
Rundskriv til § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade

Utarbeidet av Helsedirektoratet, gjeldende fra 1. januar 2018.

I GENERELL INFORMASJON

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har, med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 § 5-6 a og § 5-25, gitt forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet fastsatt takster for de undersøkelser og behandlinger som det gis stønad til etter disse bestemmelsene.

Dette rundskrivet inneholder utfyllende bestemmelser til de ulike paragrafene i forskriften, og gir en nærmere beskrivelse av de tilstander og tilfeller som er stønadsberettigede.

Formål

Hovedregelen er at personer over 20 år selv betaler for tannbehandlingen de har behov for. Formålet med bestemmelsene i folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a er å gi bestemte grupper, ut over dem som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven § 1-3, hel eller delvis stønad til utgifter til tannbehandling. Disse tilstandene og tilfellene er listet opp i forskriften § 1.

Etter folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a gis det i hovedsak ikke stønad til forebyggende behandling, tannrensing og kariesbehandling eller behandling av kariessykdommens følgetilstander mv. Dette gjelder likevel ikke i de tilfeller kariessykdom er et resultat av bakenforliggende sykdom eller behandlingen av denne. Tannteknisk arbeid som ikke er forordnet av tannlege omfattes heller ikke etter denne bestemmelse.

Lovgivning om godtgjørelse av utgifter til tannbehandling

Offentlig finansiert tannbehandling ytes i henhold til følgende lover:

- Lov om tannhelsetjenesten av 3. juni nr. 54 1983
- Lov om folketrygd av 28. februar nr. 19 1997 § 5-24
- Lov om krigspensjonering for sivilpersoner mv. av 13. desember nr. 22 1946
- Lov om krigspensjonering for militærpersoner av 13. desember nr. 21 1946
- Tilleggslov om krigspensjonering av 22. mars nr. 2 1968

I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter kapittel 5 i folketrygdloven, jf. folketrygdloven § 5-1. Dersom bestemmelsene i § 5-6 eller § 5-6 a gir bedre dekning av nødvendige utgifter til tannbehandling enn annen lovgivning kan differansen i enkelte tilfeller dekkes av folketrygden etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Personer som har rett til vederlagsfri tannbehandling etter annen lovgivning vil ikke motta stønad i medhold av folketrygdloven § 5-6 eller § 5-6 a. Behandler må forvisse seg om at bruker ikke har rettigheter etter annen lovgivning før det fremmes refusjonskrav.

Rettigheter for 19- og 20-åringer

Vederlagsforskriften (forskrift 24. mai 1984 nr. 1268) gir nærmere bestemmelser om betaling av vederlag for personer som mottar tannhelsehjelp i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I hht § 3 første ledd skal ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret ikke betale større vederlag enn 25 pst av departementets fastsatte takster, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. Etter § 3 andre ledd kan fylkeskommunen ta fullt vederlag etter honorartakster fastsatt av departementet for 19- og 20-åringer som fyller vilkårene for stønad etter

folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a eller § 5-25 med tilhørende forskrift og rundskriv. Fylkeskommunen skal imidlertid påse at vederlaget som kreves av 19- og 20-åringer uansett ikke utgjør et beløp som er høyere enn 25 pst. av departementets fastsatte takster, når stønaden etter folketrygdloven er hensyntatt.

Fylkeskommunen er ansvarlig for at krav etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a eller § 5-25 blir fremsatt overfor Helfo, enten på vegne av pasienten, eller på bakgrunn av avtalen om direkte oppgjør.

For 19- og 20 åringer med rettigheter etter folketrygdlovens § 5-6, og som er henvist til behandling hos annen behandlingsinstans enn den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, er det behandlende instans som fremsetter kravet om refusjon fra folketrygden til Helfo. Eventuelle mellomlegg blir et oppgjør mellom fylkeskommunen og behandler.

Frist

Fristen for å sette frem krav om stønad regnes seks måneder fra den datoen hver enkelt undersøkelse eller behandling ble foretatt.

Klage

Avslag på krav om stønad kan påklages. Alle klager rettes til den enhet som fattet det vedtaket som ønskes klagebehandlet, jf. folketrygdloven § 21–12 og forvaltningsloven § 32. Helseklage er klageinstans for vedtak fattet av Helfo. Klage sendes Helfo, som forbereder saken for oversendelse til klageinstansen.

Klageinstansens vedtak kan ankes til Trygderetten.

II UTFYLLENDE BESTEMMELSER OG NÆRMERE RETNINGSLINJER TIL FORSKRIFTEN

Helsedirektoratet er i forskrift gitt hjemmel til å fastsette utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer, jf. forskriften § 1 nest siste ledd.

