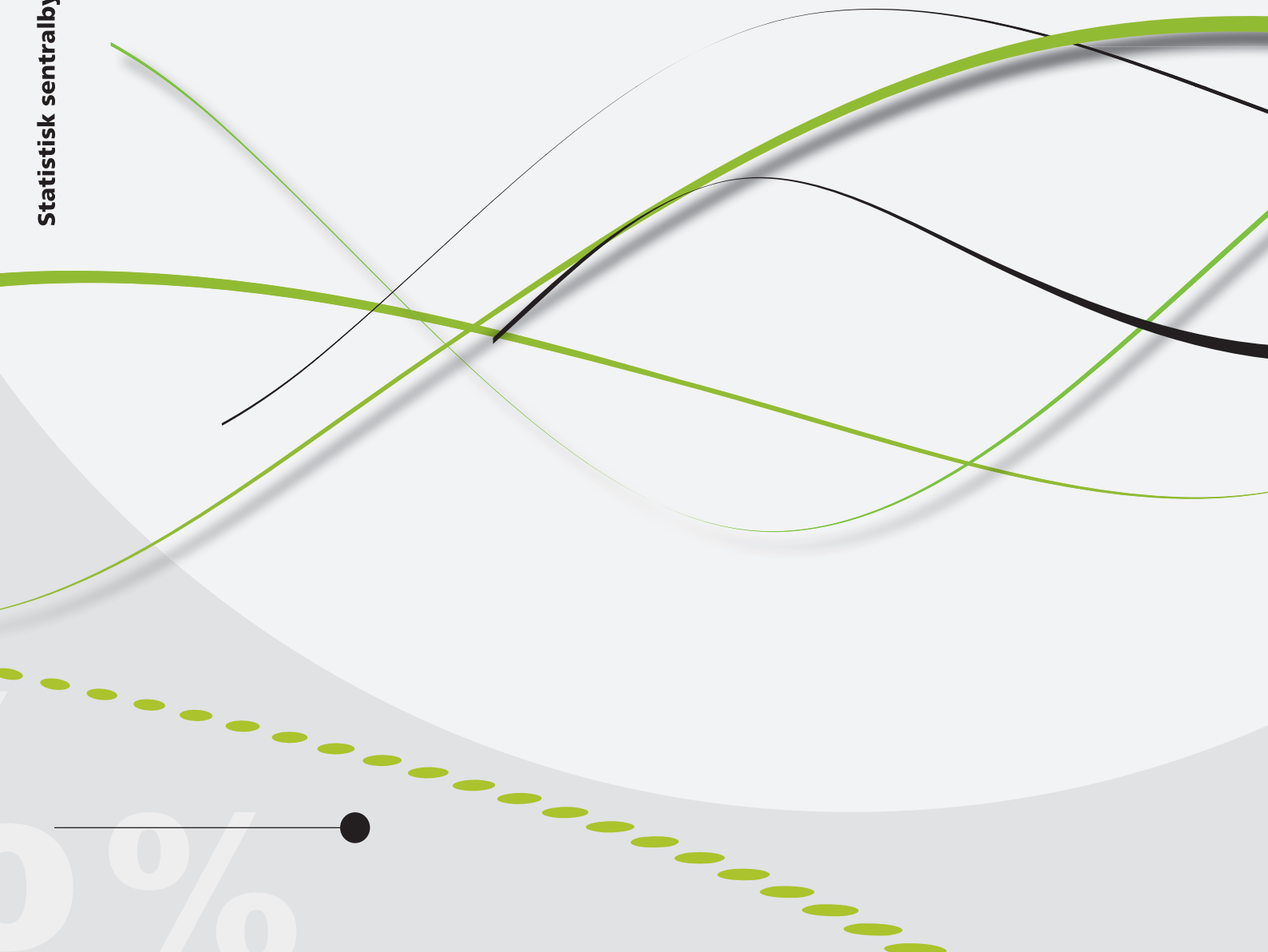




Trond Ekornrud, Othilde Skjøstad og Inger Texmon

Utgifter til behandling hos tannlege

Ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar



Trond Ekornrud, Othilde Skjøstad og Inger Texmon

Utgifter til behandling hos tannlege

Ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar
av folketrygdrefusjonar

Rettet 9. februar 2017

Rapportar I denne serien blir det publisert analysar og kommenterte statistiske resultat frå ulike undersøkingar. Undersøkingar inkluderer både utvalsundersøkingar, teljingar og registerbaserte undersøkingar.

Rettet s. 43 (25.01.2016)
32 og 33 (09.02.2017)

	Standardteikn i tabellar	Symbol
© Statistisk sentralbyrå	Tal er umogleg	.
Ved bruk av materiale frå denne publikasjonen skal	Oppgåve manglar	...
Statistisk sentralbyrå givast opp som kjelde.	Oppgåve manglar førebels	...
Publisert september 2015	Tal kan ikkje offentleggjerast	:
	Null	-
ISBN 978-82-537-9220-0 (trykt)	Mindre enn 0,5 av den brukte eininga	0
ISBN 978-82-537-9221-7 (elektronisk)	Mindre enn 0,05 av den brukte eininga	0,0
ISSN 0806-2056	Førebels tal	*
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Brot i den loddrette serien	—
	Brot i den vassrette serien	
	Desimalskiljeteikn	,

Føreord

Føremålet med rapporten er å auke kunnskapsgrunnlaget om sosioøkonomiske forhold knytt til den vaksne befolkninga sin bruk av tannhelsetenester generelt. Meir bestemt er ei målsetjing å auke kunnskapen om personar som mottar refusjonar over folketrygda ved bruk av tannbehandling spesielt. Det er ønskjeleg å studere kven som mottar refusjonar, og om det er sosioøkonomiske og regionale forskjellar i korleis refusjonane fordeler seg i befolkninga. Ideelt sett skal refusjonane fordelast etter behovet for behandling uavhengig av kva utdanning, inntekt eller bustad ein person har. Det er i hovudsak vaksne personar i alderen 21 år og eldre som bruker tannhelsetenester i privat sektor og som har blitt studert i rapporten. Når det gjeld sosioøkonomiske forhold er det teke utgangspunkt i funn frå tidlegare rapportar som SSB har utarbeida (Ekornrud og Jensen 2010a, 2010b, 2013, 2014). Det er særleg utdanning, inntekt og mottak av ulike stønader i befolkninga som blir sett nærmare på. I tillegg freistar rapporten å sjå nærare på regionale forskjellar i refusjonane, blant anna mellom fylke og mellom sentrale og mindre sentrale strok.

Rapporten tek utgangspunkt i fleire datakjelder. Når det gjeld bruken av tannhelsetenester er hovudkjelda data frå KUHR, som Helseøkonomiforvaltninga (HELFO) administrerer. KUHR-data angir mottak av refusjonar frå folketrygda ved bruk av tannhelsetenester. Personar kan få refusjon over folketrygda dersom krava i eitt av dei femten innslagspunkta som er utarbeidd av HELFO er oppfylt. KUHR-data har blitt kopla med opplysningar frå SSBs statistikkregister, som til dømes opplysningar om inntekt, utdanning og personar sine mottak av ulike andre stønader.

Arbeidet med rapporten er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet

Statistisk sentralbyrå, 9. september 2015.

Christine Meyer

Samandrag

Den vaksne befolkninga 21 år og eldre skal i utgangspunktet betale for behandling hos tannlege og tannpleiar sjølve. Folketrygda gir likevel heil eller delvis økonomisk støtte til personar med særlege tannbehandlingsbehov, jf. Lov om folketrygd § 5-6. I 2014 var det 15 ulike lidingar og sjukdomstilstandar, såkalla innslagspunkt, som gav rett til refusjon frå folketrygda for undersøking og behandling. Tannhelserefusjonane skal ideelt sett fordelast etter behovet til pasienten. Det betyr at tannhelserefusjonane skal fordelast uavhengig av regionale og sosioøkonomiske faktorar. Desse faktorane kan likevel tenkjast å påverke korleis refusjonane blir fordelt i den vaksne befolkninga.

Føremålet med denne rapporten er difor å gi ein sosioøkonomisk omtale og analyse av personar som har mottatt trygderefusjonar for tannbehandling i 2014 i alt og etter dei ulike innslagspunkta. Rapporten viser korleis refusjonar fordeler seg i den vaksne befolkninga etter alder og kjønn, og langs ulike sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjenneiteikn. Vidare blir dei utbetalte refusjonane presentert både når det gjeld totalbeløp, gjennomsnitt og median. Ved å gjennomføre logistiske regresjonsanalysar blir i tillegg ulike faktorar analysert for å identifisere statistisk sikre samanhengar mellom det å ta imot tannhelserefusjonar og ulike kjenneiteikn ved personane i befolkninga. Dei statistisk sikre samanhengane blir så vurdert i forhold til kvarandre og i forhold til teori og tidlegare empiriske funn på området. Rapporten tek utgangspunkt i data frå KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjonar) frå 2014, som er blitt kopla med ulike opplysningar frå administrative register i Statistisk sentralbyrå.

Resultata i rapporten viser at alder er ein svært viktig faktor for å forklare kven som mottar tannhelserefusjonar. Ulikt behandlingsbehov i ulike aldersgrupper ser ut til å vere ein viktig årsak til delen som mottar tannhelserefusjonar i ulike aldersgrupper. Resultata i rapporten viser elles at det er skilnader mellom mottakarane av tannhelserefusjonar langs sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjenneiteikn. Dette gjeld både i alt og etter ulike innslagspunkt. Når det gjeld sosioøkonomiske kjenneiteikn, er det fleire som mottar tannhelserefusjonar blant stønadmottakarar og blant personar med låg utdanning samanlikna med resten av befolkninga. Samstundes viser tala at delen som mottar tannhelserefusjonar blant personar med låg inntekt er lågare enn blant personar som ikkje har låg inntekt. Når det gjeld regionale kjenneiteikn viser resultata at delen som mottar tannhelserefusjonar, er høgare blant busette i sentrale kommunar samanlikna med i mindre sentrale kommunar. Høg privat tannlegetetleik ser difor ut til å spele ei rolle for å ta imot refusjonar. Elles viser resultata at dei gjennomsnittlege refusjonsbeløpa per behandla pasient er høgare i grupper med låg sosioøkonomisk status samanlikna med grupper med høgare sosioøkonomisk status. Det kan tyde på at behovet for behandling er høgare i desse gruppene samanlikna med resten av befolkninga.

Analyseresultata frå dei logistiske regresjonsmodellane viser òg at alder er den sterkaste forklaringsfaktoren når det gjeld kva som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar. Sannsynet for å ta imot refusjonar aukar med alder, fram til det fell i dei eldste aldersgruppene. Aldersfordelinga i mottak av refusjonar ser i hovudsak ut til å vere eit resultat av behandlingsbehovet til ulike aldersgrupper knytt til dei ulike innslagspunkta. Analyseresultata viser elles at det både er sosioøkonomiske og regionale faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot refusjonar. Det å vere stønadmottakar og bu i sentrale kommunar aukar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar. På den andre sida minskar det å ha høg utdanning og det å ha låg inntekt sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar.

Abstract

In general, the adult population (aged 21 years and older) needs to pay for its dental examinations and treatment. Nevertheless, National Insurance provides full or partial financial support for people with special needs in relation to dental treatment, according to the National Insurance Act § 5-6. In 2014, there were 15 different disorders and diseases stated, so-called activation thresholds, which gave a right to reimbursement under the National Insurance Act. These dental reimbursements should ideally be distributed based on the needs of the patient, regardless of education, income or where they live. Nevertheless, there are both regional and socio-economic aspects of the current reimbursement system that can make effects unpredictable and not work as intended.

The aim of the report is to provide a socio-economic analysis of people who received reimbursements for dental treatment in 2014 as a whole and for various diseases and disorders (activation thresholds). The report shows how disbursements vary in the adult population by age and sex, and by various socio-economic and regional background characteristics. Furthermore, the paid reimbursements are presented both in terms of total amount, average and median. By conducting logistic regression models, various factors have been analyzed to identify statistical correlations between receiving dental health reimbursements and different characteristics of the persons in the population, between receiving dental health reimbursements and different characteristics of the persons in the population. The statistically significant correlations are also evaluated in relation to each other and in relation to theory and previous empirical findings in this area. The report is based on data from KUHR (control and payment of health reimbursements) from 2014 and is coupled with various information from Statistics Norway's administrative registers.

The results of the report show that age seems to be the most important explanatory factor in terms of explaining the distribution of dental health reimbursements in the adult population. The results also show disparities for groups with different socio-economic and regional background characteristics in relation to receiving dental health reimbursements. This applies both for all reimbursements and by different activation thresholds. With regard to socio-economic characteristics, there is a higher proportion receiving reimbursements among benefit recipients and among people with low education levels compared with the rest of the population. Meanwhile, the figures show a lower proportion of reimbursement recipients among people with low income than among people who do not have a low income. With regard to regional characteristics, the results show that the proportion receiving reimbursements is higher among residents of central municipalities than residents in less central municipalities. The average refund amount is higher in groups with a low socio-economic status compared with groups with a higher socio-economic status. This may indicate that the need for treatment is higher in these groups compared with the rest of the population.

The results from the analysis support the results presented in Chapter 4. There are both socio-economic and regional factors that seem to influence the probability of receiving benefits. Age still seems to be the strongest explanatory factor in terms of what affects the probability of receiving refunds. The probability of receiving reimbursements increases with age, until the oldest age groups, when it starts falling. The age distribution among recipients looks primarily to be a result of the treatment needs of different age groups for the various thresholds.

Innhald

Føreord	3
Samandrag	4
Abstract	5
1. Innleiing	7
1.1. Føremål og problemstillingar	8
2. Datakjelder, populasjon og metodar	9
2.1. Datakjelder	9
2.2. Populasjonen	10
2.3. Avgrensing i populasjonen	14
2.4. Metodar	15
3. Korleis er tannhelsetenesta i Noreg organisert og finansiert?	18
3.1. Organisering og finansiering av tannhelsetenesta	18
3.2. Tannhelsepersonell i offentleg og privat sektor	19
3.3. Utgifter i tannhelsetenesta.....	20
3.4. Oppsummering.....	22
4. Kva kjenneteiknar mottakarar av tannhelserefusjonar?	23
4.1. Mottakarar fordelt etter kjønn og alder	23
4.2. Mottakarar fordelt etter utdanning	28
4.3. Mottakarar fordelt etter ulike mål for låg inntekt	31
4.4. Mottakarar fordelt etter mottak av ulike stønader	34
4.5. Mottakarar fordelt etter regionale bakgrunnskjeneteikn	38
4.6. Oppsummering.....	41
5. Kva påverkar sannsynet for å ta i mot tannhelserefusjonar?	44
5.1. Analyseresultat for personar som mottar tannhelserefusjonar	44
5.2. Omtale av funna.....	46
5.3. Oppsummering.....	48
6. Avrunding	50
Referansar	52
Figurregister	54
Tabellregister	55

1. Innleiing

Tannhelsetenesta i Noreg er todelt mellom offentleg og privat sektor. Den offentlege tannhelsetenesta er statleg finansiert, og tilbyr gratis eller delvis subsidierte tenester til prioriterte grupper. Barn og unge i alderen 0-18 år, psykisk utviklingshemma, eldre langtidssjuka og uføre i institusjon og heimesjukepleie får tilbod om gratis tenester, medan ungdom i alderen 19-20 år får tilbod om delvis subsidierte tenester. Den private tannhelsetenesta skal i all hovudsak tilby tannlegetenester til den vaksne befolkninga 21 år og eldre. Den private tannhelsetenesta er marknadsstyrt med fri konkurranse og fri prissetting, og blir finansiert av eigenbetaling frå pasientane.

Sjølv om den vaksne befolkninga i utgangspunktet skal betale for tannbehandling sjølve, gir Lov om folketrygd heil eller delvis økonomisk støtte til personar med særlege tannbehandlingsbehov, jf. Lov om folketrygd § 5-6. I 2014 var det 15 ulike lidingar og sjukdomstilstandar, såkalla innslagspunkt, som gav rett til refusjon frå folketrygda for undersøking og tannbehandling.

Frå 2008 til 2014 har utgiftene til trygderefusjonar for tannbehandling auka frå 1,2 til 2,2 milliardar kroner. Det er ein auke på éin milliard kroner, eller om lag 83 prosent. I tannhelsefaglege- og politiske miljø har det dei seinaste åra vore interesse for å auka omfanget av trygderefusjonar ved tannbehandling utover dagens nivå (Reite 2009). Føremålet med det er at ein større del av befolkninga skal kunne nytte seg av ordninga.

Ideelt sett skal tannhelserefusjonar fordelast etter behovet til pasienten. Det betyr at tannhelserefusjonane skal fordelast i befolkninga uavhengig av andre faktorar som til dømes utdanning, inntekt og bustad. Desse faktorane kan likevel tenkast å påverke kven som mottar tannhelserefusjonar. Personar med høg utdanning og inntekt går oftare til tannlege, har betre eigenvurdert tannhelse og tannstatus, og har eit mindre udekt behov for tannlegetenester enn personar med lågare utdanning og inntekt (Ekornrud og Jensen 2010a, 2010b, 2012 og 2014).

Sidan tannhelsa er dårlegare blant personar med låg utdanning og låg inntekt, er det grunn til å tru at desse kan løyse ut fleire og høgare tannhelserefusjonar frå folketrygda enn kva som er tilfelle for dei med høg utdanning og høg inntekt. På den annan side er det berre dei som oppsøker tannhelsepersonell i tannhelsetenesta som vil kunna nytte seg av trygderefusjonsordninga for tannbehandling. Samstundes viser fordelinga av tannhelsepersonell i Noreg ei ujamn fordeling mellom sentrale og mindre sentrale strom. Den private tannlegedekninga er til dømes høgare i sentrale strom. Det kan innebære at personar som bur i sentrale strom i større grad vil kunne nytte godt av trygderefusjonsordningane enn folk i mindre sentrale strom.

Før tannhelserefusjonsordninga blir utvida og den statlege rekninga for tannbehandling i befolkninga blir større, er det difor naudsynt og naturleg å undersøkje kva som kjenneteiknar dei som mottar tannhelserefusjonar i dag. Er det slik at refusjonsordninga først og fremst gir refusjon til dei som har størst behov, eller er det slik at kor høg utdanning du har, kor mykje inntekt du har og kor du bur også spelar ei viktig rolle? Denne rapporten freistar å undersøkje korleis dagens refusjonsordning fordeler seg i den vaksne befolkninga etter fleire regionale og sosioøkonomiske bakgrunnskjenne-teikn. Regionale og sosioøkonomiske kjenne-teikn for vaksne tannhelserefusjonsmottakarar i 2014 blir samanlikna med delen av befolkninga som ikkje tok i mot tannhelserefusjonar over folketrygda i 2014.

1.1. Føremål og problemstillingar

Føremålet med rapporten er todelt:

- For det første freistar rapporten å gi ein sosioøkonomisk omtale og analyse av personar som har mottatt trygderefusjonar for tannbehandling i 2014. Her vil ein beskrive personane etter alder og kjønn og langs regionale og sosioøkonomiske bakgrunnskjenneiteikn. Vidare er det ønskjeleg å sjå kor store refusjonane er per person både når det gjeld gjennomsnitt, median og spreiding.
- For det andre freistar rapporten å gi ein sosioøkonomisk omtale og analyse av personar som har mottatt trygderefusjonar for tannbehandling i 2014 etter ulike innslagspunkt. Her vil personane bli omtala langs regionale og sosioøkonomiske dimensjonar etter dei ulike innslagspunkta. Vidare er det ønskjeleg å sjå kor store refusjonane er per person etter dei ulike innslagspunkta. Det er viktig å understreke at behandling knytt til innslagspunkta berre omfattar ein del av all tannbehandling som blir utført av tannhelsepersonell i Noreg.

Til kvart av dei to føremåla er det knytt ei hovudproblemstilling og nokre underproblemstillingar. Det er desse problemstillingane rapporten søker å kaste lys over:

1. Kva kjenneteiknar personar som mottar trygderefusjonar ved tannbehandling?
 - a. Er det regionale skilnader i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar som mottar refusjonar?
 - b. Er det skilnad i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar etter ulike mål på inntekt?
 - c. Er det skilnad i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar etter ulike utdanningsnivå?
 - d. Er det skilnad i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar etter mottak av ulike type stønader?
2. Kva kjenneteiknar personar som mottar trygderefusjonar ved tannbehandling etter ulike innslagspunkt?
 - a. Er det regionale skilnader i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar som mottar refusjonar etter ulike innslagspunkt?
 - b. Er det skilnad i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar etter ulike mål på inntekt etter ulike innslagspunkt?
 - c. Er det skilnad i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar etter ulike utdanningsnivå etter ulike innslagspunkt?
 - d. Er det skilnad i korleis refusjonar fordeler seg mellom personar etter mottak av ulike type stønader etter ulike innslagspunkt?

2. Datakjelder, populasjon og metodar

Dette kapittelet omtalar datakjeldene, populasjonen, avgrensingane som er gjort i populasjonen og metodane som er nytta i rapporten for å oppfylle føremåla og svare på problemstillingane.

2.1. Datakjelder

Dei viktigaste datakjeldene som er nytta for å svare på relevante problemstillingar, er KUHR-databasen og ulike administrative register.

2.1.1 KUHR – Kontroll og utbetaling av helserefusjonar

KUHR-databasen er eit register som blir administrert av helseøkonomiforvaltninga (HELFO). Føremålet med databasen er å kontrollere og utbetale helserefusjonar. Databasen inneheld opplysningar om tannhelserefusjonar, så vel som andre type helserefusjonar innanfor til dømes allmennlegetenesta og fysioterapitenesta.

Organisering av og dekning i databasen

I KUHR-databasen er data organisert etter dokumenttype. Det inneber at alle refusjonskrav har sin eigen innsendings-ID, og at alle rekningar har sin eigen enkeltreknings-ID. Alle opplysningar om pasientar, behandlarar og behandlingar er knytt opp mot desse ID-ane. KUHR-databasen dekker alle tannlegar og tannpleiarar som har direkte oppgjær med folketrygda.

Variablar

Variablar knytt til *pasientopplysningar* inkluderer fødselsnummer, kjønn, bustad-kommune og namn. Variablar knytt til *behandlaropplysningar* inkluderer identitet, praksisverksemd, praksisverksemd kjeveortopedi, offentleg verksemd, offentleg verksemd kjeveortopedi, kommunenummer, postnummer, namn på praksis/klinikk, HPR-nummer og organisasjonsnummer. Variablar knytt til *behandlingsopplysningar* inkluderer innslagspunkt, diagnose etter ICD-10 kodeverket, refusjonsbeløp, søskenmoderasjon og tannkodar. Variabelen søskenmoderasjon identifiserer ei eiga refusjonsordning som kan utløysast dersom fleire søsken treng behandling som gir refusjon, og variabelen tannkodar identifiserer kva for tann som er behandla og kor i kjeven den behandla tanna er. *Andre relevante opplysningar* inkluderer mellom anna variablar om tilvisingsopplysningar og relatert behandlar, det vil seie HPR-nummer til eventuelle samarbeidande behandlar.

Det var 15 ulike innslagspunkt som gav rett til refusjon for tannbehandling i 2014. Desse 15 innslagspunkta er lista opp i tabell 2.1.

Tabell 2.1. Innslagspunkt som kan gi rett til tannhelserefusjon frå folketrygda. 2014

Punkt 1	Sjeldan medisinsk tilstand
Punkt 2	Leppe-kjeve-ganespalte
Punkt 3	Svulstar i munnhola, tilgrensa vev, eller i hovudregionen elles
Punkt 4	Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar
Punkt 5	Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve
Punkt 6	Periodontitt
Punkt 7	Tannutviklingsforstyringar
Punkt 8	Bittanomaliar
Punkt 9	Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
Punkt 10	Hyposalivasjon (munntørreheit)
Punkt 11	Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale
Punkt 12	Tannskade ved godkjent yrkesskade
Punkt 13	Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade
Punkt 14	Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne
Punkt 15	Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven
Punkt 16 ¹	

¹ Innslagspunkt 16 står ikkje i regelverket, men er oppretta for å handtere nokre spesielle situasjonar. Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonistar og annan type behandling, laboratorieprøvar og røntgen.

Kjelde: Helse- og omsorgsdepartementet (2013)

KUHR-data nytta i denne rapporten

Det er opplysningar om tannhelserefusjonar for 2014-årgangen som ligg til grunn for omtale og analysar i denne rapporten. Datamaterialet inkluderer alle utgifter til refusjonar som er innkravde av tannlege og tannlegespesialist som har direkte

oppgjør med folketrygda. Datamaterialet inkluderer ikkje utgifter til refusjonar for behandling innkravde av tannpleiarar, utgifter som er utbetalt manuelt til tannlegar og tannlegespesialistar og utgifter til refusjonskrav som privatpersonar/pasientar har fremja sjølve.

2.1.2 Administrative register

Fleire administrative register er nytta som kjelder i denne rapporten. Desse inkluderer likningsregisteret, sjølvmeldingsregisteret og løns- og trekkoppgåve-registeret, NAV, Husbanken, Lånekassa og Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB). I tillegg er det nytta opplysningar om befolkninga frå Statistisk sentralbyrå sin befolkningsstatistikk.

