betyr medfødte kroppsfeil eller mentale avvik fra det normale.

En språklig innsnevring fra utgangspunktet for dekning av helseutgifter generelt i § 5 – 1 kommer imidlertid til uttrykk i folketrygdens bestemmelse om refusjon for tannbehandling hos tannlege, jfr. § 5 – 6: «Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom.»

Dette innebærer at man vil motta stønad for en tilstand som påvirker helsetilstanden i klart negativ forstand. En naturlig språklig forståelse av bruken av ordet «sykdom» alene tilsier at tilstanden må være klart etablert og diagnostisert, samt at den utvilsomt forringer medlemmets livskvalitet. Altså vil tilstanden måtte være etablert alvorlig.

²⁹ Asbjørn Kjønstad (red.) Folketrygdloven, med kommentarer. Gyldendal, 2. utgave, 1 opplag, 2007.

Det foreligger i dag få konkrete holdepunkter for hva som er rett prioriteringsnivå for ytelser etter folketrygdloven (ftrl.). Arbeidet gjort i de ulike prioriteringsutvalgene er ikke materialisert i lovbestemmelser hva gjelder ftrl. kap. 5: ytelser ved sykdom, og man må derfor ta utgangspunkt i den konkrete lovteksten sett i sammenheng med generelle prioriteringskriterier.

Retten til helsehjelp er i dag ikke bare forankret i nasjonalt lovverk, men også i internasjonal rett, hvor forholdsmessighet er den absolutte rettesnor for vurdering. Kravet til forholdsmessighet i forvaltningens utøvelse av myndighet vil derfor være forankring av den rettslige plikten til å prioritere etter folketrygdloven.

Utgangspunktet er at bruker har rett til den helsehjelp han/hun har «behov» for. Samtidig rekker ikke den enkeltes rettighet lenger enn at der øvrige brukere eller brukergruppers interesser er sterkere må disse hensyntas. Slik rettferdiggjort begrensning ovenfor de enkelte brukere er rettmessige – de er forholdsmessige. Gjeldende prioriteringskriterier må etter vår vurdering ligge bakt inn i denne forholdsmessighetsvurderingen; nødvendighetsvurderingen kan ikke ha et annet innhold.

Å opprettholde finansieringen til behandling som ikke tilstrekkelig oppfyller kriteriene vil som konsekvens innebære en rettstridig begrensning av andre brukeres rett til helsehjelp.

3.5 Konkret vurdering av kjeveortopedifeltet

I vurderingen av om behandlingen har nytte, som er et av de tidligere nevnte kriteriene, vil man måtte se på konkret medisinsk effekt, økt livskvalitet som resultat av behandlingen og hvilke livskvalitetstap man ville ha hatt om man ikke fikk behandlingen, samt hvilke eventuelle bivirkninger behandlingen vil kunne ha.

Ved en gjennomgang av tilgjengelig litteratur hva gjelder dokumentert effekt av kjeveortopedisk behandling, kan man ikke se at en eventuelt utelatt behandling gir stort tap av livskvalitet, jfr. kap. 2.5.

I dag finansieres i stor skala tiltak overfor brukere med tilstander som på det nærmeste må regnes som godt innenfor det normale og «friske». Som nevnt i kap. 2, behandles i dag mange personer med et bitt som må sies å ligge godt innenfor normalvariasjon. Disse kan derfor ikke sies å ha et behandlingsbehov, og dermed heller ingen kvalifisert helsegevinst ved behandling. Enkeltpersoners subjektive oppfatninger omkring diagnostisering og behandlingsbehov hos folk med normaltilstander kan ikke tillegges vekt i denne sammenheng. En annen sak er at folk med bitt innenfor normal variasjonsbredde vil kunne lide psykisk på grunn av eget bitt, noe som vil være uvesentlig for kjeveortopedifeltet.

3.6 Konsekvenser av nedprioritering på kjeveortopedifeltet

Helsedirektoratet legger til grunn at aktuelle tilstanders alvorlighetsgrad og behandlings kost-nytte forhold ikke kan forsvare dagens ressursbruk.

Under forutsetning av at det ikke finnes ubegrenset med ressurser til helsesektoren vil myndighetene klart nok bryte øvrige brukere og brukergruppers rett til helsehjelp om dagens ressursbruk opprettholdes. Når man besvarer spørsmålet om hvem som skal prioriteres, vil man samtidig måtte si hvem denne prioriteringen skal skje på bekostning av.

En eventuell nedprioritering vil kunne representere et bortfall av en rettighet, og således være et inngrep ovenfor borgeren, jfr. forvaltningsloven. Det ligger imidlertid innenfor forvaltningens oppgave å forvalte individrettigheter, også til ugunst for borgerne. Rettstilstanden vil til enhver tid være dynamisk og i utvikling. En rettighetsbeskjæring på bakgrunn av dagens prioriteringskriterier utøvd gjennom kravet til forholdsmessighet, vil kunne oppleves inngripende for enkeltindivid, men allikevel være rettslig korrekt.

Har man som borger mottatt en rettighet som forvaltningen urettmessig har gitt, vil det ikke kunne ses som et urettmessig inngrep om denne faller bort. Rettigheten var da ugyldig, og dens bortfall et resultat av en korleksjon fra forvaltningens side. Et eventuelt bortfall av rettigheter for enkelte av dagens mottakere av stønad til kjeveortopedi, vil måtte sies å falle i en slik definisjon.

4. FINANSIERING AV KJEVEORTOPEDI

I et perfekt konkurransemarked selger perfekt informerte aktører et homogent produkt, og det finnes ingen hindringer mot å etablere seg eller forlate markedet. Prisen er gitt og produksjonsvolumet tilpasses denne prisen inntil markedet oppnår likevekt, der tilbud er lik etterspørsel. I en gjennomgang av kjeveortopedifeltet kan man ikke se bort ifra de incentivordninger som ulike finansieringsmodeller gir.

4.1 Tannhelsetjenestemarkedet og markedet for kjeveortopedisk behandling

Kjeveortopedimarkedet har trekk av fritt konkurransemarked med fri prisfastsettelse, og flere tilbydere (kjeveortopedier) som tilbyr til dels homogene varer (samme sett av behandlinger). Likevel svikter flere av forutsetningene for at kjeveortopedimarkedet faktisk fungerer som et fritt konkurransemarked.

Brukerne vet ofte lite om hva som finnes av tjenester og mulige behandlingsalternativer, priser og kvalitet. Dette betyr at informasjonsbalansen er asymmetrisk og ufullstendig.

Aktører i kjeveortopedimarkedet er ikke prisfaste kvantumstilpassere. Behandlingsvalg er individuelt tilpasset for å møte hver enkeltes behov, og derfor kan ikke masseproduseres eller substitueres av andre tjenester. I praksis får man et monopollignende marked.

Kjeveortopedier kan i begrenset grad maksimere sin profitt ved å øke kvantumet (antall tjenester solgt). De gjør det derfor gjennom økning i pris per tjeneste solgt. Slik sikres monopolfortjeneste ved å tilegne seg deler av, eller hele konsumentoverskuddet (KO)³⁰. Selv om den høye prisen gjør at noen faller av, er de fleste villige til å betale. Velferden minker fordi noen konsumenter blir nødt til å klare seg uten kjeveortopedisk behandling eller får mindre ressurser til å skaffe seg andre varer/tjenester.

³⁰ Produsentoverskudd (PO) er samlet merinntekt utover produsentenes marginalkostnader, mao differansen mellom salgsinntekter og variable kostnader. Konsumentoverskudd (KO) er nytteoverskudd, målt i kroner, som følger av at konsumentenes betalingsvillighet ikke utnyttes fullt ut, mao maksimal betalingsvillighet fratrukket pris.

4.2 Etterspørsel etter kjeveortopedisk behandling

Demografiske endringer, endringer i behandlingsbehovet (fra behandling til forebygging) og ønske om behandling, økonomisk utvikling, og privat vs. offentlig finansiering er avgjørende faktorer for endring i etterspørsel etter kjeveortopeditjenester.

Etterspørsel etter kjeveortopedisk behandling påvirkes av individets preferanser. Befolkningens syn på standarder av oral og facial estetikk endres ikke bare i tid, men også i samfunn (Moshkelgosha V, Golkari A, 2013). Egendefinerte og normative behov definert av en spesialist er ikke nødvendigvis like. Flere studier har vist at det å ha rette tenner og pent smil er den viktigste faktor for at man går til kjeveortopedisk behandling, selv om noen oppgir fysiologiske og funksjonelle aspekter å være viktigere enn estetikk (Moshkelgosha V, Golkari A, 2013).

Behovet alene er ikke nok for å definere etterspørsel. Det er tett knyttet til brukernes kunnskaper om behandlingsalternativer, pris og kvalitet, inntekter og tilgjengelighet. Dessuten går kjeveortopedisk behandling ofte over en lengre tidsperiode og påvirkes av psykososiale aspekter. I tillegg ser man at høye inntekter øker etterspørsel etter kjeveortopedisk behandling (Krey KF, Hirsch C, 2011; Moshkelgosha V, Golkari A, 2013).

4.2.1 Betalingsvillighet for kjeveortopedisk behandling

Befolkningens preferanser for kjeveortopediske tjenester uttrykkes ofte gjennom deres betalingsvillighet. Gjennom en spørring av individer om hvor mye de er villige til å betale for å oppnå et godt resultat av en behandling og/eller for å unngå negative aspekter ved det å være syk, avdekkes befolkningens ekte preferanser og deres verdsetting av tjenester. Både kostnader og resultater av behandling uttrykkes i pengeverdi, og forskjell mellom disse viser nettoverdien.

Det er funnet kjønnsvariasjoner i etterspørsel etter kjeveortopedisk behandling. Kvinner er mer tilbøyelige til å ta kosmetisk kirurgi enn menn (Smith ASA, Cunningham SJ, 2004; Moshkelgosha V, Golkari A, 2013). Sannsynligvis er standarder av estetikk og skjønnhet mer dominante i kjeveortopedisk behandling, og disse er mer verdifulle for kvinner.

Det er også en diskrepans mellom det en føler er ens behov for kjeveortopedisk behandling og det man gjør for å dekke disse behov. I en nyere studie så man at i overkant av halvparten av deltakerne mente de hadde behov for behandling, kun en tredjedel oppsøkte tannhelsetjenesten for vurdering av behovet, og kun en sjettedel gikk til behandling (Moshkelgosha V, Golkari A, 2013). Høy pris på behandlingen ble oppgitt som den eneste eller en av de viktigste årsakene for at man ikke gikk til kjeveortopedisk behandling for 56,5 prosent. Over 60 prosent mente at kjeveortopedisk behandling var en luksusgode, sammenlignet med 16 prosent som mente at det var en nødvendig medisinsk behandling.