Merknad til § 1 Stønadsberettiget undersøkelse og behandling

Folketrygdloven hjemler kun stønad til nødvendig og forsvarlig tannbehandling. I de tilfeller der behovet for tannbehandling kan avhjelpes med ukomplisert behandling skal denne behandlingsformen benyttes fremfor dyrere og/eller mer kompliserte behandlingsformer. Behandler må kunne dokumentere sine vurderinger med hensyn til rettigheter og pasientjournalen skal inneholde alle de opplysninger som er relevante og nødvendige.

Hvis det oppstår tvil om diagnose og behandling må tannpleier eller tannlege være sitt ansvar bevisst, og innhente råd fra andre eller henvise til behandler med nødvendig kompetanse.

Stønad til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier ytes etter forskriften § 1 punkt 8. I tillegg kan det, etter fylte 18 år ytes stønad til kjeveortopedisk behandling etter forskriften § 1 punkt 6b, 7c, 12 og 13.

Forebyggende behandling (takst 101) kan kun benyttes ved forskriften punkt 1, 4 og 14. Etter § 5-6 a kan også tannpleier benytte denne taksten ved punktene 1,4 og 14.

Etter folketrygdloven § 5-6 ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege for følgende tilstander/tilfeller:

1 Sjelden medisinsk tilstand

Med sjeldne medisinske tilstander menes enkeltdiagnoser som forekommer i antall opp til 1:10 000 individer eller totalt ca. 500 personer i Norge. Det er et krav at den sjeldne medisinske tilstanden er varig.

De til enhver tid gjeldende tilstander som er omfattet fremgår av listen for sjeldne medisinske tilstander (SMT-listen). Listen er delt i to, A-listen og B-listen. Listene er uttømmende.

Hvis en person har en diagnose som står på A-listen, har vedkommende krav på stønad til nødvendig tannbehandling.

Eventuell stønad til kjeveortopedisk behandling ytes etter § 1 pkt 8 hvis ikke vilkårene etter § 1 pkt 6b, 7c, 12 eller 13 er oppfylt.

Før oppstart av stønadsberettiget behandling av personer med en diagnose som er oppført på B-listen, er det en forutsetning at tannlegen i det enkelte tilfellet har konkludert med at tilstanden eller behandlingen av denne har ført til økt behov for tannbehandling.

Helsedirektoratet oppdaterer SMT-listene ved behov. Dette innebærer at tilstander kan tas inn og ut, vurdert i henhold til ovennevnte retningslinjer. Endringer vil bli angitt med virkningsdato for endringen. Ønsker om å inkludere andre tilstander enn de som er angitt i listene, forelegges Helsedirektoratet til avgjørelse. For tilstander som fjernes fra listen, ytes det stønad til behandling som er påbegynt innen seks måneder etter at tilstanden er fjernet.

Etter folketrygdloven § 5-6 a ytes det også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt utført av tannpleier, jf. forskriften § 1 andre ledd.

Utgiftene dekkes etter honorartakstene.

2 Leppe-kjeve-ganespalte

Det ytes stønad til tannbehandling som har direkte relasjon til leppe-kjeve-ganespalte. Ved behandling utført av tannlege utenfor sykehus er det en forutsetning at bruker er henvist fra sentraliserte LKG-team.

Utgiftene dekkes etter honorartakstene.

3 Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig

Dette inkluderer krefttilstander og lokalt aggressive tilstander (som store kjevecyster over et område som omfatter/tilsvarer mer enn 1 tann, benigne svulster og osteomyelitt) og som direkte påvirker munnhulen/kjevvene. Apikal periodontitt eller avgrenset cyste rundt tannrot/-krone omfattes ikke av denne bestemmelsen.

I tillegg til diagnose som nevnt over, må sykdommen eller behandlingen av denne ha ført til behov for tannbehandling.

Utgiftene dekkes etter honorartakstene.

4 Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander

Etter denne bestemmelsen kan det gis stønad til nødvendig infeksjonsforebyggende tannbehandling der infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munn/kjeve/tenner kan innebære en alvorlig og livstruende risiko for en person, og der risikoen har sammenheng med personens medisinske tilstand og behandling.

Personens tilstand og risikovurdering skal være dokumentert skriftlig ved erklæring fra lege/sykehusavdeling før den infeksjonsforebyggende tannbehandlingen starter.

Tannlegen/tannpleier er ansvarlig for at den tannbehandling som det gis stønad for, er en behandling som hindrer infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munnhulen, (og som kan innebære en alvorlig og livstruende risiko for personen).

Det kan da ytes stønad ved følgende medisinske tilstander og behandlinger:

- a. hjerteoperasjon
- b. dialysebehandling
- c. organtransplantasjon og ved etterfølgende immunsuppressiv behandling
- d. beinmargstransplantasjon

- e. stamcellebehandling
- f. høydose cellegiftbehandling
- g. HIV/AIDS
- h. kreftpasienter med skjellettmetastaser i forbindelse med behandling av benmodulerende medikamenter
- i. strålebehandling mot kjevene ved kreftsykdom og/eller ved etablert medikamentassosiert kjeveosteonekrose

Som hovedregel gis ikke stønad til generell rehabilitering av tannsettet. Unntak er tilfeller der tenner må fjernes som ledd i den infeksjonsforebyggende behandlingen. I slike unntakstilfeller dekkes også utgifter til nødvendig rehabilitering.