Variablar

Variablar knytt til *inntekt* inkluderer hushaldsinntekt etter skatt, personinntekt etter skatt, inntekt etter skatt per forbrukseining og ulike typar av stønader og ytingar frå folketrygda eller kommunane. Variabelen *utdanning* inkluderer personens høgaste fullførte utdanningsnivå. Variablar knytt til *befolkninga* inkluderer ulike regionale og demografiske kjenneteikn, som til dømes bustadkommune, fylke og kommunesentralitet.

Registerdata nytta i denne rapporten

Registeropplysningane blir koplå mot opplysningane i KUHR-databasen, og mot resten av befolkninga. Når det gjeld opplysningar om inntekt og mottak av stønad, er det opplysningar frå inntektsåret 2013 som har blitt nytta. Årsaka til dette er at inntektsopplysningar frå inntektsåret 2014 ikkje var tilgjengelege på tidspunktet rapporten blei utarbeida. Opplysningar om utdanningsnivå, befolkningsopplysningar om talet på busette i Noreg og opplysningar om regionale kjenneteikn er opplysningar per 31.12.2014.

2.2. Populasjonen

Den vaksne befolkninga 21 år og eldre år skal i hovudsak nytte seg av tannhelsetenestene i privat sektor og betale for tenestene sjølve. Populasjonen i denne rapporten er difor heile den vaksne befolkninga 21 år og eldre. For å kunne svare på kva som kjenneteiknar vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar i 2014, blir kjenneteikn ved desse samanlikna mot resten av den vaksne befolkninga.

At populasjonen omfattar heile den vaksne befolkninga 21 år og eldre betyr at populasjonen også inkluderer til dømes institusjonsbebuarar og mottakarar av heimetenester. Å inkludere desse gruppene fører til at populasjonen blir størst mogleg. På den andre sida er dette personar som er i prioriterte grupper. Dei vil få tilbod om gratis tannhelsetenester i den offentlege tannhelsetenesta, og vil difor ikkje vere omfatta av tannhelserefusjonsordninga som gjeld for resten av den vaksne befolkninga. Dette kan føre til at delen tannhelserefusjonsmottakarar fordelt etter nokre bakgrunnskjeneteikn blir annleis enn viss institusjonsbebuarar og mottakarar av heimetenester hadde vore ekskludert. Til dømes vil den samla delen refusjonsmottakarar kunne vere for låg.

2.2.1 Grunnlagsdata og kjenneteikn ved den vaksne befolkninga

Grunnlagsdata for populasjonen, det vil seie den vaksne befolkninga 21 år og eldre, blir her presentert etter aktuelle bakgrunnskjeneteikn. Desse inkluderer kjønn, alder, inntekt, utdanning, mottak av stønad og regionale kjenneteikn som fylke og kommunesentralitet. Desse kjenneteikna er valde fordi dei representerer faktorar som kan påverke og forklare fordelinga og bruken av tannhelserefusjonar i den vaksne befolkninga. Dei kan difor gi viktig informasjon om kva forskjellar som finst.

Kjønn og alder

Populasjonen som dannar grunnlaget for rapporten er alle registrerte busette i Noreg per 31.12.2014. Det var i alt 5,16 millionar busette ved utgangen 2014. I den

vaksne befolkninga var det i alt 3,84 millionar registrert busette personar, i alt 2 551 fleire kvinner enn menn. Tabell 2.2 viser personar i befolkninga i alt og korleis dei fordeler seg etter kjønn og ulike aldersgrupperingar ved utgangen av 2014.

Tabell 2.2. Personar i befolkninga i alt og i populasjonen i alt, etter kjønn og alder. Absolutte tal. 2014

	Totalt	Menn	Kvinner
Alle	5 165 802	2 598 824	2 566 978
Alle 21 år og eldre	3 840 509	1 918 979	1 921 530
21-29 år	631 003	322 386	308 617
30-39 år	688 393	355 271	333 122
40-49 år	746 999	385 033	361 966
50-59 år	652 318	333 357	318 961
60-69 år	565 196	283 149	282 047
70-79 år	336 163	158 259	177 904
80-år og eldre	220 437	81 524	138 913

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Kjønn og utdanningsnivå

I denne rapporten nyttast ein person sitt høgaste fullførte utdanningsnivå per 31.12.2014 som mål på utdanning. Grupperinga av utdanningsnivå følgjer OECD sine anbefalingar. For statistikkføremål meiner OECD at det er hensiktsmessig å bruke tre inndelingsnivå – grunnskulenivå, vidaregåande nivå og universitets- og høgskulenivå (Jørgensen 2006).

I tillegg til dei tre nemnde nivåa, er uoppgitt utdanningsnivå valt som ein eigen kategori. I andre samanhengar er ofte vanleg å slå denne kategorien saman med grunnskulenivå. Etter ein gjennomgang av personar som har uoppgitte utdanningsopplysningar blei det konkludert med at det er mest hensiktsmessig å presentere resultat med dette som eigen kategori. Grunnlagstal viser at denne gruppa mellom anna inneheld ein stor del innvandrarar utan utdanningsopplysningar. Det er grunn til å anta at ein stor del av desse har høgare utdanning enn grunnskulenivå. Dette gjer at kategorien grunnskulenivå vil bli forstyrra og såleis gjere det utfordrande med omsyn til å tolka tala for grunnskulenivå. Tabell 2.3 viser korleis personar i populasjonen fordeler seg etter kjønn og dei fire ulike utdanningsnivåa.

Tabell 2.3. Personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanningsnivå. Absolutte tal. 2014

	I alt	Grunn- skule	Vidaregåande utdanning	Universitets/ høgskuleutdanning	Manglande eller uoppgitt utdanning
Totalt ¹	3 904 057	863 594	1 602 395	1 252 954	185 114
Menn	1 951 771	420 327	863 584	560 350	107 510
Kvinner	1 952 286	443 267	738 811	692 604	77 604

¹ I KUHR-materialet som er nytta i denne rapporten finst også opplysningar om behandling av personar som utvandra eller som døydde i løpet av 2014. Referansepopulasjonen, det vil seie heile den vaksne befolkninga over 21 år, inkluderer derfor også dei som utvandra eller døydde i løpet av 2014 i tillegg til dei som var busett per 31.12.2014. Dette er også årsaka til at talet på personar 21 år og eldre i tabell 2.3 er litt høgare enn talet på personar 21 år og eldre i tabell 2.2.

Kjelde: Statistisk sentralbyrå.

Kjønn og inntekt

Denne rapporten nyttar inntektsopplysningar frå inntektsåret 2013 som mål på inntekt. Det finst fleire omgrep om inntekt med ulikt innhald (NOS D 310 2002). I denne rapporten er inntektsomgrepet *inntekt etter skatt per forbrukseining* nytta. Inntekt etter skatt per forbrukseining er ikkje ein person si eiga inntekt, men er eit omgrep som er knytt til ein person si hushaldsinntekt i kombinasjon med hushaldsstorleik. Omgrepet tek omsyn til at personar som bur saman vil ha nokre stordriftsfordelar av dette, og er difor betre eigna til å samanlikne inntekta til personar.

Inntekta til ein person etter skatt per forbrukseining blir rekna ut ved hjelp av ein såkalla ekvivalensskala. Den samla inntekta i eit hushald blir delt på talet medlemmar i hushaldet ved hjelp av ekvivalensskalaen. Bruken av ekvivalensskala føreset at all hushaldsinntekt blir fordelt slik at alle medlemmane i hushaldet får lik levestandard (Claus m.fl 2013). Det finst mange ulike ekvivalensskalaer, og ein av

desse er den såkalla EU-skalaen. Dette er den mest vanlege å nytte i både nasjonal og internasjonal samanheng, og er difor òg nytta i denne rapporten.

EU-skalaen gir første vaksne i hushaldet vekt lik 1, neste vaksne vekt lik 0,5, og kvart barn vekt lik 0,3 (Claus m.fl 2013). Følgjande døme viser korleis inntekt etter skatt per forbrukseining blir rekna ut i eit hushald med to vaksne og eitt barn:

I eit hushald med tre personar, to vaksne og eitt barn, der den samla hushaldsinntekta er to millionar kroner, vil vektinga til alle tre personane i hushaldet vere 1 (første vaksne) $+ 0,5$ (andre vaksne) $+ 0,3$ (barn) $= 1,8$. Det betyr at kvar person i dette hushaldet vil få ekvivalensvekta 1,8. Den samla inntekta til hushaldet på 2 millionar blir så dividert med ekvivalensvekta 1,8:

$$2 \text{ millionar kroner} / 1,8 = 1,11 \text{ millionar kroner}$$

I dette dømet vil kvar av dei tre personane i dette hushaldet få ei *inntekt etter skatt per forbrukseining* på 1,11 millionar kroner. Som nemnd blir denne vektinga gjort for å betre kunne samanlikne inntekta til personar som er busett i hushald av ulik storleik.

Det er samstundes viktig å presisere at justeringa av hushaldsinntekt ved hjelp av ekvivalensskalaer tek utgangspunkt i at den samla hushaldsinntekta blir likt fordelt mellom alle i hushaldet. Eit slikt utgangspunkt vil ikkje stemme i alle tilfelle. Til dømes har ein stor del einslege forsørgjarar oppgitt at dei fekk betre personleg økonomi etter at dei blei einslege forsørgjarar samanlikna med då dei var gifte, trass i at hushaldsinntektene blei reduserte. Årsaken til dette var at dei som einslege forsørgjarar fekk betre kontroll over hushaldsøkonomien (Jarvis og Jenkins 1997). Andre undersøkingar har vist at det innanfor ektepar var ein positiv korrelasjon mellom storleiken på bidraga kvinna gav til fellesskapet og tilfredsheita hennar med den personlege økonomien. For menn var tilfredsheita med den personlege økonomien lågare desto meir ektefellen bidrog til fellesskapet. Dette kan tolkast som at dei som bidreg mest til den felles økonomien har størst moglegheit til å påverke fordelinga av inntektene internt i hushaldet. Ei anna undersøking blant norske barnefamiljar med låg inntekt viste at foreldre i stor grad prioriterte barna sine behov, framføre sine egne i eit forsøk på å skjerme dei (Thorød 2006).

Denne rapporten nyttar tre ulike inntektsgrupperingar. Den første av desse grupperer inntekt med utgangspunkt i folketrygdas grunnbeløp (G). Inntekt etter skatt per forbrukseining blir gruppert på fem nivå: Under 2G, 2G-299 999, 300 000-499 999, 500 000-999 999 og 1 mill. og meir. Folketrygdas grunnbeløp (G) var på 85 245 kroner i 2013. 2G utgjorde dermed 170 490 kroner i 2013. Det er sistnemnte beløp det blir referert til i tekst og tabellar. Tabell 2.4a viser korleis personar i utvalet fordeler seg etter kjønn og inntektsgrupperinga med utgangspunkt i grunnbeløpet.

Tabell 2.4a. Personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. Absolutte tal. 2014

	Under 2G	2G - 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Totalt	278 532	1 144 221	1 797 995	530 354	39 615
Menn	142 114	514 038	928 184	288 818	21 922
Kvinner	136 418	630 183	869 811	241 536	17 693

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Den andre inntektsgrupperinga tek utgangspunkt i EU-skalaen, og nyttast som eit mål på låg inntekt, kalla EU(60). Etter dette målet blir låg inntekt definert som inntekt etter skatt per forbrukseining lågare enn 60 prosent av medianinntekta, etter at hushaldsinntekta er rekna om til forbrukseiningar etter EU-skalaen. Alle personar med ei inntekt lågare enn dette blir rekna som personar med låg inntekt. Alle personar med inntekt høgare enn dette rekna som personar som ikkje har låg inntekt. Tabell 2.4b viser korleis personar fordeler seg etter kjønn, låg inntekt og ikkje låg inntekt.

Tabell 2.4b. Personar 21 år og eldre, etter kjønn og låg inntekt (EU60). Absolutte tal. 2014

	Låg inntekt EU(60)»	Ikkje låg inntekt EU(60)»
Totalt	461 725	3 328 992
Menn	209 952	1 685 124
Kvinner	251 773	1 643 868

Kjelde: Statistisk sentralbyrå.

Den tredje inntektsgrupperinga i denne rapporten tek utgangspunkt i inntektsfordelinga. All inntekt etter skatt per forbrukseining blir rangert i rekkefølge og så delt i fem like deler, kalla kvintilar. Etter denne grupperinga vil låg inntekt vere inntekt etter skatt per forbrukseining i den femdelen av befolkninga med lågast inntekt, det vil seie i 1. kvintil. Høg inntekt vil vere inntekt etter skatt per forbrukseining i den femdelen av befolkninga med høgast inntekt, altså i 5. kvintil. Desse to inntektsgruppene representerer ytterpunktene på inntektsskalaen, og er såleis dei gruppene som i utgangspunktet kan gje det beste bilete av inntektsforskjellar (Ekornrud og Jensen 2014). Tabell 2.4c viser korleis personar i den vaksne befolkninga fordeler seg etter inntektskvintilane.

Tabell 2.4c. Personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntektskvintilar. Absolutte tal. 2014

	1. kvintil	2. kvintil	3. kvintil	4. kvintil	5. kvintil
Totalt	753 881	727 878	727 604	764 911	816 443
Menn	337 889	347 405	366 449	400 521	442 812
Kvinner	415 992	380 473	361 155	364 390	373 631

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.4c viser at dei fem kvintilane ikkje er like store. Årsaka til det er at det er nytta inntektsopplysningar frå inntektsåret 2013. Når desse opplysningane er kopla med opplysningar om den busette befolkninga per 31.12.2014, vil det eksistere busetnadsopplysningar for nokon det ikkje eksisterer inntektsopplysningar for. Kvintilane vil påverkast av dette ulikt.

Kjønn og mottak av stønad

Denne rapporten nyttar opplysningar om mottak av stønad frå inntektsåret 2013 som mål på stønadsmottak. Det finst fleir ulike former for stønader og ytingar som anten blir forvalta av staten eller av kommunane. Denne rapporten inkluderer ni ulike stønader og ytingar. Desse er sosialhjelp, grunn- og hjelpestønad, uførepensjon, tidsavgrensa uførepensjon, førebels uførepensjon, bustønad frå Husbanken, rehabiliteringspengar- og attføringspengar, overgangsstønad og kvalifiseringsstønad. Sidan fleire av stønadene ikkje er gjensidig utelukkande, er det i tillegg inkludert eit kjenneteikn for om ein person tek imot ein eller fleire stønader. Tabell 2.5 viser korleis personar i den vaksne befolkninga i 2014 fordeler seg etter kjønn og mottak av ulike stønader.

Tabell 2.5. Personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. Absolutte tal. 2014

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
I alt ¹	3 790 717	1 895 076	1 895 641
Ingen stønader	3 243 710	1 668 942	1 574 768
Mottar ein eller fleire av stønadene	547 007	226 134	320 873
Sosialhjelp	111 224	60 989	50 235
Grunn- og hjelpestønad	124 827	49 146	75 681
Uførestønad	312 813	130 057	182 756
Tidsavgrensa uførestønad og førebels uførepensjon	130	46	84
Bustøtte frå Husbanken	140 095	54 683	85 412
Rehabiliterings- og attføringspengar	685	308	377
Overgangsstønad	27 225	1 290	25 935
Kvalifiseringsstønad	9 511	4 897	4 614

¹ Summen av personar 21 år og eldre er i denne tabellen lågare enn i tabell 2.2 og 2.3. Årsaka til dette er at personar utan inntektsopplysningar ikkje er inkludert her.

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Kjønn og regionar

I denne rapporten nyttast to ulike regionale kjenneteikn. Desse er fylke og kommunesentralitet. Tabell 2.6a viser korleis personar i den vaksne befolkninga fordeler seg etter kjønn og fylke.

Tabell 2.6a. Personar 21 år og eldre, etter kjønn og fylke. Absolutte tal. 2014

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Heile landet	3 904 057	1 951 771	1 952 286
Østfold	218 592	107 877	110 715
Akershus	429 657	212 931	216 726
Oslo	510 788	253 266	257 522
Hedmark	151 592	74 814	76 778
Oppland	146 126	72 552	73 574
Buskerud	208 778	103 954	104 824
Vestfold	184 576	90 574	94 002
Telemark	131 926	65 169	66 757
Aust-Agder	85 596	42 714	42 882
Vest-Agder	132 740	66 147	66 593
Rogaland	340 279	172 978	167 301
Hordaland	382 635	193 073	189 562
Sogn og Fjordane	81 108	41 126	39 982
Møre og Romsdal	198 237	100 680	97 557
Sør-Trøndelag	235 333	118 850	116 483
Nord-Trøndelag	101 078	50 536	50 542
Nordland	183 719	92 364	91 355
Troms Romsa	124 066	62 660	61 406
Finnmark Finnmarku	57 231	29 506	27 725

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Det andre regionale kjenneteiknet er ein standard utvikla av SSB, og blir kalla kommunesentralitet. Kommunesentralitet indikerer kor ein kommune ligg plassert geografisk i forhold til tettstader av ulik storleik. Tettstader er vidare delt i tre nivå etter folketal og tilbod av funksjonar. Tettstader på nivå 3 er landsdelssenter eller har eit folketal på minst 50 000, tettstader på nivå 2 har eit folketal på mellom 15 000 og 50 000 og tettstader på nivå 1 har eit folketal mellom 5 000 og 15 000. For å beskrive dei moglegheitene befolkninga i ein kommune har for arbeidsreiser til ein eller fleire av desse tettstedane, har ein delt inn kommunane i følgjande fire sentralitetsnivå:

- *Minst sentrale kommunar* - inkluderer kommunar som ikkje oppfyller krava til reisetid frå ein tettstad, det vil seie meir enn 2,5 timar (3 timar frå Oslo)
- *Mindre sentrale kommunar* - inkluderer kommunar som omfattar ein tettstad på nivå 1 eller som ligg innanfor 45 minuttar reisetid frå sentrumet til ein slik tettstad.
- *Noko sentrale kommunar* – inkluderer kommunar som omfattar ein tettstad på nivå 2 eller som ligg innanfor 60 minuttar reisetid frå sentrumet til ein slik tettstad.
- *Sentrale kommunar* – inkluderer kommunar som omfattar ein tettstad på nivå 3 eller som ligg innanfor 75 minuttar reisetid (90 minuttar frå Oslo) frå sentrumet til ein slik tettstad.

Tabell 2.6b viser korleis personar i den vaksne befolkninga fordeler seg etter kjønn og kommunesentralitet.

Tabell 2.6b. Personar 21 år og eldre, etter kjønn og kommunesentralitet. Absolutte tal. 2014

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Alle kommunar	3 904 056	1 951 771	1 952 285
Minst sentrale kommunar	355 775	180 294	175 481
Mindre sentrale kommunar	232 095	117 097	114 998
Noko sentrale kommunar	661 055	330 615	330 440
Sentrale kommunar	2 655 131	1 323 765	1 331 366

Kjelde: Statistisk sentralbyrå

2.3. Avgrensing i populasjonen

Det er første gong opplysningar frå KUHR-databasen har blitt kopla med eit så omfattande sett med bakgrunnskjenneiteikn som i denne rapporten. Det er difor fleire høve knytt til datamaterialet nytta i denne rapporten som lesaren må gjerast merksam på. Eit høve er knytt til sjølv koplinga av opplysningane som dannar grunnlag for datamaterialet. Fleire av opplysningane som dannar grunnlag for populasjonen og fleire av opplysningane om bakgrunnskjenneiteikn, er henta frå ulike teljetidspunkt. Dette medfører at det ikkje naudsynt vil finnast eit komplett

sett med informasjon og bakgrunnskjenne-teikn for alle mottakarane av tannhelse-
refusjonar i den vaksne befolkninga i 2014. Til dømes er opplysningar om den
busette befolkninga per 31.12.2014 blitt kopla med inntektsopplysningar frå
inntektsåret 2013. Dette mishøvet medfører at det vil eksistere inntektsopp-
lysningar for nokon som det ikkje eksisterer busetnadsopplysningar for, og
omvendt. Ei naturleg årsak til dette vil kunne vere at nokon som det finst
inntektsopplysningar for vil ha døydd i løpet av 2014.

Eit anna høve knytt til datamaterialet i denne rapporten som lesaren må gjerast
merksam på, er knytt til at personar med manglande inntektsopplysningar er utelatt
frå populasjonen og datamaterialet i eitt tilfelle. Årsaka til det er at inntektsopp-
lysningane som er lagt til grunn i denne rapporten, frå inntektsåret 2013, berre
gjeld for busette personar i privathushald i Noreg. Det betyr at det manglar
inntektsopplysningar for personar som bur på institusjon, fosterbarn og studentar
som studerer i utlandet. Ei årsak til manglande inntektsopplysningar er manglande
hushaldsopplysningar, som er naudsynt for å kunne berekne inntektsstorleiken
inntekt etter skatt per forbrukseining. Personar med manglande inntektsopp-
lysningar utgjer om lag 200 000 personar, og er utelatt frå populasjonen og data-
materialet i omtalen av inntekt seinare i rapporten. Ein stor del av desse vil vere
institusjonsbebuarar.

Elles er heile den vaksne befolkninga inkludert i populasjonen og datamaterialet i
rapporten, inkludert institusjonsbebuarar og mottakarar av heimetenester. Dette er
likevel personar som er i prioriterte grupper, og som får tilbod om gratis tannhelse-
tenester av den offentlege tannhelsetenesta. Det betyr at dei ikkje er omfatta av
tannhelserefusjonsordninga som gjeld for resten av den vaksne befolkninga. Desse
gruppene er inkludert i datamaterialet i denne rapporten fordi det ikkje utan vidare
er mogleg å identifisere kven som er institusjonsbebuar eller mottakar av heime-
tenester. Konsekvensen av å inkludere institusjonsbebuarar og mottakarar av
heimetenester i populasjonen og datamaterialet er at populasjonen, heile den
busette vaksne befolkninga, blir større enn viss institusjonsbebuarar og mottakarar
av heimetenester hadde vore ekskludert. Dette kan medføre at den sosio-
økonomiske omtalen og analysen av tannhelserefusjonsmottakarane i den vaksne
befolkninga i 2014 kan bli noko unøyaktig.

2.4. Metodar

Det er nytta fleire metodar for å svare på rapporten sine føremål og problem-
stillingar. Dei er nærare omtalt nedanfor.

Deskriptiv statistikk og faktaomtale

Kjenneteikn ved personar som tok imot tannhelserefusjonar i 2014, blir presentert i
kapittel 4. Føremålet er å presentere og omtale korleis ulike tendensar varierer for
mottakarar av tannhelserefusjonar med forskjellige verdiar på bakgrunnskjenne-
teikna. Denne presentasjonen og omtalen blir gjort i form av deskriptiv statistikk
og faktaomtale. Denne vil innehalde relevante tabellar og figurar. I tillegg vil
hovudresultat og funn bli omtala deskriptivt og drøfta. Det er grunn til å under-
streke av faktaomtalen i kapittel 4 ikkje tek sikte på å gi årsaksforklaringar på
forskjellane i datamaterialet, til dømes ved hjelp av kausalanalysar. Resultata i
omtalen vil danne grunnlaget for utgangshypotesane og innretinga i analysane
som skal gjennomførast i kapittel 5.

Regresjonsanalysar

I samband med den sosioøkonomiske analysen av personane som har tatt imot
trygderefusjonar ved tannbehandling har det blitt gjennomført logistiske
regresjonsanalysar. Ein regresjonsanalyse er ein kvantitativ analyse av saman-
hengar mellom ein avhengig variabel (responsvariabel) og ein eller fleire
uavhengige variablar (Hosmer og Lemeshow 2000).

Føremålet med ein regresjonsanalyse kan vere prediksjon eller årsaksforklaring. I førstnemnde tilfelle er målet å kunne føreseie kva for ein verdi einingar har på den avhengige variabelen på bakgrunn av kjennskap til verdiane deira på den uavhengige, i sistnemnde er føremålet å forklare kvifor me har samanheng mellom par av variablar (Hellevik 1991). I denne samanhengen er føremålet med analysane prediksjon.

Rammeverk for regresjonsanalysane

Den avhengige variabelen som inngår i regresjonsanalysen er det same som fenomenet som blir studert. Det er i dette tilfelle personar som mottar trygde- refusjonar ved tannbehandling i den vaksne befolkninga. Dei uavhengige variablane vil vere dei same som dei faktorane eller bakgrunnskjenneiteikna som påverkar sannsynet for å ha ein bestemt verdi på den avhengige variabelen. Bakgrunnskjenneiteikna som inngår som uavhengige variablar i modellane, er anten kjenneiteikn ved personane (til dømes inntekt, mottak av stønader og utdanning) eller kjenneiteikn ved bustadområde (til dømes kommunesentralitet og tannlegedekning).

For å finne dei faktorane eller bakgrunnskjenneiteikna ved personane i undersøkinga som påverkar sannsynet for å ha ein bestemt verdi på den avhengige variabelen, er det definert logistiske regresjonsmodellar. Regresjonsmodellane skal bidra til å gjennomføre prediksjonsanalysar, og modellane har to føremål. Det eine er å identifisere statistisk sikre (signifikante) samanhengar mellom fenomenet som blir studert og ulike kjenneiteikn ved einingane i undersøkinga, det andre er å vurdere dei statistisk sikre (signifikante) samanhengane i forhold til kvarandre.