4.2.2 Priselastisitet

I Norge er det liten forskjell i etterspørsel etter tannlegetjenester mellom inntektsgruppene, og inntekt har liten betydning for behandlingsvolumet (Holst D og fl, 2005). Små inntektsforskjeller, regelmessig innkalling til tannlegekontroll (tilbudsindusert etterspørsel) og relativt lavt nivå av tannsykdommer i Norge ble nevnt som mulige forklaringer på det. Sintonen og Linnosmaa hevder i sin tur at priselastisiteten³¹ i et tannhelsetjenestemarked øker som følge av individets frihet for planlegging og valg av behandling og tannleger (Sintonen & Linnosmaa, 2000).

Lite forskning er gjort på priselastisitet for kjeveortopedisk behandling. En nyere studie fra Iran har påvist høy priselastisitet på kjeveortopedisk behandling, og langt over halvparten av deltagerne i studien mente at dette var en luksusbehandling (Moshkelgosha V, Golkari A, 2013).

Man kan anta at etterspørsel etter tann- og kjeveortopeditjenester varierer fra lite til høy elastisk mellom ulike land.

4.3 Tilbud av kjeveortopedisk behandling

I et monopollignende marked, slik kjeveortopedimarkedet er, virker ikke vanlige markedsmekanismer som fri prisfastsetting og konkurranse, og markedet svikter. Det betyr at prisen defineres av tilbudssiden.

I helsevesenet generelt, og innen kjeveortopedi spesielt, tvinger informasjonsasymmetri leger/kjeveortopeder til å spille en rolle som brukernes agenter (prinsipal-agent teori) og handle på vegne av dem. Valg av kjeveortopedisk behandling for bruker bør styres ut ifra brukerens beste, ikke kjeveortopedenes egen målsetting om å maksimere fortjeneste. Profesjonell integritet er meget viktig i profesjoner med agentansvar (Kent et al. 2012).

4.3.1 Utdanning

Historisk var det lønnsomt å investere i tannlegeutdanning fremfor andre typer utdanning. Den estimerte avkastning på tannlegeutdannelsen (Rate of Return - RoR) er estimert til å ligge på mellom 15 og 20 prosent (Brown, 2012). Investerings i kjeveortopedisk utdanning antas å gi god avkastning til tross for tre ekstra ulønnede år med spesialistutdanning og større studielån.

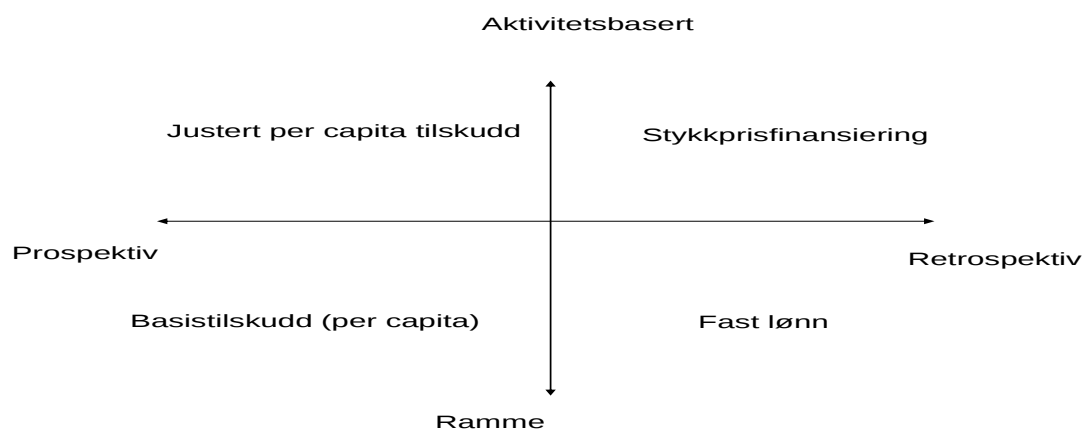
4.3.2 Etablering og drift av kjeveortopedipraksis

En kjeveortopedipraksis har ingen ekstra store investeringskostnader (dyrt særutstyr eller teknologi) som skulle tilsa at man skulle ha en høyere pris på tjenester enn for andre spesialiserte tjenester det er naturlig å sammenligne med. Behov for behandling sett fra medisinsk faglig perspektiv er nokså

³¹ Priselastisitet ser på effekt av endring i pris på etterspørsel. Dersom en liten endring i pris gir en stor endring i etterspørsel har en vare eller tjeneste en høy priselastisitet. Dette ofte «luksusvarer», noe som er kjekt å ha. Dersom en liten endring i pris gir liten eller ingen effekt på etterspørsel, betyr det at vare/tjeneste er prisinelastisk. Dette gjelder ofte «nødvendighetsgoder», noe man må ha.

stabilt i og med at misdannelser som har sterkt behov for behandling stort sett er medfødte og genetisk definerte. Begrenset antall aktører i markedet sikrer god dekning av personer med behandlingsbehov, og inntekten anses dermed som sikker og stabil.

4.4 Finansiering som reguleringsmekanisme



Skjematisk fremstilling av ulike finansieringsmodeller

For å oppnå optimal effekt av en finansieringsmodell, må den være treffsikker i forhold til overordnede helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. I et velferdssamfunn skal det være tydelig hva virkemidlene består av, og hvordan de virker (transparente). I tillegg skal de være enkle å implementere, og forståelige for alle involverte aktører.

Alle finansieringsmodeller kan deles langs en tids- og aktivitetsakse. Finansiering kan skje enten på bakgrunn av forventet kostnadsnivå ved begynnelsen av en definert tidsperiode (prospektiv) eller på bakgrunn av de faktiske påløpte kostnader ved periodens slutt (retrospektiv). Videre kan finansiering utformes slik at variable kostnader knyttet til aktivitet (stykkprisfinansiering) dekkes fullt eller delvis, eller at finansieringen dekker kostnader uavhengig av aktivitet (rammetilskudd).

Bruk av finansieringsmodeller avhenger av formålet.

Prospektiv finansiering

I en prospektiv modell estimeres bevilgningene ofte på bakgrunn av historiske, og ikke faktiske kostnader og ressursbruk. En prospektiv bevilgning tar dermed ikke høyde for uforutsette kostnader eller merkostnader, og tannlegen bærer all (kontrollerbar og ikke kontrollerbar) økonomisk risiko.

Dette skaper incentiver til kostnadseffektivitet, men kan gå på bekostning av produktivitet og kvalitet.

Retrospektiv finansiering

I en retrospektiv finansieringsmodell refunderes faktisk påløpte kostnader ved periodens slutt. De største utfordringene i en slik modell er økt ressursbruk og lite kostnadseffektivitet, samt liten vilje til samarbeid mellom aktører der det medfører inntektstap. Fordeler er økt produktivitet og kvalitet.

Fast finansiering (ramme)

I faste finansieringsmodeller er inntekter uavhengige av aktivitetsnivå. Faste budsjettammer understøtter økt kostnadseffektivitet og god kostnadskontroll, og gir mulighet til å bruke midler til faglig oppdatering. Det gir incentiver til å tilby tjenester som vanligvis ikke er dekket av aktivitetsbasert finansiering, for eksempel forebyggende arbeid. På grunn av frikoblingen av inntekter fra aktivitet, stimulerer ikke faste bevilgninger til økt produktivitet.

Variabel finansiering (aktivitetsbasert)

I en variabel finansieringsmodell avhenger bevilgninger av aktivitet, men har ingen forbindelse med kostnadssiden. Fordelen med aktivitetsbasert finansiering er at den minimerer risiko for brukerseleksjon og skaper incentiver for økt produktivitet. Risiko med en slik modell er manglende innsikt i hva produksjon av hver tjeneste konkret koster, økt ressursbruk, lav kostnadseffektivitet og overforbruk av helsetjenester. Utfordringen med slike ordninger er at det ikke tas hensyn til variasjoner på individnivå, og fleksibiliteten reduseres jo mer aggregert nivå kostnadene beregnes på. En variabel modell gir mulighet for å ta hensyn til brukernes behov, og gir uttelling for innsats i forhold til ressurskrevende brukere.

Ved å kombinere tidsaksen og aktivitetsaksen får man i praksis fire ulike finansieringsmodeller som gir ulike incentiver til kostnadseffektivitet og kontroll, produktivitet og kvalitet.

Kriterier	Prospektiv fast	Prospektiv variabel	Retrospektiv fast	Retrospektiv variabel
<i>Produktivitet</i>	Lav	Medium	Medium/Lav	Høy
<i>Kvalitet</i>	Medium/Lav	Medium	Medium/Lav	Medium/Høy
<i>Kostnadseffektivitet (en optimal ressursanvendelse)</i>	Høy/Medium	Medium	Medium/Lav	Lav
<i>Kostnadskontroll</i>	Høy	Medium	Høy	Lav

Fordeler og ulemper med de ulike finansieringsmodellene

Finansieringsmodellene som beskrives ovenfor gir ulike insentiver til produktivitet, kvalitet, kostnadseffektivitet og kostnadskontroll, og er hver for seg i utgangspunktet ikke optimale med hensyn til å oppnå overordnede helsepolitiske mål. Innenfor helsesektoren har det derfor blitt vanlig å kombinere ulike modeller for å forsterke eller dempe de enkeltes effekter.

5. FOLKETRYGDENS UTGIFTER TIL KJEVEORTOPEDI

Kvantitativ analyse av datamaterialet er presentert i dette kapittelet.

5.1 Kostnader til tannbehandling i Norge

Ifølge SSBs beregninger ble det i 2013 brukt om lag 15 milliarder kroner totalt på tannhelse i Norge. Det offentlige dekker ca. en tredjedel over statsbudsjettet. Gjennom folketrygden utbetalte man om lag 2 milliarder kroner i stønad til behandling av sykdom hos tannlege og tannpleier, mens man gjennom den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) brukte ca. 3,1 milliarder kroner i 2013 på tannhelse. Resten er egenbetaling.

5.2 Folketrygdens utgifter til kjeveortopedi og antall behandlere – 2013

5.2.1 Stønad til kjeveortopedi i 2013

Tallene gjengitt i kapittel 5.2.1 – 5.2.2 baserer seg på Helsedirektoratets regnskap for 2013 (KUHR og papirbaserte regninger).

I 2013 ble det utbetalt 566 millioner kroner i stønad fra folketrygden for kjeveortopedisk behandling til totalt 230 423 personer. Dette utgjør nærmere 1/3 av den totale stønad fra folketrygden for behandling av sykdom hos tannlege og tannpleier.