Etter folketrygdloven § 5-6 a ytes det også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt utført av tannpleier, jf. forskriften § 1 andre ledd, der infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munnhulen kan innebære en alvorlig og livstruende risiko for pasienten.

Behandling av marginal periodontitt omfattes ikke av dette punktet. Behandling av marginal periodontitt for personer med rett til stønad etter pkt. 4, dekkes etter takster under pkt. 6 a.

Øvrige utgifter dekkes etter honorartakstene.

5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve

Denne bestemmelsen omfatter kun behandling som utføres på kirurgisk og/eller oralmedisinsk indikasjon. Det ytes ikke stønad til behandling av karies og periodontale sykdommer etter denne bestemmelsen.

Etter denne bestemmelsen ytes det stønad kun etter takstene 403–418 og 420. Takstene i takstgruppe A, H og I kan brukes i tillegg.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene, og godkjente egenandeler inngår i egenandelstak 2-ordningen.

Stønad til behandling ved temporomandibulær dysfunksjon ytes etter takst 705 og injeksjon i kjeveledd etter takst 706.

6 Periodontitt

Det ytes stønad ved:

a) Behandling av marginal periodontitt og periimplantitt

Stønad ytes ved systematisk behandling av marginal periodontitt/periimplantitt som tar sikte på å oppnå infeksjonskontroll. Behandlingen må være målrettet og faglig strukturert. Etter denne bestemmelsen ytes ikke stønad til forebyggende tiltak som rutinemessig tannrens eller til behandling av gingivitt.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene under takstene 501–505. Takster i takstgruppe A, H og I kan brukes i tillegg.

Takst 501 kan benyttes inntil 14 ganger per kalenderår. I tillegg kan taksten benyttes i kombinasjon med takst 502.

Etter folketrygdloven § 5-6 a ytes det også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt utført av tannpleier, jf. forskriften § 1 andre ledd.

Godkjente egenandeler inngår i egenandelstak 2-ordningen.

b) Rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt

Før rehabilitering kan påbegynnes, skal det utarbeides en behandlingsplan og en plan for oppfølging av rehabiliteringen. Planene skal journalføres. Av journalen skal det også fremgå hvorfor aktuell(e) tann/tenner ekstraheres og ikke behandles for marginal periodontitt.

Tannlegen som er ansvarlig for gjennomføring av behandlingen har ansvar for å utarbeide en behandlingsplan. Tannlegen som skal ha ansvar for oppfølging etter utført rehabilitering, skal utarbeide

oppfølgingsplanen.

Stønad ytes i de tilfeller hvor tann/tenner er tapt etter 1. mai 2002 som følge av marginal periodontitt. Årsaken til tanntapet må dokumenteres.

Munnhulen må være sanert for oralpatologiske tilstander, herunder marginal periodontitt, før implantat settes inn.

Som hovedregel refunderes ikke utgifter til rehabilitering for tapte tenner bakenfor premolar (eller femte tann i tannrekken). Nødvendig unntak skal begrunnes og dokumenteres.

Det ytes stønad til kun én rehabilitering per tapt tann forårsaket av marginal periodontitt. Det kan gjøres unntak fra denne hovedregelen dersom protetisk erstatning og/eller implantat må fjernes/gjøres om som følge av at flere tenner må trekkes på grunn av marginal periodontitt. I disse tilfellene kan det gis stønad til hel- eller delprotese. Bli de tapte tenner erstattet med fast protetik, ytes det kun stønad for de tapte tenner som det tidligere ikke er gitt stønad for.

Utgiftene dekkes etter takstene 509–517. Takstene 1–5 (undersøkelse og etterkontroll) kan brukes i tillegg. Takstene 808–810 kan brukes av spesialist i kjeve- og ansiktsradiolog, som står ansvarlig for billedtaking og tolkning av bilder.

Etter denne bestemmelsen ytes det ikke stønad for kirurgisk behandling etter takstene 421–423.

Takst 401/402 kan benyttes i forbindelse med takst 514, det vil si når man etter § 5-6, pkt 6b, har til hensikt å erstatte tapte tenner med implantat etter takst 514

7 Tannutviklingsforstyrrelser

Det ytes stønad til behandling av følgende tannutviklingsforstyrrelser:

- a) Amelogenesis imperfekta (ufullstendig emaljedannelse)
- b) Dentinogenesis imperfekta (ufullstendig tannbensdannelse)
- c) Tannagenesi (medfødt manglende tannanlegg)
- d) Alvorlig dentindysplasi (meget korte tannrøtter)
- e) Alvorlig mineraliseringsforstyrrelse og/eller morfologiske utviklingsforstyrrelser
- f) Tannluker på grunn av retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer

Det ytes kun stønad til behandling av tannutviklingsforstyrrelser som er av vesentlig betydning for funksjon og estetikk.