Teoretisk tek utforminga av modellane utgangspunkt i tilnærmingar som vektlegg både sosiale og regionale faktorar når det skal påvisast empiriske korrelasjonar. I tillegg er det utforma fleire meir konkrete arbeidshypotesar om samanhengane mellom å ta i mot trygderefusjonar ved tannbehandling og utvalde kjenneiteikn ved personane i utvalet. Empirisk er det personane i den vaksne befolkninga busett ved utgangen av 2014 som blir analysert.

I ein regresjonsanalyse er det naudsynt å tilpasse regresjonsmodellane til føremålet med undersøkinga og kvaliteten på data. Det må med andre ord gjerast nokre val med omsyn til korleis modellane blir bygd opp. Det er grunn til å understreke at regresjonsanalysane har som føremål å predikere sannsynet for samanhengar mellom verdjar på ulike variablar. Det blir med andre ord ikkje prøvd å finne kausale samanhengar (årsakssamanhengar) mellom sett av variablar. Analysane og tilpassingane av modellane bør sjåast i samanheng med resultatata presentert i kapittel 4 i rapporten.

Operasjonalisering av faktorane i regresjonsmodellane

I regresjonsanalysar vil både føremålet for undersøkingane og eigenskapar ved datagrunnlaget leggje føringar på korleis regresjonsmodellen kan og bør byggjast opp. Tilpassinga av modellane tek i all hovudsak utgangspunkt i resultatata presentert og omtala i kapittel 4. Det er difor ønskjeleg å analysere påverknaden dei ulike bakgrunnskjenneiteikna alder og kjønn, inntekt, utdanning, mottak av stønader, og om du er busett i sentrale kommunar eller ikkje har på det å ta imot tannhelserefusjonar. I tillegg er det ønskjeleg å sjå om å vere busett i område med høg privat tannlegedekning og spesialistdekning påverkar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar.

Det bør elles nemnast at opplysningar om tannhelsetilstand, den generelle bruken av tannlegetenester og udekt behov ikkje er tilgjengelege i desse analysane. Det betyr at ein mistar viktige faktorar som kan vere med på å forklare og supplere kva som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar. I tillegg vil det heller ikkje vere mogleg å vurdere om delen som mottar refusjonar i dei ulike gruppene er i tråd med det reelle behovet i dei same gruppene.

Den avhengige variabelen som skal analyserast er operasjonalisert og konstruert på følgjande måte:

Mottar tannhelserefusjonar – den undersøkte personen sitt mottak av tannhelserefusjon. Dikotom variabel. Mottar tannhelserefusjon =1 og mottar ikkje tannhelserefusjon=0.

Når det gjeld dei uavhengige variablane er desse operasjonalisert og konstruert på følgjande måte:

Kjønn – Den undersøkte personen sitt kjønn. Dikotom variabel. Menn=1 og Kvinner=0.

Alder – Den undersøkte personen sin alder. Kategorisk variabel inndelt i tre. Personar i aldersgruppa 21-39 år = 1, personar i aldersgruppa 40-66 år = 2 og personar i aldersgruppa 67 år og eldre = 3

Låg utdanning – Den undersøkte personen sitt høgaste fullførte utdanningsnivå. Dikotom variabel. Låg utdanning=1 (Grunnskule og ingen fullført utdanning), Ikkje låg utdanning=0 (Vidaregåande utdanning, universitets-/høgskuleutdanning og uoppgitt).

Høg utdanning – Den undersøkte personen sitt høgaste fullførte utdanningsnivå. Dikotom variabel. Høg utdanning=1 (Universitets-/høgskuleutdanning), Ikkje høg utdanning=0 (Grunnskule utdanning og vidaregåande utdanning og uoppgitt).

Låg inntekt – Låg inntekt etter skatt per forbrukseining. Dikotom variabel. Låg inntekt=1 (Låg inntekt etter EU-skalaen). Ikkje låg inntekt=0 (Ikkje låg inntekt etter EU-skalaen).

Ikkje låg inntekt – Ikkje låg inntekt etter skatt per forbrukseining. Dikotom variabel. Høg inntekt=1 (Ikkje låg inntekt etter EU-skalaen), Ikkje høg inntekt=0 (Låg inntekt etter EU-skalaen).

Tek imot stønader – Tek imot stønad. Dikotom variabel. Stønadsmottakar=1 (Tek imot ein eller fleire av dei definerte stønadene), Ikkje stønadsmottakar=0 (Tek imot ingen av dei definerte stønadene).

Tek ikkje imot stønader – Tek ikkje imot stønad. Dikotom variabel. Ikkje stønadsmottakar=1 (Tek imot ingen av dei definerte stønadene), Stønadsmottakar=0 (Tek imot ein eller fleire av dei definerte stønadene).

Kommunesentralitet – Kommunen personen er busett i. Dikotom variabel. Sentrale kommunar = 1 (busett i mest sentrale kommunar), Ikkje sentrale kommunar = 0 (busett i noko sentrale kommunar, mindre sentrale kommunar og minst sentrale kommunar).

Private tannlegar – Tannlegeårsverk per 1 000 innbyggjarar 21 år og eldre i privat tannhelseteneste (privat tannlegedekning). Dikotom variabel. Høg privat tannlegedekning = 1 (inkluderer personar med dekningsgrad frå 0,9 årsverk per 1 000 innbyggjarar 21 år og eldre), Låg privat tannlegedekning = 0 (inkluderer personar med dekningsgrad under 0,9 årsverk per 1 000 innbyggjarar).

Private tannlegespesialistar – Tannlegespesialistårsverk per 1 000 innbyggjarar 21 år og eldre i privat tannhelseteneste (privat spesialistdekning). Dikotom variabel. Høg spesialistdekning = 1 (inkluderer personar med dekningsgrad frå 0,29 årsverk per 1 000 innbyggjarar 21 år og eldre), Låg spesialistdekning = 0 (inkluderer personar med dekningsgrad under 0,29 årsverk per 1 000 innbyggjarar 21 år og eldre).

3. Korleis er tannhelsetenesta i Noreg organisert og finansiert?

Organiseringa av tannhelsetenesta og regional tannpersonelldekning kan påverke bruken av tannhelsetenestene. I tillegg kan demografiske og sosioøkonomiske kjenneteikn ved befolkninga vere viktige for å forstå bruken av tannhelsetenester generelt, og bruken av refusjonar ved tannbehandling spesielt. Før den seinare analysen av personar som mottar tannhelserefusjonar er det difor hensiktsmessig å sjå litt nærmare på tannhelsetenesta i Noreg. Dette kapittelet vil ta føre seg organisering og finansiering av tannhelsetenesta, tannhelsepersonell og utgifter i tannhelsetenesta.

3.1. Organisering og finansiering av tannhelsetenesta

Tannhelsetenesta i Noreg er todelt, og består av ein fylkeskommunal (offentleg) og ein privat del. Den fylkeskommunale delen forvaltar tenestene, og har ansvar for å samordne den offentlege og private tannhelsetenesta til det beste for befolkninga (Prop. 1 S (2014-2015)). Ulik organisering av tannhelsetenesta bidreg også til ulik finansiering av tenesta.

3.1.1 Organisering

Den offentlege tannhelsetenesta skal sørge for at tannhelsetenester er tilgjengelege for alle som bur eller oppheld seg i fylket, jf. Lov om tannhelsetjenesten § 1-3. I tillegg skal fylkeskommunen organisere førebyggjande tiltak for befolkninga og gi eit regelmessig og oppsøkande tilbod om tannhelsetenester til prioriterte grupper. Prioriterte grupper er barn og ungdom 0-18 år, psykisk utviklingshemma, eldre langtidssjuka og uføre i institusjon og heimesjukepleie, ungdom 19-20 år, og andre grupper som kvar einskild fylkeskommune har fatta avgjersle om å prioritere. I 2014 var det vel 1,3 mill. personar i dei prioriterte gruppene. Det er i underkant av 26 prosent av heile befolkninga.

Dei resterande 74 prosentane av befolkninga, 3,8 mill. innbyggjarar, skal i hovudsak få tilbod om tenester i den private tannhelsetenesta. Denne befolkningsandelen vil i hovudsak omfatte den vaksne befolkninga 21 år og eldre. Den private tannhelsetenesta er organisert i ein fri marknad. Det betyr at marknaden har fri konkurranse, fri prissetjing og fri etablering.

Sjølv om den vaksne befolkninga i hovudsak skal nytte seg av den private tannhelsetenesta, kan den offentlege tannhelsetenesta likevel yte tenester til vaksne, betalande klientell etter fylkeskommunen sine føresegner og fastsette takstar. I 2014 blei vel 203 000 vaksne personar undersøkte og behandla i den offentlege tannhelsetenesta.

Vaksne, betalande personar som blei behandla i den offentlege tannhelsetenesta utgjorde dermed om lag 5,3 prosent av heile den vaksne befolkninga. Blant vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar, var det om lag 7,5 prosent som fekk behandling i den offentlege tannhelsetenesta.

3.1.2 Finansiering

Finansieringa av den todelte tannhelsetenesta er mellom anna avhengig av kva for grupper i befolkninga som har rett til heilt eller delvis subsidierte offentlege tenester, og i kor stor utstrekning pasienten sin eigenbetaling er regulert (Ekornrud og Jensen 2013).

I Noreg er tannhelsetenester for prioriterte grupper anten heilt eller delvis subsidiert, finansiert av skattar og rammetilskot frå staten. Den offentlege tannhelsetenesta tilbyr gratis tenester til barn og unge i alderen 0-18 år, psykisk utviklingshemma, eldre langtidssjuka og uføre i institusjon og heimesjukepleie, medan ungdom i alderen 19-20 år får tilbod om delvis subsidierte tenester.

Hovudregelen for den resterande delen av befolkninga, i hovudsak den vaksne befolkninga over 21 år, er at dei betaler for tenestene sjølve i privat sektor. Størstedelen av privat sektor er dermed finansiert av eigenbetaling frå pasientane.

3.1.3 Refusjonar frå folketrygda for eigenbetaling hos tannlege

Personar med gitte lidingar og sjukdomstilstandar i munnhola, og som ikkje har rettigheitar etter tannhelsetenestelova, kan få stønad til undersøking og tannbehandling, jf. Lov om folketrygd § 5-6. I 2014 var det 15 ulike lidingar og sjukdomstilstandar, såkalla innslagspunkt, som gav rett til refusjon.

Føremålet med refusjonsordninga er å gi heil eller delvis stønad til grupper i befolkninga med særlege tannbehandlingsbehov. Stønaden blir yte etter fastlagde takstar, som beskriv dei undersøkingane og behandlingane som det kan bli gitt stønad til (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Utgifter utover fastlagde takstar blir ikkje dekt av trygda (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Fri prissetjing i den private marknaden vil dermed kunne gi pasientane varierende grad av eigenbetaling.

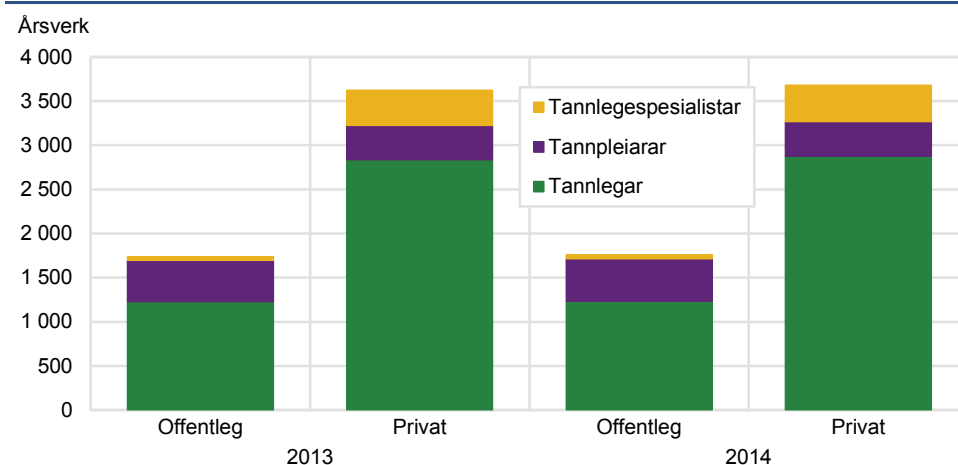
For å få refundert utgifter til tannbehandling må ein oppsøke autorisert tannhelsepersonell. Dersom tannhelsepersonell vurderer at ein pasient har ei lidning eller ein sjukdomstilstand som fell innunder dei 15 innslagspunkta, har han rett på refusjon over folketrygda. Det betyr at det er tannhelsepersonellet sine medisinske vurderingar og skjønn som er avgjerande for om det blir utløyst refusjon eller ikkje.

3.2. Tannhelsepersonell i offentleg og privat sektor

Tannhelsepersonell er ein faktor som seier noko om rammevilkåra for tannhelsetenesta. Det er tre yrkesgrupper som gjennomfører tannbehandling i tannhelsetenesta i Noreg. Dette er tannlegar, tannlegespesialistar og tannpleiarar.

Figur 3.1 viser talet på tannhelsepersonell i offentleg og privat sektor i 2013 og 2014. Avtalte tannlegeårsverk auka frå 2013 til 2014, både i offentleg og privat sektor. Det var totalt 1 762 tannlege- og tannpleieårsverk i den offentlege tannhelsetenesta i 2014. Det er ein auke på 20 årsverk, eller 1,2 prosent frå 2013. I den private tannhelsetenesta var det om lag 3 684 avtalte årsverk i 2014. Det er ein auke på 59 årsverk, eller 1,6 prosent frå 2013. Offentleg tannhelsepersonell utgjer om lag 32 prosent av den samla personelldekninga, medan privat tannhelsepersonell utgjer 68 prosent (Statistisk sentralbyrå 2015b).

Figur 3.1. Avtalte årsverk tannhelsepersonell til pasientbehandling, etter sektor. Absolutte tal



Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Store fylkesvise forskjellar i dekningsgraden av tannhelsepersonell

Tabell 3.1 viser dekningsgraden av tannhelsepersonell i fylka. Nordland, Troms og Finnmark er blant fylka med høgast tannlegedekning samla i offentleg og privat sektor, ved sidan av Oslo og Telemark. Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og

Akershus er på den annan side dei fylka med lågast samla tannlegedekning i offentleg og privat sektor. Tannpleiardekninga er høgast i Troms og Finnmark, og lågast i Oppland og Østfold. Vidare har Oslo, Hordaland og Troms høgast spesialistdekning, medan Oppland og Telemark har lågast spesialistdekning. Fylka med høgast spesialistdekning er også dei fylka som har tannlege og tannlegespesialistutdanning. Alt i alt kan det sjå ut som at meir sentrale strom har større tilgang på spesialistar enn busette i mindre sentrale strom.

Tabell 3.1. **Avtalte årsverk av tannhelsepersonell per 1 000 innbyggjarar i alt og per 1000 innbyggjarar 21 år og eldre, etter fylke. 2014**

	Offentlege og private tannlegar totalt per 1 000 innbyggjarar	Offentlege og private tannlegespesialistar totalt per 1 000 innbyggjarar	Private tannlegar per 1 000 innbyggjarar 21 år og eldre	Private tannlegespesialistar per 1 000 innbyggjarar 21 år og eldre	Offentlege og private tannpleiarar totalt per 1 000 innbyggjarar
Hele landet	0,79	0,17	0,79	0,23	0,17
Østfold	0,73	0,13	0,79	0,17	0,10
Akershus	0,65	0,15	0,72	0,22	0,15
Oslo	0,89	0,26	1,05	0,34	0,17
Hedmark	0,75	0,12	0,67	0,17	0,18
Oppland	0,81	0,09	0,79	0,11	0,09
Buskerud	0,81	0,15	0,88	0,20	0,15
Vestfold	0,84	0,14	0,92	0,19	0,16
Telemark	0,88	0,12	0,91	0,13	0,12
Aust-Agder	0,77	0,16	0,72	0,19	0,15
Vest-Agder	0,82	0,17	0,91	0,24	0,14
Rogaland	0,76	0,17	0,76	0,23	0,14
Hordaland	0,80	0,25	0,80	0,33	0,21
Sogn og Fjordane	0,79	0,18	0,64	0,26	0,27
Møre og Romsdal	0,80	0,13	0,78	0,17	0,14
Sør-Trøndelag	0,63	0,11	0,56	0,15	0,14
Nord-Trøndelag	0,72	0,11	0,70	0,16	0,15
Nordland	0,87	0,16	0,71	0,20	0,27
Troms	0,93	0,25	0,62	0,29	0,39
Finnmark	0,84	0,17	0,41	0,18	0,38

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Sentrale fylke i Sør-Noreg har størst privat tannlegedekning

Tabell 3.1 viser elles at det er store fylkesvise forskjellar i den private tannlegedekninga. Finnmark er det fylket med lågast privat tannlegedekning. Finnmark er derimot fylket med høgast offentleg tannlegedekning i landet. Det bidreg til at ein større del av den vaksne befolkninga nyttar den offentlege tannhelsetenesta. Oslo er på den annan side det fylket med høgast privat tannlegedekning. Dette bidreg til at Oslo er fylket der færrest vaksne nyttar seg av den offentlege tannhelsetenesta. Det er grunn til å tru at dekningsgraden i den private tannhelsetenesta kan påverke bruken av tannhelserefusjonar.

3.3. Utgifter i tannhelsetenesta

Utgifter i tannhelsetenesta er ein annan faktor som seier noko om rammevilkåra for tannhelsetenesta. Det er rimeleg å anta eit visst samsvar mellom utgifter og tilgang på personell i eit fylke fordi løn utgjer den største delen av utgiftene.

3.3.1 Utgifter i den offentlege tannhelsetenesta

Tal for utgifter i den offentlege tannhelsetenesta er henta frå KOSTRA fylkeskommunerekneskapen. Fylkeskommunane innrapporterer årlege rekneskap til Statistisk sentralbyrå/Kommunal- og moderniseringsdepartementet som viser kor mykje utgifter som er brukt på tannhelse i fylkeskommunane.

Fylkeskommunane brukte 3,3 milliardar på den offentlege tannhelsetenesta i 2014. Brutto driftsutgiftene inkluderer både utgifter til pasientbehandling og utgifter til fellesfunksjonar. I tillegg til å undersøka og behandla prioriterte grupper, behandlar den offentlege tannhelsetenesta i fylkeskommunane òg vaksne personar og 19- og 20-åringar mot betaling. I 2014 var brutto driftsinntekter til den offentlege tannhelsetenesta i fylkeskommunane vel 113 millionar kroner.

For å gi eit mest mogleg korrekt bilete av kor mykje midlar det går med til pasientbehandling i den offentlege tannhelsetenesta, kan difor netto driftsutgifter sjåast i høve til personar i dei prioriterte gruppene. Tabell 3.2 viser gjennomsnittlege netto

driftsutgifter per person i prioriterte grupper i 2008 og 2014, i tillegg til den prosentvise endringa i utgifter per person i prioriterte grupper frå 2008 til 2014.

Tabell 3.2. Netto driftsutgifter i alt (1 000 kroner), talet på prioriterte personar og netto driftsutgifter per person i prioriterte grupper, etter fylke. Løypande prisar. 2014

	Netto driftsutgifter i alt	Personar i prioriterte grupper ekskl. 1-2 åringar	Kroner per person i prioriterte grupper
Hele landet	89 107 930	1 361 683	1 737
Østfold	2 663 137	75 734	1 403
Akershus	5 477 408	159 961	1 336
Oslo	36 869 963	139 055	1 262
Hedmark	2 212 206	51 796	1 897
Oppland	2 157 241	50 334	1 721
Buskerud	2 608 612	73 236	1 660
Vestfold	2 163 466	63 817	1 574
Telemark	1 844 695	44 635	2 014
Aust-Agder	1 277 860	32 096	1 734
Vest-Agder	1 981 467	51 107	1 910
Rogaland	4 613 916	129 190	1 514
Hordaland	5 680 227	135 475	1 602
Sogn og Fjordane	2 213 342	31 585	2 663
Møre og Romsdal	3 535 019	73 239	1 862
Sør-Trøndelag	3 302 352	80 039	1 528
Nord-Trøndelag	2 156 328	39 250	2 168
Nordland	4 214 224	66 912	2 569
Troms	2 792 415	43 484	3 125
Finnmark	1 344 052	20 738	3 441

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

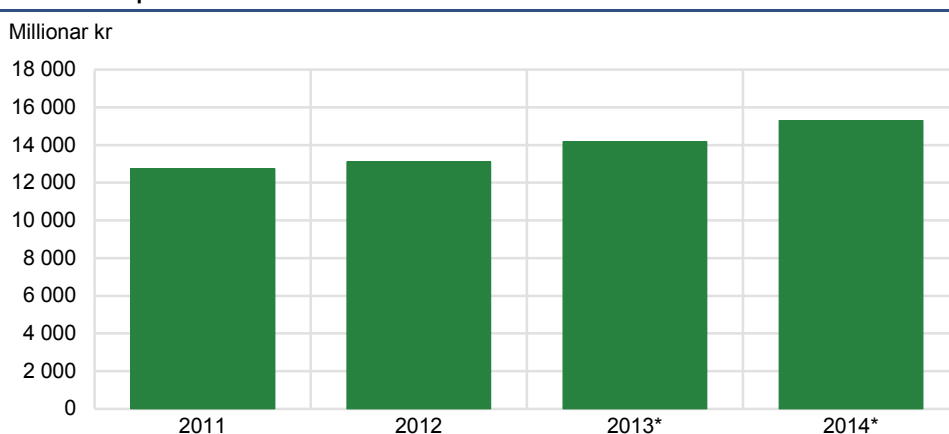
Tabell 3.2 viser at dei gjennomsnittlege netto driftsutgiftene til tannbehandling per person i prioriterte grupper, har auka på landsbasis frå 2008 til 2014. Finnmark det fylket som hadde dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene per person i prioriterte grupper i 2014, medan Oslo hadde dei lågaste. Utgifter til pasientbehandling utgjorde i underkant av 80 prosent av totale driftsutgifter både i 2008 og 2014.

3.3.2 Utgifter i den private tannhelsetenesta

Det manglar ein detaljert oversikt over utgiftene i den private tannhelsetenesta. Helserekneskapen gir likevel moglegheit til å danne eit visst bilete av utgiftsnivået (Statistisk sentralbyrå 2015a). Helserekneskapen viser samla utgifter i offentleg og privat tannhelseteneste. Om lag 74 prosent av desse utgiftene stammar frå privat sektor, medan om lag 26 prosent stammar frå offentleg sektor. Utgifter til helseføremål omfattar alle utgifter som går med til forbruk eller investeringar i helsetenestene.

Førebelse tal frå helserekneskapen viser at det blei brukt 15,3 milliardar på tannhelse i 2014 i offentleg og privat sektor samla. Det er ein auke på 20,1 prosent frå 2011, då utgiftene var 12,7 milliardar. Figur 3.2 viser utviklinga i utgifter til tannlegetenester i offentleg og privat tannhelseteneste frå 2011 til 2014.

Figur 3.2. Samla utgifter til tannlegetenester i privat og offentleg tannhelseteneste. Løypande prisar

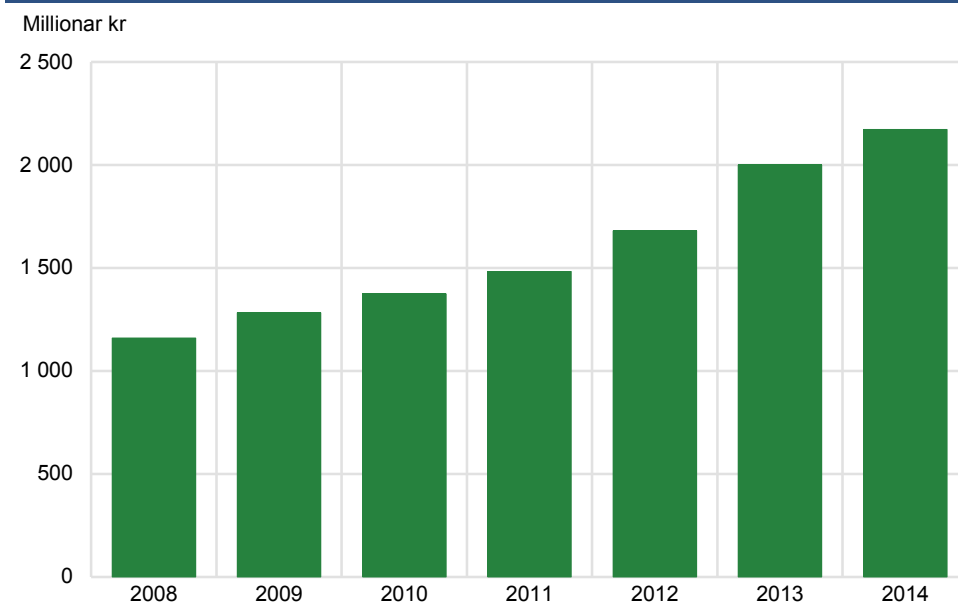


Kjelde: Helserekneskapen, Statistisk sentralbyrå

3.3.3 Utgifter til trygderefusjonar ved tannbehandling

I 2014 blei det totalt utbetalt om lag 2,2 milliardar kroner i trygderefusjonar ved tannbehandling. Frå 2008 til 2014 har utgiftene til trygderefusjonar for tannbehandling auka frå om lag 1,2 til om lag 2,2 milliardar kroner. Det er ein auke på ein milliard kroner, eller om lag 83 prosent. Auken i refusjonsutgifter har særleg vore stor for innslagspunkt 6 (periodontitt), innslagspunkt 4 (infeksjonsføbyggande behandling), innslagspunkt 5 (sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve), innslagspunkt 7 (tannutviklingsforstyringar), innslagspunkt 9 (attrisjon/erosjon) og innslagspunkt 10 (hyposalivasjon/munntørreheit). Figur 3.3 viser utviklinga i samla utgifter til tannhelserefusjonar frå 2008-2014.