	Stønad, mill kr	Antall personer
Forundersøkelse	25	53 994
Stønadsgruppe a	36	4 302
Stønadsgruppe b	359	96 812
Stønadsgruppe c	146	73 302
Sum	566	230 423

Tabell 1 – Utbetalt stønad til kjeveortopedisk behandling, 2013 (KUHR/regnskap)

I regnskapstallene inngår både forundersøkelsen og de ulike stønadsgruppene (a, b og c).

Nærmere 2/3 av stønaden til kjeveortopedisk behandling i 2013 ble utbetalt til behandling av brukere i stønadsgruppe b, mens stønadsgruppe a, som er gruppen med de alvorligste bittavvikene, utgjorde vel 5 prosent av utbetalt stønad. Nærmere 54 000 personer gjennomgikk forundersøkelse i 2013. Hvor mange av disse som går videre i behandlingsløp vet vi ikke, men det er grunn til å tro at en stor andel av disse kommer til å gjennomføre et behandlingsløp ettersom de er henvist til kjeveortoped.

Stønadsgruppe b og c har henholdsvis 75 og 40 prosent dekning etter honorartakstene. I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedisk behandling av bittavvik under gruppe b og c økes stønaden til henholdsvis 90 og 60 prosent.

Stønadsgruppe	Utbetalt stønad mill. kr	Estimert stønad uten utvidet stønad søsken mill. kr
<i>pkt 8b ordinær</i>	221	221
<i>pkt 8b utvidet stønad søsken</i>	138	115
<i>pkt 8c ordinær</i>	75	75
<i>pkt 8c utvidet stønad søsken</i>	71	47
Sum	505	458

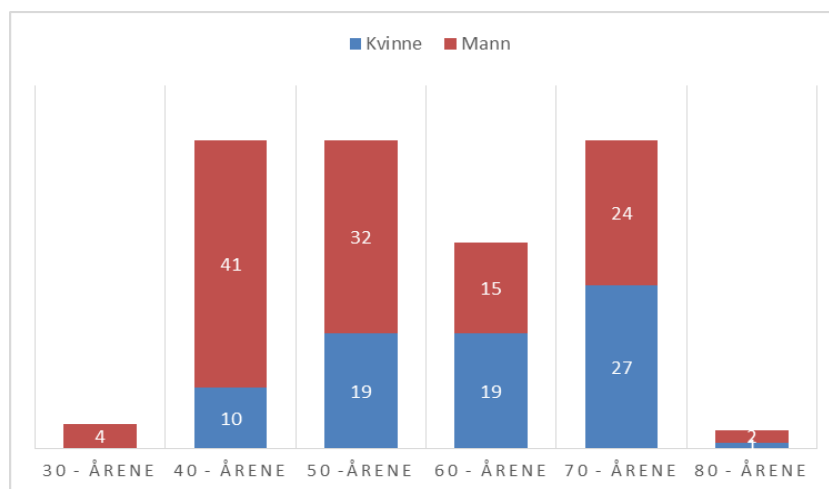
Tabell 2 - Utbetalt stønad til kjeveortopedi i gruppe b og c, 2013

Merkostnaden av utvidet stønad for utgifter til tannregulering i familier der flere søsken får utført dette, utgjorde ca. 47 millioner kroner i 2013 (se tabell 2).

5.2.2 Behandlerne

Antall kjeveortopeder som i 2013 hadde inngått direkte oppgjørsavtale individuelt med Helfo for å få utbetalt stønad for utført kjeveortopedisk behandling elektronisk var 194. Disse behandlerne fikk til sammen utbetalt 486 millioner kr., noe som utgjør 86 prosent av utbetalt refusjon for kjeveortopedibehandling i 2013.

Gjennomsnittsalderen for praktiserende kjeveortopeder var 59,9 år i 2013. Det var flere mannlige enn kvinnelige kjeveortopeder i aldersgruppen 40 – 60 år, og 28 prosent av praktiserende kjeveortopeder var over 70 år (Figur 1).



Figur 1 - Alders- og kjønnsfordeling kjeveortopeder med direkte oppgjørsavtale Helse - 2013

Gjennomsnittsutbetalingen fra Folketrygden til kjeveortopeder lå på 2,5 millioner kroner i 2013 med maksimal utbetaling til en behandler på 14 millioner kroner (Tabell 3).

Kjeveortopedene er tilnærmet alle organisert i den norske Tannlegeforening (NTF). Spesialistforeningen for kjeveortopeder (NKF) oppgir å ha 220 medlemmer (2014), og av disse er 24 kjeveortopeder fylkeskommunalt ansatte. Ettersom fylkeskommunene sender krav som samlet institusjon, får vi i KUHR ikke ut stønadsoppgjør for den enkelte fylkeskommunale behandler eller universitetene. Derav differensen mellom totalt utbetalt stønad (566 mill. kr) og det som vi har i dette materialet (486 mill. kr).

	<i>gjennomsnitt</i>	<i>median</i>	<i>maks</i>	<i>min</i>
<i>kjeveortoped</i>	2 503 411	2 072 459	14 026 844	23 028
<i>øyelege</i>	2 334 444	1 865 251	8 368 503	5 015
<i>pediater</i>	1 858 909	1 786 479	10 820 512	216
<i>øre-nese-hals</i>	1 872 256	1 753 309	7 306 684	6 117
<i>indremedisin</i>	1 864 661	1 672 025	9 635 534	8 745
<i>kirurgi (lege)</i>	1 271 367	799 904	7 694 847	4 587

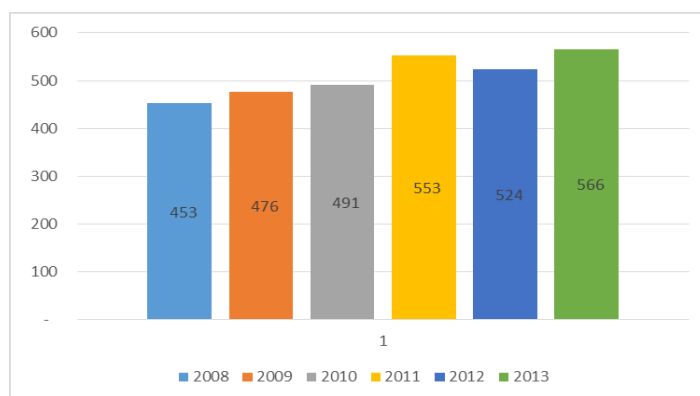
Tabell 3 - 2013: Utbetaling fra folketrygden - ulike spesialister (kilde: KUHR; 2013)

Sammenligner en utbetaling fra folketrygden mellom kjeveortopeder og ulike andre legespesialister (avtalespesialister), ser en at kjeveortopedene på alle variabler ligger over de andre spesialistgruppene (Tabell 3).

5.3 Utvikling kjeveortopedi 2008-2013

Tallene gjengitt i kapitel 5.3. baserer seg på Helsedirektoratets regnskap for 2013 (KUHR og papirbaserte regninger).

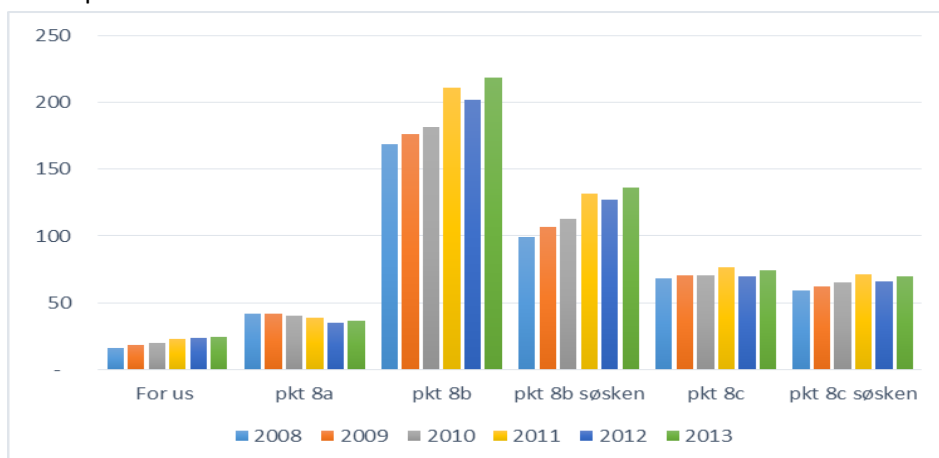
Folketrygdens utgifter til kjeveortopedisk behandling har økt med 25 prosent i perioden fra 2008 til 2013. En liten nedgang på 5 prosent var observert i fra 2011 til 2012, men det ble en økning fra 2012 til 2013 på 7 prosent (se Figur 2).



Figur 2 - Utbetalt stønad kjeveortopedi 2008-2013, millioner kroner

Det er ikke foretatt vesentlige endringer verken av regelverk eller økning av stønadstakstene i perioden.

Den største økningen i stønadsutgifter (30 prosent) var i brukergruppen med stort behov (gruppe b). Samtidig har utbetalingen etter høyeste sats (stønad til familier med flere søsken som får tannregulering) økt med 38 prosent i denne gruppen (se Figur 3). Stønad til forundersøkelse har økt med 55 prosent i perioden.



Figur 3 - Utvikling stønad kjeveortopedi fordelt på stønadsgruppe 2008 - 2013

5.3.1 Endring i antall brukere 2011-2013

I 2010 ble elektronisk oppgjør via KUHR tatt i allmenn bruk av kjeveortopedene. Imidlertid var det utfordringer når det gjaldt kapasitet i Norsk Helsenett (NHN) og kjeveortopedene var ikke operative med elektroniske oppgjør før i slutten av 2010. Dermed vil et ukjent antall brukere ikke identifiseres via KUHR, ettersom opplysninger om deres behandling foreligger i papirbaserte regninger som ikke kan omformes til database.

Fra og med 1. januar 2011 er de fleste kjeveortopeders oppgjør innsendt elektronisk. Tallene i kapittel 5.3.1 er derfor KUHR-data i perioden fra og med 01. januar 2011 til og med 31. desember 2013.

	2011	2012	2013
Forundersøkelse	48 617	52 340	53 994
Stønadsgruppe a	3 421	3 929	4 302
Stønadsgruppe b	84 264	92 633	96 812
Stønadsgruppe c	66 581	71 852	73 302
Sum	202 883	220 754	228 410

Tabell 4 - 2011-2013: Antall brukere med stønad til kjeveortopedisk behandling

Antall personer som fikk stønad til kjeveortopedisk behandling i perioden 2011-2013 har økt med 13 prosent (N=25 527) (Tabell 4). Antall brukere i grupper b og c har økt med henholdsvis 12 548 og 6 721 brukere. Det er også flere som har fått forundersøkelse (11 prosent).

Samtidig som man ser en betydelig økning i antall brukere som får stønad til tannregulering, har det i samme periode (2011-2013) vært en nedgang på 1 prosent (N=3 519) i antall personer i som utgjør den aktuelle målgruppen, nemlig unge tenåringer (Tabell 5).