Behandlingsbehovet må ha direkte sammenheng med utviklingsforstyrrelsen.

Til pkt. c): Det ytes ikke stønad til dekning av utgifter til behandling av agenesi av 1. og/eller 2. premolar. Unntatt er ved agenesier ved flere enn to premolarer hos samme person.

Ved behandling av personer med oligodonti (medfødt mangel av 6 eller flere permanente tenner) kan takst 316 benyttes.

I de tilfeller det ytes stønad ved tannagenesi (punkt 7c) kan det for personer over 20 år ytes stønad til kjeveortopedisk behandling, når slik behandling alene eller i kombinasjon med protetisk behandling gir et tilfredsstillende behandlingsresultat.

Utgifter til den kjeveortopediske delen av behandlingen dekkes med 75 prosent etter honorartakstene.

Ved retensjon av tann/tenner ytes stønad til behandling som har til hensikt å erstatte disse tennene protetisk. Det er en forutsetning at det ikke er mulig å føre tennene frem kjeveortopedisk.

Utgiftene dekkes etter honorartakstene.

8 Bittanomalier

I dette punktet omhandles kun bittanomalier som kan behandles kjeveortopedisk.

De bittanomalier som er stønadsberettiget, er delt opp i tre grupper. Opplistingen i gruppene gir en uttømmende oversikt over de tilfeller der det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier. Avhengig av diagnose vil hver enkelt bruker bli definert å tilhøre henholdsvis gruppe a, b eller c. Gruppen er bestemmende for prosentsatsen det ytes stønad i henhold til.

- Gruppe a: 100 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe b: 75 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe c: 40 prosent dekning etter honorartakstene

Ved tilstander som er nevnt under bokstavene b og c må behandlingen være påbegynt senest det året bruker fyller 20 år.

a) Svært stort behov

- 1) **Leppe-kjeve-ganespalte**
- 2) **Medfødt og ervervet craniofacial lidelse**
- 3) **Bittavvik som er så alvorlig at bruker må ha ortognatisk-kirurgisk behandling**

Det er en forutsetning at tilfredsstillende behandlingsresultat kun kan oppnås gjennom kombinasjonsbehandling.

Nødvendig bittrehabilitering for å stabilisere behandlingsresultatet ved ortognatisk kirurgi kan også dekkes når tenner mangler, uavhengig av årsaken til tanntapet.

Utgiftene dekkes med 100 prosent etter honorartakstene.

b) Stort behov

1)

Horisontalt overbitt som er 9 mm eller mer

Det horisontale overbitt måles fra incisalkanten på den mest prominente overkjeveincisiv langs okklusjonsplanet til labialflaten av motsvarende underkjeveincisiv.

2)

Enkelttidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier

I blandingstannsett kan denne gruppeplassering benyttes selv om ikke mange nok permanente tenner er frembrutt til at det kan registreres kryss- eller saksebitt på tre tannpar. Det må imidlertid være overveiende sannsynlig at tre eller flere permanente tenner vil eruptere i kryss-/saksebitt uten tidligbehandling. Kravet til tvangsføring opprettholdes.

3)

Åpent bitt hvor det kun er okklusjonskontakt på molarene

Dersom premolarene ikke er fullt frembrutt, forutsettes det at disse overveiende sannsynlig ikke vil kunne nå okklusjonskontakt uten behandling. Utgangspunktet er okklusjon bare på de permanente molarer. Dersom det er kontakt mellom melkemolarer kvalifiserer dette ikke til gruppe b.

4)

Retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer hvor det er nødvendig med aktiv fremføring

Dette gjelder tenner som ikke bryter frem til normal frembruddstid og som trenger aktiv fremføring.

5)

Underbitt som omfatter alle fire incisiver med eller uten tvangsføring

Inverterte sentraler, der en må regne det som sikkert at også lateralene vil bli invertert, anses som likeverdig avvik. Det samme gjelder kant-i-kantbitt av alle fire incisiver.

6)

Agnesi eller tanntap i fronten (fortenner og hjørnetenner)

En tann i fronten som ikke kan trekkes frem, anses likeverdig med tanntap i fronten.

7)

Dypt bitt med buccal eller palatinal påbitning av slimhinnen med to eller flere tenner.

Påbitingen må være palatinal for antagonistens anatomiske kroner (slik at det senere ikke blir kontakt med cingulum). Påbiting av gingiva som dekker cingulum, eller kontakt med papilla incisiva alene, kvalifiserer ikke for gruppering under dette punkt.