Figur 3.3. Samla utgifter til refusjonar ved tannebehandling. Løypande prisar



Kjelde: KUHR

3.4. Oppsummering

Føremålet med kapittel 3 har vore å sjå nærmare på korleis den norske tannhelsetenesta er organisert og finansiert. Organisering og finansiering av tannhelsetenesta kan påverke befolkninga si bruk av tannhelsetenester, og informasjon om tenestene set difor nokre viktige rammer for vurderingar av tenestebruk og refusjonsutbetalingar.

Tannhelsetenesta er todelt i ein offentleg tannhelseteneste og ein privat tannhelseteneste. Den offentlege tannhelsetenesta er finansiert av statlege løyvingar og rammetilskot frå staten, tilbyr subsidierte og oppsøkande tenester til prioriterte grupper, og har fastløna personell som utfører tenestene. Den private tannhelsetenesta har fri konkurranse, fri prissetjing, fri etablering og skal i all hovudsak tilby tenester til den vaksne befolkninga. Størstedelen av den private tannhelsetenesta er finansiert av eigenbetaling frå pasientane. I tillegg vil gitte lidingar og sjukdomstilstandar gi refusjonar ved tannbehandling etter folketrygdelova. Dei fleste behandlingane som genererer refusjon blir utført i privat sektor.

Det blei brukt 15,3 milliardar kroner på tannhelse i offentleg og privat sektor samla i 2014. Av desse brukte fylkeskommunane 3,3 milliardar på den offentlege tannhelsetenesta, medan totalt 2,2 milliardar gjekk til trygderefusjonar ved tannbehandling.

4. Kva kjenneteiknar mottakarar av tannhelserefusjonar?

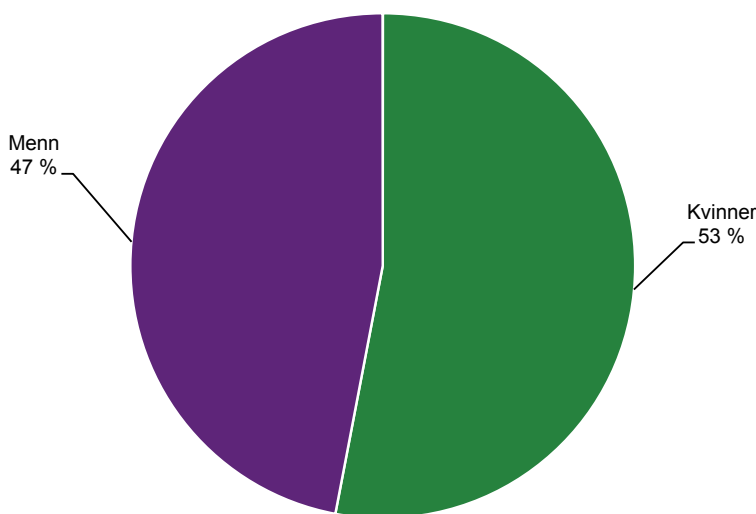
Dette kapitlet presenterer vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar i 2014 etter ulike bakgrunnskjenneitekn. Vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar vil seie personar som er 21 år og eldre. Tannhelserefusjonsmottakarane blir presentert etter bakgrunnskjenneiteikna alder, kjønn, inntekt, utdanningsnivå, mottak av stønader og regionale kjenneteikn. Desse kjenneteikna er valte ut fordi dei representerer faktorar som kan påverke fordelinga av mottakarane av tannhelserefusjonar i befolkninga. Dei kan såleis gi viktig informasjon om kva for eventuelle forskjellar som eksisterer mellom mottakarane av tannhelserefusjonar. Dette kapitlet presenterer delen mottakarar etter dei ulike kjenneteikna, delen mottakarar etter innslagspunkt og dei ulike kjenneteikna, og beløpa som blir utbetalt etter dei ulike kjenneteikna.

4.1. Mottakarar fordelt etter kjønn og alder

Tannhelserefusjonsordninga er innretta slik at den skal gi refusjon til personar etter behov, og uavhengig av faktorar som utdanning, inntekt og alder. Sidan tannhelsa svekkast med alderen (Ekornrud og Jensen 2010a), kan bruken av tannhelserefusjonar, det vil seie kven som mottar refusjonar, likevel påverkast av faktorar som kjønn og alder.

Det var i alt 368 717 personar i den vaksne befolkninga som tok imot tannhelserefusjonar i 2014. Desse utgjorde 9,4 prosent av heile den vaksne befolkninga. 197 171 av mottakarane var kvinner, og 171 546 var menn. Det betyr at delen kvinner blant refusjonsmottakarane var 53 prosent, medan delen menn var 47 prosent, som vist i figur 4.1.

Figur 4.1. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn. Prosent. 2014



Kjelde: KUHR

4.1.1 Delen mottakarar aukar med alder

Tabell 4.1 viser korleis delen mottakarar av tannhelserefusjonar varierer etter kjønn og alder.

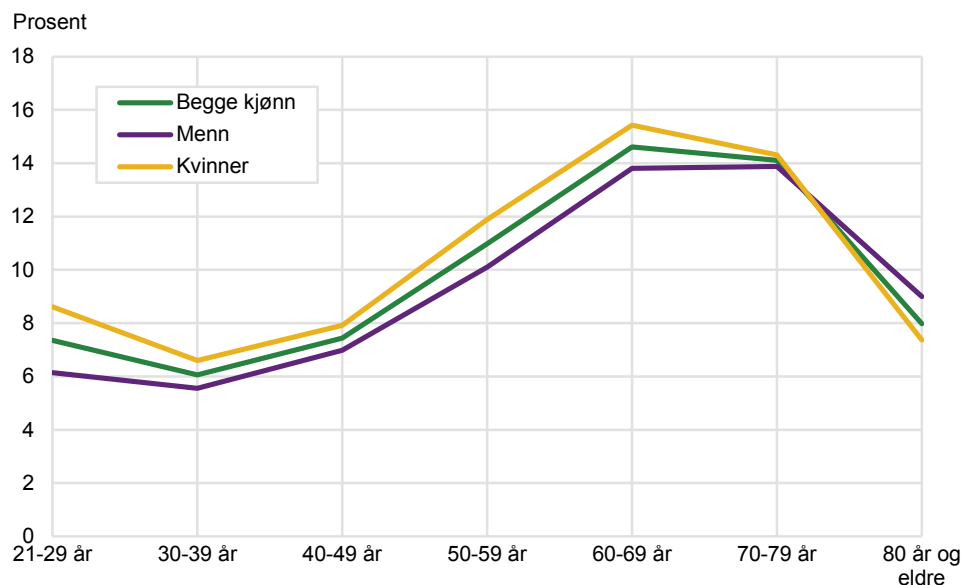
Tabell 4.1. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og alder. Prosent. 2014

	Alle	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
Begge kjønn	9,4	7,4	6,1	7,4	11,0	14,6	14,1	8,0
Menn	8,8	6,1	5,6	7,0	10,1	13,8	13,9	9,0
Kvinner	10,1	8,6	6,6	7,9	11,9	15,4	14,3	7,4

Kjelde: KUHR

Tabell 4.1 viser at delen refusjonsmottakarar er aukande med alder fram til om lag 70 år, før delen refusjonsmottakarar fell i dei to eldste aldersgruppene. Dei fleste refusjonsmottakarane er over 50 år. Samla sett var om lag 61 prosent av mottakarane over 50 år i 2014. Det er eit stort sprang i delen refusjonsmottakarar mellom aldersgruppa 40-49 år og 50-59 år. Då aukar delen refusjonsmottakarar frå 7,4 prosent til 11,0 prosent samla sett. Figur 4.2 illustrerer korleis delen tannhelse-refusjonsmottakarar aukar med alder.

Figur 4.2. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og alder. 2014



Kjelde: KUHR

Reduksjonen i delen tannhelse-refusjonsmottakarar i den eldste aldersgruppa er svært tydeleg. Mellom aldersgruppa 70-79 år og aldersgruppa 80 år og eldre, blir delen refusjonsmottakarar redusert frå 14,1 prosent til 8,0 prosent samla sett. Reduksjonen i delen refusjonsmottakarar i den eldste aldersgruppa kan ha fleire årsaker. Den viktigaste årsaka er at ein stor del av befolkninga i denne aldersgruppa er institusjonsbebuarar og mottakarar av heimetenester. Begge desse gruppene har krav på gratis tannhelsetenester frå den offentlege tannhelsetenesta, og vil difor ikkje vere omfatta av refusjonsordninga.

Tendensen til at delen refusjonsmottakarar er aukande med alder, kan elles sjåast i samanheng med alder og generell tannhelse. Dei som er yngst har best tannhelse, og tannhelse svekkast bortimot eintydig med alder (Ekornrud og Jensen 2010a). Svekket tannhelse med alder må sjåast i samanheng med ein generelt svekka helsetilstand som følgje av alderdom. I tillegg kan utviklinga i tannhygiene over tid, til dømes gjennom ein generell utbygging av tannhelsetilbodet, også spele ei viktig rolle for at yngre aldersgrupper har betre tannhelse enn eldre (Ekornrud og Jensen 2010a).

4.1.2 Flest mottakarar får refusjon for periodontitt

Tabell 4.2 viser korleis delen mottakarar av tannhelse-refusjonar i 2014 varierer etter kjønn, alder og fordeler seg etter innslagspunkt.

Tabell 4.2. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn, alder og innslagspunkt. Prosent. 2014

Innslagspunkt	Alle	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
Begge kjønn								
I alt	9,44	7,35	6,06	7,44	10,97	14,61	14,10	7,98
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	0,13	0,08	0,11	0,13	0,16	0,17	0,14	0,05
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensande vev, eller i hovudregionen elles	0,04	0,01	0,02	0,03	0,05	0,08	0,09	0,06
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	0,29	0,04	0,09	0,19	0,38	0,59	0,63	0,32
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	2,88	4,75	3,05	2,44	2,39	2,59	2,39	1,52
Punkt 6 Periodontitt	4,00	0,43	1,27	2,79	5,84	8,54	7,86	3,90
Punkt 7 Tannutviklingsforstyringar	0,13	0,28	0,20	0,14	0,09	0,05	0,04	0,00
Punkt 8 Bittanomaliar	0,18	0,94	0,08	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,81	0,25	0,61	0,93	1,08	1,17	1,12	0,51
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørtheit)	0,52	0,07	0,19	0,34	0,55	0,94	1,24	1,16
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,12	0,10	0,10	0,09	0,06	0,03	0,01
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	0,15	0,22	0,15	0,14	0,13	0,13	0,13	0,10
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne	0,18	0,16	0,19	0,17	0,16	0,17	0,23	0,20
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	0,04	0,00	0,00	0,01	0,03	0,10	0,19	0,12
Punkt 16 ¹	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03
Menn								
I alt	8,79	6,14	5,56	6,98	10,10	13,81	13,88	9,00
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	0,09	0,07	0,08	0,09	0,10	0,12	0,10	0,05
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensande vev, eller i hovudregionen elles	0,04	0,01	0,02	0,03	0,05	0,10	0,10	0,08
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	0,31	0,04	0,11	0,21	0,40	0,64	0,74	0,46
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	2,63	3,81	2,74	2,23	2,28	2,52	2,36	1,76
Punkt 6 Periodontitt	3,60	0,36	1,14	2,53	5,05	7,74	7,52	4,24
Punkt 7 Tannutviklingsforstyringar	0,09	0,20	0,12	0,09	0,06	0,03	0,02	0,00
Punkt 8 Bittanomaliar	0,15	0,79	0,05	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,05	0,27	0,72	1,15	1,36	1,57	1,60	0,86
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørtheit)	0,32	0,03	0,12	0,20	0,32	0,58	0,78	0,94
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,12	0,16	0,13	0,14	0,13	0,09	0,05	0,02
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	0,16	0,27	0,17	0,15	0,13	0,12	0,12	0,08
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne	0,16	0,13	0,15	0,14	0,15	0,17	0,27	0,30
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	0,04	-	0,00	0,01	0,03	0,10	0,19	0,15
Punkt 16 ¹	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05
Kvinner								
I alt	10,10	8,61	6,60	7,92	11,89	15,42	14,31	7,37
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	0,16	0,10	0,13	0,17	0,22	0,23	0,17	0,05
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensande vev, eller i hovudregionen elles	0,04	0,01	0,02	0,03	0,04	0,07	0,08	0,05
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	0,26	0,04	0,08	0,17	0,35	0,54	0,53	0,24
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	3,13	5,72	3,38	2,66	2,50	2,66	2,42	1,38
Punkt 6 Periodontitt	4,40	0,50	1,42	3,06	6,67	9,35	8,17	3,69
Punkt 7 Tannutviklingsforstyringar	0,18	0,37	0,28	0,19	0,12	0,07	0,05	0,00
Punkt 8 Bittanomaliar	0,21	1,09	0,11	0,05	0,02	0,01	0,00	0,00
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,58	0,23	0,49	0,71	0,79	0,76	0,69	0,29
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørtheit)	0,73	0,11	0,27	0,49	0,78	1,29	1,65	1,29
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,01
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,05	0,08	0,06	0,05	0,05	0,03	0,00	0,00
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	0,13	0,16	0,13	0,13	0,13	0,14	0,13	0,11
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne	0,19	0,19	0,23	0,20	0,17	0,16	0,20	0,14
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	0,05	0,00	0,00	0,01	0,03	0,10	0,18	0,10
Punkt 16 ¹	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01

¹ Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonistar og annan type behandling, laboratorieprøvar og rønt gen

Kjelde: KUHR

Tabell 4.2 viser at den største delen av tannhelserefusjonsmottakarane får refusjon for periodontitt (innslagspunkt 6). Samla sett var det 4 prosent av refusjonsmottakarane som fekk refusjon for periodontitt. Tabellen viser ein klar tendens til at delen refusjonsmottakarar som får refusjon for periodontitt, er aukande med alder. Denne tendensen er gjeldande både samla sett og for begge kjønn. Samla sett var 79 prosent av dei som fekk refusjon for periodontitt, over 50 år. Det er eit stort sprang i delen refusjonsmottakarar mellom aldersgruppa 40-49 år og 50-59 år, då delen refusjonsmottakarar aukar frå 5,8 prosent til 8,5 prosent samla sett.

Den nest største delen av refusjonsmottakarane får refusjon for sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve (innslagspunkt 5). Samla sett var det 2,9 prosent av refusjonsmottakarane som fekk refusjon for sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve. Tabellen viser ein klar tendens til at delen refusjonsmottakarar etter dette innslagspunktet, er fallande med alder. Denne tendensen gjeld både samla sett og for begge kjønn. Samstundes er det store skilnader mellom ulike aldersgrupper. Medan 4,7 prosent fekk refusjon i aldersgruppa 21-29 år, var tilsvarende tal 1,5 prosent i aldersgruppa 80 år og eldre.

Elles viser tabell 4.2 at alder og naturleg behov i ulike aldersgrupper er ein svært viktig forklaringsfaktor for fordelinga av tannhelserefusjonsmottakarane etter dei ulike innslagspunkta. Tendensen til at delen som får refusjon for periodontitt er aukande med alder, kan i stor grad forklarast med nettopp aukande alder. Periodontitt er betennelse i vev som omgir tennene (Skjørland og Espelid 2009). Framskriden periodontitt fører til gradvis reduksjon av tennene sitt feste til kjeven, og er den viktigaste årsaka til tanntap etter 45-årsalderen (Skjørland og Espelid 2009). Alder og aukande behov med alder er difor truleg ei viktig årsak til den høge delen som får refusjon for periodontitt i dei eldste aldersgruppene.

Alder ser også ut til å vere ein svært viktig forklaringsfaktor for delen som får refusjon for sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve. Dette innslagspunktet omfattar mellom anna fjerning av visdomstenner, og behandling av dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur. Fjerning av visdomstenner blir oftast utført på unge personar i alderen mellom 20 og 35 år. Dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur er vidare ei vanlig lidning som oftast opptre i 20-50 årsalderen (Galteland 2014). Det betyr at innslagspunkt 5 alt i alt gir refusjon for undersøking og behandling av lidingar som må utbetrast i relativt ung alder.

I tillegg ser alder ut til å vere ein viktig forklaringsfaktor for delen som får refusjon etter innslagspunkta 3, 4, 10 og 15. Delen som får refusjon etter desse innslagspunkta er anten i hovudsak aukande med alder, eller i hovudsak berre eksisterande i dei eldste aldersgruppene. Delen som får refusjon for svulstar i munnhola, tilgrensande vev eller i hovudregionen elles (innslagspunkt 3), er til dømes aukande med alder fram til den eldste aldersgruppa. Delen som får refusjonar for hyposalivasjon/munntørreheit (innslagspunkt 10), er også aukande med alder samla sett. På den andre sida, er delen som får refusjon for heilt eller delvis tanntap, utan egne tenner i underkjeven (innslagspunkt 15) i hovudsak berre eksisterande i dei eldste aldersgruppene. Samla sett var 86,5 prosent av refusjonsmottakarane for heilt eller delvis tanntap, utan egne tenner i underkjeven, over 60 år.

Aukande alder er ein viktig forklaring bak fordelinga av refusjonsmottakarane etter alle desse innslagspunkta. Omfattande munntørreheit er svært nært knytt til alder, og den vanlegaste årsaka til denne lidinga er bruk av legemiddel (Helse- og omsorgsdepartementet 2013), i tillegg til nokon spesielle sjukdomar. Vidare kan det at refusjonsmottakarane for heilt eller delvis tanntap, utan egne tenner i underkjeven (innslagspunkt 15), i hovudsak berre finst i dei eldste aldersgruppene, også forklarast med aukande alder. Dette innslagspunktet omfattar undersøking og behandling av personar med heilt tannluas underkjeve som på grunn av slag, allmennsjukdomar, anatomi eller andre førehald ikkje kan bruke laustsitjande protese (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Dette vil i hovudsak omfatte eldre personar som ikkje bur på institusjon eller mottar heimetenester.

Samla sett ser dermed alder ut til å vere ein svært viktig forklaringsfaktor for fordelinga av mottakarane av tannhelserefusjonar etter dei ulike innslagspunkta. Det ser elles ut til at tannhelserefusjonane blir gitt til dei aldersgruppene som naturleg skulle ha størst behov for refusjonar.

4.1.3 Gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløp varierer med alder og innslagspunkt

Tabellane 4.3, 4.4 og 4.5 viser utbetalte beløp for refusjonar ved behandling hos tannlege i den vaksne befolkninga i 2014. Tabell 4.3 viser samla utbetalte tannhelserefusjonsbeløp i 2014 for vaksne personar, fordelt etter kjønn og alder.

Tabell 4.3. Samla utbetalt beløp for tannhelserefusjonar i befolkninga 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Millionar kroner. 2014

	Alle	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
Begge kjønn ...	1 385,570	113,339	130,016	196,219	275,596	359,875	221,676	88,846
Menn	684,483	51,422	62,895	99,963	137,691	183,070	109,543	39,899
Kvinner	701,084	61,917	67,121	96,257	137,905	176,805	112,132	48,947

Kjelde: KUHR

Tabell 4.3 viser at vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar fekk utbetalt eit samla refusjonsbeløp på om lag 1,39 milliardar kroner. Av dette beløpet fekk kvinner eit samla refusjonsbeløp på 0,7 milliardar, medan menn fekk eit samla refusjonsbeløp på 0,68 milliardar. Denne skilnaden kan sjåast i samanheng med at det var fleire kvinner enn menn blant refusjonsmottakarane.

Tabell 4.3 viser elles ein tendens til at samla refusjonsbeløp er aukande med alder. Denne tendensen er gjeldande fram til aldersgruppene over 70 år. I aldersgruppene 70-79 år og 80 år og eldre fell samla refusjonsbeløp. Denne tendensen er gjeldande både samla sett og for begge kjønn.

Når det gjeld den samla refusjonssummen etter innslagspunkt, er utgiftene til innslagspunkt 6 (periodontitt) dei klart største. Samla blei det utbetalt 476,6 millionar kroner i refusjonar etter innslagspunkt 6. Den nest største refusjonssummen, 176,7 millionar kroner, blei utbetalt etter innslagspunkt 9 (patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon). Den tredje største refusjonssummen blei utbetalt etter innslagspunkt 5 (sjukdomar og anomalier i munn og kjeve), og utgjorde samla sett 167,6 millionar kroner.

Tabell 4.4 viser gjennomsnittleg refusjonsbeløp per behandla pasient i den vaksne befolkninga i 2014, fordelt etter kjønn og alder. Gjennomsnittlege refusjonsbeløp kan gi ein indikasjon på behovet til dei behandla pasientane i dei ulike aldersgruppene.

Tabell 4.4. Gjennomsnittleg utbetalt beløp for tannhelserefusjonar per behandla pasient 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Kroner. 2014

	Alle	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
Begge kjønn .	3 758	2 410	3 081	3 510	3 825	4 311	4 566	4 551
Menn	3 990	2 564	3 145	3 688	4 058	4 622	4 842	4 846
Kvinner	3 556	2 295	3 023	3 342	3 619	4 031	4 325	4 335

Kjelde: KUHR.

Tabell 4.4 viser at gjennomsnittleg refusjonsbeløp per behandla pasient var 3 758 kroner samla sett. Gjennomsnittleg refusjonsbeløp per behandla mann var 3 990, medan gjennomsnittleg refusjonsbeløp per behandla kvinne var 3 556 kroner. Det betyr at det gjennomsnittleg kostar meir å behandle ein mann enn det kostar å behandle ei kvinne. Skilnaden mellom gjennomsnittlege refusjonsbeløp for menn og kvinner, er særleg stor i aldersgruppene over 60 år. Til dømes kostar det i gjennomsnitt 4 622 kroner å behandle ein mann mellom 60-69 år, medan det kostar 4 031 kroner å behandle ei kvinne i same aldersgruppe.

Tabell 4.5 viser gjennomsnittlege utbetalte beløp per behandla pasient fordelt etter alder og innslagspunkt.

Tabell 4.5. Gjennomsnittleg utbetalt beløp for tannhelserefusjonar per behandla pasient 21 år og eldre, etter alder og innslagspunkt. Kroner. 2014

Innslagspunkt	Alle	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
I alt	3 758	2 410	3 081	3 510	3 826	4 312	4 566	4 551
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	6 223	4 496	4 834	6 532	6 618	6 891	6 811	8 254
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	10 470	5 345	9 316	5 571	17 273	13 909	12 765	7 556
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensa vev, eller i hovudregionen elles	9 203	7 475	5 826	7 878	7 464	9 609	13 493	8 113
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	6 987	4 314	5 815	6 281	7 369	7 464	6 857	7 218
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	1 492	1 504	1 456	1 475	1 503	1 533	1 508	1 428
Punkt 6 Periodontitt	3 050	1 587	1 868	2 411	2 988	3 413	3 357	3 497
Punkt 7 Tannutviklingsforstyringar	9 911	8 244	8 824	10 371	12 644	15 736	15 876	7 714
Punkt 8 Bittanomaliar	2 413	2 047	4 828	4 219	4 974	4 227	3 857	500
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	5 564	3 332	4 116	5 027	5 695	6 782	6 663	5 738
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørreheit)	6 307	5 430	6 134	6 118	6 290	6 429	6 664	5 957
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	6 230	3 500	2 846	3 643	6 197	8 120	4 963	7 727
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	8 345	4 807	6 145	8 539	10 433	14 951	15 011	11 200
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	6 953	4 864	5 936	6 872	8 026	9 374	8 839	9 100
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne	15 801	13 662	17 432	18 851	17 712	16 252	12 308	8 716
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	37 902	33 000	37 545	35 417	36 626	38 439	38 323	37 155
Punkt 16 ¹	3 631	286	1 000	250	500	167	4 207	6 462

¹ Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonistar og annan type behandling, laboratorieprøvar og røntgen.

Kjelde: KUHR

Tabell 4.5 viser at det er stor variasjon i gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløp per behandla pasient mellom dei ulike innslagspunkta. Gjennomsnittlege refusjonsbeløp per behandla pasient er størst for innslagspunkt 15 (heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven). Her fekk ein behandla pasient i gjennomsnitt utbetalt 37 902 kroner i refusjon. Gjennomsnittlege refusjonsbeløp per behandla pasient er minst for innslagspunkt 5 (sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve), der gjennomsnittleg refusjonsbeløp per behandla pasient utgjør 1 492 kroner.

