

# Forbruk av private tannhelsetjenester øker mest

*Private tannhelsetjenester har blitt mer dominerende de siste 20 årene. I 1984 ble 62 prosent av alle tannhelsetjenester produsert i privat sektor. I 2004 hadde markedsprosenten steget til 80 prosent. I denne artikkelen presenteres tall fra Nasjonalregnskapet for konsum av tannhelsetjenester fra 1984 til 2004.*

## Tannhelse for barn og noen utsatte grupper er offentlige oppgaver

I Norge er den offentlige tannhelsetjenesten tiltenkt prioriterte grupper i befolkningen. Ungdom opp til 18 år har rett til gratis tannbehandling. Ungdom mellom 19 og 20 år har også rett til tannbehandling, og de betaler 25 prosent av definerte takster på tannhelsetjenester. Eldre, langtidssyke og funksjonshemmede som mottar pleie- og omsorgstjenester, har sammen med psykisk utviklingshemmede lenge hatt rett til gratis behandling, og de senere årene har også fengselsinnsatte hatt den samme rettigheten. Ifølge lov om tannhelsetjenesten skal fylkeskommunen prioritere tannbehandling til de nevnte gruppene. Den øvrige voksne befolkning kan undersøkes og behandles hvis det er ledig kapasitet. Fylkeskommunen skal prioritere behandling til de enkelte gruppene i befolkningen, og den øvrige voksne befolkning må la seg behandle for egen regning, fortrinnsvis ved private tannlegekontor. Folketrygden gir rett til refusjon på en liten del av oppgavene som utføres på et tannlegekontor.

Tannhelse står i sterk kontrast til resten av helsesektoren når det gjelder forholdet til trygden. Som det vises i analysen, blir en marginal del av tannhelsetjenester dekket over folketrygden, mens for helse generelt er dette en overveiende del. Blant annet derfor har enkelte spurt seg om tannhelse er et helsepolitisk stebarn (Den norske Tannlegeforenings Tidende, 2000).

Årsaken til at tannhelsetjenesten er organisert på denne måten, er ikke helt klar. Tidligere helseminister Høybråten (1998) trekker fram at det ikke finnes noen logisk forklaring. I Holst (2004) er det gjengitt flere eksempler på begrunnelser av slik «historisk» karakter. Selv vurderer Holst trygdespørsmålet i lys av sosial ulikhet, etterspørselsvirkninger og fordelings- og leveringseffektivitet. I gjennomsnitt er utgiftene til tannhelse lave, og det er få som har spesielt høye utgifter til tannbehandling. Det er en svært høy andel av den voksne befolkning, tre firedeler, som har vært til tannbehandling i løpet av året. Holst mener også at inntektselastisiteten i tannhelse er lav, det vil si at dersom inntekten faller, påvirker ikke dette konsumet av tannhelse spesielt. Disse og flere andre argumenter fører til at Holst konkluderer med at en generell trygdeordning vil «forverre dagens overetablering og være en trussel mot både teknisk og fordelingsmessig effektivitet» (Holst, 2004).

I en rapport om utviklingstrekk i helse- og sosialtjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) vises til både sosiale og kulturelle forskjeller i tannhelse. Barn av mødre med høy utdanning har bedre tannhelse enn barn av mødre med lavere utdanning. Det er gjort undersøkelser som viser at barn med

---

Andreas Hedum

---

Andreas Hedum er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (andreas.hedum@ssb.no).

ikke-vestlig bakgrunn har tre ganger så høyt innslag av karies som barn med norsk bakgrunn.

Tidligere sosialminister Leif Arne Heløe (Aftenposten, 2007) tar til orde for en tannreform, men påpeker enkelte bivirkninger ved trygdefinansiering. Han konkluderer med at «la oss for all del unngå et system som fremmer reparasjoner på bekostning av forebygging».

### **Konsum og nasjonalregnskap**

Nasjonalregnskapet er delt inn etter internasjonale standarder for produktklassifisering (CPA) og næringsgruppering (NACE). På den måten kan man skille konsum (forbruk) av tannhelsetjenester fra annet konsum.

Konsumtallene kan deles inn etter hvem som produserer, og hvem som consumerer tjenestene. Det finnes private og offentlige produsenter av tannhelse. I det offentlige er det stort sett fylkeskommunen som står for produksjonen. I realiteten er det bare husholdningene som lar seg behandle av tannlege, men regningen kan dekkes av staten, (fylkes)kommunen eller husholdningene. I denne artikkelen regner vi konsumentene som den betalende part. Når det gjelder tannhelse, er det statlige konsumet det samme som ytelse i folketrygden.