8)

Dobbeltsidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side

9)

Agenesi av to eller flere tenner i samme sidesegment, 3. molarer (visdomstenner) unntatt

10)

Agenesi av enkelttenner i sidesegmentene (dersom luker lukkes) og hypoplastisk molar

Utgiftene dekkes med 75 prosent etter honorartakstene.

c) Klart behov

1)

Horisontalt overbitt fra 6–9 mm

2)

Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar

Er det åpne bittet lokalisert i fronten, skal det vertikale overbittet være negativt. For laterale åpne bitt gjelder samme regler som for punkt b-3.

3)

Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)

4)

Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater

5)

Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)

Med markert plassoverskudd for stønadsberettiget ytelse forstås minst 6 mm.

6)

Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm

Med fronten menes fortenner og hjørnetenner.

Utgiftene dekkes med 40 prosent etter honorartakstene.

Generelle merknader

Stønad til undersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling (inkludert nødvendige laboratorieprøver og røntgenundersøkelser) ytes etter honorartakst for gruppe a og etter refusjonstakst for gruppene b og c.

Henvvisning til kjeveortoped

Det er en forutsetning for stønad at det foreligger fyldestgjørende henvvisning fra tannpleier eller fra annen tannlege. En henvvisning for personer omfattet av gruppene b) og c), gjelder 24 måneder fra henvisningsdato. I de tilfeller det er behov for en ny vurdering av behandlingsbehovet, må det foreligge ny henvvisning, jf. forskriften § 3 andre ledd.

Utvidet stønad av utgifter til kjeveortopedisk behandling

Ordningen med utvidet stønad til utgifter til kjeveortopedisk behandling gjelder familier der flere barn enn ett barn har behov for slik behandling. Moderasjonen gjelder fra det neste barnet (med behov for tannregulering) og de påfølgende søsken.

I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedisk behandling av bittavvik under gruppe b eller c, økes stønaden i gruppe b fra 75 prosent til 90 prosent og i gruppe c fra 40 prosent til 60 prosent fra og med det andre barnet. For at utvidet stønad fra og med det neste barnet skal gjelde, er det et vilkår at det kan dokumenteres at behandlingen av det første barnet har påført familien faktiske utgifter.

Med faktiske utgifter forstås i denne sammenheng differansen mellom honorartakst og det beløp som tidligere er refundert for stønadsberettiget kjeveortopedisk behandling. Der familien har betalt et mellomlegg

i form av differansen mellom honorartakstene og tannlegens pris, regnes ikke denne differansen som en faktisk utgift jf. forskrift § 2 siste ledd.

Ved samlivsbrudd omfattes den av foreldrene som har retten til barnetrygden for de aktuelle søsken av ordningen om søskenmoderasjon. Der de aktuelle søsken har halvsøsken, er det et vilkår at barnetrygden for de aktuelle søsken utbetales til søsknenes felles mor/far.

Der ett/flere søsken er adoptert, omfattes barnet/barna av ordningen fra tidspunktet for adopsjonsbevillingen. Som dokumentasjon på bosted godtas blant annet utskrift fra folkeregisteret. Ved avtale om delt bosted, jf. barnelova § 36, vil avtalen mellom foreldrene være nødvendig tilleggskdokumentasjon for å oppnå søskenmoderasjon.

9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon

Tilstanden må være grav for å være stønadsberettiget. Med grav patologisk attrisjon/erosjon menes tilstander som vil være av vesentlig betydning for funksjon og estetikk. Behandler skal i journalen dokumentere at medført skade har gitt vesentlig forringelse av tannhelsen. Før stønadsberettiget behandling påbegynnes, skal tilstandens alvorlighetsgrad og medførte skader dokumenteres.

Stønad gis også ved tilsvarende grav patologisk slitasje av kroner og/eller innlegg.

Behandlingen skal planlegges ut fra sykdomsaktivitet, langtidsprognose og være mest mulig vevsbesparende der behandling med plastisk materiale er førstevalg. Dersom kroneterapi anses nødvendig skal begrunnelse for valget journalføres. Det skal dokumenteres at kroneterapi vil føre til en vesentlig funksjonsforbedring sammenliknet med annen behandling.

Det gis ikke stønad til protetisk behandling for tapte tenner med unntak for tap av tenner på grunn av rotfrakturer som følge av attrisjon.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene.

10 Hyposalivasjon

Det ytes stønad til tannbehandling i de tilfeller der behandler kan påvise at hyposalivasjon har medført økt kariesaktivitet, og at dette har ført til skade på tenner med vesentlig forringelse av tannhelsen.

Stønad ytes kun i de tilfeller der det foreligger dokumentasjon på hyposalivasjon over tid, minimum ett år.