Stor variasjon i gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløp mellom dei ulike innslagspunkta, gjer det interessant å også sjå på det median utbetalte beløp per behandla pasient. Viss alle utbetalte refusjonsbeløp blir rangert etter storleik, vil det median utbetalte beløpet vere det midtre utbetalte beløpet. Medianbeløpet vil avvike frå gjennomsnittsbeløpet viss det er mange høge eller låge beløp som trekker opp eller ned. Grunnlagstala viser at utbetalt medianbeløp per behandla pasient er lågare enn gjennomsnittleg utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient. Utbetalt medianbeløp per behandla pasient var 1 430 kroner, medan gjennomsnittleg utbetalt beløp per behandla pasient var 3 758 kroner. Utbetalt medianbeløp per behandla mann var 1 445 kroner, og utbetalt medianbeløp per behandla kvinne var 1 425 kroner. Dette tyder på at dei gjennomsnittlege beløpa blir dratt opp av nokon veldig høge refusjonsutbetalingar.

4.2. Mottakarar fordelt etter utdanning

Utdanning er oppfatta som ein robust forklaringsfaktor bak sosiale forskjellar i helse (Siegrist og Marmot 2006). Dei fleste gjer seg ferdig med utdanning i ung alder, og utdanningsnivå blir difor ikkje påverka av eventuelle helseproblem seinare i livet. I all hovudsak viser studia av sosiale forskjellar i helse at dei som har høgare utdanning har betre helse enn dei med lågare utdanning (Krokstad m. fl. 2002). Dette gjeld også for eigenvurdert tannhelse. I tillegg går personar med høg utdanning oftare til tannlege og har eit lågare udekt behov for tannhelsetenester enn personar med lågare utdanning (Ekornrud & Jensen 2010a og 2010b). Kontakt med tannlege er naudsynt for å få avdekt sjukdomar, starta behandling, og eventuelt få dekt heile eller delar av beløpet i form av refusjonar. Utdanningsnivå kan difor vere med på å forklare eventuelle skilnader mellom mottakarane av tannhelsefufusjonar. I denne samanhengen er det personane sitt høgaste utdanningsnivå som blir nytta som mål på utdanning.

Det blei totalt utbetalt om lag 1,39 milliardar i tannhelsefufusjonar til vaksne personar i 2014. Av dette beløpet fekk personar med vidaregåande utdanning i sum utbetalt mest, 645 millionar kroner. Gjennomsnittleg utbetalt beløp per behandla pasient var høgast for personar med grunnskule, 4 542 kroner, og lågast for personar med universitets- og høgskuleutdanning, 3 051 kroner.

4.2.1 Personar med lågare utdanning mottar mest tannhelsefusjonar

Tabell 4.6 viser korleis delen vaksne mottakarar av tannhelsefusjonar varierer etter kjønn og utdanningsnivå.

Tabell 4.6. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og utdanningsnivå. Prosent. 2014

	I alt	Grunnskule	Vidaregåande utdanning	Universitets/høgskuleutdanning	Manglende eller uoppgitt utdanning
Begge kjønn	9,4	9,9	10,5	8,6	3,4
Menn	8,8	8,9	9,7	8,4	2,8
Kvinner	10,1	10,9	11,5	8,8	4,2

Kjelde: KUHR

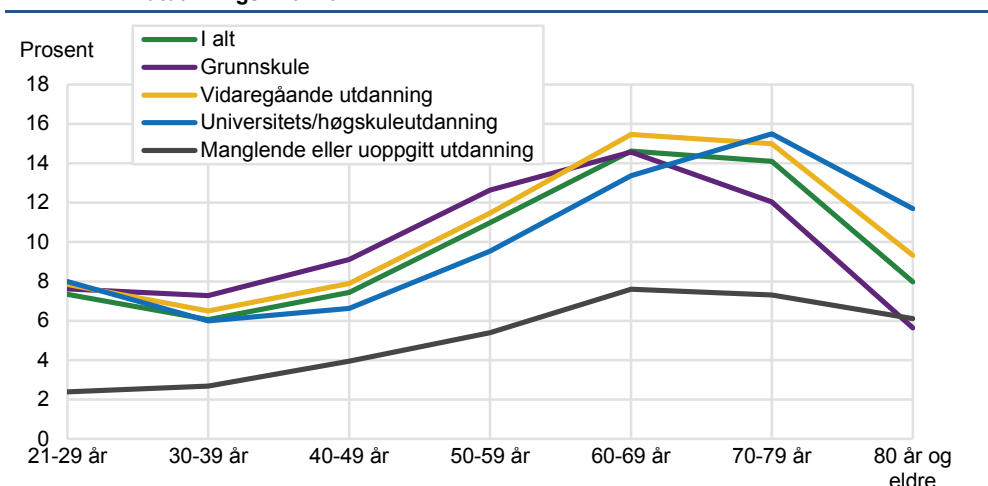
Tabell 4.6 viser at delen tannhelsefusjonsmottakarar er størst blant personar med vidaregåande utdanningsnivå. Dette gjeld for både kvinner og menn. Samstundes er delen som mottar refusjonar høgare blant kvinner på alle utdanningsnivå.

Delen som mottar tannhelsefusjonar er høgast blant personar med vidaregåande utdanning, og lågast blant personar med universitets- og høgskuleutdanning. Medan 10,5 prosent av personar med vidaregåande utdanning tok imot tannhelsefusjonar, var den tilsvarende delen 8,6 prosent for dei med universitets- og høgskuleutdanning. Den aller lågaste delen som mottar tannhelsefusjonar har uoppgitt utdanning. Dette gjeld for både kvinner og menn. I denne gruppa utgjør innvandrarak ein stor del. Særleg for innvandrarak som nyleg har kome til Noreg er utdanningsopplýsningar mangelfulle. Det er tidlegare vist at denne gruppa underforbruker helsetenester samanlikna med resten av befolkninga (Blom 2008). Det er grunn til å tru at dette òg gjeld for bruken av tannlegetenester.

Delen som mottar tannhelsefusjonar er høgast blant dei med vidaregåande utdanning og grunnskuleutdanning både for kvinner og menn. Samstundes er delen som mottar tannhelsefusjonar jamt over høgare for kvinner enn menn på alle utdanningsnivå. Medan 10,9 prosent kvinner med grunnskule fekk tannhelsefusjon, var det tilsvarende talet 8,9 prosent for menn. Blant dei med vidaregåande utdanning var delen kvinner som fekk refusjon 11,5, medan det tilsvarende talet for menn var 9,7 prosent. Det er i gruppa med universitets- og høgskuleutdanning at forskjellen mellom kvinner og menn er minst. Medan det var 8,8 prosent kvinner med universitets- og høgskuleutdanning som tok imot tannhelsefusjonar, var tilsvarende tal 8,4 prosent for menn.

I kapittel 4.1 er det vist at delen som mottar tannhelsefusjonar aukar med alder fram til dei eldste aldersgruppene. Den same tendensen gjer seg gjeldande innanfor dei ulike utdanningsgruppene. Figur 4.3 viser korleis delen personar som mottar tannhelsefusjonar varierer etter alder og utdanningsnivå.

Figur 4.3. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter alder og utdanningsnivå. 2014



Kjelde: KUHR

Figur 4.3 viser at delen som mottar tannhelserefusjonar følgjer nokolunde dei same alderstrendane for alle utdanningsgruppene. Medan delen som mottar refusjonar minskar for alle utdanningsnivå frå aldersgruppene 21-29 år til 30-39 år, aukar delen frå aldersgruppa 40-49 år til og med aldersgruppa 60-69 år, før den frå 70 år er fallande. Dette er i tråd med korleis mottakarane av tannhelserefusjonar fordeler seg etter alder i alt. Personar med universitets- og høgskuleutdanning er einaste gruppe som skil seg noko frå dei andre når det gjeld den generelle alderstrenden. Medan delen som mottar tannhelserefusjonar fell for alle utdanningsnivå mellom aldersgruppene 60-69 år og 70-79 år, aukar den for personar med universitets- og høgskuleutdanning.

Måten delen som mottar tannhelserefusjonar varierer etter alder og utdanningsnivå på, tyder på at alder er meir styrande for utbetalte refusjonar enn utdanningsnivå. Samstundes kan det vere verdt å nemne at blant personar med grunnskuleutdanning, fell delen mottar tannhelserefusjonar etter fylte 60 år forholdsvis meir enn for dei andre utdanningsgruppene. Ei av forklaringane på dette kan vere at personar med grunnskuleutdanning tidlegare hamnar i dei prioriterte gruppene, institusjonsbebuarar og mottakarar av heimetenester, grunna dårleg helse samanlikna med personar med høgare utdanning. Det inneber at ein høgare del i gruppa eldre med grunnskuleutdanning ikkje blir omfatta av refusjonsordninga samanlikna med dei med høgare utdanning. For personar med universitets- og høgskuleutdanning vil forklaringa vere motsett. På grunn av betre helse vil dei seinare hamna i dei nemnde prioriterte gruppene, og ein større del eldre i denne utdanningsgruppa vil difor vere omfatta av refusjonsordninga samanlikna med dei med lågare utdanning.

4.2.2 Flest personar med låg utdanning mottar tannhelserefusjonar for periodontitt

Tabell 4.7 viser korleis delen tannhelserefusjonsmottakarar varierer etter utdanningsnivå og fordeler seg etter innslagspunkt.

Tabell 4.7. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. Prosent. 2014

Innslagspunkt	I alt	Grunnskule	Vidaregåande utdanning	Universitets/høgskuleutdanning	Manglende eller uoppgitt utdanning
Alle	9,44	9,92	10,53	8,62	3,42
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	0,13	0,13	0,14	0,12	0,01
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensande vev, eller i hovudregionen elles	0,04	0,05	0,05	0,04	0,01
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	0,29	0,31	0,33	0,24	0,09
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	2,88	2,47	2,89	3,38	1,33
Punkt 6 Periodontitt	4,00	4,65	4,72	3,01	1,53
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrningar	0,13	0,10	0,12	0,18	0,06
Punkt 8 Bittanomaliar	0,18	0,18	0,21	0,15	0,07
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,81	0,70	0,95	0,83	0,13
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørreheit)	0,52	0,71	0,63	0,32	0,06
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,07	0,11	0,07	0,02
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	0,15	0,13	0,15	0,17	0,05
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne	0,18	0,31	0,17	0,11	0,05
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	0,04	0,10	0,04	0,01	0,02
Innslagspunkt 30 og 31 ¹	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

¹ Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonistar og annan type behandling, laboratorieprøvar og røntgen.

Kjelde: KUHR

Tabell 4.7 viser at delen som mottar refusjonar etter ulike innslagspunkt varierer med utdanningsnivå. Medan den største delen som får refusjon for innslagspunkt 6 (periodontitt) har vidaregåande utdanning, har den største delen som får refusjon etter innslagspunkt 5 (sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve) universitets- og høgskuleutdanning. At delen som mottar refusjonar for periodontitt er høgast blant personar i dei lågaste utdanningsgruppene, kan til dels forklarast med at behovet for tannbehandling knytt til denne sjukdomen aukar med alder. I dei eldste aldersgruppene er det eit forholdsvis lågare utdanningsnivå samanlikna med dei yngre aldersgruppene. At delen som mottar refusjonar for sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve er størst blant dei med universitets- og høgskuleutdanning, kan til

dels forklarast med at det er flest personar i aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år som mottar refusjon for dette innslagspunktet. Delen med høg utdanning er forholdsviss større i desse to gruppene enn i eldre aldersgrupper.

Den største delen som får refusjon etter innslagspunkt 14 (personar med sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom eller nedsett funksjonsevne) og innslagspunkt 10 (munntørtheit), har grunnskuleutdanning. Refusjonsmottakarane etter innslagspunkt 7 (tannutviklingsforstyrningar) fordeler seg motsett. Her er delen som mottar tannhelserefusjonar høgast blant personar med universitets- og høgskuleutdanning.

Det kan elles sjå ut som at storleiken på delen som får refusjon for periodontitt, i stor grad er styrande for korleis refusjonsmottakarane samla sett fordeler seg etter utdanning. Grunnen til det er at fordelinga av refusjonsmottakarar etter innslagspunkt og utdanning i alt ser ut til å vere samanfallande med korleis refusjonsmottakarane etter innslagspunkt 6 fordeler seg etter utdanning. Flest med vidaregåande utdanning og grunnskuleutdanning mottar tannhelserefusjonar generelt, og for periodontitt spesielt.

Tala viser elles at det samla sett ikkje er ein klar utdanningsgradient blant dei som mottar tannhelserefusjonar. Utdanningsgradient betyr i denne samanhengen at delen som mottar refusjonar aukar med aukande utdanning. Det skulle vere grunn til å tru at delen som mottar refusjon ville vere høgare blant dei med høg utdanning i og med at denne gruppa går oftare til tannlege enn personar med lågare utdanning. Resultata viser at dette ikkje er tilfelle. Personar med vidaregåande skule mottar flest refusjonar. Samstundes er delen som mottar refusjonar blant personar med grunnskuleutdanning høgare enn for dei med universitets- og høgskuleutdanning. Blant dei som faktisk oppsøker tannlege ser det i tillegg ut til at det reelle behovet for behandling er meir styrande for kven som får refusjon enn utdanningsnivå.

Det er samstundes viktig å understreke at sjølv om delen som mottar refusjonar er høgast blant dei med låg utdanning, veit ein ikkje om behovet blant desse eigentleg skulle ha vore enno høgare. Det er tidlegare vist at delen med udekt behov for tannlegetenester er høgare i gruppene med låg utdanning enn i gruppene med høg utdanning. Det skulle difor vere grunn til å tru at fleire i desse gruppene let vere å gå til tannlege i utgangspunktet, noko som er ein føresetnad for eventuelt å få refusjonar. I populasjonen som er studert i denne samanhengen manglar det opplysningar om den generelle bruken av tannlegetenester, og det udekte behov for tannlegetenester i dei ulike gruppene. Gjennomsnittleg utbetalt refusjonsbeløp kan likevel gi ein indikasjon på behovet for tannbehandling i dei ulike utdanningsgruppene. Tala viser at dei gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløpa per behandla pasient er høgast blant personar med grunnskuleutdanning og lågast blant personar universitets- og høgskuleutdanning. Grunnlagstala viser at gjennomsnittleg utbetalt refusjonsbeløp er høgare i dei lågaste utdanningsgruppa for nær alle innslagspunkt.

4.3. Mottakarar fordelt etter ulike mål for låg inntekt

Inntektsnivå er viktig for å forstå bruken av helsetenester generelt (Siegrist og Marmot 2006), og tannhelsetenester spesielt (Ekornrud og Jensen 2010b). Medan delen med god tannhelse aukar eintydig med inntekt, går delen med dårleg tannhelse eintydig ned med inntekt (Ekornrud og Jensen 2010a). Tilsvarande aukar bruken av tannhelsetenester med inntekt (Ekornrud og Jensen 2010b). Difor er det også grunn til å tru at inntektsnivå spelar ei viktig rolle for bruken av tannhelserefusjonar.

I denne rapporten blir altså inntektsomgrepet inntekt etter skatt per forbrukseining nytta. I tillegg nyttar me tre ulike inntektsgrupperingar. Desse er ei inntektsgruppering knytt til grunnbeløpet (G), ei gruppering av låg inntekt og ikkje låg inntekt etter EU(60)-målet, og ei gruppering av inntekt etter kvintilar. I sistnemnde inntektsgruppering vil låg inntekt vere bestemt som dei 20 prosent lågaste inntektene, medan høg inntekt vil vere bestemt som dei 20 prosent høgaste inntektene.

I omtalen av inntekt i dette avsnittet, er det samla talet på tannhelserefusjonsmottakarar 365 873. Årsaka til det er at personar med manglande inntektsopplysningar er utelatt frå populasjonen i omtalen av inntekt.

Når det gjeld beløp, var gjennomsnittleg refusjonsbeløp per behandla pasient med låg inntekt 3 830 kroner (EU(60)). Gjennomsnittleg refusjonsbeløp per behandla pasient som ikkje hadde låg inntekt, var 3 754 kroner (EU(60)). Gjennomsnittlege refusjonsbeløp per behandla pasient var altså høgare i gruppa med låg inntekt samanlikna med gruppa som ikkje hadde låg inntekt (EU(60)). Vidare var det gjennomsnittlege refusjonsbeløpet per behandla mann med låg inntekt høgare enn det gjennomsnittlege refusjonsbeløpet per behandla kvinne, høvesvis 3 956 kroner og 3 753 kroner.

4.3.1 Delen mottakarar av tannhelserefusjonar er lågast blant personar med låg inntekt

Tabell 4.8 viser korleis delen vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar varierer etter kjønn og inntektsgrupperinga knytt til grunnbeløpet (G).

Tabell 4.8. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og inntektsintervall. Inntekt etter skatt per forbrukseining. Prosent. 2014

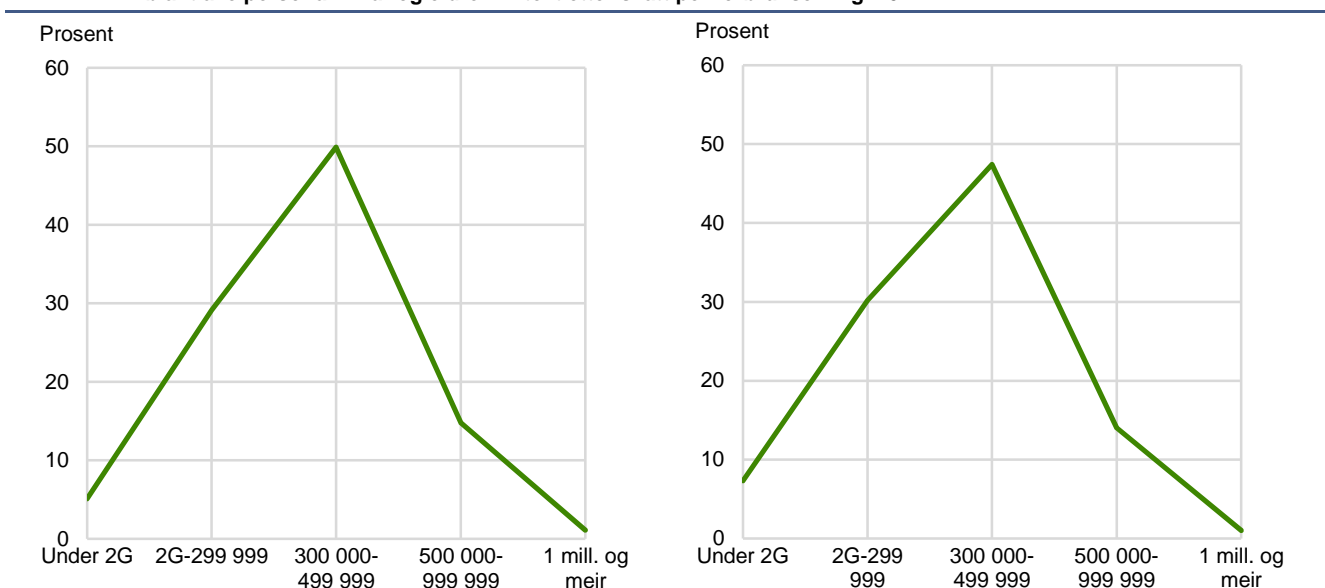
	I alt	Under 2G	2G-299 999	300 000 -499 999	500 000 -999 999	1 mill. og meir
Begge kjønn	9,7	6,7	9,3	10,2	10,2	10,3
Menn	9,0	5,6	8,2	9,6	10,0	10,1
Kvinner	10,3	7,8	10,2	10,8	10,5	10,5

Kjelde: KUHR

Tabell 4.8 viser ein tendens til at delen som mottar tannhelserefusjonar aukar med inntekt samla sett. Tabellen viser at det er relativt stor forskjell mellom delen tannhelserefusjonsmottakarar i dei ulike inntektsgruppene. Samla sett var 6,7 prosent av refusjonsmottakarane i den lågaste inntektsgruppa, medan 10,3 prosent av mottakarane var i den høgaste inntektsgruppa. Blant menn er forskjellen enno større. Blant mannlige refusjonsmottakarar var 5,6 prosent i den lågaste inntektsgruppa, medan 10,1 prosent var i den høgaste inntektsgruppa.

For å få meir kunnskap om inntekta til mottakarane av tannhelserefusjonar, er det interessant å samanlikne inntektsfordelinga blant vaksne tannhelserefusjonsmottakarar med inntektsfordelinga i heile den vaksne befolkninga. Figur 4.4 viser inntektsfordelinga blant vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar til venstre, og inntektsfordelinga i heile den vaksne befolkninga til høgre.

Figur 4.4. Inntektsfordelinga blant personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, og inntektsfordelinga blant alle personar 21 år og eldre. Inntekt etter skatt per forbrukseining. 2014



Kjelde: KUHR

Rettet 9. februar 2017.

Figur 4.4 viser at inntektsfordelinga er nokså lik i dei to populasjonane. I begge populasjonane liknar inntektsfordelinga ei normalfordeling, med ein hale av høge verdiar (Kirkebøen 2010). Det betyr at delane av befolkninga med dei lågaste og høgaste inntektene er relativt små samanlikna med delen av befolkninga med inntekter rundt midten.

Likevel finst det nokre viktige forskjellar mellom inntektsfordelinga i dei to populasjonane. Delen med lågast inntekt, er lågare blant dei som mottar refusjonar samanlikna med i befolkninga samla. Motsett er delen med høgast inntekt høgare blant refusjonsmottakarane enn i befolkninga samla. Det betyr at personar med låg inntekt var underrepresenterte blant refusjonsmottakarane. Det vil seie at denne gruppa utgjorde ein relativt mindre del av tannhelsemottakarane enn det denne gruppa utgjør i den samla befolkninga. Motsett var personar med høg inntekt overrepresenterte blant refusjonsmottakarane. Det betyr at denne gruppa utgjorde ein relativt større del av tannhelsemottakarane enn det denne gruppa utgjør i den samla befolkninga.

Den høge representasjonen av personar med den høgaste inntekt kan forklarast med at personar med høgare inntekt har betre tannhelse og høgare bruk av tannhelsetenester enn personar med låg inntekt (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Personar med høgare inntektsgrunnlag kan ha betre føresetnader for å førebyggje tannhelseproblem på eiga hand enn dei med lågare inntekt (Ekornrud og Jensen 2010a). Dette kan i så tilfelle bidra til å forklare at gjennomsnittlege refusjonsbeløp per behandla pasient som hadde låg inntekt, var høgare enn blant behandla pasientar som ikkje hadde låg inntekt (EU(60)).

Tabell 4.9 viser korleis delen vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar varierer etter kjønn og inntektsgrupperingane knytt til låg inntekt.

Tabell 4.9. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og ulike mål på låg inntekt. Inntekt etter skatt per forbrukseining. Prosent. 2014

	I alt	Låg inntekt EU(60)	Ikkje låg inntekt EU(60)	1. Kvintil	5. Kvintil
Begge kjønn	9,7	7,2	10,0	7,8	10,2
Menn	9,0	6,0	9,4	6,5	10,0
Kvinner	10,3	8,2	10,6	8,9	10,6

Kjelde: KUHR

Tabell 4.9 viser at gruppene med låg inntekt utgjør den minste delen av tannhelserefusjonsmottakarane. Dette gjeld både når ein nyttar EU(60)-målet på låg inntekt og kvintilmålet på låg inntekt. Samla sett hadde 7,2 prosent av tannhelserefusjonsmottakarane låg inntekt, medan 10 prosent av mottakarane ikkje hadde låg inntekt etter EU(60)-målet. Tilsvarande hadde 7,8 prosent av tannhelserefusjonsmottakarane låg inntekt, medan 10,2 prosent hadde høg inntekt etter kvintilmålet.

At den største delen av mottakarane av tannhelserefusjonar ikkje har låg inntekt, gjeld for både kvinner og menn. Etter EU(60)-målet på låg inntekt, var delen kvinner med låg inntekt 8,2 prosent, medan delen som ikkje hadde låg inntekt var 10,6 prosent.

Tala presentert i tabell 4.8 og 4.9 viser altså at personar med låg inntekt utgjør den minste delen av mottakarane av tannhelserefusjonar. Dette gjeld trass i ulike inntektsgrupperingar og mål på låg inntekt. At delen refusjonsmottakarar som ikkje har låg inntekt er størst, kan sjåast i samanheng med at det er ein klar samanheng mellom inntektsnivå, tannhelsetilstand og bruk av tannhelsetenester (Ekornrud og Jensen 2010a, 2010b, 2013). God tannhelsetilstand og bruken av tannhelsetenester aukar med inntekt. Gitt at behovet for bruk av tannhelsetenester er det same i alle inntektsgrupper, kan dette tyde på at eigenbetalinga for tannhelsetenester er eit større problem blant dei med låg inntekt enn blant dei med høgare inntekt (Ekornrud og Jensen 2010b). Dette kan vidare tyde på at inntekt er ein viktig forklaringsfaktor for bruken av tannhelsetenester. At personar med låg inntekt

utgjør ein liten del av tannhelserefusjonsmottakarane, kan dermed bli forstått som ein følgje av at det også er dei som nyttar tannhelsetenestene minst.

På den andre sida viser resultatane frå kapittel 4.1 og 4.2 at delen refusjonsmottakarar er aukande med alder, og at utdanningsnivå ikkje er styrande for refusjonsutbetalingane. I tillegg var gjennomsnittlege refusjonsbeløp i 2014 høgare blant personar med låg inntekt. Alt dette tyder på at det er det reelle behovet for behandling som styrer kven som får refusjonsutbetalingar blant dei som går til tannlege.