Konsum er for øvrig en av hovedstørrelsene i utregning av bruttonasjonalproduktet. Bruttonasjonalprodukt kan beregnes ved å legge sammen konsum i alt, bruttoinvestering i fast realkapital, lagerendring og nettoeksport (Temaside – Nasjonalregnskap, <http://www.ssb.no/regnskap/>).

Tallene for konsum av tannhelsetjenester kan presenteres både i løpende og faste priser. Tall i løpende priser er nyttig for å se hva tjenesten faktisk koster og kan brukes til sammenligning med konsumtall for hele helsesektoren og totalt konsum for hele landet. Konsumtall i løpende priser kan derimot ikke brukes hvis man har behov for å skille mellom pris- og volumendringer. Regner man konsum i faste priser, er det tatt hensyn til prisstigning. Det publiseres kostnadstall i faste priser i tannhelse i helseregnskapet. Helseregnskapet er et satellittregnskap hvor det presenteres hovedstørrelser for helsesektoren etter de samme prinsippene som brukes i Nasjonalregnskapet. Det finnes helseregnskap og dermed fastprisberegninger av tannhelsekostnader, som strekker seg tilbake til 1997. Problemet med fastprisberegninger i offentlig sektor er at man ikke har full oversikt over priser og produkter, og det er dermed vanskelig å lage prisindekser.

### **Konsum av private tannhelsetjenester har økt langt mer enn konsum av offentlige tannhelsetjenester**

Fra 1984 til 2004 økte konsumet av tannhelsetjenester fra 1,8 milliarder kroner til drøyt 8 milliarder i løpende kroner. Konsumet har økt mer i privat sektor enn i offentlig sektor. Figur 1 gir et bilde på konsumutviklingen.

I 1984 ble det konsumert offentlige tannhelsetjenester for 674 millioner kroner. Dette økte med 133 prosent til 1 572 millioner kroner i 2004. Konsumet har økt hvert år med to unntak. Fra 1987 til 1988 ser vi et fall på 98 millioner kroner, mens mellom 1999 og 2000 falt konsumet med 132 millioner kroner. Hva disse fallene kan skyldes er uklart. Det er (fylkes)kommunal sektor som dekker mesteparten av utgiftene til den offentlige tannhelsetjenesten. I 1984 dekket (fylkes)kommunal sektor 83 prosent, sta-



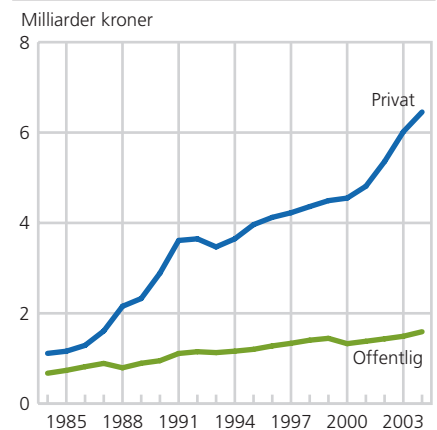
Colorbox.com

ten betalte ingenting, mens husholdningene betalte 17 prosent av tannhelsetgiftene. Etter hvert har husholdningene tatt over en større del av kostnadene. I 2004 dekket husholdningene 26 prosent, 73 prosent ble dekket av kommunal sektor, mens en forsvinnende liten del av konsumet ble dekket av staten.

Noe av veksten i det private konsumet av offentlig tannhelse kan komme av voksent klientell som fylkeskommunen kan behandle mot betaling hvis det finnes ledig kapasitet. Det kan tenkes at den offentlige tannhelsetjenesten har hatt større kapasitet til å behandle betalende klientell.