Legemidler er den vanligste årsaken til munntørrrhet. Bruk av legemiddel som potensielt kan gi munntørrrhet er imidlertid ikke tilstrekkelig dokumentasjon for å få stønad etter denne bestemmelsen. Hyposalivasjon skal dokumenteres i journal ved kliniske funn som underbygger at personen har tilstanden, og at dette har medført økt kariesaktivitet.

Unntak fra observasjonstiden på ett år kan gjøres der det foreligger svært forhøyet kariesaktivitet og dersom verdiene for ustimulert saliva er < 0,10 ml/min og for stimulert saliva er < 0,70 ml/min.

Stønad ytes fortrinnsvis til konserverende tannbehandling for påførte kariesskader. Dersom kroneterapi anses nødvendig, skal begrunnelse for valget journalføres. Det skal dokumenteres at kroneterapi vil føre til en vesentlig funksjonsforbedring sammenliknet med annen behandling.

Dersom tenner går tapt kan også utgifter til protetisk behandling for de tapte tennene dekkes.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene

11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer

Det ytes ikke stønad til generell utskifting av tannrestaureringer etter denne bestemmelsen.

Det ytes stønad til:

a) Utskifting av tannrestaureringer og avtakbare proteser ved kontaktlesjoner i munnslimhinnen

Det ytes ikke stønad på grunn av lesjoner som skyldes mekanisk irritasjon.

Stønad begrenses til utskifting av restaureringer/proteser som har direkte kontakt med slimhinnelesjonen.

Tannlegen må kunne dokumentere at munnslimhinnelesjonen mest sannsynlig ikke opptrer som følge av bakenforliggende sykdom.

b) Utskifting av tannrestaureringer og avtakbare proteser ved objektive allergiske betingede hudlesjoner/slimhinnelesjoner forårsaket av eksisterende tannlegearbeider når lesjonene opptrer utenfor kontaktområde (fjernreaksjoner)

Allergi mot det aktuelle materiale skal dokumenteres ved erklæring fra spesialist i hudsykdommer. Det er et vilkår at behandlende tannlege velger alternativt materiale etter samråd med hudspesialist.

Det er også et vilkår at det rapporteres til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved utfylling og innsending av skjema «Rapportering av uønskede reaksjoner/bivirkninger hos brukere i forbindelse med odontologiske materialer», jfr. takst 10.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene.

12 Tannskader ved godkjent yrkesskade

Stønadsberettiget behandling skal gjenopprette tilstanden før ulykken fant sted. Tidligere skader og defekter som ikke har sammenheng med yrkesskaden er ikke stønadsberettiget etter denne bestemmelsen.

Tannlegen skal dokumentere at yrkesskaden er godkjent av NAV.

Det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling når slik behandling alene eller i kombinasjon med protetisk behandling gir et tilfredsstillende resultat.

Med full godtgjørelse ved yrkesskade/yrkessykdom forstås stønad etter honorartakster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade

Stønadsberettiget behandling skal gjenopprette tilstanden før ulykken fant sted. Tidligere skader og defekter som ikke har sammenheng med ulykken er ikke stønadsberettiget etter denne bestemmelsen.

Det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling når slik behandling alene eller i kombinasjon med protetisk behandling gir et tilfredsstillende resultat.

a) Omfattende tannskade ved ulykke

Stønad ytes til behandling av tannskader som er av vesentlig betydning for funksjon og estetikk.

Det gis stønad som en engangsyttelse når behandlingen er påbegynt innen ett år etter at ulykken fant sted. Unntak fra ettårsregelen kan gjøres der første gangs behandling ble foretatt innen utløpet av det året bruker fyller 20 år.

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene.

b) Traumatiske tannskader hos bruker som lider av sykdommer som kan gi fallskader

Bestemmelsen omfatter skader oppstått under anfall og ved rebehandling av tidligere skade. Dette må dokumenteres.

Utgiftene dekkes etter honorartakstene.

14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne

Det ytes stønad til dekning av utgifter til tannbehandling til personer som på undersøkelses- og behandlingstidspunktet hos tannlege/tannpleier har sterkt nedsatt evne til egenomsorg på grunn av varig somatisk eller psykisk sykdom, og/eller varig nedsatt funksjonsevne.

Med sterkt nedsatt evne til egenomsorg menes her at personen på grunn av alvorlig nedsatte funksjonelle eller kognitive egenskaper må ha bistand fra andre personer for å utføre det daglige munnstell/kroppstell.

Stønad gis kun i de tilfeller sykdommen eller tilstanden har ført til sterkt nedsatt evne til egenomsorg over tid, minimum ett år.

Skriftlig erklæring fra relevant lege eller psykolog skal foreligge før tannbehandling igangsettes. Erklæring skal dokumentere at personen har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne på tidspunktet for tannlegens/tannpleierens undersøkelse og behandling. Erklæringen må videre dokumentere hva slags diagnose / nedsatt funksjonsevne erklæringen gjelder, og at den aktuelle lidelsen eller nedsatte funksjonsevnen har ført til at personen må ha bistand til det daglige munnstell/kroppstell. Det må også framgå forventet varighet av sykdommen/den nedsatte funksjonsevnen. Innholdet i erklæringen må være tilstrekkelig til at tannlegen kan påvise hvordan konsekvenser av sykdommen/den nedsatte funksjonsevnen, påvirker pasientens tannhelse.