4.3.2 Flest refusjonsmottakarar for periodontitt

Tabell 4.10 viser korleis delen mottakarar av tannhelserefusjonar i 2014 varierer etter ulike mål på låg inntekt, og korleis dei fordeler seg etter ulike innslagspunkt.

Tabell 4.10. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter ulike mål på låg inntekt og innslagspunkt. Inntekt etter skatt per forbrukseining. Prosent. 2014

Innslagspunkt	Begge kjønn				
	I alt	Låg- inntekt (EU60)	Ikkje låg- inntekt (EU60)	1. Kvintil	5. Kvintil
I alt	9,65	7,23	9,99	7,84	10,23
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	0,13	0,06	0,14	0,09	0,11
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensande vev, eller i hovudregionen elles	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	0,29	0,16	0,31	0,21	0,29
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	2,93	2,90	2,93	2,73	3,21
Punkt 6 Periodontitt	4,10	2,31	4,35	2,84	4,55
Punkt 7 Tannutviklingsforstyringar	0,14	0,16	0,13	0,13	0,14
Punkt 8 Bittanomaliar	0,18	0,42	0,15	0,32	0,13
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,83	0,37	0,90	0,45	1,06
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørreheit)	0,54	0,38	0,56	0,54	0,32
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,09	0,05	0,09	0,05	0,10
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	0,15	0,15	0,15	0,14	0,17
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne	0,18	0,19	0,18	0,24	0,08
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	0,05	0,05	0,05	0,06	0,01
Punkt 16 ¹	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

¹ Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonistar og annan type behandling, laboratorieprøvar og røntgen.

Kjelde: KUHR

Tabell 4.10 viser at den største delen av refusjonsmottakarane ikkje har låg inntekt. Fordelinga av mottakarane etter innslagspunkt viser også i all hovudsak at den største delen av mottakarane ikkje har låg inntekt. Dette gjeld uavhengig av mål på låg inntekt.

Samla sett hadde 2,3 prosent av mottakarane av tannhelserefusjonar for innslagspunkt 6 låg inntekt, medan i underkant av 4,4 prosent ikkje hadde det (EU(60)). Tilsvarande var vel 2,8 prosent av refusjonsmottakarane for periodontitt i den lågaste inntektskvintilen, medan om lag 4,6 prosent var i den høgaste inntektskvintilen. Det same mønsteret gjeld for både kvinner og menn.

Vidare hadde 2,9 prosent av tannhelserefusjonsmottakarane for innslagspunkt 5 låg inntekt, medan vel 2,9 ikkje hadde låg inntekt (EU(60)). Samla sett var om lag 2,7 prosent av refusjonsmottakarane for innslagspunkt 5 i den lågaste inntektskvintilen, medan 3,2 prosent var i den høgaste inntektskvintilen. Tilsvarande mønster gjeld også for menn. Blant kvinner som fekk tannhelserefusjon for innslagspunkt 5, utgjør delen av refusjonsmottakarane som ikkje hadde låg inntekt den største gruppa.

4.4. Mottakarar fordelt etter mottak av ulike stønader

Mottakarar av ulike økonomiske stønader har fleire helse- og levekårproblem enn andre (Dahl m. fl. 2006), og dårlegare eigenvurdert tannhelse enn resten av befolkninga (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Samstundes går stønadsmottakarar sjeldnare til tannlege og rapporterer om eit høgare udekt behov for tannlegetenester enn resten av den vaksne befolkninga (Ekornrud og Jensen 2013). Det kan

difor vere grunn til å tru at stønadsmottakarar er underrepresentert blant tannhelse-refusjonsmottakarane i forhold til kva som er det reelle behovet i denne gruppa.

I alt var det 67 478 personar blant dei vaksne mottakarane av tannhelserefusjonar som også var mottakarar av éin eller fleire stønader. Dette utgjorde vel 18 prosent av alle vaksne som fekk utbetalt tannhelserefusjonar. I denne samanhengen er det stønadsopplysningar frå inntektsåret 2013 som er nytta. Totalt blei det utbetalt om lag 1,39 milliardar kroner i tannhelserefusjonar til vaksne personar i 2014. 345 millionar av desse blei utbetalt til personar som tok imot éin eller fleire type stønader, medan dei resterande 1,03 milliardane blei utbetalt til personar som ikkje var stønadsmottakarar. Den gjennomsnittlege utbetalte refusjonssummen for personar som tok imot éin eller fleire stønader var 5 113 kroner, medan den gjennomsnittlege utbetalte refusjonssummen var 3 455 kroner for dei som ikkje tok imot stønader.

4.4.1 Flest mottakarar av tannhelserefusjonar blant mottakarar av uførepensjon

Tabell 4.11 viser delen vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar etter kjønn og mottak av ulike stønader.

Tabell 4.11. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og mottak av stønad. Prosent. 2014

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
I alt	9,7	9,0	10,3
Ingen stønader	9,2	8,7	9,7
Mottar ein eller fleire av stønadene	12,3	10,9	13,4
Sosialhjelp	9,0	8,1	10,2
Grunn- og hjelpestønad	12,6	11,0	13,7
Uførestønad	14,6	12,6	16,0
Tidsavgrensa uførestønad og førebels uførestønad	11,1	4,7	14,5
Bustøtte frå Husbanken	8,8	7,5	9,6
Rehabiliterings- og attføringspengar	12,1	8,4	15,1
Overgangsstønad	9,1	8,1	9,2
Kvalifiseringsstønad	8,5	8,8	8,3

Kjelde: KUHR

Tabell 4.11 viser at det er blant mottakarar av uførepensjon og grunn- og hjelpestønad at delen som mottar tannhelserefusjonar er størst. Tabellen viser òg at delen som mottar tannhelserefusjonar varierer mellom ulike stønadsordningar.

Medan det var 14,6 prosent av mottakarar av uførepensjon som tok imot tannhelse-refusjonar, var det tilsvarende talet 8,5 prosent for mottakarar av kvalifiseringsstønad. For mottakarar av sosialhjelp, den tredje største mottakargruppa, var delen som tok i mot tannhelserefusjonar 9 prosent. Det er ein lågare del enn blant personar som ikkje tok imot nokon type stønader. Resultata viser altså at delen som mottar tannhelserefusjonar er ulik for mottakarar av ulike type stønader. Fordelt etter kjønn var det gjennomgåande ein større del kvinner som tok imot tannhelse-refusjonar i alle stønadsgruppene. Unntaket er for mottakarar av kvalifiseringsstønad.

Nokre av stønadsgruppene inneheld få mottakarar. Difor bør ein vere forsiktig med å tolke resultata for enkeltgrupper i den eine eller andre retninga. Sidan mange av stønadsordningane ikkje er gjensidig utelukkande og nokre personar mottar fleire stønader, kan det difor vere hensiktsmessig å samanlikne dei som tok imot éin eller fleire stønader med dei som ikkje tok imot nokon stønader. Tabell 4.12 viser korleis delen vaksne personar som tok imot tannbehandlingsrefusjon varierer etter kjønn, alder og mottak av éin eller fleire stønader.

Tabell 4.12. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn, alder og mottak av ein eller fleire stønader. Prosent. 2014

	Begge kjønn			Menn			Kvinner		
	I alt	Mottakar av ein eller fleire stønader	Ikkje mottakar av stønader	I alt	Mottakar av ein eller fleire stønader	Ikkje mottakar av stønader	I alt	Mottakar av ein eller fleire stønader	Ikkje mottakar av stønader
Alle	9,7	12,3	9,2	9,0	10,9	8,7	10,3	13,4	9,7
21-29 år	7,6	8,6	7,5	6,3	6,9	6,3	8,9	10,1	8,7
30-39 år	6,2	8,3	6,0	5,7	7,5	5,5	6,7	8,9	6,4
40-49 år	7,5	10,6	7,1	7,1	9,2	6,9	8,0	11,5	7,4
50-59 år	11,0	14,3	10,4	10,2	12,3	9,8	11,9	15,7	11,0
60-69 år	14,7	16,0	14,1	13,9	14,4	13,7	15,5	17,2	14,6
70-79 år	14,3	12,8	14,4	14,1	11,4	14,2	14,5	13,4	14,6
80 år og eldre	8,9	6,3	9,2	9,6	7,3	9,8	8,4	6,0	8,8

Kjelde: KUHR

Tabell 4.12 viser at mottakarar av ein eller fleire stønader tok imot meir tannhelse-refusjonar enn dei som ikkje tok imot stønader. Dette gjeld for alle aldersgrupper opp til fylte 70 år. Tabellen viser òg at det er blant kvinnelege refusjonsmottakarar at delen som tok imot stønader er størst.

Forskjellen mellom stønadmottakarar og dei som ikkje er stønadmottakarar er tydeleg når det gjeld mottak av tannhelse-refusjonar. Medan det var 12,3 prosent av dei som tok imot ein eller fleire stønader som fekk utbetalt tannhelse-refusjonar, var det 9,2 prosent av dei som ikkje tok imot stønader som fekk tannhelse-refusjonar. Tendensen er gjeldande for alle aldersgrupper opp til 70 år. Etter fylte 70 år er delen som får tannhelse-refusjonar størst i gruppa som ikkje tok imot stønader. Denne endringa kan forklarast med alder og at svært mange av stønadsordningane som er med i dette talgrunnlaget fell bort ved pensjonsalder og blir erstatta av alderspensjon. Institusjons-bebuarar og personar som tek imot heimetenester er høgt representerte i desse gruppene. Desse har som kjent krav på gratis tannbehandling i den offentlege tannhelsetenesta, og er ikkje omfatta av refusjonsordninga. Ein stor del av dei som tek i mot ein eller fleire stønader i dette talgrunnlaget vil altså vere yngre enn pensjonsalder.

Det er blant kvinnelige stønadmottakarar at delen som tok imot tannhelse-refusjonar er størst. Medan det blant kvinner som tok imot ein eller fleire stønader var 13,4 prosent som fekk tannhelse-refusjonar, var tilsvarende del 12,3 prosent for menn. Forskjellen mellom kvinner og menn er gjeldande i alle aldersgrupper til og med fylte 80 år.

Delen stønadmottakarar som mottar tannhelse-refusjonar kan sjåast i samanheng med fordelinga av tannhelse-refusjonsmottakarar etter inntekt presentert i kapittel 4.3. Det er grunn til å tru at dei som tek imot dei ulike stønadene presentert her i all hovudsak har eit lågare inntektsgrunnlag enn resten av befolkninga. Det skulle difor vere grunn til å tru at resultatane var samanfallande med desse. Resultata frå kapittel 4.4 viser derimot at delen stønadmottakarar som tek imot tannhelse-refusjonar jamt over er høgare enn i dei ulike låginntektsgruppene.

Ein høg del tannhelse-refusjonar blant stønadmottakarar kan også sjåast i samanheng med at den eigenvurderte tannhelsen er dårlegare blant stønadmottakarar enn blant dei som ikkje er stønadmottakarar (Ekornrud & Jensen 2010a). Det at delen som mottar tannhelse-refusjonar er høgare blant stønadmottakarar er difor ikkje overraskande, då det er grunn til å tru at det generelle behovet er større i denne gruppa. Samstundes er det tidlegare vist at det eigenrapporterte udekte behovet for tannlegetenester er større blant stønadmottakarar enn blant dei som ikkje tek imot stønader. Dette kan innebere at skilnaden mellom dei to gruppene skulle ha vore endå større.

Ei samanlikning av populasjonane 21 år og eldre i alt og 21 år og eldre som mottar tannhelse-refusjonar, viser at delen som mottar ein eller fleire stønader er noko større i gruppa som mottar tannhelse-refusjonar enn i befolkninga i alt (høvesvis 18,4 og 14,4 prosent). Det betyr at stønadmottakarargruppa er godt representert blant tannhelse-refusjonsmottakarane.

4.4.2 Mange mottakarar av tannhelserefusjonar mottar ein eller fleire stønader

Tabell 4.13 viser korleis delen mottakararar av tannhelserefusjonar i 2014 varierer etter mottak av ein eller fleire stønader, og korleis dei fordeler seg etter innslagspunkt.

Tabell 4.13. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter mottak av éin eller fleire stønader og innslagspunkt. Prosent. 2014

Innslagspunkt	Begge kjønn		
	I alt	Ingen stønader	Mottar ein eller fleire av stønadene
Alle	9,70	9,20	12,30
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	0,10	0,10	0,40
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,00	0,00
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensa vev, eller i hovudregionen elles	0,00	0,00	0,10
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	0,30	0,20	0,60
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	2,90	3,00	2,60
Punkt 6 Periodontitt	4,10	3,90	5,00
Punkt 7 Tannutviklingsforstyringar	0,10	0,10	0,10
Punkt 8 Bittanomaliar	0,20	0,20	0,20
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,80	0,80	0,80
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørtheit)	0,50	0,40	1,50
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	0,00	0,00	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,10	0,10	0,10
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	0,10	0,10	0,20
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/nedsett funksjonsevne	0,20	0,10	0,60
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	0,00	0,00	0,10
Punkt 16 ¹	0,00	0,00	0,00

¹ Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonistar og annan type behandling, laboratorieprøvar og røntgen.

Kjelde: KUHR

Tabell 4.13 viser at delen som mottar ein eller fleire stønader utgjør ein større del av tannhelserefusjonsmottakarane enn delen som ikkje mottar ein eller fleire stønader. Dette gjeld både samla sett og for fleire av innslagspunkta. Det var til dømes i alt 5 prosent blant dei som tok i mot éin eller fleire stønader som fekk refusjonar etter innslagspunkt 6 (periodontitt), medan det tilsvarande talet var 3,9 prosent blant dei som ikkje var stønadmottakarar.

På den annan side viser tabell 4.13 at delen som fekk refusjonar etter innslagspunkt 5 (sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve) var mindre blant stønadmottakarar enn blant dei som ikkje var stønadmottakarar. Tabellen viser at det var 2,6 prosent av stønadmottakarane som tok imot tannhelserefusjon for sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve, medan det tilsvarande talet var 3 prosent blant personar som ikkje tok imot nokon stønader.

Fordelinga av stønadmottakarar blant mottakarane av tannhelserefusjonar etter innslagspunkt 5 og 6, er altså motsett. Dette kan henge saman med den overordna tendensen til at delen tannhelserefusjonsmottakarar er aukande med alder for innslagspunkt 6, men fallande med alder for innslagspunkt 5. Årsaka til dette kan vere ulikt behandlingsbehov i ulike aldersgrupper. Samanhengen mellom mottak av stønad og periodontitt kan bli sterkare med aukande alder. Motsett kan samanhengen mellom mottak av stønad og sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve bli svakare med aukande alder. Dette vil i så tilfelle kunne forklare den motsette fordelinga av stønadmottakarar blant tannhelserefusjonsmottakarane etter innslagspunkt 5 og 6.

Det er samstundes viktig å understreke at det ikkje er muleg å vurdere om delen som tok imot refusjonar skulle ha vore endå høgare enn resultatata viser, verken for refusjonar i alt eller for dei ulike innslagspunkta. I og med at ein ikkje har opplysningar om den generelle bruken av tannlegetenester og det udekte behovet for tannlegetenester i populasjonen som blir studert, er det ikkje mogleg å kontrollere for dette. Som tidlegare nemnd, kan gjennomsnittleg utbetalt refusjonsbeløp per pasient gi ein indikasjon på behovet i dei ulike gruppene. Resultata viser at det gjennomsnittlege refusjonsbeløpet er klart høgare blant stønadmottakar samanlikna med dei som ikkje tar imot stønader. Grunnlagstala viser også at gjennomsnittleg utbetalt refusjonsbeløp er høgare blant stønadmottakarar for nær alle innslagspunkt.

4.5. Mottakarar fordelt etter regionale bakgrunnskjenneteikn

Bustad kan ha betydning for både tannhelse og bruken av tannlegetenester. Eigenvurdert tannhelse i den vaksne befolkninga er dårlegast i Nord-Noreg. I tillegg går personar som bur i Nord-Noreg sjeldnare til tannlege, og rapporterer eit større udekt behov for tannlegetenester samanlikna med befolkninga i resten av landet (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Samstundes er fleire tannlause eldre busett i små kommunar samanlikna med i store kommunar (Holst m.fl. 2005). Ulik tilgang til tannlegetenester i ulike delar av landet, til dømes mellom sentrale og mindre sentrale strom, kan ha noko å seie for bruken av tannlegetenester. Difor vil det òg kunne ha noko å seie for utløyisinga av tannhelserefusjonar.

Det er den private tannhelsetenesta som i all hovudsak skal tilby tenester til den vaksne befolkninga. Tal presentert i kapittel 3 viser at den private tannlegedekninga i Noreg varierer mellom sentrale og mindre sentrale strom. Fylke utan store byar har dårlegast dekningsgrad for private tannlegar. Nord-Noreg er landsdelen med dårlegast dekningsgrad, og særleg er tilgangen til private tannlegar låg i Finnmark fylke. Det er grunn til å tru at ulik tilgang på tannlegar i ulike delar av landet vil påverke delen personar som vil nytte godt av refusjonsordninga ved tannbehandling.

I tillegg til tilgang til tannlegetenester kan det vere demografiske skilnader mellom ulike geografiske inndelingar som kan forklare skilnader i utløyising av tannhelserefusjonar over folketrygda. I denne samanhengen vil fordelinga av mottakarane av tannhelserefusjonar bli presentert etter dei to ulike geografiske inndelingane fylke og kommunesentralitet.

I 2014 blei det i alt utbetalt 1,39 milliardar kroner i tannhelserefusjonar til vaksne personar. Fordelt etter kommunesentralitet er det i dei mest sentrale kommunane at totale utbetalte beløp er størst. I dei mest sentrale kommunane blei 953 millionar utbetalt i refusjonar, medan tilsvarende tal var 113 millionar i dei minst sentrale kommunane. Det gjennomsnittlege utbetalte beløpet per behandla pasient er størst i dei minst sentrale kommunane med 4 183 kroner, og minst i dei mest sentrale kommunane med 3 647 kroner.

4.5.1 Flest personar som får tannhelserefusjon bur i sentrale fylke i Sør-Noreg

Fylkeskommunane har ansvaret for den offentlege tannhelsetenesta. Difor er det naturleg å presentere resultatata for tannhelserefusjonar etter fylke. Tabell 4.14 viser korleis delen som tok imot tannhelserefusjonar i 2014 varierer etter kjønn og fylke.

Tabell 4.14. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og fylke. Prosent. 2014

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Alle fylker	9,4	8,8	10,1
Østfold	10,4	9,4	11,3
Akershus	9,5	8,9	10,1
Oslo	9,4	8,6	10,2
Hedmark	7,2	6,7	7,7
Oppland	7,6	7,0	8,2
Buskerud	8,8	8,2	9,5
Vestfold	10,8	10,1	11,4
Telemark	9,8	9,2	10,5
Aust-Agder	10,5	9,8	11,3
Vest-Agder	11,7	11,0	12,4
Rogaland	10,1	9,5	10,6
Hordaland	10,7	10,2	11,2
Sogn og Fjordane	6,6	6,3	6,9
Møre og Romsdal	9,4	8,6	10,2
Sør-Trøndelag	8,3	7,8	8,9
Nord-Trøndelag	8,8	7,9	9,6
Nordland	9,5	8,9	10,1
Troms	8,4	7,7	9,0
Finnmark	7,4	6,6	8,3

Kjelde: KUHR

Tabell 4.14 viser at delen som tok imot trygderefusjonar ved tannbehandling er størst i Vest-Agder, Vestfold og Hordaland. Vidare viser tabellen at Sogn og Fjordane, Hedmark og Finnmark er dei fylka der delen som tok i tannhelsefusjonar er lågast. Elles er delen kvinner som tok imot tannhelsefusjonar større enn delen menn i alle fylka.

Det er nokså store forskjellar mellom fylka når det gjeld delen som mottar refusjonar ved tannbehandling. Medan det var 11,7 prosent som fekk refusjonar i Vest-Agder, var tilsvarende del 6,6 prosent i Sogn og Fjordane. Mykje tyder på at den private tannlegedekninga har stor tyding for den fylkesvise fordelinga av mottakarane av tannhelsefusjonar. Samanlikningar av den private tannlegedekninga i dei to fylka viser at Vest-Agder er eit av fylka med høgast dekningsgrad, medan Sogn og Fjordane var eit av fylka med lågast dekning. Grunnlagstala viser i tillegg at 92,5 prosent av mottakarane av tannhelsefusjonar fekk behandling i den private tannhelsetenesta. At det er den private tannhelsetenesta som skal tilby tenester til den vaksne befolkninga, og at det er den private tannhelsetenesta som også gir flest refusjonar, tyder på at tilgang til private tannlegetenester i stor grad påverkar delen som får refusjonar ved tannbehandling i dei ulike fylka.

Oslo er fylket med høgast privat tannlegedekning i landet. Det skulle difor vere grunn til å tru at delen som fekk tannhelsefusjonar var høg i Oslo samanlikna med resten av landet. Tabellen viser at delen som tok imot refusjonar i Oslo var 9,4 prosent. Det er det same som gjennomsnittet for heile landet. At Oslo ikkje har ein høgare del som utløyser refusjonar kan blant anna forklarast med at dei har ein stor innvandrarbefolkning samanlikna med resten av fylka. Innvandrarbefolkninga bruker både helsetenester og tannlegetenester mindre enn resten av befolkninga i Noreg (Blom 2008). Dette gjeld særleg innvandrarak som nett har kome til landet, og som ofte treng tid til å gjere seg kjent med det tilgjengelege tenestetilbodet. I tillegg nyttar ein stor del av den vaksne befolkninga busett i tilgrensande fylke seg av tannlegetilbodet i Oslo. Dette kjem blant anna av at mange jobbar i Oslo, og kombinerer dette med tannlegebesøk.

Finnmark er fylket med lågast privat tannlegedekning i landet. I Finnmark var det 7,4 prosent som fekk refusjon for tannbehandling. Dette er ein av dei lågaste delane samanlikna med dei andre fylka. Sjølv om ein stor del av den vaksne befolkninga i Finnmark bruker den offentlege tannhelsetenesta, er det også her grunn til å tru at tilgang til private tannlegetenester påverkar delen som tek imot refusjonar. Den vaksne befolkninga i Finnmark har dårlegare tannhelse, går sjeldnare til tannlege og rapporterer å ha eit større udekt behov samanlikna med befolkninga i resten av landet. Det kan difor vere grunn til å tru at den dårlege tilgangen til private tannhelsetenester i Finnmark, kombinert med store utskiftingar og ledige offentlege stillingar, fører til at befolkninga ikkje får utført naudsynte tannbehandlingar. Å oppsøke tannlege er, som tidlegare nemnd, ein føresetnad for å blir vurdert, starta behandling og eventuelt få refusjon.

Grunnlagstala viser elles dei same tendensane for alle fylka når det gjeld delen som mottar tannhelsefusjonar i ulike aldersgrupper. Delen som mottar tannhelsefusjonar er lågast i aldersgruppa 30-39 år og stig med alder fram til 69 år. Frå 70 år og eldre fell delen som mottar refusjonar.

4.5.2 Fleire får refusjonar i sentrale kommunar

Kommunesentralitet indikerer kor ein kommune ligg plassert geografisk i forhold til tettstader av ulik storleik. Kommunesentralitet er operasjonalisert gjennom fire grupper. Desse er *minst sentrale kommunar*, *mindre sentrale kommunar*, *noko sentrale kommunar* og *mest sentrale kommunar*. Det er grunn til å tru at personar busette i sentrale kommunar vil ha ein høgare førekomst av refusjon ved tannbehandling enn personar busette i mindre sentrale kommunar. Årsaka til dette er at den geografiske fordelinga av private tannlegar er skeivfordelt, og at sentrale delar av landet har større tilgang til private tannlegar enn mindre sentrale delar av landet

(Grytten m.fl. 2002). Tabell 4.15 viser korleis delen personar som fekk refusjon til tannbehandling varierer etter kjønn og kommunesentralitet.

Tabell 4.15. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og kommunesentralitet. Prosent. 2014

	Alle kommunar	Minst sentrale kommunar	Mindre sentrale kommunar	Noko sentrale kommunar	Sentrale kommunar
Begge kjønn	9,4	7,6	8,8	9,1	9,8
Menn	8,8	7,1	8,1	8,4	9,2
Kvinner	10,1	8,0	9,4	9,8	10,5

Kjelde: KUHR

Tabell 4.15 viser at dei som bur i sentrale kommunar får meir refusjonar ved tannbehandling enn dei i mindre sentrale kommunar. Tabellen viser at delen som mottar tannhelserefusjonar, er aukande med kommunesentralitet. Tabellen viser òg at forskjellane mellom dei sentrale og mindre sentrale kommunane gjeld for både kvinner og menn.

Det er i dei mest sentrale kommunane at delen som får refusjon ved tannbehandling er størst. Medan 9,8 prosent av den vaksne befolkninga fekk refusjonar i *Sentrale kommunar*, var tilsvarende tal 7,6 prosent for personar busett i *Minst sentrale kommunar*. Vidare aukar førekomen av personar som tok imot tannhelse-refusjonar med aukande kommunesentralitet. Dette talar for at det er i område med god tilgang til tannlegetenester at flest får nytte seg av refusjonsordningane.