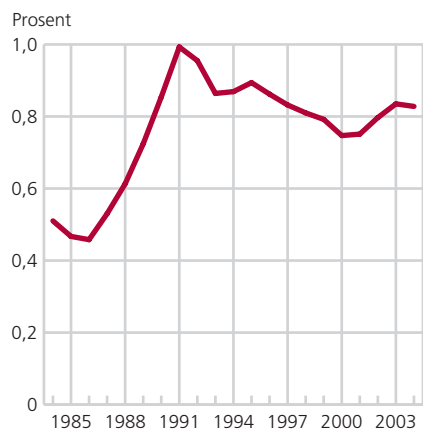
I privat sektor ble det produsert tannhelsetjenester for 1,1 milliarder kroner i 1984. Dette har økt til 6,5 milliarder kroner i 2004. Fra 1992 til 1993 falt produksjonen med 179 millioner kroner. Ellers har produksjonen økt hvert år. De prioriterte gruppene blir først og fremst behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten. Innenfor folketrygden ytes refusjon til personer som på grunn av sjelden medisinsk sykdom har nedsatt tannhelse, barn under 18 år som har behov for tannregulering og personer som trenger operasjon eller rens av tannkjøtt. Dette utgjør en mindre del av utgiftene til private tannhelsetjenester. I 1984 ble 90 prosent av den private tannhelsetjenesten finansiert av husholdningene. I perioden 1989 til 2002 økte dette til rundt 93 prosent. I 2004 er det private konsumet tilbake på 90 prosent. Staten dekker mer av private tannhelsetjenester enn offentlige tannhelsetjenester. I 1984 ble omtrent 8 prosent av tannhelsetjenestene dekket av staten. I mes-

**Figur 1. Konsum av private og offentlige tannhelsetjenester 1984-2004. Milliarder kroner. Løpende priser**



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 2. Husholdningenes konsum av tannhelsetjenester i prosent av husholdningenes totale konsum. 1984-2004**



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

teparten av perioden har den statlige andelen ligget rundt 4 og 5 prosent. I 2004 dekket staten snaut 9 prosent av utgiftene. Kommunal sektor står for en liten del av konsumet av private tannhelsetjenester. Det kan være at enkelte fylkeskommuner har måttet betale private tannleger for behandling av personer i de prioriterte gruppene. Dette kan skyldes mangel på tannleger i fylkeskommunen.

Det som kanskje kommer tydeligst fram i figuren, er utviklingen i privat tannhelsetjeneste i forhold til offentlig tannhelsetjeneste. I 1984 ble 60 prosent av alle tannhelsetjenester produsert i privat sektor. I 2004 har dette vokst med 20 prosentpoeng til drøyt 80 prosent. Hva kan dette skyldes? Det er få konklusjoner som kan trekkes ut fra tallgrunnlaget, men det er mulig å trekke fram noen mulige årsaker.

Har etterspørselen etter private tannhelsetjenester økt i forhold til offentlige tannhelsetjenester? Etterspørselen etter tannhelsetjenester bestemmes i stor grad av tannlegen. Tannlegen har som regel bedre kjennskap klientens tannhelse enn klienten selv, og klienten blir nødt til å stole på tannlegens anbefalinger om undersøkelse og behandling. Iversen (2004) analyserer det samme fenomenet i møte med fastlege og omtaler dette som physician-induced demand.

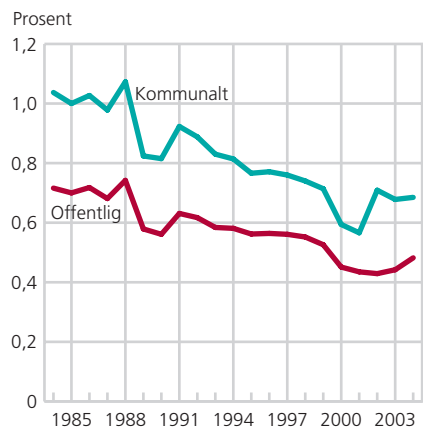
I den offentlige tannhelsetjenesten har tannlegene incentiv til å erstatte dyre behandlinger med forebygging. For det første vektlegger lov om tannhelsetjenesten forebygging fremfor behandling, og for det andre har ikke tannlegene i det offentlige inntekt som er knyttet til antall behandlinger. Fluor ble lansert i skolene, og budskapet var at barn skulle ta vare på egne tenner. Tannhelsetjenesten har turt å øke innkallingsintervallet, det vil si perioden mellom hver gang en klient er inne til undersøkelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Nå har man dessuten sluttet å behandle tenner med små tegn til karies, fordi dette heller kan bekjempes ved god tannhygiene. Det kan tenkes at privat sektor henger etter når det gjelder å øke innkallingsintervallet fordi det vil påvirke inntjening.

En annen mulig årsak til veksten i privat tannhelse i forhold til offentlig tannhelse er lønnsvekst i privat sektor. Det er lett å tenke seg at befolkningens vilje til å betale for tannbehandling ikke er så prisfølsom. Det kan tenkes at produktene som tilbys på et privat tannlegekontor har utviklet seg. I 1984 hadde man kanskje anledning til å tilby enkel behandling av hull hos pasienten, mens nå har man helt andre muligheter. Klientene er muligens villige til å betale for en dyrere behandling hvis denne er mer smertefri, eller hvis resultatet blir bedre. Dessuten har kanskje kosmetiske hensyn kommet til som et alternativ, og det er større muligheter for å betale for behandling som fører til et finere tannsett.