	2011	2013
Antall personer	317 206	313 687
Endring 2011-2013	- 3 519	

Tabell 5 - Endring i antall ungdommer (11-15 år), 2011 - 2013

Det må understrekes at i hvilket omfang hver enkelt person har fått stønad til kjeveortopedisk behandling sier dette tallmaterialet intet om, men det belyser at området synes å ha en betydelig vekst i antall brukere.

5.4 Takstbruk ved kjeveortopedisk behandling

I kapitel 5.4 beskrives undersøkelsen foretatt for å få mer kunnskap om innholdet i utbetalingene av stønad til tannregulering.

5.4.1 Metode

Kjeveortopedisk behandling strekker seg som regel over flere år, med relativt hyppige behandlingsseanser og et stort antall takster for stønad til ulik apparatur og behandling. En er derfor helt avhengig av elektroniske databaser for å kunne følge stønadsutbetalingen for den enkelte bruker i behandlingsforløpet. KUHR er en database som gir detaljerte opplysninger for hva slags behandling som utføres for ulike tilstander, ved at vi får frem stønadstakstene som er brukt. Dermed kan vi beskrive takstbruken ved kjeveortopedisk behandling, og således behandlingsforløpet.

I denne undersøkelsen har vi trukket ut fra KUHR de brukere som i perioden 1. januar 2010 – 31. desember 2013 gjennomgikk kjeveortopedisk behandling (punkt 8a, b og c), med bruk av både takstene 601 (behandlingsplanlegging) og 607 (retensjonskontroll). Som nevnt tidligere, består vårt materiale av 108 140 brukere.

5.4.2 Funn

5.4.2.1 Diagnosegruppene – innslagspunktene

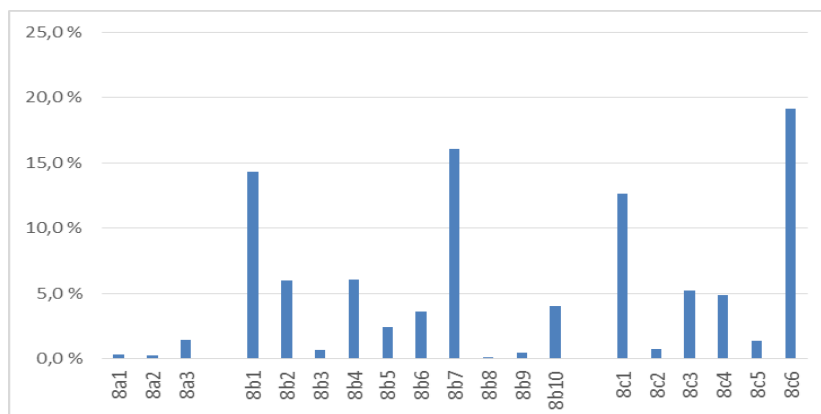
Av totalt 108 140 brukere i vår analyse sto brukere med stort behov for 54 prosent, og kun 2 prosent av brukere hadde svært stort behov (Tabell 6).

	Antall brukere	Andel, %
a) svært stort behov	2 218	2
b) stort behov	58 225	54
c) klart behov	47 697	44
Sum	108 140	100

Tabell 6 - Hovedavvik i undersøkelsen

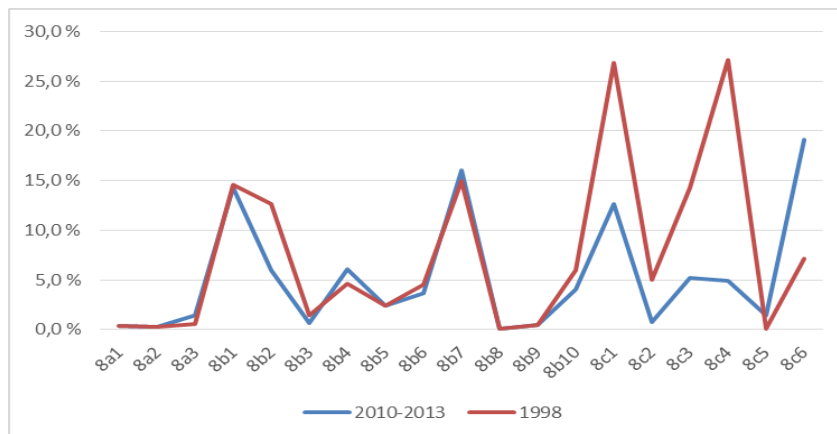
Dette funnet stemmer godt overens med regnskapstallene, som viser at avviksgruppe b dominerer.

Største brukergrupper faller under utslagspunkter 8c6, 8b7, 8b1 og 8c1 (Figur 4).



Figur 4 - Fordeling antall brukere iht. oppgitt anomali i undersøkelsen

Det finnes lite tilgjengelig materiale mht. epidemiologiske undersøkelser når det gjelder forekomst av de ulike bittanomalier som det ytes stønad fra folketrygden til behandling for. Sammenlignet med den siste kjente undersøkelsen i Norge³² har gruppe b økt med 5 prosent og gruppe c gikk ned med 4 prosent fra 1998.



Figur 5 - Frekvens av bittanomalier 2010/2013 vs. 1998

I undersøkelsen fra 1998 ble innkomne søknader (ca. 6 200 personer) i 1. kvartal 1998 undersøkt. Hver søknad gjaldt en person som kunne ha flere bittavvik. Slik det er oppgitt i undersøkelsen forekom det ingen kombinasjonsavvik internt i gruppe a eller b. Derimot var det en del kombinasjonsavvik gruppe b/c og internt i gruppe c (cx/cy). Pga. av at en person hadde flere enn et avvik, vil derfor totalt antall avvik overstige 100 prosent, og det er i gruppe c en får dette «overskuddet». Derav den store forskjellen på c-gruppen. Imidlertid synes det å være godt samsvar mellom de to undersøkelsene når det gjelder frekvensen av bittavvik for gruppe a og b, med unntak av b2 (Figur 5). Undersøkelsene er sammenlignbare ettersom regelverket har vært likt i disse

³² Malokklusjoner og søknad til folketrygden, Nor Tannlegeforenings Tidende 2001; 111:18-21

periodene. Forskjellen er at undersøkelsen i 1998 gikk kun over 1. kvartal med relativt få deltakere, mens den nåværende har et betydelig større materiale og går over en lengre periode.

Det mest interessante er at bittanomali b1 og b7 (de punktene med flest antall personer) kommer tilnærmet identisk ut i begge undersøkelsene.

5.4.2.2 Brukere

Det er flere kvinner/jenter som har fått utført behandlingen enn menn/gutter (Tabell 7).

	ANTALL	ANDEL
MANN/GUTT	43 560	40 %
KVINNE/JENTE	55 148	51 %
UKJENT	9 432	9 %

Tabell 7 - Kjønnfordeling i materialet i undersøkelsen

Den høye andelen ukjent kjønn skyldes at vi ikke har hjemmel til å pålegge behandlerne å oppgi 11-sifret fødselsnummer ved innsending av stønadskrav. Hvordan andelen «ukjent» påvirker kjønnfordelingen i dette materialet, vet vi ikke.

De fleste som har fått behandling ligger i aldersgruppe 12-17 år, med overvekt av personer som er født i årene 1996, 1997 og 1998 (Vedlegg 1, figur 1.). Knappt 30 prosent av personene i disse aldersgruppene får tannregulering (Vedlegg 1, Tabell 1). Dette er i samsvar med en oppfatning en har på faglig kompetent hold om at knapt 1/3 av hvert årskull får tannregulering³³. Den lavere andelen i 1996-årgangen tilsier at mange har startet behandling før 2010 (før 14 år), hvilket ikke er unaturlig. Aldersgruppen over 20 år er liten (gruppe a).

Regionale forskjeller følger stort sett befolkningsmønsteret. De store vestlandsfylkene ligger noe over mht. andel av kjeveortopediske brukere enn hva andel av befolkningen skulle tilsi, mens de sentrale østlandsfylkene ligger litt under (Vedlegg 2, Figur 1). Det må imidlertid påpekes at variasjonen er liten, landet sett under ett.

5.4.2.3 Utbetalt stønad

De totale stønadsutbetalingene for kjeveortopedi (punkt 8) i perioden 2010-2013 var 2,13 milliarder kroner³⁴.

For de brukerne som inngår i vår undersøkelse ble det utbetalt 916 millioner kr. i stønad, som utgjør 43 prosent av totalt utbetalt stønad i perioden. 96 prosent av brukerne ble behandlet i privat sektor (Tabell 8).

³³ Malokklusjoner og søknad til folketrygden, Nor Tannlegeforenings Tidende 2001; 111:18-21

³⁴ Helsedirektoratets regnskapssystem (KUHR og papirbasert)

	Antall behandlet	Sum refusjon
Offentlig spesialist	5 013	37 323 951
Privat spesialist	103 127	879 536 711
Totalt	108 140	916 860 662

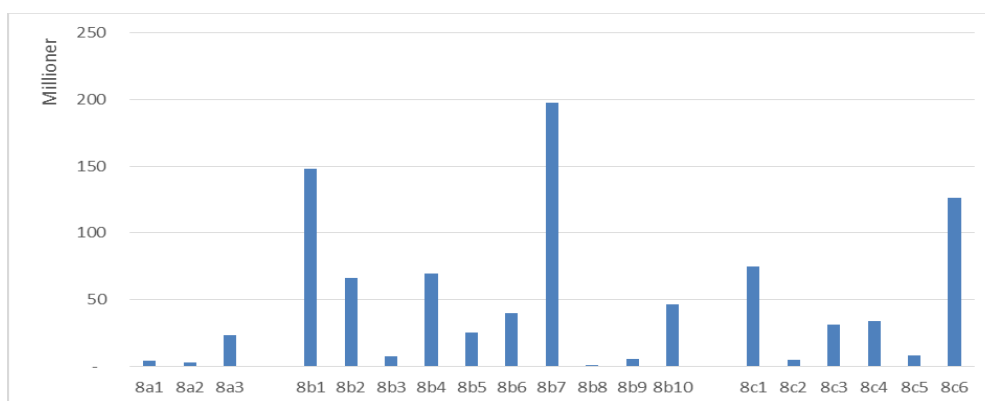
Tabell 8 - Utbetalt stønad i undersøkelsesmaterialet (KUHR)

35 prosent (ca. 38 000 personer) av totalt antall brukere i undersøkelsen fikk utvidet stønad på grunn av flere søsken i samme familie har behov for kjeveortopedisk behandling. Stønadene var på til sammen 377 millioner kroner (Tabell 9).

	ordinær	utvidet stønad søsken	total	Andel, %
a) svært stort behov	30 665 215		30 665 215	3
b) stort behov	367 220 402	239 429 447	606 649 849	66
c) klart behov	141 696 980	137 848 619	279 545 599	30
Total	539 582 596	377 278 066	916 860 662	100

Tabell 9 – Utbetalt stønad etter hovedavvik – ordinær og utvidet stønad søsken

Den største stønaden ble utbetalt til behandling av bittanomalier 8b7, 8b1 og 8c6 (Figur 6). Dette stemmer med antall brukere som får behandling for disse bittanomalier (Figur 4).



