



Kjeveortopediske «kontroller» og takstsystem

Geir Kristiansen, leder i Norsk kjeveortopedisk forening (NKF) klager i desembernummeret av Tidende på at det i statsbudsjettet for 2017 kuttes 32 millioner i refusjoner til «for mange kjeveortopediske kontroller», og at myndighetene dermed blander seg inn i tannlegens faglige vurderinger. Han får svar fra statssekretær Lisbeth Normann i Helse og omsorgsdepartementet (HOD), som påpeker at tannlegen uavhengig av refusjonstakstene alltid vil være ansvarlig for behandlingen.

Det er vanskelig å si seg uenig med Normann i det, men det er påfallende at hverken hun eller Kristiansen er opptatt av begrepet «kontroller». Normann synes å tro at behandlingen består i å sette på apparatur, og at kjeveortopedien så tar en titt på tilfeldig valgte tidspunkt, kun for å kontrollere at alt går sin gang. I et intervju med Nettavisen sist høst syntes helseminister Høie å være av samme oppfatning. Det er ikke bra.

For dette er ikke «kontroller», Normann, det er *selve behandlingen*. Hvor mye som må gjøres ved hvert besøk, vil variere sterkt fra gang til gang på samme pasient, og mellom pasienter. Hvor mange arbeidsoperasjoner som må utføres i løpet av hele behandlingsløpet, og antall takster som da utløses, avhenger av bittfeilens alvorlighetsgrad, ikke av antall besøk.

Men har Normann likevel et poeng? Har vi for mange besøk i et behandlingsløp? Det vet vi ikke, men det vi vet, er at dagens takstsystem mangler incentiver for *færrest mulig* besøk. Det kan tvert imot være mer lønnsomt for kjeveortopedien å fordele arbeidsoperasjonene over flere besøk enn å gjøre mye hver gang. Det vil derfor ikke redusere antall besøk når takstene for arbeidsoperasjoner kuttes. Faren for «for mange» besøk øker faktisk når man, slik det er gjort de tre siste årene, kutter mest i den taksten vi må bruke når vi gjør flere arbeidsoperasjoner samtidig (604f Ekstra arbeidsoperasjon). Takstsystemet må i stedet tilføres incentiver for å gjøre *mest mulig ved hvert besøk*. Da vil antall besøk kunne gå ned, det kan spares reiseutgifter, og det blir mindre fravær fra jobb og skole.

Det blir også feil når Normann hevder at kuttene vil bli minst for dem med stort behandlingsbehov og høy refusjonsprosent. 100 prosent i regnestykket blir ikke den enkelte takst, men det totale takstbeløp i hele behandlingsløpet som kan variere fra under ti besøk til godt over tjue. Refusjonsgrunnlaget vil da senkes mest hos de med stort behandlingsbehov og mange besøk, og minst hos de med lite behov og få besøk. Fortsatte kutt etter samme mønster vil på sikt undergrave prinsippet om refusjon gradert etter behandlingsbehov.

Normann påpeker at NKF har hatt god tid til å komme med innspill etter Helsedirektoratets utredninger i 2008 og 2014, og derfor ikke nå kan klage over manglende dialog. Jeg ledet i fjor et utvalg nedsatt av NKF der vi foretok en bred gjennomgang av norsk kjeveortopedi inkludert refusjons- og takstsystemet. Med i utvalget var professorene Arild Stenvik og Jostein Grytten, tidligere NKF-leder Jon-Olav Aabakken og nåværende NKF-leder Geir Kristiansen. Jeg er kjent med at NKF med utgangspunkt i vår utredning har oversendt myndighetene sine synspunkter. Det er trolig dette Kristiansen sikter til når han inviterer til samarbeid i det videre arbeidet med regelverket. Det er en invitasjon Normann, HOD og direktoratet bør takke ja til, og nedsette en arbeidsgruppe der både fagmiljøene og helsemyndighetene er representert. Gruppen bør ha god kompetanse på takstsystemer slik at diskusjonen kan løftes opp på et prinsipielt nivå. Fortsatte kutt i enkelttakster vil aldri kunne gi et system som er bærekraftig på lang sikt.

*Tor Torbjørnsen
Spesialist i kjeveortopedi
tor@kjeveortopedien.nhn.no*