### Konsum av tannhelsetjenester redusert i forhold til totalt konsum ...

Figur 2 viser husholdningenes konsum av tannhelsetjenester som andel av husholdningenes totale konsum. I perioden 1984-1991 hadde husholdningene en større vekst i konsumet av tannhelse enn i det øvrige konsum, mens for årene etter 1991 var det motsatt. 1991 var året da husholdningenes konsumandel av tannhelsetjenester var på sitt høyeste. Da var tannhelsetjenester 1 prosent av husholdningenes totale konsum. Det er uklart hva som er årsaken til det spesielt høye nivået i 1991.

**Figur 3. Offentlig og kommunalt konsum av tannhelsetjenester i prosent av totalt offentlig og kommunalt konsum. 1984-2004**



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Offentlig sektors konsum av tannhelsetjenester viser også en topp i 1991, men det var ikke i 1991 at konsumandelen var på sitt høyeste. Konsumandelene for henholdsvis offentlig forvaltning og (fylkes)kommuneforvaltningen er presentert i figur 3. Med offentlig forvaltning menes både staten og (fylkes)kommunene. På midten av 80-tallet utgjorde tannhelsetjenester drøyt 1 prosent av det totale konsumet i kommuneforvaltningen. Siden har det vært en nedadgående trend, og i den siste delen av perioden har andelen ligget rundt 0,07. Veksten i tannhelsekonsum som vist i figur 1, er ikke spesiell. Det har vært en sterkere konsumvekst generelt, i hvert fall de siste 10-15 årene.

#### .... og i forhold til helse generelt

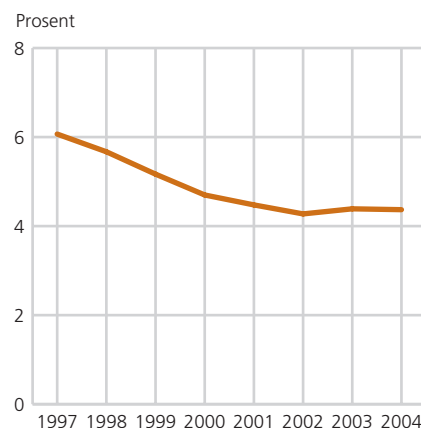
I prosent viser figurene 1 til 3 store endringer i løpet av perioden. For eksempel i figur 1 ser man at tannhelsekonsumet mangedobler seg i løpet av perioden 1984 til 2004. Figur 4 viser utviklingen i kostnader ved tannhelse i forhold til helse. Helseregnskapet strekker seg tilbake til 1997. Tannhelsekostnadene har falt som andel av totale helsekostnader. I 1997 besto omtrent 6 prosent av helsekostnadene av tannhelse. Dette har falt til 4,4 prosent i 2004. Sammenlignet med figur 1-3 ser man at konsumveksten i tannhelse ikke er spesiell. Både det generelle konsumet og konsumet av helsetjenester viser sterkere vekst.

#### Avslutning

Denne artikkelen presenterer tall for konsum av tannhelsetjenester fra Nasjonalregnskapet. Konsum av tannhelsetjenester har økt, særlig i privat sektor. Konsumveksten av tannhelse er ikke sterkere enn for andre varer og tjenester. Forbruk av tannhelsetjenester har blitt mindre i forhold til konsum i alt og i forhold til konsum av helsetjenester.

Det mest overraskende funnet er kanskje at private tannhelsetjenester har vokst i forhold til offentlige tannhelsetjenester. Private tannleger skal i utgangspunktet behandle dem som er minst utsatt for tannsykdom.

**Figur 4. Tannhelsekostnader i prosent av helsekostnader generelt. 1997-2004**



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

#### Referanser

- Heløe, L. (2007): Tannreform for utsatte, Aftenposten 19. mars 2007.
- Holst, D. (2004): *Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år?* Den norske Tannlegeforenings tidende 2004:114.
- Interpellasjon i Stortinget 18. mai 1998 fra representanten Ballo til helseministeren. Høybråtens svar samme dag.
- Iversen, T. (2004): *The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients*, Journal of Health Economics, 23.
- Skou, Marianne (2000): *Tannhelsetjenesten: Helsepolitisk stebarn*, Den norske Tannlegeforenings Tidende, 2000:12.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*, Rapport 2007, IS-1443.
- Temaside – Nasjonalregnskap. (<http://www.ssb.no/regnskap/>).