Figur 6 - Utbetalt refusjon for ulike bittanomalier, undersøkelsen

I KUHR oppgis kun hovedavvik (det som gir høyest stønad). Det betyr at brukerne kan ha ulike andre bittavvik som ikke kommer frem i denne oversikten.

Gjennomsnittlig stønad for den enkelte bruker er gjengitt under (tabell 10). Det er viktig å huske at det for gruppe b og c dekkes henholdsvis 75 og 40 prosent av utgiftene, og søsken stønad utvides til henholdsvis 90 og 60 prosent.

	Ordinær	Utvidet stønad søsken	Gjennomsnitt
a) svært stort behov			12 275 kr
b) stort behov	9 369 kr	11 793 kr	10 166 kr
c) klart behov	4 507 kr	6 833 kr	5 418 kr

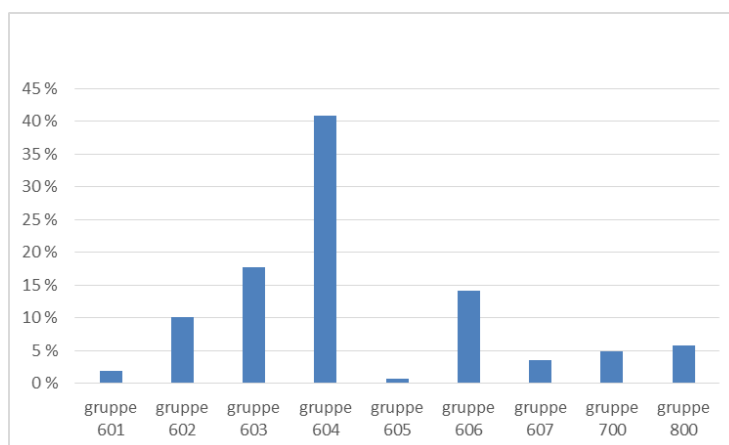
Tabell 10 - gjennomsnitt utbetalt stønad pr bruker, undersøkelsen

Det var store variasjoner i utbetalt gjennomsnittlig stønad per bruker mellom de ulike bittavvikene i gruppe a, mens det i gruppe b og c var små variasjoner (Vedlegg 3, Figur 1). Små variasjoner i gruppe b og c var også observert i gjennomsnittlig utvidet stønad for søsken på de ulike bittavvikene (Vedlegg 3, Figur 2).

5.4.2.4 Analyse av takstbruken

For kjeveortopedisk behandling der det gis stønad fra folketrygden, refunderes dette etter «Takster for tannbehandling», fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. For nærmere beskrivelse av takstene henvises det til kapittel 3.1.

40 prosent av stønad i vårt datamateriale ble utbetalt etter takstgruppe 604. Videre utgjør utgiftene til modeller, foto og røntgenbilder i takstgruppe 700 og 800 vel 11 prosent av utgiftene, med en kostnad på i underkant av 100 millioner kr (Figur 7).



Figur 7 - Fordeling av stønad på de ulike takstgruppene, undersøkelsen

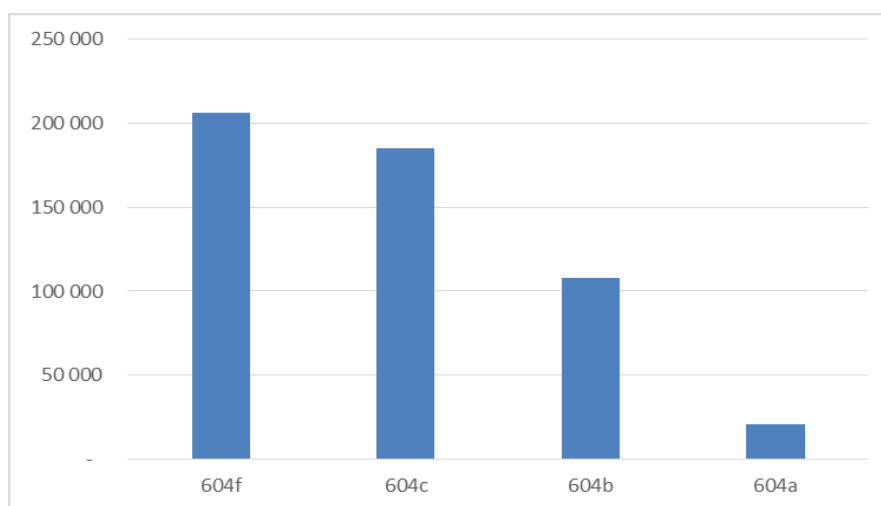
Som nevnt tidligere er det liten variasjon i gjennomsnittlig utbetalt stønad, og ved at vi velger de bittavvik i hver av de tre stønadsgruppene med både flest antall personer og høyest refusjon er det liten risiko for skjevfordeling i dette utvalget.

De største refusjonsutgiftene i de ulike gruppene var på punktene a3, b7 og c6 (Figur 5). Samlet utgjør disse punktene i underkant av 40 prosent i både i refusjonsutgifter og antall brukere (Tabell 11) i undersøkelsen.

	<i>Refusjon</i>	<i>Antall unike brukere</i>
<i>Total sum</i>	916 860 662	108 140
<i>8a3</i>	23 453 157	1 559
<i>8b7</i>	197 541 667	17 364
<i>8c6</i>	126 277 553	20 680
<i>Delsum</i>	347 272 376	39 603
<i>Andel kostnad</i>	38 %	37 %

Tabell 11 - Refusjonsutgifter på utvalgte avvik, undersøkelsen

I denne gruppen ble 604-takstene hyppigst brukt i løpet av et behandlingsforløp. 604-takstene har et tidselement i seg (med unntak av 604 f), og systemet er slik at stønaden øker med økende bokstav. Takst 604a er lavest honorert, mens takst 604e er høyest honorert. Unntatt er takst 604 f, som er lavere honorert, ettersom dette er en ekstra takst som kun kan benyttes i kombinasjon med de øvrige 604-takstene. Av totalt 537 545 arbeidsoperasjoner med 604-takstene i vår analyse av gruppene a3, b7 og c6, var takst 604 f brukt i over 200 000 ganger, etterfulgt av takst 604 c med ca. 180 000 bruk (Figur 8).



Figur 8 - Hyppighet av takstbruk, gruppe a3, b7 og c6

Stønad graderes i regelverket etter en inndeling i alvorlighetsgrad slik at de alvorligste tilfellene (gruppe a) burde kreve mer omfattende arbeidsoperasjoner enn de mindre alvorlige avvikene (gruppe c). Bruken av 604-takster ser ut til å være relativt lik enten det er bruker i gruppe a, b eller c

som får behandling (Tabell 12). Det synes å være større skille mellom offentlig og privat spesialist enn det er mellom de ulike alvorlighetsgradene.

	<i>Offentlig spesialist</i>	<i>Privat spesialist</i>
8a3		
<i>Totalt 604 a</i>	6,7 %	3,8 %
<i>Totalt 604 b</i>	25,6 %	18,2 %
<i>Totalt 604 c</i>	32,3 %	32,5 %
<i>Totalt 604 d</i>	9,7 %	6,1 %
<i>Totalt 604 f</i>	25,6 %	39,4 %
8b7		
<i>Totalt 604 a</i>	4,4 %	3,4 %
<i>Totalt 604 b</i>	31,6 %	18,6 %
<i>Totalt 604 c</i>	31,5 %	34,1 %
<i>Totalt 604 d</i>	3,7 %	3,3 %
<i>Totalt 604 f</i>	28,8 %	40,6 %
8c6		
<i>Totalt 604 a</i>	4,3 %	4,4 %
<i>Totalt 604 b</i>	33,6 %	20,7 %
<i>Totalt 604 c</i>	31,5 %	35,1 %
<i>Totalt 604 d</i>	3,7 %	2,9 %
<i>Totalt 604 f</i>	26,9 %	36,9 %

Tabell 12 - Hyppighet av takstbruk (604) ut fra alvorlighetsgrad gruppe a3, b7 og c6

Private spesialister bruker taksten for enkel arbeidsoperasjon (604b) i langt mindre grad enn taksten for middels arbeidsoperasjon (604c), uansett type alvorlighetsgrad. Samtidig ser en også at takst 604d (komplisert arbeidsoperasjon) benyttes i liten grad, og takst 604e (spesielt krevende behandling ved LKG/craniofaciale lidelser utført av sentraliserte LKG-team) ikke ble ikke benyttet i det hele tatt.

Private spesialister kombinerer annen takstbruk med takst 604 f hyppigere enn offentlig ansatte spesialister, slik at for denne gruppen behandlere er dette den mest benyttede taksten.

5.4.2.5 Privat versus offentlig spesialist

I vårt utvalg (a3, b7 og c6) utgjør andelen av behandling utført av offentlig ansatte kjeveortopeder omtrent 5 prosent av antall behandlede (Tabell 13).

	8a3	8b7	8c6	Totalsum	Andel, %
<i>Offentlig spesialist</i>	84	839	1228	2 151	5
<i>Privat spesialist</i>	1 467	16 525	19 452	37 452	95
Totalt	1 551	17 364	20 680	39 603	100

Tabell 13 - Antall brukere privat og offentlig; gruppe a3, b7 og c6

Gjennomsnittlig stønad per bruker hos privat kjeveortoped er 14,5 prosent høyere enn hos en offentlig ansatt kjeveortoped.

Offentlig spesialist	Privat spesialist	Total
10,4	13,2	13,1

Tabell 14 - Gjennomsnittlig bruk av 604-takster per behandling gruppe a3, b7 og c6

604-takstene er et mål på antall arbeidsoperasjoner. I vår undersøkelse utfører de private spesialistene i overkant av 25 prosent flere arbeidsoperasjoner i løpet av en gjennomsnittlig kjeveortopedisk behandling enn hva de offentlige spesialistene gjør (Tabell 14).

	Offentlig spesialist	Privat spesialist
<i>Totalt 604 a</i>	4 %	4 %
<i>Totalt 604 b</i>	33 %	20 %
<i>Totalt 604 c</i>	32 %	35 %
<i>Totalt 604 d</i>	4 %	3 %
<i>Totalt 604 f</i>	28 %	39 %
<i>N=537 545</i>	100 %	100 %

Tabell 15 - Bruk av 604-takstene i det private versus det offentlige; gruppe a3, b7 og c6

I tillegg til å utføre flere arbeidsoperasjoner per behandling, bruker de private spesialistene kombinasjonen med 604 f takstene hyppigere enn hva deres offentlige kollegaer gjør.

Gjennomsnittlig behandlingstid hos en kjeveortoped er ca. 1 år og 8 måneder. Behandlingstid hos private spesialister er i snitt 2 til 3 måneder lengre enn hos deres offentlige kollegaer (Tabell 16). Private spesialister har også lengre maksimal behandlingstid enn de offentlige kjeveortopedene.

<i>Behandlingstid (dager)</i>	<i>Gjennomsnitt</i>			<i>Maksimal behandlingstid</i>		
	8a3	8b7	8c6	8a3	8b7	8c6
Ordinær stønad						
<i>Fylkeskommunal spesialist</i>	392	599	589	1 020	1 171	1 187
<i>Privat spesialist</i>	622	672	632	1 391	1 402	1 364
Utvidet stønad søsken						
<i>Fylkeskommunal spesialist</i>		606	594		1 190	1 149
<i>Privat spesialist</i>		690	642		1 374	1 435
Antall dager	610	669	629	1 391	1 402	1 435

Tabell 16 - Gjennomsnittlig og maksimal behandlingstid, gruppe a3, b7 og c6

6. DISKUSJON

Helsedirektoratet har vurdert den kjeveortopediske behandlingen opp mot dagens prioriteringsdebatt og eksisterende finansieringsmodeller. Vurderingene er støttet opp gjennom den kvantitative analysen. Helsedirektoratets drøfting av funn og vurderinger presenteres i dette kapitlet.

Som vist til i kapittel 3 behandler man i dag flere personer enn det er forankring for etter gjeldende prioriteringskriterier og forvaltningens krav til forholdsmessighet i myndighetsutøvelsen.

Hovedandelen av de som mottar behandling i dag har et bittforhold som ligger innenfor det som kalles «normalbittet», og har liten til ingen helsegevinst ved behandlingen. Som redegjort for i kapittel 3 er det derfor problematisk at folketrygden dekker behandling for så mange individer som gjøres i dag.

Flere studier har vist at det å ha rette tenner og pent smil er den viktigste faktor for at man går til kjeveortopedisk behandling, selv om noen oppgir fysiologiske og funksjonelle aspekter å være viktigere enn estetikk (Moshkelgosha V, Golkari A, 2013). Standarder av estetikk og skjønnhet synes å være dominante i kjeveortopedisk behandling.

Finansiering gjennom folketrygden er et sterkt virkemiddel som sikrer lik tilgang til tjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, sosial status etc. Tilbud som finansieres via folketrygden er i mindre grad sårbare for kommunal økonomi og lokale prioriteringer.

Samtidig frigjør folketrygdfinansiering både henvisende behandler, brukerne og kjeveortopeder fra all økonomisk risiko.

Utfordringen med denne tredjepartsfinansieringen er at den er lite kostnadseffektiv og kan føre til overforbruk av tjenester, fordi både brukerne og tilbydere er lite priselastiske (etterspørsel/tilbud endres lite ved endringer i pris). Videre gir retrospektiv finansiering liten vilje til samarbeid mellom aktører der det medfører inntektstap.

Spesialister i helsevesenet har krav mht. ulike deler av sin virksomhet bl.a. regulerte egenandeler. Egenandeler gjør konsumenter og tilbydere prisbevisste. Flere studier viser også at endringer i egenandelbetaling har store konsekvenser for etterspørsel etter tannhelsetjenester (Kent D og fl,

2012). Egenbetalingen (mellomlegget mellom den stønad som ytes fra folketrygden og kjeveortopedenes prissetting av sine tjenester) for brukere av kjeveortopedenes tjenester er helt uregulert. Dermed vet vi lite om hva brukere som har rett til stønad til kjeveortopedisk behandling, betaler totalt.

For barn og ungdom har man i dag to parallelle behandlingsløp som er skilt, både økonomisk og organisatorisk; ett hos den offentlige tannhelsetjenesten og ett hos kjeveortopedene.

Manglende samhandling kan føre til oppgaveforskyvning og kostnadsvridninger mellom systemene. Tuominen hevdet at private tannleger systematisk klassifiserte behandlingen de har gjennomført som mer krevende, og derfor dyrere enn deres kollegaer i den offentlige tjenesten. De estimerte at bruk av private tannleger påførte samfunnet en gjennomsnittlig ekstrakostnad på 14,4 prosent (Tuominen R og fl, 2012). Våre funn fra KUHR viser at gjennomsnittlig behandlingstid er lengre, og behandlingen er dyrere hos private enn offentlig ansatte kjeveortopeder.

Tannlegene i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er fast avlønnet. Dette er en finansieringsmodell som i teorien er uavhengig av produktivitet, og derfor ikke gir incentiver til å jobbe mye. Lav produktivitet fører til lav kostnadseffektivitet. Samtidig gir faste lønninger god kostnadskontroll.

Slik systemet er i dag, synes det økonomisk lønnsomt med produksjon av flere tjenester, flere konsultasjoner, flere behandlinger, dyrere behandlinger, mer tidkrevende behandlinger og overbehandling.

Kombinasjonen av avlønningsmodellene for tannlegene i den offentlige tannhelsetjenesten og kjeveortopedene gir derfor sterke incentiver for DOT til å henvise bruker til kjeveortoped, mens kjeveortopedene ikke har noen incentiver til å avvise bruker. Altså kan finansieringssystemene i seg selv virke behandlingsdrivende.

Kombinasjonen av tredjepartsfinansiering og to-delt finansieringssystem mellom privat og offentlig sektor forsterker dermed de negative aspektene med dagens system.

Vår analyse av takstbruk viser bruk av samme regime for behandling uansett type bittanomali. Det synes som at det er et «standardisert» behandlingsforløp for alle brukere. Det viser seg at takst 604 f «ekstra arbeidsoperasjon» brukes mest. Takstsystemet har et tidselement i seg, der små forskjeller i tid gir gunstige inntektspåslag. Dette gir ytterligere motivasjon for å bruke litt ekstra tid for å utløse en høyere takst. Det er lite muligheter til kontroll av bruk av tidstakster ettersom det er behandler som definerer når taksten kan brukes.

Den morfologiske behandlingsindeksen regulerer hvem som skal få stønad. Kjeveortopedene skal ut fra indeksen beslutte om graden av avvik gir individet rett til behandling med stønad fra folketrygdens bestemmelser. Internasjonale undersøkelser³⁵ viser at heller ikke spesialister er

³⁵ Malmgren O ;Swed Dent J Suppl 1980; 1-121 og Richmond S, Daniels CP Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 180-5; Ref: S: Richmond and C.P.Daniels International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1-Treatment need

konsekvente i sin tolkning av behandlingsbehovet i forhold til indeksen, dette gjelder særlig ved de mildere bittavvikene.

I følge spesialistenes oppfatning henvises det flere individer enn de som har et kjeveortopedisk behandlingsbehov³⁶. Ved å overestimere det virkelige behandlingsbehovet vil da henvisende behandler kunne gi individet og pårørende feilaktig forståelse av hva samfunnet oppfatter som nødvendig behandling³⁷. Ettersom allmennpraktikeren er sentral i beslutningsprosessen, og henvisning herfra er en forutsetning for offentlig stønad, vil eventuelle misforståelser i vurderingen med hensyn til hva som trenger spesialistbehandling kunne ha stor betydning for individets subjektive vurdering av sitt behandlingsbehov. Det er imidlertid mange behandlere som føler press fra foreldre som ønsker at barna skal ha estetisk perfekte tenner³⁸.

Som vist til i kap. 3 angis det i rundskrivet til ftrl. § 5-6 en svært detaljert liste over behandlingsrom, hvor det levnes lite rom for skjønn. Helsedirektoratet har tidligere påpekt at lister som dette kan virke behandlingsdrivende. Av både henviser og kjeveortoped kan listene oppfattes som «skal behandle-lister» snarere enn «kan behandle-lister».

Kjeveortopeder har ovenfor Helsedirektoratet påpekt at lite overlates til skjønn når det gjelder behandlingsbehov. Samtidig forsvarer de listen med den begrunnelse at den gir likebehandling og at den er et godt hjelpemiddel for den som henviser til kjeveortopedisk behandling. Helsedirektoratet ønsker derfor å stille spørsmål ved om listene i veilederen er hensiktsmessige, og om ikke mer burde være underlagt kjeveortopedenes skjønn.

Vilkåret for å få stønad til kjeveortopedisk undersøkelse og behandling er at allmenntannlege/tannpleier har henvist bruker med bittavvik angitt i henvisningsskjemaet. Det synes som det er varierende kvalitet på henvisingene, og at henvisningsskjemaet kan være svært mangelfullt utfyllt. Manglende vurderingskompetanse hos henviser, oppgaveforskyvning og kostnadsvridninger, samt manglende økonomiske insitamenter til å yte mer enn det er strengt nødvendig kan være mulige forklaringer.

Manglende kommunikasjon og samhandling mellom de ulike systemene kan føre til at innkalling og behandling mellom de to systemene ikke er samkjørte. Derfor innkaller kjeveortopedene brukerne til kontroll hos seg i stedet for å la DOT håndtere f.eks. hvordan bittforhold utvikler seg over tid.

På tross av forelagt behandlingsplan kan uforutsette komplikasjoner oppstå, som gjør det vanskelig for kjeveortopeden å angi en forpliktende pris. Samtidig viser våre tall at mye av behandlingen utføres på en svært standardisert måte.

Ordningen med utvidet stønad til utgifter til kjeveortopedisk behandling gjelder familier der flere enn ett barn har behov for slik behandling («søskenmoderasjon») i gruppe b og c. Ordningen estimeres å ha påført Folketrygden en utgift på 47 millioner kroner i 2013.

³⁶ Birkeland K, Katle A, Løwgreen S, Bøe OE, Wisth PJ; J Orofac Ortop 1999; 60 : 292-307

³⁷ Richmond S, O'Brien KD, Roberts CT, Andrews M Br J of Orthod 1994; 21 : 65-8

³⁸ NAV: Folketrygdloven § 5-6 Tannbehandling – Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling, 2008.

Bittavvik er ofte genetisk betinget, og en får ofte opphoping av tilfeller i familier, noe som taler for en ordning med utvidet stønad. Imidlertid har man i dag mange ulike familiestrukturer, noe som vanskeliggjør kontroll av utløsning av søskenmoderasjon. Ordningen slik den er i dag premierer derfor den tradisjonelle familien, og vanskeliggjør likebehandling i forvaltningen. I tillegg kan den bedre dekningen av brukerens utgifter til kjeveortopedi også være behandlingsdrivende, noe som den relativt store økningen i søskenmoderasjon i gruppe c kan indikere.

Det foretas lite tidligbehandling (interceptiv behandling) av tannstillingsfeil hos allmenntannlege i Norge, i motsetning til i andre Skandinaviske land. Her vil nok de finansielle insentivene være viktige. I tillegg er den kjeveortopediske undervisningen i grunnutdannelsen av tannleger siktet inn på å stille diagnoser og i liten grad opptatt av å undervise i behandling av bittfeil. På den annen side vil nok spesialistene gjøre en raskere, bedre og mer effektiv behandling. Samtidig har vi vist at dette er en kostbar ordning, som også har en del utilsiktede effekter som synes vanskelig å håndtere. Ettersom det gis begrenset kjeveortopedisk opplæring i grunnutdannelsen må en også se på studieplanene ved universitetene om allmenntannlegene skal kunne håndtere mer av den kjeveortopediske behandlingen.

Organisering av kjeveortopedi i andre land viser at mer av den kjeveortopediske behandlingen gjøres av allmenntannlegene. I dag gjøres praktisk talt ingen kjeveortopedisk behandling av allmenntannleger i Norge. Den offentlige tannhelsetjenesten har heller ikke bygget seg opp kompetanse på dette fagområdet. Resultatet er at nesten alle som i dag har behov for kjeveortopedisk behandling, uansett stort eller lite behandlingsbehov, blir henvist til spesialist.

LEON-prinsippet har lenge ligget til grunn i norsk helsepolitikk, og man må spørre seg om ikke større deler av det som i dag utføres på spesialistnivå kunne vært utført på et lavere kostnadsnivå, altså av allmenntannlegene.

Kombinasjon av organiseringen og finansieringen av tannhelsetjenesten, samt innholdet i grunnutdanningen, alternativt mangler i denne, har ført til situasjonen slik den er i dag. Det er høyst betimelig å stille spørsmålet om dette er en ønskelig og villet situasjon fra myndighetenes side.

7. ANBEFALINGER – VEIEN VIDERE

I forrige kapittel drøftet Helsedirektoratet funn som ble gjort gjennom litteratursøk og dataanalyse. I dette kapitlet kommer vi med anbefalinger som bør utredes nærmere.

Dagens system for kjeveortopedisk behandling byr på flere utfordringer.

Prioritering

I dag mottar ca. en tredjedel av hvert årskull kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden. En stor andel av de behandlede har et bitt innenfor det som må sies å være «normalbittet». Dette kan ikke opprettholdes om forvaltningen skal oppfylle kravet til forholdsmessighet, sett i sammenheng med gjeldende prioriteringskriterier, i sin myndighetsutøvelse.

Helsedirektoratet anbefaler at man foretar en vurdering av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier og vurderer hvilke brukere som skal motta stønad til kjeveortopedisk behandling. Denne vurderingen mener Helsedirektoratet må gjøres uavhengig av om man aksepterer de øvrige anbefalingene.

Finansiering

Folketrygden dekker det en faktisk har brukt gjennom budsjettåret, uten noen krav til kostnadseffektivitet. Det anbefales derfor å vurdere å endre finansieringsmodell, og gå bort fra eller minimere tredjepartsfinansiering.

En mulighet er å endre stønadene for kjeveortopedi til en form for «en-bloc»-utbetalinger. Våre analyser viser at uavhengig av diagnose ser behandlingsløpet svært likt ut. Dette taler for en fast pris for de forskjellige godkjente bittavvik, uansett hvor mange (eller hvor få) ganger brukeren er til behandling. Standardisert behandling kan også budsjetteres ved anbudsutsettelse.

En annen mulighet er å legge kjeveortopedisk behandling inn i et budsjettstyrt regime, slik at en får større kostnadskontroll. Finansieringsansvaret kan enten ligge i fylkeskommunen eller i staten. Ettersom fylkeskommunen er budsjettstyrt vil man da måtte forholde seg til det faktum at midlene kan ta slutt.

Helsedirektoratet anbefaler å utrede videre de ulike finansieringsmodellene for kjeveortopedi.

Endre organisering av kjeveortopedi

Helsedirektoratet mener at samhandlingen mellom private kjeveortopeder og DOT er en strukturell utfordring. I teorien skal brukeren vurderes av to uavhengige parter: henviser og kjeveortoped. Dette synes ikke å fungere optimalt i dagens praksis.

Det anbefales en sterkere grad av individuell vurdering hver gang en bruker blir henvist fra DOT til kjeveortoped, der både fordeler og reelle bivirkninger belyses.

En av flere mulige modeller er å innføre krav om avtaler med kjeveortopedene slik det gjelder alle andre legespesialister. Kjeveortopeder som inngår avtaler med fylkeskommuner/staten får rett til å praktisere med stønad fra det offentlige. Gjennom avtaler reguleres egenandeler og prisfastsettelse, det stilles krav til dokumentasjon og samhandling mm.

En annen mulighet er å legge kjeveortopedien over i fylkeskommunene v/den offentlige tannhelsetjenesten. Dette vil være i samsvar med flertallets tilrådning fra NOU 1986:25.

På denne bakgrunn anbefaler Helsedirektoratet at en bør utrede videre hvordan en skal organisere og evt. finansiere kjeveortopedi.

Prisfastsetting og synliggjøring av priser

Helsedirektoratet foreslår å styrke brukerne gjennom å sikre mer informasjon til forbrukerne hva gjelder behandlingsalternativer, pris og kvalitet. En må forplikte kjeveortopedene til i større grad å legge ut prisinformasjon for hele behandlingsløp på www.hvakostertannlegen.no.

En kan vurdere å utrede nærmere muligheter for regulering av fastpris/fast egenandelbetaling ved stønadsberettiget tannregulering. Dette vil imidlertid medføre gjeninnføring av forhandlingsinstituttet med NTF/NKF, og er slik Helsedirektoratet ser det en lite aktuell løsning p.t.

Henvisninger

Henvisningssystemet fungerer i liten grad iht. intensjonene om å få henvist de riktige brukerne til kjeveortopedisk behandling. Videre er utfylling av henvisningskjema ofte mangelfull eller av lav kvalitet. Helsedirektoratet anbefaler at ordningen blir utredet med tanke på forbedring.

IKT

Helsedirektoratet anbefaler at det bør settes krav til elektronisk informasjonsdeling mellom henviser og privat kjeveortoped. Det synes som papir er dominerende i informasjonsutvekslingen mellom DOT og kjeveortopedene.

Endringer i takstene

Det anbefales å endre dagens takstsystem basert på tidsestimater, ved enten å endre kronebeløp på enkelte takster (eksempelvis 604b og c) for å få bedre samsvar mellom anslått tidsbruk, eller ved å fjerne tidsaspektet fra takster.

Det foreslås videre å stille strengere krav til dokumentasjon ved bruk av takster (for eksempel takst 604f) eller fjerne enkelte takster helt. Man kan også vurdere å sette tak på bruken av enkelttakster eller sette en maksimal grense på hvor mye behandlingen kan koste for enkelte grupper. Det kan også vurderes å redusere andel av honorartakst som dekkes for de ulike gruppene.

Regelverket for trygdefinansiert kjeveortopedi er ekstremt detaljert, og gir lite rom for skjønnsvurderinger. Det anbefales å kutte, begrense eller endre listen for å gi rom for bruk av mer skjønn både for henviser og kjeveortopeder.

Økt stønad til søsken

Dagens ordning er problematisk da den er umulig å likebehandle for forvaltningen, samt virker som et behandlingsdrivende økonomisk insentiv.

Helsedirektoratet anbefaler en utredning av å fjerne ordningen.

Oppgaveforskyvning/oppgaveglidning

Om behandlingen fortsatt skal være organisert som i dag, vil Helsedirektoratet likevel anbefale å utrede nærmere om det er potensiale ved å overføre enkelte kjeveortopediske behandlinger som retensjonskontroller, interseptiv behandling med enkle plater, mv. til DOT. Dette vil føre til klarere rollefordeling mellom DOT og kjeveortopeder, behov for styrket kompetanse i DOT, samt bedre kostnadskontroll med denne delen av kjeveortopedisk behandling. Dessuten vil DOT antagelig følge større ansvar for forebyggende kjeveortopedisk behandling.

Utdannelse

Det er et tydelig behov for større kunnskap om kjeveortopedi i grunnutdannelsen, både for tannleger og tannpleiere. Tannleger kan til en viss grad diagnostikk, men ikke behandling. Fakultetene på sin side hevder at dagens system kan effektiviseres, og at det ikke er noe i veien for at allmenntannlegene kan ta noe av den kjeveortopediske behandlingen allerede i dag. Helsedirektoratet anbefaler å utrede nærmere hvordan man styrker kompetansen innenfor kjeveortopedi i grunnutdannelsen av tannleger og tannpleiere.

8. REFERANSER

Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom. (i Rundskriv I-8/2014)

Helsedirektoratets database for elektroniske oppgjørdata; KUHR (kontroll og utbetaling helserefusjoner)

HELFO: Utgiftsutviklingen 2 tertial 2014

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester kap 2711. post 72

NAV: Folketrygdloven § 5-6 Tannbehandling – Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling, 2008

Helsedepartementet. Tannhelsetjenesten: geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Oslo: Helsedepartementet; 2003

Helsedirektoratet. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten: en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Veileder Oslo: Helsedirektoratet; 2011

NOU 1986:25. Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid (Gaare - utvalget). Norges offentlige utredninger (tidsskrift: trykt utg). Oslo: Universitetsforlaget; 1986

NOU 1987:23. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning 1). Norges offentlige utredninger Oslo: Universitetsforlaget; 1987

NOU 1997:18. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning 2). Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1997

NOU 2005:11. Det Offentlige engasjement på tannhelsefeltet: et godt tilbud til de som trenger det mest. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2005

NOU 2014:12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, 2014

Stenvik A, Innspill til NOU 2005:11

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

Statens beredning för medisinsk utvärdering (SBU) – Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv, 2005

<http://sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Bettavvikelser-och-tandreglering-i-ett-halsoperspektiv/>

St. meld nr. 35 (2006-2007): Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester, Helse- og omsorgsdepartementet

Abelsen, B. Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge. Den norske Tannlegeforenings Tidende. 2008 (118): 976-82

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

Bettin, H, A. Spassov, M. H. Werner; Asymmetrien bei der Einschätzung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs, Ethik in der Medizin; Springer, Berlin, 2014
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00481-014-0293-9>

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

Brown JL, Introduction and Guide to the special issue on economic and workforce issues facing dentistry and dental education in the twenty-first century. Journal of dental education 2012; pp 965-972

Chalkley M, Tilley C, Treatment intensity and provider remuneration: dentists in the British National Health Services. Health Econ 2006; 15:933-946

Evjen G., Grytten J., Ramstad T., Ødegaard J., Stenvik A., Malokklusjoner og søknad til folketrygden. Den norske Tannlegeforenings Tidende. 2001 (111): 18-21

Grytten J, Models for financing dental services. A review. *Community Dental Health* 2005; 22:75-85

Grytten J et al, Incentives and remuneration systems in dental services. Int J Health Care Finance Econ 2008

Grytten J, Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten – en oversikt. Den norske tannlegeforenings tidende 2010 (120):308-15

Grytten J., Skau I. Kjeveortopedisk praksis, Universitetet i Oslo Desember 2006

Holst D et al, Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. Den norske tannlegeforenings tidende 2005 (115):212-6

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

Kent D et al, The market for dental services. *Journal of dental education* 2012, pp. 973-986

Kjønstad, Asbjørn (red.) Folketrygdloven, med kommentarer. Gyldendal, 2. utgave, 1 opplag, 2007

Krey KF, Hirsch C, Frequency of orthodontic treatment in German children and adolescents: influence of age, gender, and socio-economic status. European Journal of Orthodontics 2012;34:152-157

Listl S, Chalkley M, Provider payment bares teeth: dentists reimbursement and the use of check-up examinations. Social science & Medicine 2014; 111:110-116

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

Midtbø M. Klinisk odontologi i et framtidsperspektiv – kjeveortopedi. Den norske Tannlegeforeningens Tidende 2003 (113): 556–7

Mitchell, Laura; An introduction to orthodontics Oxford. 4th edition 2013

Moshkelgosha V, Golkari A, An evaluation of willingness to pay for orthodontic treatments in patients of Chiraz Dental School Clinic. johoe 2013; vol2, 1:35-43

Naretto, S.; Principles in Contemporary Orthodontics", ISBN 978-953-307-687-4, 2011.
<http://www.intechopen.com/books/principles-in-contemporary-orthodontics/an-overview-of-selected-orthodontic-treatment-need-indices>

Nguyen L, Häkkinen U. Choices and utilization in dental care: public vs private dental sectors, and the impact of a two-channel financed health care system. Stakes 2005

Richmond S, O'Brien K.D., Roberts C.T., Andrews M. Br J of Orthod 1994; 21 : 65-8

Richmond S, Daniels CP, International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1-Treatment need. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998;113:180-5

Richmond S, Daniels CP, International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1-Treatment outcome. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998;113:324-8

Sintonen & Linnosmaa 2000 i Creative distraction 2010, 14th edn. University of Queensland Economics Society, St Lucia, 2010, pp 32-39

Smith ASA, Cunningham SJ, Which factors influence willingness-to-pay for orthognathic treatment? European Journal of Orthodontics 2006;26:499-506

Steinum, Camilla, foredrag på Spesialistkonferansen på Gardermoen 1. og 2. november 2012

Stenvik A, Torbjørnsen TE. Hvem gjør hva innenfor ortodontien? Den norske Tannlegeforeningens Tidende.2007 (117): 6-9

Tickle M et al, Paying for the wrong kind of performance? Financial incentives and behaviour changes in National Health Services dentistry 1992-2009. Community dental oral epidemiology 2011;39:465-473

Tuominen R et al, Private dentists assess treatment required as more extensive, demanding and costly, than public sector dentists. Community dental oral epidemiology 2012;40:362-8

Verma, D., Grewal S.B., Kumar, P.S., Singh B: The Othodontic Cyber Journal, april 2011

Widström E, Eaton KA. Oral health care systems in the Extended European Union. Oral Health Prev Dent 2004; 2: 155 – 94

Widström E, Ekman A, Aandahl SL et al. Development in oral health policy in the Nordic countries since 1990. Oral Health Prev Dent 2005; 3: 225 – 35
Woods N The role of payment systems in influencing oral health care provision, 2013

Woods N et al, The influence of economic incentives on treatment patterns in a third-party funded dental services. Community dental health 2013;27:18-22

<http://www.aftenposten.no/nyheter/Sier-ja-til-kreftmedisin-7145613.html>

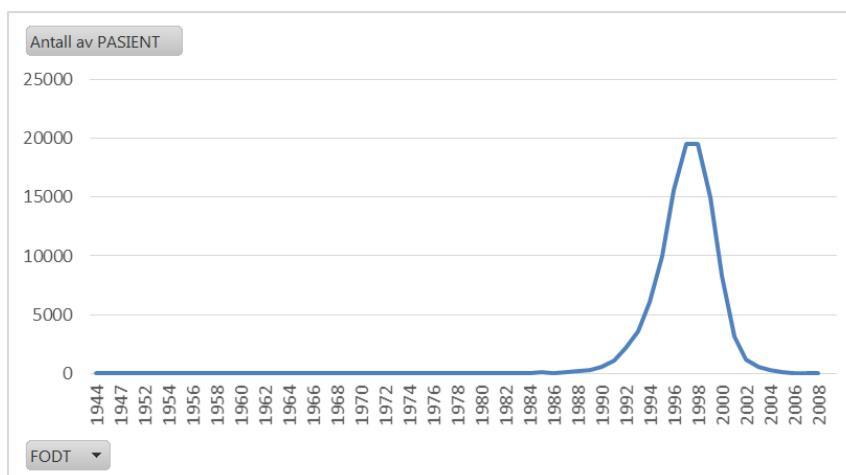
<http://www.aftenposten.no/helse/article1307783.ece>

Orthodontic Journal 10/1179/1465312052

9. VEDLEGG

Vedlegg 1.

Figur 1 Aldersfordelingen i undersøkelsen.

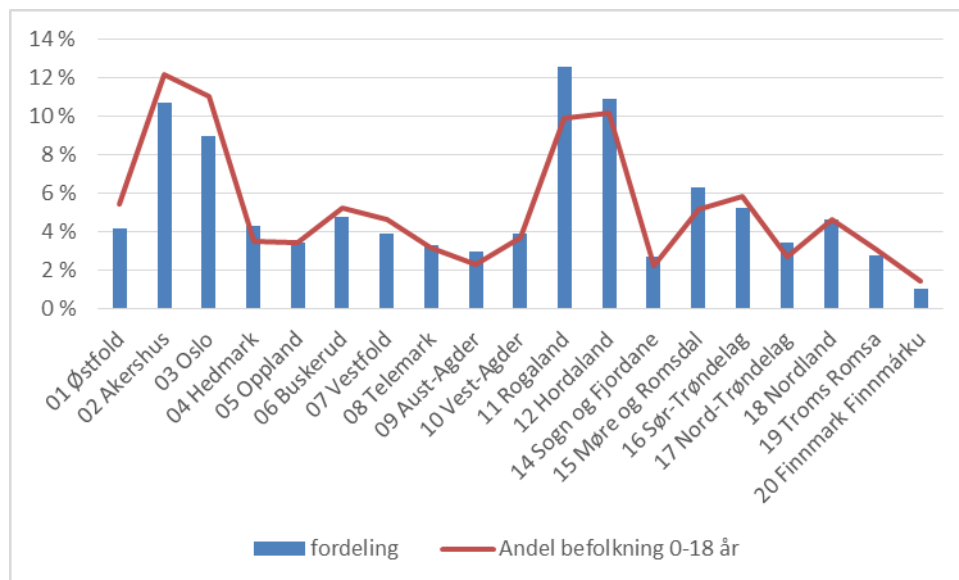


Tabell 1 – Aldersfordeling og årskull 1996-1998

År	Utvalg	Total i årskull
1998	19 493	63 221
1997	19 513	64 524
1996	15 574	63 958
Sum	54 580	191 703
	28 %	

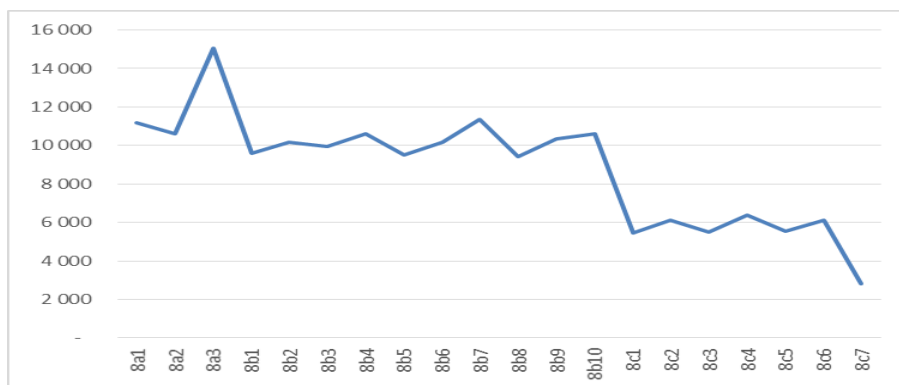
Vedlegg 2.

Figur 1: Regional fordeling av antall brukere etter fylke sammenlignet med befolkning, 2011-2013

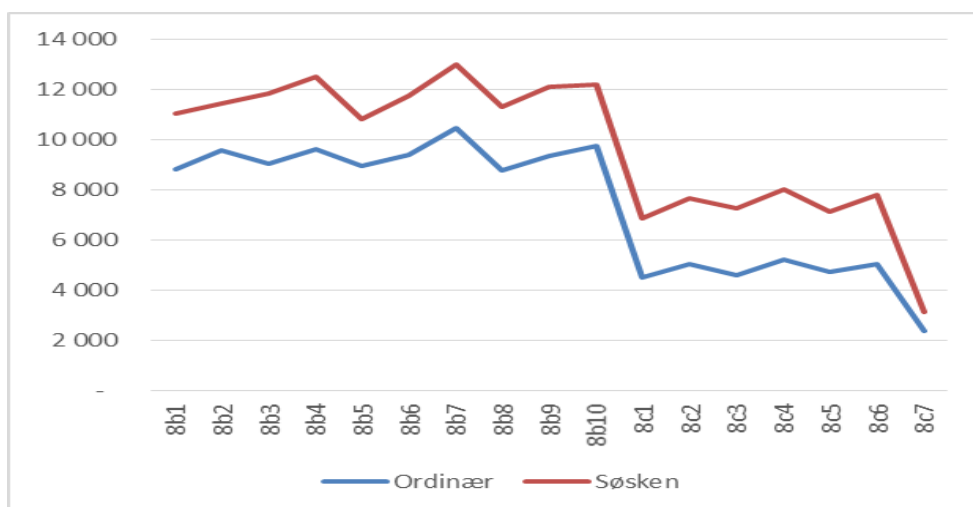


Vedlegg 3.

Figur 1- Gjennomsnittlig utbetalt stønad, fordelt på anomali



Figur 2 - Gjennomsnittlig stønad gruppe b og c





Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 20 050
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no