Før stønadsberettiget behandling igangsettes skal det foreligge dokumentasjon på at personen ikke får ytelse etter lov om tannhelsetjenesten.

Etter denne stønadsordningen ytes det ikke stønad til personer med "tannlegeskrekk" e.l. Personer som har vært utsatt for tortur og/eller overgrep, og personer som har odontofobi, omfattes heller ikke av stønadsordningen. Disse gis tilbud om aktuell fobibehandling og tannbehandling av fylkeskommunene, finansiert over kapittel 770, post 70.

Personer med rusmiddelavhengighet som er under kommunal rusomsorg og som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og c, og personer som mottar legemiddelassistert behandling (LAR), omfattes heller ikke av denne stønadsordningen. Disse gis tilbud om tannbehandling fra fylkeskommunene, finansiert gjennom de statlige rammeoverføringene til fylkeskommunene.

Stønad ytes fortrinnsvis til konserverende tannbehandling for påførte kariesskader som følge av sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne. Dersom kroneterapi anses nødvendig, skal begrunnelse for valget journalføres. Det skal dokumenteres at kroneterapi vil føre til en vesentlig funksjonsforbedring sammenliknet med annen behandling. Dersom tenner går/er gått tapt kan også utgifter til protetisk behandling dekkes.

Det skal journalføres og dokumenteres hvorfor tenner eventuelt går tapt/ikke kan beholdes. Begrunnet prognose for tenner/tannsett som følge av planlagt behandling skal journalføres.

Etter folketrygdloven § 5-6 a ytes det også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt utført av tannpleier, jf. forskriften § 1 andre ledd.

Utgiftene dekkes etter honorartakstene.

15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Det ytes stønad til personer med helt tannløs underkjeve som på grunn av slag, allmennsykdommer, anatomi eller andre forhold ikke er i stand til å kunne bruke løstsittende protese. Det ytes stønad til 2 implantater og en dekkprotese festet til disse implantatene.

Stønaden ytes til personer som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller som ikke fyller andre gjeldende vilkår for trygdens stønad til tannbehandling. Dersom stønadsretten er benyttet fullt ut etter for eksempel tilstand 6 (periodontitt), skal det som hovedregel ikke ytes ny stønad etter tilstand 15. Unntak er

bare aktuelt hvis endringer i kjevekammen eller andre forhold gjør at pasienten ikke har nødvendig funksjon, slik at tidligere vurdert eller valgt løsning ikke vil fungere. Dette skal i så fall dokumenteres før behandling igangsettes.

Stønaden ytes etter takstene 424 og 320. Ved behov ytes også stønad etter takstene 419 og 423.

Til pasienter som faller inn under ovennevnte stønadsordning til protese i underkjeven, og som i tillegg er tannløs i overkjeven, ytes stønad til nødvendig ny protese i overkjeven etter takst 321. Det ytes ikke stønad til implantatforankring av protese i overkjeven.

Stønad til protese i overkjeven under dette punkt ytes etter honorartakst.

Stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av periodontitt utført av tannpleier

§ 1 andre ledd innebærer at folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling av periodontitt (og periimplantitt) utført av tannpleier. Det fremgår under merknadene til § 1 ved hvilke sykdomstilstander mv stønadsordningen gjelder. I departementets fastsatte takster fremgår det hvilke takster som det ytes stønad etter ved undersøkelse og behandling av periodontitt hos tannpleier.

MERKNAD TIL § 2 SÆRLIGE BESTEMMELSER OM TAKSTER, STØNAD OG EGENANDEL

Godkjente egenandeler betalt ved undersøkelse og behandling omfattet av forskriften § 1 nr. 5 og 6, omfattes av egenandelstak 2-ordningen. Takets størrelse vedtas av Stortinget. Vedtak om frikort egenandelstak 2 fattes av Helfo.

Utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, godtgjøres etter regler i forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 (forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp). Oralkirurgisk behandling, inkludert innsetting av tannimplantater, inngår som en «aktivitet» i DRG-systemet, og er finansiert gjennom denne ordningen. Unntak er implantatbehandling ved rehabilitering etter marginal periodontitt. Hvis tannbehandling er finansiert etter nevnte forskrift, gis det ikke stønad hjemlet i ftrl § 5-6, jf. ftrl § 5-1 tredje ledd.

Stønad til dekning av utgifter til øvrig undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom utført i helseforetak, kan dekkes etter bestemmelsene i forskriften til ftrl § 5-6.