Kvinner får meir refusjonar enn menn uavhengig av kor sentralt dei er busett i landet. Medan det var 8 prosent kvinner og 7,1 prosent menn som fekk tannhelse-refusjonar i minst sentrale kommunar, var tilsvarende tal 10,5 prosent kvinner og 9,2 prosent menn i dei mest sentrale kommunane. Tendensen for landet totalt, som viser at fleire kvinner enn menn tar imot tannhelse-refusjonar, ser difor ut til å også vere gjeldande fordelt etter kommunesentralitet.

Grunnlagsdata viser elles at dei generelle alderstendensane for mottak av tannhelse-refusjonar er dei same også når det gjeld kommunesentralitet. Delen som får tannhelse-refusjonar stig med aukande alder opp til 70 år, før den startar å falle igjen. Den einaste skilnaden som kan vere verd å nemne er at delen som tok imot refusjonar for tannbehandling i dei eldste aldersgruppene 70-79 år og 80 år og eldre, er høgare i sentrale kommunar enn i mindre sentrale kommunar.

Resultata fordelt etter kommunesentralitet viser dermed omtrent det same som resultata fordelt etter fylke. Delen som tek imot refusjonar ved tannbehandling er høgast i sentrale område der den private tannlegedekninga er høgast. Unntaket er Oslo, der den private tannlegedekninga er den aller høgaste. Her er delen som tok imot tannhelse-refusjonar den same som gjennomsnittet for heile landet. Éin av forklaringane på dette er, som tidlegare nemnd, at Oslo har ein stor innvandrar-befolkning som underforbruker helsetenester samanlikna med resten av befolkninga.

4.5.3 Personar i sentrale kommunar får mest refusjonar for periodontitt, og sjukdomar og anomalier i munn og kjeve

Tabell 4.16 viser korleis delen som mottar tannhelse-refusjonar varierer etter kommunesentralitet og fordeler seg etter innslagspunkt.

Tabell 4.16. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Prosent. 2014

Innslagspunkt	Alle kommunar	Minst sentrale kommunar	Mindre sentrale kommunar	Noko sentrale kommunar	Sentrale kommunar
Alle	9,44	7,57	8,76	9,11	9,84
Punkt 1 Sjeldan medisinsk tilstand	0,13	0,14	0,14	0,14	0,12
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Punkt 3 Svulstar i munnhola, tilgrensande vev, eller i hovudregionen elles	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04
Punkt 4 Infeksjonsførebyggande behandling ved særleg medisinske tilstandar	0,29	0,26	0,28	0,31	0,28
Punkt 5 Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve	2,88	2,08	2,33	2,53	3,12
Punkt 6 Periodontitt	4,00	3,08	3,60	3,76	4,22
Punkt 7 Tannutviklingsforstyringar	0,13	0,09	0,09	0,13	0,14
Punkt 8 Bittanomaliar	0,18	0,15	0,27	0,18	0,17
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,81	0,76	0,86	0,86	0,81
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørtheit)	0,52	0,55	0,67	0,67	0,47
Punkt 11 Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmateriale	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,09	0,09	0,09	0,08
Punkt 13 Tannskade ved ulukke, som ikkje er yrkesskade	0,15	0,09	0,12	0,13	0,16
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til eigenomsorg ved varig sjukdom/hedsett funksjonsevne	0,18	0,14	0,18	0,18	0,18
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, utan eigne tenner i underkjeven	0,04	0,09	0,07	0,06	0,03
Punkt 16 ¹	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00

¹ Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonistar og annan type behandling, laboratorieprøvar og røntgen
Kjelde: KUHR

Tabell 4.16 viser at delen som mottar tannhelsefusjonar fordelt etter kommunesentralitet og innslagspunkt, varierer. Tabellen viser at den største delen av tannhelsefusjonsmottakarane mottar refusjon etter innslagspunkt 5 (sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve) og 6 (periodontitt). Delen som mottar refusjon etter desse innslagspunkt, er aukande med kommunesentralitet.

Periodontitt er innslagspunktet som flest tok imot tannhelsefusjonar for i både mindre sentrale og meir sentrale kommunar. Samstundes er det ein høgare del som mottar refusjonar for periodontitt i dei mest sentrale kommunane. Medan om lag 3,1 prosent fekk tannhelsefusjonar for periodontitt i minst sentrale kommunar, var tilsvarende tal for sentrale kommunar vel 4,2 prosent. Sjukdomar og anomaliar i munn og kjeve er innslagspunktet som nest størst del av den vaksne befolkninga tok imot tannhelsefusjonar for, både i mindre sentrale og meir sentrale kommunar. Samstundes er tendensen også for dette innslagspunktet at delen er høgast i sentrale kommunar. Medan om lag 2,1 prosent fekk tannhelsefusjonar for dette innslagspunktet i minst sentrale kommunar, var tilsvarende tal i overkant av 3,1 prosent i sentrale kommunar.

Når det gjeld dei andre innslagspunkt, varierer delen som mottar refusjonar fordelt etter kommunesentralitet. For innslagspunkt 10 (hyposalivasjon (munntørtheit)), er til dømes delen som mottar refusjon høgast i dei minst sentrale kommunane og lågast i dei mest sentrale kommunane.

4.6. Oppsummering

Føremålet med kapittel 4 har vore å presentere mottakarar av tannhelsefusjonar for behandling hos tannlege etter ulike sosioøkonomiske og geografiske bakgrunnskjenneteikn. Kapitlet har presentert delen mottakarar etter dei ulike kjenneteikna, delen mottakarar etter innslagspunkt og dei ulike kjenneteikna, samt beløpa som blir utbetalt etter dei ulike kjenneteikna.

Det blei i alt utbetalt 1,39 milliardar kroner i refusjonar til behandling hos tannlege i 2014, og det gjennomsnittlege refusjonsbeløpet per behandla pasient var 3 758 kroner. Innslagspunkt 6 (periodontitt) er størst både når det gjeld talet på mottakarar og utbetalte beløp. Vidare er delen kvinner som tok imot tannhelsefusjonar høgare enn delen menn, medan dei gjennomsnittlege refusjonsbeløpa er lågare blant kvinner enn blant menn.

Alder, tenestebehov og sosioøkonomiske dimensjonar

Alder og tenestebehov ser ut til å vere viktig for korleis delen refusjonsmottakarar fordeler seg i alt og etter dei ulike innslagspunkta. Delen som mottar refusjonar i alt aukar med alder fram til fylte 70 år, for så å minske. Fordelt etter dei ulike innslagspunkta ser det ut til at delen som mottar refusjon varierer med kva aldersgrupper som har størst behandlingsbehov etter tilstandane dei ulike innslagspunkta dekker. For innslagspunkt 6 (periodontitt) aukar delen refusjonsmottakarar med alder, medan for innslagspunkt 5 (sjukdomar og anomaliar i kjeve og munn) er det i dei dei yngste aldersgruppene at delen mottakarar er størst.

Alder og behov ser også ut til å vere styrande for kven som mottar tannhelse-refusjonar på ulike utdanningsnivå. Delen som mottar tannhelse-refusjonar er størst blant dei med grunnskule og vidaregåande skule. Samstundes er alderstrendane for refusjonsmottakarar i alt også gjeldande for refusjonsmottakarar på alle utdanningsnivå. Dette kan tyde på at kven som mottar refusjonar i større grad følgjer behov i dei ulike aldersgruppene enn kva utdanning dei har. Gjennomsnittlege refusjonsbeløp er høgast blant personar med grunnskuleutdanning og fell med høgare utdanning. Basert på kunnskap om at tannhelsa er dårlegare blant personar med låg utdanning, kan resultatane tyde på at sjølv om personar med låg utdanning ikkje går så ofte til tannlegen, får dei den refusjon dei har krav på når dei først oppsøker tannlege.

Den største delen av mottakarane av tannhelse-refusjonar har ikkje låg inntekt. Dette ser ut til å gjelde uansett inntektsgruppering og mål på låg inntekt. Tidlegare rapportar viser at god tannhelsetilstand og bruken av tannhelsetenester aukar med hushaldsinntekt. Gitt at behovet for tannhelsetenester er det same i alle aldersgrupper, kan dette tyde på at eigenbetalinga for tannhelsetenester er eit større problem blant dei med låg inntekt enn blant dei som ikkje har låg inntekt. At ein stor del av dei som mottar tannhelse-refusjonar ikkje har låg inntekt kan dermed bli forstått som ein følge av at det også er dei som nyttar tannhelsetenestene mest. Samstundes ser ein at gjennomsnittlege refusjonsbeløp er høgare for personar med låg inntekt. Dette kan tyde på at behovet er meir styrande for om ein person får refusjon eller ikkje. Sjølv om personar med låg inntekt kanskje ikkje går så ofte til tannlegen, får dei likevel refusjon når dei har oppsøkt tannlege og har krav på det.

Delen som mottar tannhelse-refusjonar er større blant personar som mottar éin eller fleire type stønader enn blant personar som ikkje mottar stønader. Samstundes varierer delen etter kva type stønad det er snakk om. Blant mottakarar av uførepensjon er det til dømes ein mykje større del som mottar tannhelse-refusjon samanlikna med dei som ikkje mottar stønader. Blant mottakarar av sosialhjelp er det på den annan side ein lågare del som mottar tannhelse-refusjon samanlikna med dei som ikkje mottar stønader. Vidare er dei generelle alderstrendande fordelt etter innslagspunkt og gjeldande blant stønadsmottakarane. Det kan tyde på at kven som mottar refusjonar er meir styrt av behandlingsbehovet i ulike aldersgrupper enn om du mottar stønad eller ikkje. Dette ser i alle fall ut til å vere tilfelle for dei som faktisk har oppsøkt tannlege.

Det er elles slik at gjennomsnittleg utbetalte refusjonsbeløp er høgare blant stønadsmottakarar enn blant dei som ikkje tok imot stønader. Det er tidlegare vist at den eigenvurderte tannhelsa er dårlegare blant stønadsmottakarar enn blant personar som ikkje mottar stønader. Dette kan tilseie eit større behov for behandling i gruppa med stønadsmottakarar. At dei gjennomsnittlege refusjonsbeløpa er høgare blant stønadsmottakarar tyder på at når denne gruppa først oppsøker tannlege, får dei refusjonen dei har krav på. Samstundes kan det vere eit utslag av at denne gruppa ikkje går til tannlege så hyppig som dei burde, men at dei venter i det lengste og dermed må gjennomføre meir kostnadskrevjande behandlingar enn dei elles ville trengt.

Regionale skilnader

Delen som mottar tannhelserefusjonar er størst i sentrale område. Fordelt etter fylke er delen som mottar refusjon størst i sentrale fylke i Sør-Noreg med høg privat tannlegedekning. Fordelt etter kommunesentralitet er det delen som mottar refusjon høgast blant personar busett i dei mest sentrale kommunane, og minst i dei minst sentrale kommunane. Dette støttar hypotesen om at tilgangen til tannlegar spelar ei viktig rolle for å få utløyst tannhelserefusjonar. I sentrale område med høg tannlegetettleik er delen som får nytte godt av ordninga høgare enn i mindre sentrale område med låg tannlegetettleik.

Samstundes er dei generelle alderstrendande i alt og fordelt etter dei ulike innslagspunkta gjeldande for alle sentralitetsnivå blant dei som mottar refusjonar. Det kan tyde på at sjølv om god tilgang til tannlegar spelar ei rolle, vil behandlingsbehovet i ulike aldersgrupper vere styrande for kven som tek imot tannhelserefusjonar. Elles er dei gjennomsnittlege utbetalte refusjonane høgast i dei minst sentrale kommunane og lågast i dei sentrale kommunane. At tannhelsa er dårlegare i mindre sentrale strom og at dei gjennomsnittlege refusjonsbeløpa er høgare i mindre sentrale kommunar kan tyde på at behovet for behandling og mottak av refusjonar er større i mindre sentrale kommunar. Samstundes indikerer dei gjennomsnittlege refusjonsbeløpa at personar busett i mindre sentrale strom får refusjonane dei har krav på når dei først har oppsøkt tannlege.

5. Kva påverkar sannsynet for å ta i mot tannhelserefusjonar?

I kapittel 4 er det presentert resultat for personar som mottar trygderefusjonar ved tannbehandling langs ulike sosioøkonomiske og geografiske bakgrunnskjenneteikn. I tillegg er resultatene presentert etter innslagspunkt og utbetalte refusjonsbeløp. Resultatene presentert i kapittel 4 viser at det ikkje ser ut til å vere ein sosial gradient blant mottakarane av tannhelserefusjonar, og at delen som mottar stønader ser ut til å vere styrt av behandlingsbehovet i ulike aldersgrupper. Det er mellom anna vist at delen personar som mottar refusjonar er aukande med alder fram til fylte 70 år. Delen refusjonsmottakarar er elles høgare blant kvinner enn menn, blant stønadsmottakarar samanlikna med dei som ikkje mottar stønader, og elles høgare blant personar med låg utdanning enn blant personar med høg utdanning. Samstundes er det vist at det er færre som mottar tannhelserefusjonar blant personar med låg inntekt enn blant dei som ikkje har låg inntekt.

I utgangspunktet kan dette verke som noko overraskande funn. Tidlegare funn om eigenvurdert tannhelse, bruken av tannlegetenester og udekt behov for tannlegetenester har vist ein sosialt gradient langs alle dei nemnde dimensjonane. Personar med låg utdanning, låg inntekt og stønadsmottakarar har dårlegare eigenvurdert tannhelse, går sjeldnare til tannlege og har eit høgare udekt behov for tannlegetenester enn personar med høgare sosioøkonomisk status. Motsett går personar med høg utdanning og høg inntekt oftare til tannlege (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Det skulle difor vere grunn til å tru at desse også får meir behandling som utløyser refusjonar samanlikna med personar med låg utdanning og låg inntekt.

At resultatene frå kapittel 4 likevel varierer noko etter ulike bakgrunnskjenneteikn gjer det difor interessant å analysere kva faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar. Det er i denne samanhengen ønskeleg å samanlikne mottakarane av tannhelserefusjonar i den vaksne befolkninga med den vaksne befolkninga elles. For å predikere kva som påverkar sannsynet for å ta i mot tannhelserefusjonar, og kva samanheng dette kan ha med andre faktorar, blir det utført ein logistisk regresjonsanalyse.

5.1. Analyseresultat for personar som mottar tannhelserefusjonar

Føremålet med analysen er å teste kva for faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar, og sannsynet for å ikkje ta imot tannhelserefusjonar i den vaksne befolkninga. Gjennom den multivariate analysen er utvalde sosioøkonomiske og regionale variablar tekne med i ein og same logistiske regresjonsmodell. Det er gjort for å teste om samanhengane er statistisk sikre, og for å samanlikne påverknaden til dei ulike variablane.

Testinga av statistisk sikkerheit inneber å teste for om det er statistisk uavhengigheit mellom uavhengige og avhengige variablar. Dette blir gjort gjennom å berekne nøyaktig kor sannsynleg resultatet er, gitt at nullhypotesen om at det ikkje er nokon samanheng mellom dei ulike uavhengige variablane og høvesvis å ta imot og ikkje ta imot tannhelserefusjonar i universet er sann. Sannsynet blir gjerne kalla resultatet sin *p-verdi*. Med eit vanleg (konservativt) signifikansnivå på 5 prosent blir variablar med *p*-verdiar som oppfyller kriteriet $p < 0,05$ betrakta som signifikante (Hellevik 1991).

Samanlikninga av ulike variablar sine påverknader på ein responsvariabel (høvesvis mottar tannhelserefusjonar og mottar ikkje tannhelserefusjonar) kan gjerast på fleire måtar. *Oddsraten (OR)* blir ofte brukt i samanlikninga av kva for ein påverknad ulike dikotome variablar har. OR langt frå 1, altså mykje større eller mindre enn 1, indikerer at variabelen har stor betyding for responsvariabelen.

Alle dei resultatane som er statistisk sikre er presentert i tabell 5.1 (mottar tannhelse-
refusjonar). Tabellen inneheld p-verdiar, oddsraten (OR) og konfidensintervalla til
oddsraten. For ytterlegare om definisjonane og forståinga av desse og andre ulike
statistiske storleikar som er relevante for logistisk regresjonsanalyse, sjå kapittel
2.4 og metodevedlegget i rapporten «Låg inntekt og tannhelse» (Ekornrud og
Jensen 2014).

Tabell 5.1 viser kva faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelse-
refusjonar i den vaksne befolkninga.

Tabell 5.1. Faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelsefusjonar i befolkninga 21 år og eldre. Multivariat logistisk regresjonsmodell. 2014

Faktorar	P-verdi	Oddsrate	95% konfidensintervall
Konstantledd	<0,0001		
Kjønn (mann samanlikna med kvinne)	<0,0001	0,885	0,879-0,891
Aldersgruppe 21-39 år (samanlikna med aldersgruppe 67+)	<0,0001	0,528	0,523-0,534
Aldersgruppe 40-66 år (samanlikna med aldersgruppe 67+)	<0,0001	0,781	0,775-0,788
Låg inntekt (EU(60))	<0,0001	0,742	0,732-0,751
Høg utdanning	<0,0001	0,874	0,867-0,881
Mottar stønader	<0,0001	1,348	1,335-1,3361
Sentrale kommunar	<0,0001	1,277	1,264-1,291
Høg privat tannlegedekning	<0,0001	1,084	1,074-1,093
Høg privat spesialistdekning	<0,0001	1,101	1,092-1,111

Kjelde: KUHR

Tabell 5.1 viser at alle ni faktorane i modellen har ein statistisk signifikant saman-
heng med det å ta imot tannhelsefusjonar på eit signifikansnivå på $p < 0,0001$. Av
dei faktorane som med statistisk sikkerheit kan seie at påverkar sannsynet for å ta i
mot tannhelsefusjonar, er det fire som har ein «positiv» samanheng med å ta imot
tannhelsefusjonar. Det inneber at desse faktorane gjer det meir sannsynleg å ta
imot tannhelsefusjonar. Dette gjeld å ha teke imot ein eller fleire stønader, det å
vere busett i sentrale kommunar, det å vere busett i eit område med høg privat
tannlegedekning, og det å vere busett i eit område med høg privat spesialis-
tdekning.

Dei fem andre faktorane med statistisk signifikans i modellen har ein «negativ»
samanheng med å ta imot tannhelsefusjonar. Dette inneber at desse faktorane gjer
det mindre sannsynleg å ta imot tannhelsefusjonar. Dette gjeld å vere mann
samanlikna med kvinne (kjønn), det å vere i aldersgruppa 21-39 år samanlikna med
aldersgruppa 67 år og eldre, det å vere i aldersgruppa 40-66 år samanlikna med å
vere i aldersgruppa 67 år og eldre, det å ha låg inntekt (EU(60)) og det å ha
universitets- og høgskuleutdanning.

Dei ni faktorane varierer noko når det gjeld kva for ei betyding dei har for sann-
synet for å ta imot tannhelsefusjonar. Dersom ein dømmar etter oddsraten (OR)
er det, justert for alle andre variablar, det å vere i aldersgruppa 21-39 år
(OR=0,528) samanlikna med aldersgruppa 67 år og eldre, den variabelen i
modellen med størst betyding når det gjeld å påverke sannsynet for å ta imot
tannhelsefusjonar. I dette tilfellet inneber det å vere i aldersgruppa 21-39 år at
sannsynet for å ta imot tannhelsefusjonar minskar. Å vere i aldersgruppa 40-66 år
(OR=0,781) samanlikna med aldersgruppa 67 år og eldre har også ei betyding i
modellen, men ikkje like stor som den yngste aldersgruppa. Også det å vere
stønadsmottakar (OR=1,348), å vere busett i sentrale kommunar (OR=1,277) ser ut
til å ha betyding i modellen. I modellen aukar begge desse to faktorane sannsynet
for å ta imot tannhelsefusjonar. Det å ha låg inntekt (OR=0,742) ser også ut til å
ha betyding i modellen. I dette tilfellet inneber at å ha låg inntekt at sannsynet for å
ta imot tannhelsefusjonar minskar. Når det gjeld å vere busett i område med høg
privat tannlegedekning (OR=1,084) og høg privat spesialistdekning (OR=1,101),
aukar begge sannsynet for å ta imot stønader. I denne modellen ser det likevel ut til

at andre faktorar spelar ei større rolle når det gjeld sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar.

Ein logistisk regresjonsanalyse blei òg gjennomført for å sjå kva som påverkar sannsynet for å ikkje ta imot tannhelserefusjonar. Dette blei først og fremst gjort for kontrollføremål, og viser som venta dei same resultatane som analyseresultatane presentert i det føregåande, berre med motsett forteikn. Det inneber at faktorane som aukar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar (t.d. å vere stønadsmottakar) minskar sannsynet for å ikkje ta imot tannhelserefusjonar, medan faktorane som minskar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar aukar sannsynet for å ikkje ta imot tannhelserefusjonar.

5.2. Omtale av funna

Resultatane frå analysen av mottak av tannhelserefusjonar viser at fleire sosio-økonomiske og regionale faktorar påverkar førekomen av mottak av tannhelserefusjonar i den vaksne befolkninga. Samstundes er alder den faktoren som ser ut til å ha størst betydning i modellen. Dette er i tråd med resultatane presentert i kapittel 4 for tannhelserefusjonar i alt og etter ulike innslagspunkt langs ulike sosio-økonomiske og regionale bakgrunnskjenne-teikn. Det er elles grunn til å sjå analyseresultatane i samanheng med dei utbetalte refusjonsbeløpa til dei ulike gruppene. Analysane gjennomført i dette kapitlet har ikkje tatt omsyn til dette.

Når det gjeld alder er det å vere i aldersgruppa 21-39 år den faktoren som ser ut til å ha størst betydning for å ta i mot tannhelserefusjonar i modellen. Det å vere i aldersgruppa 21-39 år samanlikna med aldersgruppa 67 år og eldre minskar sannsynet for å ta i mot tannhelserefusjonar. Det å vere i aldersgruppa 40-66 år har òg betydning i modellen, men ikkje like mykje. Å vere i aldersgruppa 40-66 år samanlikna med aldersgruppa 67 år og eldre minskar òg sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar. Desse resultatane tyder på at alder har ei stor betydning når det gjeld å ta i mot tannhelserefusjonar. Som tidlegare vist blir tannhelsa svekka med alderen, og følgjeleg aukar behandlingsbehovet. Dette harmonerer med resultatane i kapittel 4, som viser at den største delen som mottar tannhelserefusjonar er i aldersgruppa over 50 år. I denne samanhengen er det viktig å nemne at kva aldersgrupper som har flest refusjonsmottakarar varierer etter ulike innslagspunkt. Denne forskjellen mellom dei ulike innslagspunktane ser ut til å vere styrt av kva aldersgrupper som har størst behandlingsbehov for dei ulike innslagspunktane.

Det ser vidare ut til at kjønn har betydning i modellen. Det å vere kvinne aukar sannsynet for å ta i mot tannhelserefusjonar, medan det å vere mann minskar sannsynet. Dette stemmer godt overeins med resultatane presentert i kapittel 4 der delen kvinner som mottar tannhelserefusjonar er høgare blant kvinner enn menn for nesten alle sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjenne-teikn, og i alle aldersgrupper. I denne samanhengen er det viktig å nemne at det her er nokre variasjonar etter dei ulike innslagspunktane.

Når det gjeld utbetalte refusjonsbeløp, som regresjonsanalysen ikkje tek høgde eller kontrollerer for, aukar gjennomsnittleg utbetalt beløp med alder. Dette tyder på at behandlingsbehovet òg stig med aukande alder. Når det gjeld kjønn er det gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløpet per behandla pasient høgare for menn enn kvinner. Dette kan tyde på at behandlingsbehovet er noko høgare for menn samanlikna med kvinner. Dette stemmer overeins med tidlegare funn som viser at menn har noko dårlegare eigenvurdert tannhelse enn kvinner i den vaksne befolkninga. Samstundes varierer dei gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløpa for menn og kvinner etter ulike innslagspunkt.

Sosioøkonomiske faktorar og mottak av tannhelserefusjonar

Når det gjeld dei sosioøkonomiske kjenneteikna er det særleg det å vere stønadsmottakar som ser ut til å ha størst betydning i modellen. Det å vere stønadsmottakar aukar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar. Samstundes er det å ha låg

inntekt og høg utdanning andre faktorar som har betydning i modellen. Både det å ha låg inntekt og høg utdanning minskar sannsynet for å ta imot tannhelse-refusjonar. Desse funna er kan hende ikkje intuitive samanlikna med tidlegare funn om eigenvurdert tannhelse, bruken av tannlegetenester og udekt behov for tannlegetenester.

For desse tre fenomen er funna for stønadsmottakarar og personar med låg inntekt nokså samanfallande, medan dei er motsett for personar med høg utdanning. I gruppene stønadsmottakarar og personar med låg inntekt er det større sannsyn for å ha dårlegare eigenvurdert tannhelse, gå sjeldnare til tannlege og ha eit større udekt behov, medan det er motsett for personar med høg utdanning. I resultat presentert i kapittel 4 og i analyseresultat presentert i kapittel 5, er det derimot ikkje dei same tendensane for desse tre kjenneteikna. Det er difor, som òg nemnd i kapittel 4, grunn til å tru at det er andre bakanforliggende faktorar som kan hende har sterkare betydning for kven som tek imot tannhelse-refusjonar. Ëi forklaring på dette er at resultat frå levekårundersøkinga i 2008 og 2012 ikkje inkluderer personar busett på institusjon, som har krav på gratis tannhelsetenester i den offentlege tannhelsetenesta. Populasjonen i denne undersøkinga inkluderer derimot desse, og det er rimeleg å tru at desse forstyrrar resultat i enkelte inndelingar, både i kapittel 4 og i analysane gjennomført i kapittel 5. Det same kan gjelde personar som tek imot heimetenester, som òg er inkludert i populasjonen og har krav på gratis tannbehandling i den offentlege tannhelsetenesta.