MERKNAD TIL § 3 TANNLEGENS OG TANNPLEIERENS KOMPETANSE

Tannlegen og tannpleieren må selv dokumentere sin kompetanse.

Når kjeveortopedisk behandling utføres av tannlege under spesialistutdanning i kjeveortopedi og under veiledning av spesialist i kjeveortopedi, skal spesialisten underskrive regnings skjema/stønadskrav. Spesialisten anses faglig hovedansvarlig overfor folketrygden, herunder for at krav om godtgjørelse er i samsvar med gjeldende regelverk og takstbestemmelser.

Stønad ved behandling hos kjeveortoped er betinget av en henvisning fra tannlege eller tannpleier. Med henvisning fra tannlege/tannpleier forstås en skriftlig henvisning på godkjent skjema. På henvisningsskjemaet må tannlege/tannpleier påføre hvilken stønadsberettiget tilstand de mener pasienten har, og alle funn må i tillegg journalføres.

For å få stønad etter folketrygdloven § 5-6 må den kirurgiske innsettingen av tannimplantat og den implantatbaserte protetiske behandlingen utføres av relevant spesialist eller av tannlege med godkjent kompetanse. De ansvarlige for gjennomføringen av behandlingen må sikre at bruker blir gitt nødvendig etterkontroll og oppfølging.

MERKNAD TIL § 5 STØNADSKRAVET

Stønadskravet må inneholde alle de opplysninger som er nødvendige for å kunne vurdere kravet. Det er utarbeidet egne skjemaer til dette formål (*Helfo 05–06.20*).

Det er utarbeidet mønsteravtale for direkte oppgjør med tannleger og med tannpleiere. Det er også utarbeidet egen mønsteravtale for direkte oppgjør med fylkeskommunene og med de odontologiske lærestedene. Avtalen om direkte oppgjør inngås mellom den enkelte tannlege/tannpleier/fylkeskommune/de odontologiske læresteder og Helfo. Krav om stønad fremsettes overfor Helfo i henhold til gjeldende regelverk og avtalen om direkte oppgjør, på skjema fastsatt av Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer. Avtale som tannlege/tannpleier har med Helfo om direkte oppgjør er personlig, og når avtale er inngått, må tannlegen/tannpleieren legge denne til grunn for all innsending av krav til Helfo.

Privatpraktiserende tannlege kan ikke sende inn krav på vegne av tannpleier. Tannpleier plikter å sende inn egne refusjonskrav i henhold til Mønsteravtalen og vedlegg til Mønsteravtalen.

I de tilfeller bruker har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og betaler vederlag for behandlingen, fremsettes stønadskrav etter § 5-6 og § 5-6 a som beskrevet over. Kravet fremsettes av fylkeskommunen ved direkte oppgjør eller av pasienten. Det samme gjelder i de tilfeller der folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a gir bedre dekning av utgiftene, og det er aktuelt å dekke differansen.

Det forutsettes at tannlege eller tannpleier har innhentet nødvendig dokumentasjon før stønadsberettiget behandling starter. Det vises til helsepersonelloven med tilhørende forskrifter. Der det er nødvendig av kontrollhensyn, vil Helfo be tannlege/tannpleier eller bruker om å fremlegge nødvendig dokumentasjon på at behandlingen var stønadsberettiget. Eksempel på hva som kan være aktuell dokumentasjon er legeerklæring, kopi av aktuelle deler av pasientjournalen, røntgenbilder, foto og prøvesvar.

Det fremgår av helsepersonelloven at den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal videre fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen. Departementet har i forskrift 21. desember 2000 nr.1385 om pasientjournal (journalforskriften) gitt nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen. Journalen skal først og fremst være et redskap for å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp, men journalen vil også kunne ha betydning i forbindelse med eventuelle tilsynssaker og erstatningssaker for feilbehandling.

Journalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige. Den skal blant annet inneholde foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, plan eller avtale om videre oppfølging. Når det settes i verk behandlingstiltak som fraviker gjeldende retningslinjer er det et særlig behov for å dokumentere hvorfor slik behandling er iverksatt. Av journalen skal det derfor fremgå at tiltaket fraviker retningslinjene og hvilke overveielser som har ledet frem til bruk av et slikt tiltak. Videre bør det fremgå av journalen at pasienten er gitt den informasjon som er nødvendig for å gi pasienten et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å samtykke til eller avslå den aktuelle undersøkelse eller behandling.

Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

Helfo kan avslå krav om stønad når stønadsretten ikke er dokumentert, og de kan også kreve tilbake utbetalt stønad i forbindelse med etterfølgende kontroll. God journalføring er også viktig ved henvisning av pasient til andre behandlere. Hvis undersøkelse, diagnostikk og behandling er godt beskrevet og dokumentert i journalen, kan det bidra til at man unngår dobbeltbehandling eller i verste fall feilbehandling. God journalføring øker pasientsikkerheten.