Det er fleire stønadstypar med dels ulik motivering og dels forskjellige kriterium for vedtak som inngår i omgrepet stønadsmottakarar i analysane. I den forstand er det ikkje ei einsarta gruppe, og det kan difor vere at det er forskjellar mellom mottakarar av ulike stønadstypar som blir utviska gjennom den valde tilnærminga. Det kan til dømes vere at det å ta imot uførepensjon har ein sterkare påverknad på å ta imot tannhelse-refusjonar enn mottak av sosialhjelp, noko som talar for å sjå nærmare på ein skilde stønadsordningar og mottakarar av desse isolert. Analysar gjennomført for kontrollføremål viser at særleg det å vere mottakar av uførepensjon har stor betydning for å ta imot tannhelse-refusjonar. Det å vere mottakar av uførepensjon aukar sannsynet for å ta imot tannhelse-refusjonar. Det å vere mottakar av sosialhjelp aukar også sannsynet for å ta imot tannhelse-refusjonar, men denne faktoren påverkar ikkje like stor grad i modellen som mottak av uførepensjon.

Når det gjeld utbetalte refusjonsbeløp per pasient, som analysane ikkje har tatt omsyn til, er den gjennomsnittlege utbetalinga høgare både for personar med låg inntekt, låg utdanning og dei som mottar stønader samanlikna med alle pasientar som har fått refusjonar. Det kan tyde på at behova for behandling knytt til dei ulike innslagspunkta er større blant personar med låg sosioøkonomisk status enn i befolkninga elles.

Regionale faktorar og mottak av tannhelse-refusjonar

Når det gjeld dei regionale bakgrunnskjenneikna ser det ut til at det å vere busett i sentrale kommunar har størst betydning i modellane. Det å vere busett i dei sentrale kommunane aukar sannsynet for å ta imot tannhelse-refusjonar. Dette stemmer overeins med resultat presentert i kapittel 4, som viser at delen som mottar tannhelse-refusjonar aukar dess meir sentrale kommunane ein er busett i. Samstundes ser høg privat tannlegedekning og høg privat spesialistdekning ut til å ha betydning i modellen. Det å vere busett i område med høg privat tannlegedekning og høg privat spesialistdekning aukar sannsynet for å ta imot tannhelse-refusjonar. Det stemmer overeins med tidlegare funn om at god tilgang til tannlegar er ein føresetnad for å bli vurdert, og eventuelt få dei behandlingane ein har rett til refusjonar for.

Dei tre regionale bakgrunnskjenneikna som ser ut til å ha betydning i modellen, er elles nært knytt til kvarandre. Det er vist i kapittel 3 at både privat tannlegetettleik

og privat spesialisttettleik er høgast i dei mest sentrale områda i landet. Det kan vere snakk om strukturelle forskjellar mellom sentrale og mindre sentrale kommunar når det gjeld tilgang til personell og organisering av tannhelsetenesta generelt og privat sektor spesielt. I Finnmark er det til dømes svært låg privat tannlegedekning samanlikna med resten av landet, og resultatata i kapittel 4 viser at dei er eitt av fylka med lågast del som mottar refusjonar.

Det er grunn til å tru at det er mange av dei same personane som vil inngå i alle dei tre gruppene som har betydning for modellen. Det er samstundes viktig å nemne at dei to faktorane knytt til tannlege- og spesialistdekning ikkje ser ut til å ha like stor betydning i modellen som å bu i sentrale kommunar. Det er òg viktig å understreke at resultatata presentert i kapittel 4 og faktorane i analysane tek utgangspunkt i bustadkommunen til ein person, og ikkje kor dei eventuelt har teke imot behandling og fått refusjon. Det kan gi nokre utslag i resultatata. Oslo er eit døme der dette kan vere utslagsgivande. Oslo har den høgaste private tannlegedekninga i landet, men delen busette som mottar refusjonar er ikkje høg samanlikna med resten av fylka. Det er kjent at fleire som ikkje er busette i Oslo likevel nyttar tannhelsetilbodet her, ofte i samband med at dei har jobb i hovudstaden. Det gjer at delen busette i Oslo som mottar tannhelserefusjonar er lågare, medan delen som faktisk har blitt behandla og fått tannhelserefusjon i Oslo er høgare.

Når det gjeld utbetalte refusjonsbeløp, som ikkje inngår i analysemodellen, viser resultatata i kapittel 4 at gjennomsnittsbeløpet per pasient er høgare i mindre sentrale kommunar enn meir sentrale kommunar. Forklaringa på dette kan både vere generelt høgare prisnivå for dei aktuelle behandlingane i mindre sentrale kommunar, men òg at personar i mindre sentrale kommunar ikkje har same tilgang til tannlegar som personar busett i meir sentrale kommunar. Det kan føre til at ein ventar unødvendig lenge med å gå til tannlege, som igjen kan gjere sitt til at behandlingane blir dyrare enn dei burde ha vore, samanlikna med dersom behandlingane hadde starta på eit tidlegare tidspunkt.

5.3. Oppsummering

Føremålet med kapittel 5 har vore å presentere resultat frå dei logistiske regresjonsanalysane som er gjennomført. Analyseresultatata viser at det er fleire sosio-økonomiske og regionale faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar. Samstundes viser resultatata at alder er den viktigaste forklaringsfaktoren for kven som tek imot tannhelserefusjonar i modellen. Sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar aukar med alder, fram til i dei aller eldste aldersgruppene. Dette er i tråd med resultatata i kapittel 4, som viser at delen tannhelserefusjonsmottakarar aukar med alder fram til i dei eldste aldersgruppene. Aldersfordelinga i mottak av refusjonar ser i hovudsak ut til å vere eit resultat av behandlingsbehovet til ulike aldersgrupper knytt til dei ulike innslagspunktata.

Av dei sosioøkonomiske faktorane er det særleg det å vere stønadmottakar som aukar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar i modellen. I tillegg minskar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar i modellen dersom du har låg inntekt og høg utdanning. Dette kan verke som lite intuitivt med tanke på tidlegare funn om tannhelse. Det er likevel slik at samansetninga i særleg låginntektsgruppa kan vere med å forklare kvifor dei to variablane får desse utslaga i modellen som den gjer. Alle dei sosioøkonomiske faktorane som påverkar sannsynet for å ta imot refusjonar er i tråd med resultatata presentert i kapittel 4.

Av dei regionale faktorane er det å bu i sentrale kommunar det som har størst betydning i modellen. Det å bu i sentrale kommunar aukar sannsynet for ta imot tannhelserefusjonar. Å vere busett i område med god tilgang og godt utbygde tannhelsetenester er viktig for å oppsøke tannlege og eventuelt starte behandling for tilstandar som kan gi refusjonar. Å vere busett i område med høg privat tannlege- og spesialistdekning ser òg ut til å auke sannsynet for å ta imot

tannhelserefusjonar i modellen. Alle faktorar som aukar sannsynet for å ta imot refusjonar støttar elles opp om resultatata presentert i kapittel 4.

Resultata viser elles at det ikkje er ein tydeleg sosial gradient når det gjeld kven som tek imot tannhelserefusjonar over folketrygda. Også blant dei som faktisk får refusjonar for ulike tilstandar, ser det ut til at behovet som er det styrande meir enn kva sosial eller regional tilhøyring ein har. Samstundes gjer mangel på opplysningar om tannhelsa og den generelle bruken av tannlegetenester og eventuelt udekt behov i heile befolkninga det utfordrande å trekke klare slutningar. Sjølv om delen som mottar tannhelserefusjonar er høgare blant stønadsmottakar enn personar som ikkje mottar stønader, er det vanskeleg å seie om behovet i gruppa med stønadsmottakar skulle ha vore enno høgare.

Vidare analysar bør ta sikte på å sjå på kva faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar etter ulike innslagspunkt, og om det er faktorar som påverkar kor mykje personar i ulike grupper får utbetalt i refusjon samanlikna med andre.

6. Avrunding

Føremålet med rapporten har vore todelt. For det første har den freista å gi ein sosioøkonomisk omtale og analyse av personar som tok imot trygderefusjonar for tannbehandling i 2014. Det er blitt presentert resultat og skildra korleis refusjonar fordeler seg etter alder og kjønn og langs sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjenneiteikn. Vidare er det vist kor store refusjonane er totalt og per behandla pasient, både når det gjeld gjennomsnitt og median. For det andre har rapporten freista å gi ein sosioøkonomisk omtale og analyse av personar som har mottatt trygderefusjonar for tannbehandling i 2014 etter dei ulike innslagspunkta. Her er det på same måte presentert resultat og skildra korleis personane fordeler seg langs regionale og sosioøkonomiske bakgrunnskjenneiteikn etter ulike innslagspunkt. Vidare har det vore ønskeleg å sjå kor store refusjonane er totalt og per behandla pasient etter dei ulike innslagspunkta. I samband med dette har det òg blitt gjennomført logistiske regresjonsanalysar for å sjå kva faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot refusjonar, og samstundes kontrollere at dei presenterte resultatane er statistisk signifikante.

Resultata viser at alder og behandlingsbehov etter dei ulike innslagspunkta spelar ei viktig rolle med omsyn til korleis refusjonane fordeler seg blant dei som faktisk mottar refusjonar. Analysane viser òg at aukande alder er den faktoren som aukar sannsynet mest for å ta imot refusjonar. Blant dei som mottar refusjonar er alderstrendane nokolunde dei same for alle innslagspunkt uavhengig av om du er mann eller kvinne, kva utdanning du har, kva inntekt du har, om du tek imot stønader eller ikkje, og om du er busett i sentrale strøk eller mindre sentrale strøk. Dette er i tråd med tidlegare funn om at tannhelse svekkast med alderen, og at behandlingsbehovet aukar med alderen.

Resultata er elles ikkje eintydige når det gjeld korleis refusjonar fordeler seg i befolkninga etter sosioøkonomiske bakgrunnskjenneiteikn. Det er ikkje mogleg å påvise ein sosial gradient når det gjeld å ta imot refusjonar i alt og etter ulike innslagspunkt. Samstundes er ei forklaring på dei motstridande resultatane at bakanforliggende faktorar og mekanismar dreg i ulike retningar. Det er difor verdt å nansere nokre av dei presenterte funna basert på funn frå tidlegare rapportar om eigenvurdert tannhelse, bruken av tannlegetenester og udekt behov.

Resultata i rapporten viser at delen som mottar refusjonar er høgare blant personar med låg utdanning samanlikna med personar med høg utdanning. Dette er gjeldande for dei fleste innslagspunkta. Eit unntak er for personar med sterk nedsett evne til eigenomsorg (innslagspunkt 14). Analysane viser dessutan at sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar aukar dersom du ikkje har høg utdanning. Funn frå tidlegare rapportar har vist at personar med låg utdanning har dårlegare eigenvurdert tannhelse, går sjeldnare til tannlege og har eit større udekt behov samanlikna med dei med høg utdanninga. Det skulle difor vere grunn til å tru at behovet for behandling som gir refusjonar er større blant dei med låg utdanning. I tillegg er det grunn til å tru at færre i denne gruppa oppsøker tannlege, som er ein føresetnad for å få sett i gang behandling som utløyser refusjon. I og med at det ikkje finst opplysningar i den studerte populasjonen om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetenester og udekt behov, er det ikkje mogleg å vurdere om delen som tok imot refusjonar i gruppa med låg utdanning skulle ha vore høgare enn det resultatane viser. Dei gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløpa, som er høgare for behandla personar med låg utdanning, indikerer samstundes at behovet blant personar i gruppa med låg utdanning er høgare enn den delen som faktisk mottar refusjonar.

Resultata viser òg at delen som tar imot refusjonar er lågare blant personar med låg inntekt samanlikna med dei som ikkje har låg inntekt. Resultata gjeld for nær sagt alle innslagspunkt. Analysane viser dessutan at sannsynet for å få refusjonar minskar dersom du er i gruppa med låg inntekt. Dette er i tråd med tidlegare funn som viser at personar med låg inntekt har dårlegare tannhelse, går sjeldnare til tannlege og har eit større udekt behov for tannlegetenester enn dei som ikkje har låg inntekt. Samstundes indikerer dei gjennomsnittlege refusjonsbeløpa per

behandla pasient, som er gjennomgåande høgare i gruppa med låg inntekt, at behovet kan vere større i denne gruppa enn den delen som faktisk tek imot refusjonar. I kapittel 4.3 er det vist at inntektsfordelinga blant vaksne mottakarar av tannhelserefusjonar ikkje er lik inntektsfordelinga i den samla vaksne befolkninga. Både personar med låg inntekt og høg inntekt er overrepresenterte blant refusjonsmottakarane. Årsaka til dette kan vere at behovet for tannbehandling er høgare blant personar med låg inntekt, medan personar med høg inntekt bruker tannhelsetenestene meir samanlikna med resten av befolkninga.

Vidare viser resultatata at delen som mottar refusjonar er høgast blant stønads-mottakarar samanlikna med dei som ikkje tok imot stønader. Analysane viser dessutan at sannsynet for å ta imot tannhelserefusjonar aukar dersom du er stønads-mottakar. Samstundes har funn frå tidlegare rapportar vist at stønadmottakarar har dårlegare tannhelse, går sjeldnare til tannlege og har eit større udekt behov for tannlegetenester. Det skulle difor vere grunn til å tru at behovet for behandling som gir refusjonar er større blant stønadmottakarar enn i resten av befolkninga. I tillegg er det grunn til å tru at færre i denne gruppa oppsøker tannlege samanlikna med resten av befolkninga. I og med at det ikkje finst opplysningar om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetenester og udekt behov for populasjonen som er studert, er det ikkje mogleg å vurdere om delen som mottar refusjonar blant stønadmottakarar er i tråd med det reelle behovet i denne gruppa. Dei gjennomsnittlege refusjonsutbetalingane, som er høgare i denne gruppa samanlikna med i resten av befolkninga for nærmast alle innslagspunkt, indikerer likevel at behovet kan vere høgare i denne gruppa enn delen som faktisk mottar refusjonar.

Når det gjeld regionale bakgrunnskjenne-teikn viser resultatata at delen som mottar refusjonar er størst i dei mest sentrale kommunane. Analysane viser dessutan at å vere busett i dei mest sentrale kommunane aukar sannsynet for å ta imot tannhelse-refusjonar. Det same gjeld for å vere busett i område med høg privat tannlege-dekning og høg privat spesialistdekning. Det er elles vist i kapittel 3 at den private tannlegedekninga er høgast i mest sentrale område. Desse funna støttar hypotesen om at god tilgang til tannlegetilbod er viktig for å oppsøke tannlege i utgangspunktet, som igjen er naudsynt for å bli vurdert og få gjennomført behandling som kan gi refusjon. Funn frå tidlegare rapportar har vist at personar som bur i spreiddbygde strok har dårlegare tannhelse, går sjeldnare til tannlege og har eit høgare udekt behov samanlikna med personar busett i tettbygde strok. Det skulle difor vere grunn til tru at behovet for behandling som kan gi refusjon er høgare i mindre sentrale kommunar. Dei gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløpa, som viser at høgare gjennomsnittlege utbetalte beløp er høgast i minst sentrale kommunar, støttar òg dette. Dette gir grunn til å hevde at behovet er høgare i mindre sentrale kommunar enn den delen som faktisk mottar refusjonar.

Kommunesentralitet ser elles ut til å fange opp at nærleik til tannhelsetenester er ein viktig dimensjon for å forklare mottak av refusjonar. Tilgang til godt utbygde private tenester gjer det lettare for vaksne å oppsøke og bli vurdert av tannlege, som er ein føresetnad for å få sett i gang behandling som kan gi refusjon etter dei ulike innslagspunkta. Trass i at den offentlege tannhelsetenesta i fylka ved behov kan utføre tenester for betalande vaksne, er tenestene i offentleg sektor primært innretta for å sikre tenester til prioriterte pasientgrupper. Finnmark er eit døme på eit fylke der den private tannlegedekninga er svært låg og der ein stor del av den vaksne befolkninga går til den offentlege tannhelsetenesta i staden. Resultata i denne rapporten viser samstundes at delen som mottar tannhelserefusjonar er lågare i Finnmark enn i dei aller fleste andre fylka, og funn frå tidlegare rapportar viser at befolkninga i Finnmark har dårlegare tannhelse, går sjeldnare til tannlege og har eit større udekt behov for tannlegetenester enn resten av befolkninga. Alle desse momenta taler for at behovet er større i Finnmark enn det refusjonsutbetalingane speglar. Det gir i sin tur god grunn til å reise spørsmål om både organisering og finansiering av tannhelsetenesta er med og påverkar regionale forskjellar i refusjonsutbetalingane for tannbehandling.

Referansar

- Blom, S. (2008): *Innvandrerens helse 2005/2006*, Rapportar 2008/35, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/innvandrerens-helse-2005-2006>).
- Claus, G., Romay, C., Melby, I og Strøm, F. (2013): *Inntektsstatistikk for den eldre befolkning 2011. En kohortanalyse av inntektsutviklingen for aldersgruppen 60 år og eldre*, Rapportar 2013/27, Statistisk sentralbyrå (<https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/inntektsstatistikk-for-den-eldre-befolkningen-2011>).
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2010a): *Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk*, Rapportar 2010/29, Statistisk sentralbyrå (http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201029/).
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2010b): *Tannhelsetilstand og tannlegetenester. Analysar av regionale og sosiale skilnader i eigenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetenester og eigenbetaling hos tannlege*, Rapportar 2010/51, Statistisk sentralbyrå (http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201051/).
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2011): Tannhelse blant vaksne. Vaksne bruker tannlegetenester ulikt, *Samfunnspeilet 4*, 2011, Statistisk sentralbyrå, 2-8.
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2013): *Udekt behov for tannlegetenester. Internasjonale samanlikningar og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg*, Rapportar 2014/20, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/udekt-behov-for-tannlegetenester>).
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2014): *Låg inntekt og tannhelse*, Rapportar 2013/07, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/laag-inntekt-og-tannhelse>).
- Galteland, P. (2014): *Kjeveleddsbesvær - Temporomandibulær dysfunksjon (TMD)*, Oslo Universitetssykehus ([http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/diagnoser-og-sykdommer/kjeveleddsbesv%C3%A6r-\(temporomandibul%C3%A6r-dysfunksjon\)](http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/diagnoser-og-sykdommer/kjeveleddsbesv%C3%A6r-(temporomandibul%C3%A6r-dysfunksjon))).
- Grytten, J. (2010): Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten – en oversikt, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **120**, 308-315.
- Hellevik, O. (1991): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Helseøkonomiforvaltningen (2014): *Helfo i 2014*, Helseøkonomiforvaltningen (<https://helfo.no/Documents/Om%20HELFO/HELFOs%20%C3%A5rsrapport%20for%202014.pdf>).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2014*. Rundskriv I-8/2013, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holst, D., Skau, I. og Grytten, J. (2005): Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **115**: 576-80 (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=156880).
- Hosmer, D. W. og Lemeshow, S. (2000): *Applied Logistic Regression*, New York: John Wiley and Sons.

- Jarvis, S. og Jenkins, S. P. (1997): Marital Splits and Income Changes: Evidence for Britain. *Innocenti Occasional Papers*, Economic and Social Policy Series, **60** (<http://www-prod.unicef-irc.org/publications/pdf/eps60.pdf>).
- Jørgensen, T. (2006): ”Nye definisjoner av utdanningsnivåer”, SSBmagasinet 14.9.2006. (http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2006-09-14-01.html).
- Kirkebøen, L. J. (2010): *Forskjeller i livsløpsinntekt mellom utdanningsgrupper*, Rapport 2010/43, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/forskjeller-i-livslopsinntekt-mellom-utdanningsgrupper>).
- Krokstad, S., Kunst, A. E. og Westin, S. (2002): Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, **56**, 375-380.
- Lov om folketrygd (folketrygdloven), nr.19, 28. februar 1997. Arbeidsdepartementet. (<http://www.lovdato.no/all/nl-19970228-019.html>).
- Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven), nr. 54, 3. juni 1983, Helse- og omsorgsdepartementet (<http://www.lovdato.no/all/nl-19830603-054.html>).
- Marmot, M. (2005): Social determinants of health inequalities, *The Lancet*, **365**, 1099-1104.
- Reite, D. E. (2009): Tannhelsepolitikken for stortingsperioden 2009-2013. Store endringer i vente, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **119**, 434-5.
- St.prp. (2014:1): *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Siegrist, J. og Marmot, M. (2006): *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*, Oxford: Oxford University Press.
- Skjørland, K. K. og Espelid, I. (2009): *Periodontitt*, Store medisinske leksikon (<https://sml.snl.no/periodontitt>).
- Statistisk sentralbyrå (2002): *Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger 2002*, Norges offisielle statistikk D 310 (http://www.ssb.no/emner/05/01/nos_inntektformue/nos_d310/index.html).
- Statistisk sentralbyrå (2015a): «Helseutgiftene vokser i takt med befolkningen» (<http://www.ssb.no/helsesat>).
- Statistisk sentralbyrå (2015b): «Over 1 million undersøkt og behandla i offentlig tannhelseteneste» (<http://www.ssb.no/tannhelse>).
- Thorød, A. B. (2006): *En normal barndom? Foreldrestrategier for å skjerme barn fra konsekvenser av å leve med lav inntekt*, Rapport 2006/2, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (http://www.hioa.no/asset/1796/1/1796_1.pdf).

Figurregister

3.1. Avtalte årsverk tannhelsepersonell til pasientbehandling, etter sektor. Absolutte tal...	19
3.2. Samla utgifter til tannlegetenester i privat og offentlig tannhelseteneste. Løypande prisar	21
3.3. Samla utgifter til refusjonar ved tannbehandling.....	22
4.1. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn. Prosent. 2014.....	23
4.2. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og alder. 2014	24
4.3. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter alder og utdanningsnivå. 2014	29
4.4. Inntektsfordelinga blant personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, og inntektsfordelinga blant alle personar 21 år og eldre. Inntekt etter skatt per forbrukseining. 2014	32

Tabellregister

2.1.	Innslagspunkt som kan gi rett til tannhelserefusjon frå folketrygda. 2014	9
2.2.	Personar i befolkninga i alt og i populasjonen i alt, etter kjønn og alder. Absolutte tal. 2014	11
2.3.	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanningsnivå. Absolutte tal. 2014	11
2.4a.	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. Absolutte tal. 2014	12
2.4b.	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og låg inntekt (EU60). Absolutte tal. 2014	13
2.4c.	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntektskvintilar. Absolutte tal. 2014	13
2.5.	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. Absolutte tal. 2014	13
2.6a.	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og fylke. Absolutte tal. 2014	14
2.6b.	Personar 21 år og eldre, etter kjønn og kommunesentralitet. Absolutte tal. 2014	14
3.1.	Avtalte årsverk av tannhelsepersonell per 1 000 innbyggjarar i alt og per 1000 innbyggjarar 21 år og eldre, etter fylke. 2014	20
3.2.	Netto driftsutgifter i alt (1 000 kroner), talet på prioriterte personar og netto driftsutgifter per person i prioriterte grupper, etter fylke. Løypande prisar. 2014	21
4.1.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og alder. Prosent. 2014	23
4.2.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn, alder og innslagspunkt. Prosent. 2014	25
4.3.	Samla utbetalt beløp for tannhelserefusjonar i befolkninga 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Millionar kroner. 2014	27
4.4.	Gjennomsnittleg utbetalt beløp for tannhelserefusjonar per behandla pasient 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Kroner. 2014	27
4.5.	Gjennomsnittleg utbetalt beløp for tannhelserefusjonar per behandla pasient 21 år og eldre, etter alder og innslagspunkt. Kroner. 2014	28
4.6.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og utdanningsnivå. Prosent. 2014	29
4.7.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. Prosent. 2014	30
4.8.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og inntektsintervall. Inntekt etter skatt per forbrukseining. Prosent. 2014	32
4.9.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og ulike mål på låg inntekt. Inntekt etter skatt per forbrukseining. Prosent. 2014	33
4.10.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter ulike mål på låg inntekt og innslagspunkt. Inntekt etter skatt per forbrukseining. Prosent. 2014	34
4.11.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og mottak av stønad. Prosent. 2014	35
4.12.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn, alder og mottak av éin eller fleire stønader. Prosent. 2014	36
4.13.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter mottak av éin eller fleire stønader og innslagspunkt. Prosent. 2014	37
4.14.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og fylke. Prosent. 2014	38
4.15.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kjønn og kommunesentralitet. Prosent. 2014	40
4.16.	Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Prosent. 2014	41
5.1.	Faktorar som påverkar sannsynet for å ta imot tannhelsefusjonar i befolkninga 21 år og eldre. Multivariat logistisk regresjonsmodell. 2014	45

Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9220-0 (trykt)
ISBN 978-82-537-9221-7 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

ISBN 978-82-537-9220-0



9 788253 792200



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway