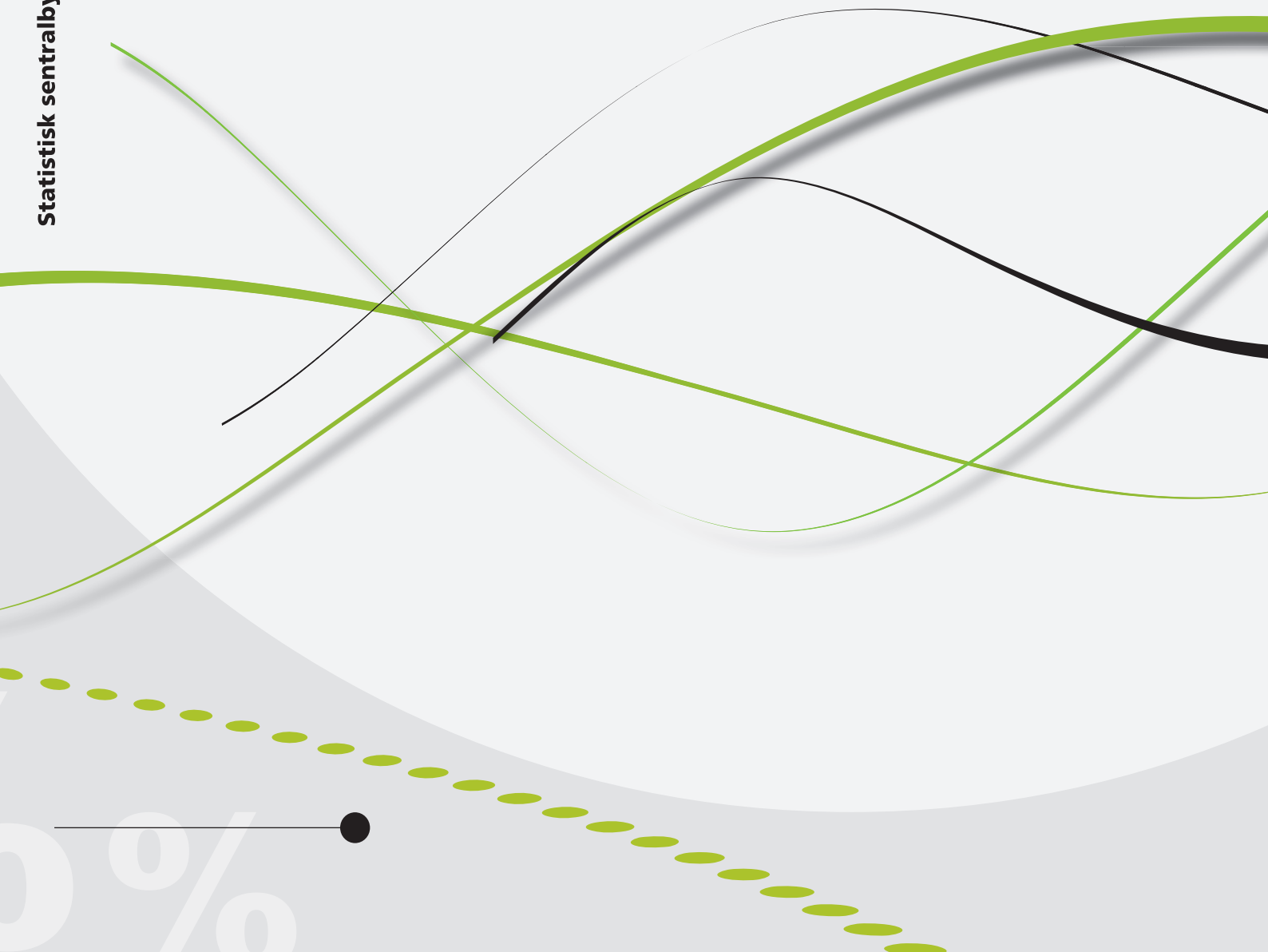




Trond Ekornrud, Othilde Skjøstad og Inger Texmon

Utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier 2014-2016

En sosioøkonomisk analyse av voksne mottakere av folketrygdrefusjoner



Trond Ekornrud, Othilde Skjøstad og Inger Texmon

**Utgifter til behandling hos tannlege og
tannpleier 2014-2016**

En sosioøkonomisk analyse av voksne mottakere
av folketrygdrefusjoner

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 22. desember 2017

ISBN 978-82-537-9662-8 (trykt)
ISBN 978-82-537-9663-5 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

Standardtegn i tabeller	Symbol
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

Forord

Formålet med rapporten er å styrke kunnskapsgrunnlaget om sosioøkonomiske og regionale forhold knyttet til den voksne befolkningens bruk av tannhelsetjenester generelt. Mer bestemt er det en målsetning å øke kunnskapen om personer som mottar refusjoner over folketrygden ved tannbehandling spesielt. I rapporten studeres det hvem som mottar refusjoner, og om det er sosioøkonomiske og regionale forskjeller i hvordan refusjonene fordeler seg i befolkningen. Rapporten presenterer resultat for 2016 og samtidig omtales utviklingen i perioden 2014-2016.

Rapporten er en videreføring av rapporten «Utgifter til behandling hos tannlege – ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar» fra 2015.

Arbeidet med rapporten er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet.

Statistisk sentralbyrå, 13. desember 2017

Torstein Bye

Sammendrag

Den voksne befolkningen skal i utgangspunktet betale for tannbehandling selv. Folketrygden gir likevel hel eller delvis økonomisk støtte til behandling til personer med store behandlingsbehov. I 2016 var det 15 ulike sykdommer og lidelser, såkalte innslagspunkt, som ga rett til refusjon. Refusjonene skal utelukkende gis med utgangspunkt i pasientens behov for behandling. Analyser har imidlertid vist at forekomst og omfang av refusjoner i den voksne befolkningen varierer etter sosioøkonomiske og regionale kjennetegn, som i utgangspunktet ikke skal ha betydning for pasientens mottak av refusjoner.

Formålet med rapporten er å gi en sosioøkonomisk analyse av personer som mottok tannhelserefusjoner i 2016, både samla sett og etter de ulike innslagspunktene. I tillegg skal rapporten studere de sentrale utviklingstrekkene i antall mottakere og utbetalte refusjonsbeløp i perioden 2014-2016.

Resultater fra den deskriptive analysen viser at 12,1 prosent av den voksne befolkningen mottok tannhelserefusjoner i 2016. Totalt ble det utbetalt 1,63 milliarder kroner i refusjoner. Gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp var 3 384 kroner, men omtrent 50 prosent av pasientene mottar mellom 0 og 1 500 kroner i refusjon. Resultatene viser at omfanget av tannhelserefusjoner varierer i ulike aldersgrupper. Ulikt behandlingsbehov i ulike aldersgrupper er en viktig årsak til dette. Resultatene viser også at det finnes sosioøkonomiske og regionale forskjeller mellom mottakerne av tannhelserefusjoner. Andelen som mottar tannhelserefusjoner er høyere blant stønadsmottakere og blant personer med lav utdanning enn i resten av befolkningen. I tillegg er andelen mottakere høyere blant personer som bor i mer sentrale strøk, noe som kan tyde på at tannlegedekningen har betydning for mottak av refusjoner. Når det gjelder utviklingstrekk i perioden 2014-2016 viser resultatene at andelen mottakere har økt, samtidig som de gjennomsnittlig utbetalte beløpene har gått ned. Resultatene fra den deskriptive analysen presenteres i kapittel 4-8.

Ved hjelp av kvantitativ analyse (logistisk regresjon) undersøkes statistiske sammenhenger mellom mottak av tannhelserefusjoner og kjennetegn ved befolkningen. Resultatene fra de logistiske regresjonsanalysene viser at sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner varierer sterkt med alder. Sannsynligheten for å motta refusjoner øker med stigende alder, men faller litt i de eldste aldersgruppene. Sannsynligheten for å motta refusjoner øker også dersom man er stønadsmottaker, har lav utdanning og ikke har lav inntekt. Resultatene fra den kvantitative analysen presenteres i kapittel 9.

Siden det ikke finnes opplysninger om tannhelsetilstand, bruken av tannlegjetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner i ulike sosioøkonomiske og regionale grupper samsvarer med det faktiske behovet i gruppene. Høyere gjennomsnittlige refusjonsutbetalinger per person i grupper med lav sosioøkonomisk status og blant personer som bor i mindre sentrale strøk, indikerer likevel at behovet for behandling er høyere i disse gruppene enn i resten av den voksne befolkningen.

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 2016, 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 or income. However, analyzes have shown that the incidence and extent of refunds in the adult population may vary according to socioeconomic and regional characteristics, which in principle shall not affect the patient's rights to reimbursement.

The aim of the report is to provide a socio-economic analysis of people who received dental reimbursements in 2016, both in total and for various diseases and disorders (activation thresholds). In addition, the report also studies the development in the number of recipients and paid amounts of reimbursements in the period 2014-2016.

Results from the descriptive analysis show that 12.1 percent of the adult population received reimbursements for dental surgeries in 2016. In total, NOK 1.63 billion was paid in reimbursements. The average paid reimbursement amount was NOK 3 384, but approximately 50% of the patients receive between 0 and 1 500 NOK in reimbursement. The results show that the extent of reimbursements varies in different age groups. Different needs of treatment in different age groups are an important reason for this. The results also show that there are socioeconomic and regional differences between recipients of dental reimbursements. The proportion of dental reimbursements is higher among beneficiaries and among people with low education than in the rest of the population. In addition, the proportion of recipients is higher among people living in more central areas, which may indicate that dentistry coverage is of importance for receiving reimbursements. Regarding development trends in 2014-2016, the results show that the proportion of recipients has increased, while the average paid amounts have decreased. The results of the descriptive analysis are presented in Chapters 4-8.

Quantitative analysis (logistic regression) investigates statistical significance between dental reimbursement recipes and characteristics of the population. The results of the logistic regression analyzes show that the likelihood of receiving dental reimbursements varies greatly with age. The likelihood of receiving reimbursements increases with increasing age, but falls slightly in the oldest age groups. The likelihood of receiving reimbursements also increases if you are a beneficiary, have low education and not have a low income. The results of the quantitative analysis are presented in Chapter 9.

Since there is no information about dental health, the use of dental care services and the unmet need for dental services, it is impossible to assess whether the proportion of refunds received in different socio-economic and regional groups corresponds to the actual needs of dental treatment in these groups. Higher average refunds per person in groups with low socioeconomic status and among people living in less central areas, nevertheless indicates that need for treatment is higher in these groups than in the adult population in total.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1. Innledning	7
1.1. Formål og problemstillinger.....	7
2. Datakilder, populasjon og metode	8
2.1. KUHR – Kontroll og utbetaling av helserefusjoner.....	8
2.2. Populasjon, befolkning og befolkningskjennetegn.....	8
2.3. Metoder.....	11
3. Hvordan er tannhelsetjenesten organisert og finansiert, og hvordan fungerer refusjonsordningen?	14
3.1. Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten.....	14
3.2. Tannhelserefusjoner fra folketrygden.....	14
4. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter kjønn og alder?	18
4.1. Periodontitt er største innslagspunkt i 2016.....	19
4.2. Utbetalte refusjonsbeløp i 2016.....	21
4.3. Utviklingen i andel refusjonsmottakere 2014-2016.....	23
4.4. Utviklingen i utbetalte refusjonsbeløp 2014-2016.....	25
4.5. Oppsummering.....	26
5. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter utdanning?	28
5.1. Personer med lavere utdanning mottar mest tannhelserefusjoner.....	28
5.2. Periodontitt er største innslagspunkt på alle utdanningsnivå i 2016.....	30
5.3. Utviklingen andelen refusjonsmottakere og utbetalte beløp 2014-2016 etter utdanningsnivå.....	31
5.4. Utviklingen i perioden 2014-2016 etter innslagspunkt og utdanningsnivå.....	33
5.5. Oppsummering.....	35
6. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter inntekt?	36
6.1. Lavere mottak av tannhelserefusjoner blant personer med lav inntekt.....	36
6.2. Flest refusjonsmottakere for periodontitt i 2016.....	38
6.3. Utviklingen i andel mottakere og gjennomsnittlige beløp 2014-2016.....	39
6.4. Utviklingen i andel mottakere etter innslagspunkt 2014-2016.....	40
6.5. Oppsummering.....	41
7. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter mottak av stønader?	42
7.1. Flest uføre blant mottakerne av tannhelserefusjoner.....	42
7.2. Mange tannhelserefusjonsmottakere mottar en eller flere stønader.....	43
7.3. Flest refusjonsmottakere for periodontitt blant de som mottar stønader i 2016.....	43
7.4. Utviklingen i andel mottakere og gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2016.....	44
7.5. Utviklingen i andel mottakere etter innslagspunkt 2014-2016.....	45
7.6. Oppsummering.....	46
8. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter regionale bakgrunnskjenetegn?	47
8.1. Flere som får refusjoner bor i fylker i Sør-Norge.....	47
8.2. Flere mottakere og lavere gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2016.....	49
8.3. Flere får refusjoner i sentrale kommuner.....	50
8.4. Flere mottakere og lavere gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2016 for alle kommunesentraliteter.....	52
8.5. Oppsummering.....	54
9. Hva påvirker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner?	55
9.1. Omtale av funnene.....	56
9.2. Sammenligning av resultater mellom 2014 og 2016.....	59
9.3. Oppsummering.....	60
10. Avrundning	62
Referanser	65
Vedlegg A: Hovedtall for refusjon av tannhelsetjenester	67
Vedlegg B: Endringer i tannlegers bruk av takster	69
Vedlegg C: Tannlegenes bruk av refusjonsordningen	73
Figurregister	74
Tabellregister	75

1. Innledning

Den voksne befolkningen skal i utgangspunktet betale for tannbehandling selv. Likevel kan personer med store behandlingsbehov få økonomisk støtte til undersøkelse og behandling gjennom Folketrygden. I 2016 var det 15 ulike sykdommer og lidelser, såkalte innslagspunkt, som ga rett til refusjon for undersøkelse og behandling.

Refusjoner skal gis etter pasientens behov for behandling, og ikke variere med faktorer som pasientens utdanning eller inntekt. Siden personer med høy utdanning og høy inntekt går oftere til tannlege, kan det likevel tenkes at forekomst og omfang av refusjoner i den voksne befolkningen varierer etter sosioøkonomiske og regionale kjennetegn, som i utgangspunktet ikke skal ha betydning for pasientens mottak av refusjoner.

I 2014 var gjennomsnittlige refusjonsbeløp per behandla pasient høyere i grupper med lav sosioøkonomisk status enn i grupper med høyere sosioøkonomisk status (Ekornrud, Skjøstad og Texmon, 2015). Det tyder på at behovet for behandling er høyere i disse gruppene. Samtidig var andelen refusjonsmottakere ofte lavere i disse gruppene enn i grupper med høyere sosioøkonomisk status. For å finne ut hva som påvirker mottak av refusjoner i dag, trenger vi oppdatert kunnskap om mottakerne av tannhelserefusjoner. Er det slik at refusjonsordningen først og fremst gir refusjon til de som har størst behov for det, eller spiller faktorer som utdanning, inntekt og bosted også en rolle?

1.1. Formål og problemstillinger

Formålet med rapporten er å undersøke sosioøkonomiske og regionale kjennetegn ved mottakerne av tannhelserefusjoner. Formålet er tredelt:

- For det første skal rapporten gi en samla sosioøkonomisk analyse av personer som har mottatt tannhelserefusjoner i 2016. Kjennetegn ved refusjonsmottakerne sammenlignes med kjennetegn ved resten av befolkningen. I tillegg ser vi på refusjonsutbetalingene per person, både nåde det gjelder gjennomsnittlige beløp, median og spredning.
- For det andre skal rapporten gi en sosioøkonomisk analyse av personer som har mottatt tannhelserefusjoner i 2016 etter de ulike innslagspunktene. I tillegg ser vi på refusjonsutbetalingene per person etter de ulike innslagspunktene.
- For det tredje skal rapporten studere utviklingen mellom 2014 og 2016, både når det gjelder utviklingen i mottakere av refusjoner og utbetalte beløp.

Til hvert av de tre formålene er det knyttet en problemstilling som skal besvares:

1. Hva kjennetegner personer som mottar tannhelserefusjoner i 2016?
2. Hva kjennetegner personer som mottar tannhelserefusjoner etter ulike innslagspunkt i 2016?
3. Hva kjennetegner utviklingen i antall mottakere og refusjonsutbetalinger mellom 2014 og 2016?

2. Datakilder, populasjon og metode

Dette kapittelet presenterer datakildene, populasjonen, avgrensingene i populasjonen og metodene som brukes for å oppfylle formålene og svare på problemstillingene.

2.1. KUHR – Kontroll og utbetaling av helserefusjoner

Den viktigste datakilden i denne rapporten, er KUHR-registeret. KUHR administreres av helseøkonomiforvaltningen (HELFO), og inneholder blant annet opplysninger om utbetalte refusjoner i tannhelsetjenesten.

Datamaterialet i rapporten dekker refusjonskrav fra alle tannleger, tannlegespesialister og tannpleiere som har direkte elektronisk oppgjør med folketrygden. Datamaterialet inkluderer dermed ikke refusjonskrav som er utbetalt manuelt til tannleger og tannlegespesialister, og refusjonskrav som pasienter selv har sendt inn. Det er opplysninger om tannhelserefusjoner for 2016-årgangen som ligger til grunn for omtale og analyse, men disse sammenlignes med tilsvarende opplysninger for 2014 og 2015.

Variablene vi bruker fra KUHR-registeret inkluderer pasientopplysninger (kjønn, og bostedskommune), behandleropplysninger (type praksisvirksomhet, offentlig/privat virksomhet, type behandlende personell og kommunenummer) og behandlingsopplysninger (innslagspunkt, takster og refusjonsbeløp).

Administrative opplysninger

Opplysningene om tannhelserefusjoner fra KUHR-databasen kobles med opplysninger fra Statistisk sentralbyrås statistikker om inntekt, utdanning, mottak av stønader, og med ulike demografiske kjennetegn ved befolkningen. Opplysninger om inntekt og mottak av stønad, er hentet fra inntektsåret 2015, mens demografiske opplysninger om befolkningen og befolkningens utdanningsnivå er fra 2016.

2.2. Populasjon, befolkning og befolkningskjennetegn

Populasjonen er mottakerne av tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen 21 år og eldre i 2016. Kjennetegn ved disse sammenlignes med kjennetegn ved resten av den voksne befolkningen 21 år og eldre. Ved denne sammenlikningen er det viktig å være oppmerksom på at refusjonsordningen ikke er den eneste som gir voksne pasienter adgang til offentlig finansiering av tannhelsetjenester. Det innebærer at i tillegg til voksne individer som betaler for tannhelse i det private markedet eller ikke oppsøker tannlege, omfatter «ikke-mottakerne» også prioriterte grupper som mottar betalingsfrie tjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten, se nærmere omtale i avsnitt 3.1.

Fordi de prioriterte personene er overrepresentert i enkelte sosioøkonomiske grupper, blir reduksjon av antall individer som er eksponert for refusjonsordningen, ujevnt fordelt i befolkningen. Blant annet er det mange av de prioriterte personene blant de eldre. Dette gir noen utfordringer med hensyn til tolkningen av våre funn, og er noe vi kommer tilbake til i de enkelte kapitlene. Helst skulle individene i prioriterte grupper vært utelatt fra analysen, men av praktiske årsaker er ikke disse individene identifisert og fjernet fra bruttopopulasjonen.

Befolkningen som danner sammenligningsgrunnlaget i rapporten er bosatte personer per 31.12.2016, i tillegg til de som døde og utvandret i løpet av året. Tabell 2.1 viser personer i befolkningen 21 år og eldre, og hvordan de fordeler seg etter kjønn og alder.

Tabell 2.1 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Absolutte tall. 2016

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Alle 21 år og eldre ¹	3 998 999	2 002 547	1 996 452
21-29 år	653 720	334 319	319 401
30-39 år	710 900	367 139	343 761
40-49 år	747 599	385 197	362 402
50-59 år	675 425	346 562	328 863
60-69 år	576 979	289 710	287 269
70-79 år	389 111	186 325	202 786
80 år og eldre	245 265	93 295	151 970

¹ Befolkningsgrunnlaget for den voksne befolkningen inkluderer også institusjonsbeboere og hjemmetjenestemottakere. Disse er en del av prioriterte grupper, men er inkludert i materialet siden det ikke uten videre er mulig å identifisere hvem som mottar slike tjenester.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Utdanningsnivå

Som mål på utdanning bruker vi en persons høyeste fullførte utdanningsnivå per 01.10.2016. Tabell 2.2 viser hvordan befolkningen fordeler seg etter kjønn og utdanningsnivå.

Tabell 2.2 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. Absolutte tall. 2016

	I alt	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/høyskole	Uoppgitt/manglende utdanning
Begge kjønn ¹	3 998 999	862 195	1 627 987	1 288 558	220 259
Menn	2 002 547	428 577	876 865	572 261	124 844
Kvinner	1 996 452	433 618	751 122	716 297	95 415

¹ Siden det finnes en del innvandrere uten utdanningsopplysninger, er uoppgitt utdanning valgt som en egen kategori.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Inntekt

Som mål på inntekt bruker vi inntektsbegrepet inntekt etter skatt per forbruksenhet for inntektsåret 2015. Inntekt etter skatt per forbruksenhet er en utregnet størrelse som tar hensyn til at personer som bor i samme husholdning har noen stordriftsfordeler av dette. Inntekt etter skatt per forbruksenhet er derfor bedre egnet til å sammenlikne inntekt mellom personer. Inntekt etter skatt per forbruksenhet regnes ut ved hjelp av en ekvivalensskala, som vekter personene i en husholdning. EU-skalaen er den vanligste ekvivalensskalaen.

EU-skalaen gir første voksne i husholdningen vekt lik 1, neste voksne får en vekt lik 0,5, og hvert barn 0-17 år får en vekt lik 0,3 (Claus m.fl. 2013). I en husholdning med to voksne og ett barn, vil ekvivalensvekten til hver av de tre personene i husholdningen være 1 (første voksne) + 0,5 (andre voksne) + 0,3 (barn) = 1,8. Hvis den samla husholdningsinntekten er 2 millioner, blir inntekt etter skatt per forbruksenhet for hver av de tre personene lik: 2 millioner kroner / 1,8 = 1,11 millioner kroner.

Hver av de tre personene i husholdningen får altså en inntekt etter skatt per forbruksenhet på 1,11 millioner kroner. Det er viktig å presisere at denne justeringen av husholdningsinntekt forutsetter at den samla husholdningsinntekten fordeles likt i husholdningen.

Vi bruker to ulike grupperinger av inntekt. Den første tar utgangspunkt i EU-skalaen, og brukes som et mål på lav inntekt. Lav inntekt blir definert som inntekt etter skatt per forbruksenhet lavere enn 60 prosent av medianinntekten. Altså blir alle personer med inntekt lavere enn dette regna som personer med lav inntekt, mens alle med inntekt høyere enn dette blir regna som personer som ikke har lav inntekt. Tabell 2.3 viser hvordan befolkningen fordeler seg etter kjønn og lav inntekt.

Tabell 2.3 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og lav inntekt. Absolutte tall. 2015

	I alt	Lav inntekt (EU60)	Ikke lav inntekt (EU60)
Begge kjønn ¹	3 896 081	485 200	3 410 881
Menn	1 952 624	224 687	1 727 937
Kvinner	1 943 457	260 513	1 682 944

¹ Summen av personer 21 år og eldre er i denne tabellen lavere enn i tabell 2.1 og 2.2. Årsaken til det er at personer med manglende inntektsopplysninger er utelatt fra materialet i omtalen av inntekt og mottak av stønader. Siden det kun finnes inntektsopplysninger for personer i privathusholdninger i Norge, vil institusjonsbeboere, fosterbarn og studenter som studerer i utlandet mangle inntektsopplysninger.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Den andre inntektsgrupperingen vi bruker tar utgangspunkt i folketrygdens grunnbeløp (G), og grupperer en persons inntekt etter skatt per forbruksenhet i fem grupper: Under 2G, 2G-299 999, 300 000-499 999, 500 000-999 999 og over 1 million. Grunnbeløpet var på 90 068 kroner i 2015, så 2G utgjør dermed 180 136 kroner. Tabell 2.4 viser hvordan befolkningen fordeler seg etter kjønn og inntektsgrupperingen knyttet til grunnbeløpet.

Tabell 2.4 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. Absolutte tall. 2015.

	I alt	Under 2G	2G-299 999	300 000-499 999	500 000-999 999	1 mill. og mer
Begge kjønn ¹	3 896 081	278 547	1 002 593	1 871 082	679 780	64 079
Menn	1 952 624	145 490	447 777	957 684	366 691	34 982
Kvinner	1 943 457	133 057	554 816	913 398	313 089	29 097

¹ Summen av personer 21 år og eldre er i denne tabellen lavere enn i tabell 2.1 og 2.2 fordi personer med manglende inntektsopplysninger er utelatt fra materialet i omtalen av inntekt og mottak av stønader. Siden det kun finnes inntektsopplysninger for personer i privathusholdninger i Norge, vil institusjonsbeboere, fosterbarn og studenter som studerer i utlandet mangle inntektsopplysninger.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Mottak av stønader

Som mål på mottak av stønader bruker vi opplysninger om mottak av stønad fra inntektsåret 2015. Vi inkluderer ni ulike stønader: sosialhjelp, grunn- og hjelpestønad, uførestønad, tidsavgrensa uførestønad/arbeidsavklaringspenger, bostøtte fra Husbanken, overgangsstønad og kvalifiseringsstønad. Siden flere av disse ikke er gjensidig utelukkende, måler vi også om en person mottar en eller flere stønader. Tabell 2.5 viser hvordan befolkningen fordeler seg etter kjønn og mottak av stønader.

Tabell 2.5 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønader. Absolutte tall. 2015.

	I alt	Mottar en eller flere stønader	Mottar ikke stønader
Begge kjønn ¹	3 896 081	672 014	3 224 067
Menn	1 952 624	282 694	1 669 930
Kvinner	1 943 457	389 320	1 554 137

¹ Summen av personer 21 år og eldre er i denne tabellen lavere enn i tabell 1 og 2. Årsaken til det er at personer uten inntektsopplysninger er utelatt fra materialet.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Regionale kjennetegn

Som regionale kjennetegn brukes kommunesentralitet og fylke.

Kommunesentralitet er en standard utviklet av Statistisk sentralbyrå, som indikerer hvor en kommune ligger plassert geografisk i forhold til tettsteder av ulik størrelse og med ulikt tjenestetilbud. Alle landets kommuner deles inn i fire sentralitetsnivå:

- Minst sentrale kommuner: kommuner som ikke oppfyller kravene til reisetid fra et tettsted, altså mer enn 2,5 timer unna (3 timer fra Oslo).
- Mindre sentrale kommuner: kommuner med et tettsted på nivå 1, eller med mindre enn 45 minutters reisetid fra sentrum i et slikt tettsted.
- Noe sentrale kommuner: kommuner med et tettsted på nivå 2, eller med mindre enn 60 minutters reisetid fra sentrum i et slikt tettsted.
- Sentrale kommuner: kommuner med et tettsted på nivå 3, eller med mindre enn 75 minutters reisetid fra sentrum i et slikt tettsted (90 minutter fra Oslo)

Tettsteder på nivå 3 er enten landsdelssenter eller har et innbyggertall på minst 50 000, tettsteder på nivå 2 har et innbyggertall på mellom 15 000 og 50 000, mens tettsteder på nivå 1 har et innbyggertall mellom 5 000 og 15 000. Tabell 2.6 viser hvordan befolkningen fordeler seg etter kjønn og kommunesentralitet.

Tabell 2.6 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og kommunesentralitet. Absolutte tall. 2016

	Alle kommuner	Minst sentrale kommuner	Mindre sentrale kommuner	Noe sentrale kommuner	Sentrale kommuner
Begge kjønn	3998999	359608	235614	671933	2731837
Menn	2002545	182995	119054	336891	1363605
Kvinner	1996447	176613	116560	335042	1368232

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 2.7 viser hvordan befolkningen fordeler seg etter kjønn og fylke.

Tabell 2.7 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og fylke. Absolutte tall. 2016

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Hele landet	3998999	2002547	1996452
Østfold	224080	110978	113102
Akershus	446894	222063	224831
Oslo	527290	261581	265709
Hedmark	153510	75818	77692
Oppland	147396	73329	74067
Buskerud	213770	106674	107096
Vestfold	189246	93073	96173
Telemark	133828	66362	67466
Aust-Agder	87544	43740	43804
Vest-Agder	136056	67907	68149
Rogaland	346792	176065	170727
Hordaland	391645	197821	193824
Sogn og Fjordane	82472	41940	40532
Møre og Romsdal	201585	102550	99035
Sør-Trøndelag	242176	122594	119582
Nord-Trøndelag	102978	51631	51347
Nordland	186373	93878	92495
Troms Romsa	127038	64412	62626
Finnmark Finnmarku	58326	30131	28195

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

2.3. Metoder

Metodene for å svare på rapportens formål og problemstillinger er nærmere omtalt her.

Deskriptiv statistikk og faktaomtale

For å omtale kjennetegn ved personer som mottok tannhelse- og tannpleieforanstaltninger i 2016, og hvordan disse skiller seg fra den øvrige befolkningen, bruker vi deskriptiv statistikk og faktaomtale. I tillegg blir resultatene illustrert ved hjelp av tabeller og figurer. Det er grunn til å understreke at denne faktaomtalen ikke gir årsaksforklaringer på forskjellene i datamaterialet, men bidrar til å belyse samvariasjoner (jf. kapittel 4-8). Samtidig ligger disse samvariasjonene til grunn for utgangshypotesene og innretningen av regresjonsanalysen som blir gjennomført (jf. kapittel 9).

Regresjonsanalyse

Vi gjennomfører også en logistisk regresjonsanalyse. En regresjonsanalyse er en kvantitativ analyse av sammenhengen mellom en avhengig variabel (responsvariabel) og en eller flere uavhengige variabler (Hosmer og Lemeshow 2000). Det er grunn til å understreke at formålet med regresjonsanalysen i denne sammenhengen er prediksjon. Det betyr at vi ønsker å undersøke hva som påvirker sannsynligheten for at en person mottar tannhelse- og tannpleieforanstaltninger.

Rammeverk for regresjonsanalysen

Den avhengige variabelen er den samme som fenomenet som blir studert, det vil si om en person mottar tannhelse- og tannpleie-tilbud i den voksne befolkningen. De uavhengige variablene er de faktorene som påvirker sannsynligheten for å ha en bestemt verdi på den avhengige variabelen. Bakgrunnskjenntegna som inngår som uavhengige variabler i modellen, er kjennetegn ved personene (inntekt, mottak av stønader og utdanning) eller kjennetegn ved personens bostedsområde (kommunesentralitet og tannlegedekning).

For å finne de faktorene som påvirker sannsynligheten for å motta tannhelse- og tannpleie-tilbud, har vi definert logistiske regresjonsmodeller. Disse har to formål. Det ene er å identifisere statistisk signifikante sammenhenger mellom fenomenet som blir studert og ulike bakgrunnskjenntegn ved personene i undersøkelsen. Det andre er å vurdere de statistisk signifikante sammenhengene i forhold til hverandre.

Teoretisk tar utformingen av modellene utgangspunkt i tilnæringer som vektlegger både sosiale og regionale faktorer. I tillegg er det utforma flere konkrete arbeidshypoteser om sammenhengen mellom mottak av tannhelse- og tannpleie-tilbud og kjennetegn ved personene vi studerer.

Avhengige og uavhengige variabler i regresjonsanalysen

Formålet med undersøkelsen og egenskaper ved datagrunnlaget legger føringer på hvordan regresjonsmodellen bør utformes. Det er ønskelig å analysere hvordan de ulike bakgrunnskjenntegna alder og kjønn, inntekt, utdanning, mottak av stønader og bosted påvirker om en person mottar tannhelse- og tannpleie-tilbud. I tillegg ønsker vi å finne ut om det å være bosatt i et område med høy privat tannlegedekning påvirker sannsynligheten for å motta tannhelse- og tannpleie-tilbud.

Det bør nevnes at opplysninger om tannhelsetilstand, den generelle bruken av tannlegetjenester og udekt behov ikke er tilgjengelige. Dette er faktorer som kunne ha bidratt til å forklare hva som påvirker sannsynligheten for å ta imot tannhelse- og tannpleie-tilbud. I tillegg er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottar tannhelse- og tannpleie-tilbud i de ulike gruppene er i tråd med det reelle behovet i gruppene. Regresjonsanalysen blir gjennomført på den voksne befolkningen 21 år og eldre for årgangene 2014 og 2016. Operasjonaliseringen og konstruksjonen av den avhengige variabel og de uavhengige variablene er identisk for de to årgangene. Unntaket er de to uavhengige variablene som omhandler *private tannleger* og *private tannlegespesialister*. For forskjellene mellom de to årgangene, se neste side.

Den avhengige variabelen som skal analyseres er operasjonalisert og konstruert på følgende måte:

- Mottar tannhelse- og tannpleie-tilbud: den undersøkte personen sitt mottak av tannhelse- og tannpleie-tilbud. Dikotom variabel. Mottar tannhelse- og tannpleie-tilbud=1 og mottar ikke tannhelse- og tannpleie-tilbud=0.

De uavhengige variablene er operasjonalisert og konstruert på følgende måte:

- *Kjønn*: den undersøkte personens kjønn. Dikotom variabel. Menn=1 og kvinner=0.
- *Alder*: den undersøkte personens alder. Kategorisk variabel delt i tre: 21-39 år=1, 40-66 år=2 og 67 år og eldre=3
- *Lav utdanning*: den undersøkte personens høyeste fullførte utdanningsnivå. Dikotom variabel. Lav utdanning=1 (grunnskole og ingen utdanning) og ikke lav utdanning=0 (videregående utdanning, universitets- /høyskoleutdanning og uoppgitt utdanning).
- *Høy utdanning*: den undersøkte personens høyeste fullførte utdanningsnivå. Dikotom variabel. Høy utdanning=1 (universitets-

/høyskoleutdanning) og ikke høy utdanning=0 (grunnskole, videregående utdanning og uoppgitt).

- *Lav inntekt*: lav inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU60). Dikotom variabel. Lav inntekt=1 og ikke lav inntekt=0.
- *Ikke lav inntekt*: ikke lav inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU60). Dikotom variabel. Høy inntekt=1 og ikke høy inntekt=0.
- *Mottar stønader*: mottar en eller flere stønader. Dikotom variabel. Stønadsmottaker=1 og ikke stønadsmottaker=0.
- *Mottar ikke stønader*: mottar ikke en eller flere stønader. Dikotom variabel. Ikke stønadsmottaker=1 og stønadsmottaker=0.
- *Kommunesentralitet*: den undersøkte personens bostedskommune. Dikotom variabel. Sentrale kommuner=1 (mest sentrale kommuner) og ikke sentrale kommuner=0 (noe sentrale kommuner, mindre sentrale kommuner og minst sentrale kommuner).
- *Private tannleger (2016)*: tannlegeårsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre i privat tannhelsetjeneste. Dikotom variabel. Høy privat tannlegedekning=1 (inkluderer personer med dekningsgrad fra 0,67 årsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre) og lav privat tannlegedekning=0 (inkluderer personer med dekningsgrad under 0,67 årsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre).
- *Private tannleger (2014)* – Tannlegeårsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre i privat tannhelsetjeneste (privat tannlegedekning). Dikotom variabel. Høy privat tannlegedekning = 1 (inkluderer personer med dekningsgrad fra 0,9 årsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre), Lav privat tannlegedekning = 0 (inkluderer personer med dekningsgrad under 0,9 årsverk per 1 000 innbyggere).
- *Private tannlegespesialister (2016)*: tannlegespesialistårsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre i privat tannhelsetjeneste. Dikotom variabel. Høy spesialistdekning=1 (inkluderer personer med dekningsgrad over 0,09 årsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre) og lav spesialistdekning=0 (inkluderer personer med dekningsgrad under 0,09 årsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre).
- *Private tannlegespesialister (2014)* – Tannlegespesialistårsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre i privat tannhelsetjeneste (privat spesialistdekning). Dikotom variabel. Høy spesialistdekning = 1 (inkluderer personer med dekningsgrad fra 0,29 årsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre), Lav spesialistdekning = 0 (inkluderer personer med dekningsgrad under 0,29 årsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre).

3. Hvordan er tannhelsetjenesten organisert og finansiert, og hvordan fungerer refusjonsordningen?

Organisering og finansiering, utgifter og regelverk er faktorer som sier noe om rammevilkårene for tannhelsetjenesten. Derfor er det nyttig å se litt nærmere på tannhelsetjenesten i Norge og hvordan refusjonsordningen er utformet før vi studerer mottakerne av tannhelserefusjoner.

3.1. Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten

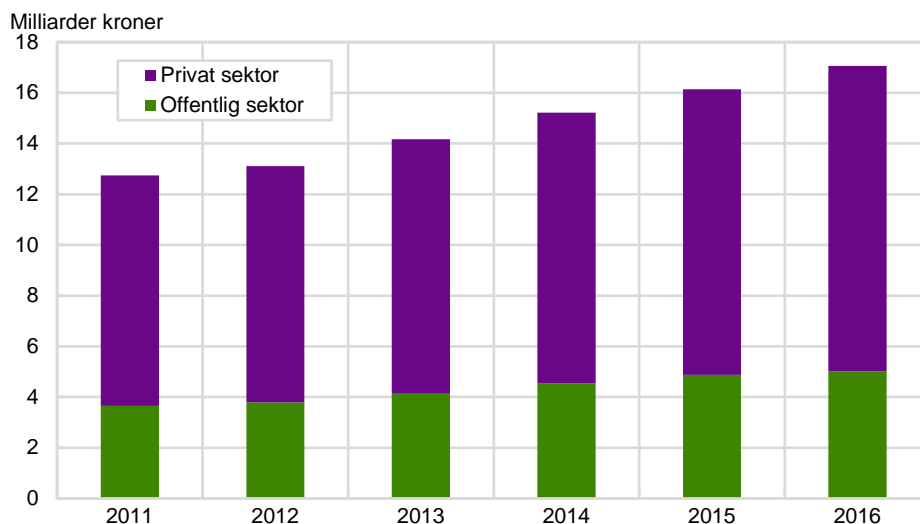
Organiseringen av tannhelsetjenesten i Norge er todelt mellom offentlig og privat sektor. Den offentlige tannhelsetjenesten skal i hovedsak tilby tjenester til prioriterte grupper, jf. Lov om tannhelsetjenester § 1-3. Prioriterte grupper består av barn og unge 0-18 år, psykisk utviklingshemma over 18 år, institusjonsbeboere, hjemmetjenestemottakere og ungdom 19-20 år. Disse har krav på gratis eller delvis subsidierte tjenester, finansiert av staten.

Resten av befolkningen, det vil si den voksne befolkningen 21 år og eldre, skal i hovedsak benytte seg av den private tannhelsetjenesten. Der er det fri konkurranse og fri prissetting, og pasientene må betale for tjenestene selv. Privat sektor er dermed stort sett finansiert av egenbetaling fra pasientene.

Utgifter i offentlig og privat tannhelsetjeneste

Samla sett ble det brukt 17,1 milliarder på tannhelse i offentlig og privat sektor i 2016. Utgiftene i offentlig sektor var 5 milliarder, mens utgiftene i privat sektor var 12,1 milliarder. Figur 3.1 viser utviklingen mellom 2011 og 2016.

Figur 3.1 Samla utgifter til tannlegetjenester i privat og offentlig sektor. Løpende priser. 2011-2016¹



¹ Tallene for 2015 og 2016 er foreløpige. Tallene for offentlig sektor inkluderer også utgifter til tannhelserefusjoner. Kilde: Helseregnskapet, Statistisk sentralbyrå

3.2. Tannhelserefusjoner fra folketrygden

Selv om voksne i utgangspunktet skal betale for tannbehandling selv, kan personer med bestemte sykdommer og lidelser få hel eller delvis økonomisk støtte til undersøkelse og behandling gjennom Folketrygden, jf. Lov om folketrygd § 5-6. Formålet med refusjonsordningen er å gi personer med store behandlingsbehov hjelp til å gjennomføre behandling. Mer konkret er det 15 ulike sykdommer og lidelser, såkalte innslagspunkt, som gir rett til refusjon. Tabell 3.1 gir en oversikt over disse og innholdet i de ulike punktene.

Tabell 3.1 Innslagspunkt som gir rett til tannhelserefusjoner fra folketrygden. 2016

Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	varige og sjeldne medisinske tilstander eller sykdommer som fører til økt behandlingsbehov, for eksempel den arvelige sykdommen cystisk fibrose.
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	behandling forårsaket av leppe-kjeve-ganespalte, som for eksempel tannutviklingsforstyrrelser og veksthemming av overkjeven
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	behandling forårsaket av kreft og andre tilstander som direkte påvirker munnhulen og kjevene, og som fører til nedsatt tannhelse.
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	infeksjonsforebyggende behandling i forbindelse med blant annet hjerteoperasjon og høydose cellegiftbehandling, der eventuell infeksjonsspredning fra munnen innebærer livsfarlig risiko
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	kirurgisk og oralmedisinsk behandling, blant annet kirurgisk fjerning av visdomstener og kirurgisk behandling av dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur.
Punkt 6 Periodontitt	periodontitt er betennelse i tannkjøtt og kjeveben, som fører til at tennenes feste til kjeven brytes ned slik at tennene kan løsne og falle ut.
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	behandling av medfødte tannutviklingsfeil, av vesentlig betydning for tennenes funksjon og estetikk, for eksempel ufullstendig emaljedannelse eller ufullstendig tannbensdannelse
Punkt 8 Bittanomalier	bittanomali er tenner eller kjeve med under- eller overbitt på grunn av feil tannstilling, skade eller sykdom i kjeve eller kjeveledd. Dette behandles kjeveortopedisk, det vil si med ulike former for tannregulering
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	behandling av tapte eller nedslitte tenner som følge av slitasje eller syreskader. Tilstanden må være av vesentlig betydning for funksjon og estetikk
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørthet)	behandling som på grunn av munntørthet, har medført økt kariesaktivitet. Den vanligste årsaken til munntørthet er bruk av legemidler
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	ved allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale, for eksempel amalgamfyllinger, gis det stønad til å bytte tannrestaureringer og avtakbare proteser
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	tannskader av vesentlig betydning for funksjon og estetikk, forårsaket av godkjente yrkesskader.
Punkt 13 Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade	tannskader av vesentlig betydning for funksjon og estetikk, forårsaket av ulykker som ikke er yrkesskader.
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	stønad til personer som har hatt nedsatt evne til å ivareta egen tannhelse over tid, som følge av varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne.
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	behandling av personer med helt tannløs underkjeve som på grunn av slag, allmennsykdommer, anatomi eller andre forhold ikke kan bruke løstsittende protese
Punkt 16 ¹	

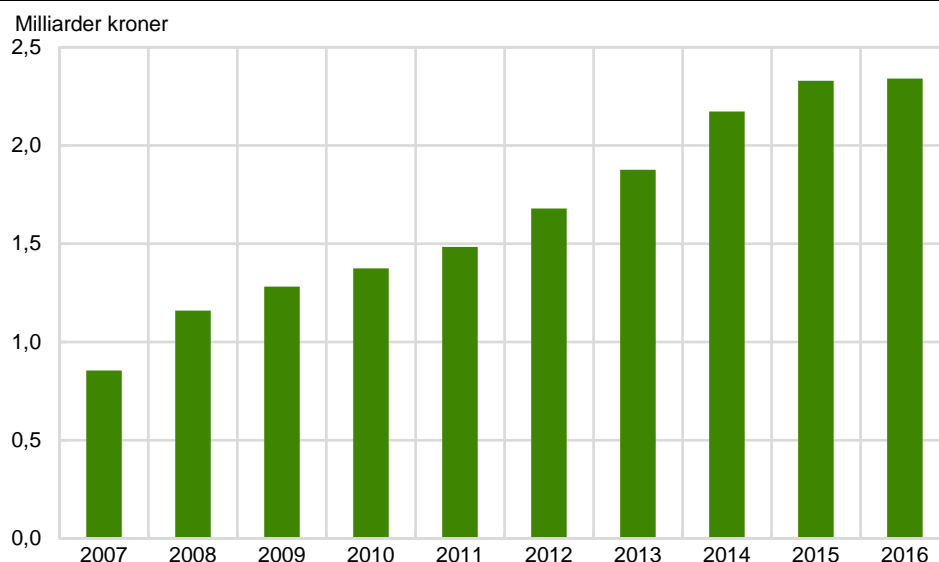
¹ Innslagspunkt 16 står ikke i regelverket, men er opprettet for å håndtere noen spesielle tilfeller. Det omfatter undersøkelse og behandling av krigspensjonister, samt annen type behandling som laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2015)

Det er den enkelte tannlege eller tannpleier som avgjør om en person har krav på refusjon. Tannlegen eller tannpleieren skal vurdere om behandlingen er nødvendig og forsvarlig, og må kunne dokumentere dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Stønad ytes etter fastlagte takster som beskriver de konkrete undersøkelsene og behandlingene som dekkes av trygden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Takstene består av honorartakst, refusjonstakst og egenandel. Honorartaksten danner utgangspunktet for stønaden som ytes. Hvis pasienten er fritatt fra å betale egenandel, vil stønaden tilsvare honorartaksten. Refusjonstaksten er det beløpet som refunderes hvis pasienten må betale egenandel. Egenandelen utgjør dermed differansen mellom honorartakst og refusjonstakst. Fri prissetting i det private markedet vil dermed kunne gi pasientene varierende grad av egenbetaling. Tabellene i vedlegg B gir en oversikt over noen av de viktigste takstene, og endringer i perioden 2015-2016.

Utgifter til tannhelserefusjoner fra folketrygden

Figur 3.2 viser utviklingen i samla utgifter til tannhelserefusjoner fra 2007-2016. I 2016 ble det totalt utbetalt omtrent 2,3 milliarder kroner i tannhelserefusjoner. Det er en økning på om lag 1,5 milliarder siden 2007. I perioden frem til 2014 var den gjennomsnittlige tilveksten omtrent 200 millioner kroner per år, som tilsvarer en gjennomsnittlig vekst på 15 prosent i året. I perioden 2014-2016 har imidlertid både absolutt og relativ vekst avtatt. Særlig gjelder dette fra 2015 til 2016, da økningen i samla utgifter bare var på 11 millioner, eller 0,5 prosent. Fra 2014 til 2015 var tilveksten på 157 millioner, 7,2 prosent.

Figur 3.2 Samla utgifter til tannhelseerfusjoner. 2007-2016

Kilde: Prop.1S for budsjettårene 2010-2018, Helse- og omsorgsdepartementet.

I befolkningen sett under ett, er de to store utgiftsområdene tannregulering/kjeve-ortopedi (innslagspunkt 8) og periodontitt (innslagspunkt 6). Samlet utgjorde disse områdene 53 prosent av utbetalingene i 2016, som vist i tabell 3.2. Siden de fleste som får tannregulering er i aldersgruppen 12-17 år, er det innslagspunkt 6 som er det klart største i den voksne befolkningen (Helsedirektoratet, 2014). I den voksne befolkningen utgjorde utbetalingene til dette innslagspunktet omtrent 35 prosent av de samla utbetalingene i 2016.

Tabell 3.2 Samla utgifter til tannhelseerfusjoner for voksne 21 år og eldre og samla utgifter i hele befolkningen etter innslagspunkt, samt fordeling av pasienter. 2014-2016

Innslagspunkt	2014			2016		
	Fordeling pasienter 21 år og eldre	Fordeling av beløp 21 år og eldre	Fordeling av beløp i alt	Fordeling pasienter 21 år og eldre	Fordeling av beløp 21 år og eldre	Fordeling av beløp i alt
Punkt 1	1,3	2,2	1,8	1,5	3,1	2,2
Punkt 2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3
Punkt 3	0,4	1,0	0,7	0,4	0,9	0,7
Punkt 4	2,8	5,4	3,8	2,8	5,4	3,9
Punkt 5	27,5	11,4	8,9	26,2	11,3	9,3
Punkt 6	47,7	37,6	27,0	47,4	35,5	26,2
Punkt 7	1,3	3,5	2,7	1,2	3,0	2,4
Punkt 8	1,7	1,2	28,6	1,7	1,2	26,7
Punkt 9	7,8	12,1	8,5	8,5	11,6	8,4
Punkt 10	5,0	8,8	6,1	5,2	8,8	6,3
Punkt 11	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Punkt 12	0,8	1,9	1,4	0,7	1,7	1,2
Punkt 13	1,4	2,7	2,0	1,3	2,5	1,8
Punkt 14	1,7	7,5	5,3	2,5	11,1	8,1
Punkt 15	0,4	4,5	3,1	0,3	3,6	2,6
Punkt 16	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

At økningen i samla utgifter har avtatt i årene 2014-2016, skyldes i stor grad at utbetalingene til det største innslagspunktet har avtatt. I praksis er innslagspunkt 6 (periodontitt) delt i to: 6a, som er selve behandlingen av marginal periodontitt og periimplantitt, og 6b, som er den nødvendige rehabilitering av tapte tenner som følge av omfattende periodontitt med reduksjon av tannfeste. De siste årene har behandling av marginal periodontitt vært like mye brukt som erstatning av tapte tenner. Behandling av marginal periodontitt er mer forbyggende, og tar sikte på å oppnå kontroll over tilstanden. I tillegg er de vanligste takstene knyttet til disse innslagspunktene reduserte. Dette gir utslag i samla utbetalinger.

Samtidig som totale utgifter har avtatt i perioden 2014 til 2016, var det fortsatt vekst i antall pasienter. Når antall pasienter økte mer enn samla utgifter mellom årene, gikk det gjennomsnittlige refusjonsbeløpet per pasient ned. Tabell A1 i vedlegg A gjengir et utvalg av de viktigste nivå- og endringstallene for utviklingen i tannhelserefusjoner i perioden 2014-2016.

Forklaringer til endringer i bruken av refusjoner i perioden 2014-2016

I perioden 2014-2016 har altså antall pasienter som mottar refusjoner fortsatt å øke, mens veksten i utgifter har avtatt. Det er vanskelig å forklare dette bare med årlige endringer i befolkningens sammensetning. Utviklingen skyldes trolig et samspill av endringer i pasientpopulasjonen, i regelverket for ordningen og i tannhelsepersonellens bruk av ordningen:

- Kjennetegn ved pasientene:
 - Den generelle utviklingen i befolkningens tannhelse
 - Behandlingshistorikk for noen pasientgrupper
- Regelverket for refusjonsordningen:
 - Endringer i takstbeløp
 - Endringer i regelverk for bruk av takstene:
 - Kombinasjoner av takster, fullt honorar versus refusjon
 - Kontroll og dokumentasjonskrav for bruk av enkelttakster
- Personellens bruk av ordningen:
 - Personellens kjennskap til ordningen
 - Forenkling av rutiner for bruk av ordningen
 - Tannlegenes tolkning av regelverk

Det er nærliggende å forklare nedgangen i de gjennomsnittlige refusjonsbeløpene med den generelle bedringen i befolkningens tannhelse (SSB 2017). Selv om utviklingen går langsomt, vil hvert kull av 21-åringer som kommer inn i populasjonen av voksne brukere av tannhelsetjenesten, ha bedre tannstatus enn de foregående. For hvert år er det også en høyere andel eldre uten tap av egne tenner og med gjenstående friske tenner. I tillegg kan det tenkes at det gjennomsnittlige behandlingsbehovet i delen av befolkningen som får refusjoner har gått noe ned. En økende andel kan allerede ha gjennomgått store restaureringer i tannsettet, og kan gå over i en mindre ressurskrevende vedlikeholdsfase. Blant annet kan dette gjelde for innslagspunkt 14.

En mulig effekt av endringer i regelverk og takster blir belyst i tabellene i vedlegg B, som gjengir en kartlegging av bruk av takster gjennom årene 2015-2016. Tabellen viser at sammensetningen av totalbeløp for enkelttakster endres ganske mye over tid. Endringen består både av en generell dreining mot rimeligere takster, og en nedgang i bruk av enkelttakster som har blitt særskilt kontrollert. Også konkrete reduksjoner i selve takstbeløpet for noen av takstene har bidratt til nedgang i samla utgifter.

Tabell C 1 i vedlegg C viser at det stadig er flere tannleger som bruker ordningen. Økningen i antall tannleger som sendte inn refusjonskrav var særlig stor mellom 2014 og 2015, da det var en samtidig nedgang i sysselsatte tannleger i privat sektor.

4. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter kjønn og alder?

Dette kapittelet presenterer mottakerne av tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen etter bakgrunnskjenntegnene alder og kjønn i 2016, samt utviklingen i perioden 2014-2016. Alder og kjønn er demografiske kjennetegn som kan påvirke variasjonen i mottak av tannhelserefusjoner i befolkningen, og som derfor kan gi informasjon om eventuelle forskjeller mellom mottakerne av tannhelserefusjoner og den øvrige befolkningen.

Tannhelserefusjonsordningen skal gi refusjon til personer etter behov, uavhengig av andre faktorer. Siden tannhelsen svekkes med alder, kan hvem som mottar refusjoner likevel variere med faktorer som kjønn og alder. I 2016 var det 482 788 personer i den voksne befolkningen som mottok tannhelserefusjoner. Disse utgjorde 12,1 prosent av hele den voksne befolkningen. 258 745 refusjonsmottakerne var kvinner (54 prosent), og 223 993 var menn (46 prosent). Tabell 4.1 viser hvordan andelen mottakere varierer etter kjønn og alder.

Tabell 4.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn og alder. Prosent. 2016¹

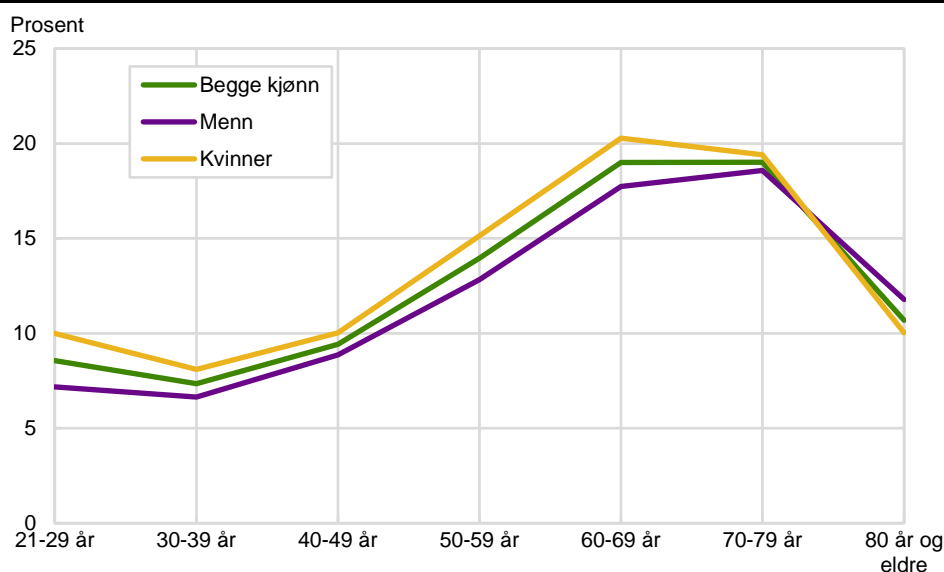
	Alle	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
Begge kjønn	12,1	8,6	7,3	9,4	14,0	19,0	19,0	10,7
Menn	11,2	7,2	6,6	8,9	12,8	17,7	18,6	11,8
Kvinner	13,0	10,0	8,1	10,0	15,1	20,3	19,4	10,0

¹ Refusjonskrav fra tannpleierne er inkludert i all omtale av resultater i denne rapporten, til forskjell fra den tilsvarende analysen som ble utført med datamaterialet fra 2014 i Ekomrud et al. (2015).

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå.

Tabell 4.1 viser at andelen refusjonsmottakere øker med alder frem til om lag 80 år, før den faller i den eldste aldersgruppa. De fleste refusjonsmottakerne, 63 prosent, er over 50 år. Det innebærer at de også er noe eldre enn den voksne befolkningen for øvrig, der kun 47 prosent var over 50 år i 2016. Figur 4.1 viser hvordan andelen refusjonsmottakere varierer med alder og kjønn.

Figur 4.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn og alder. 2016

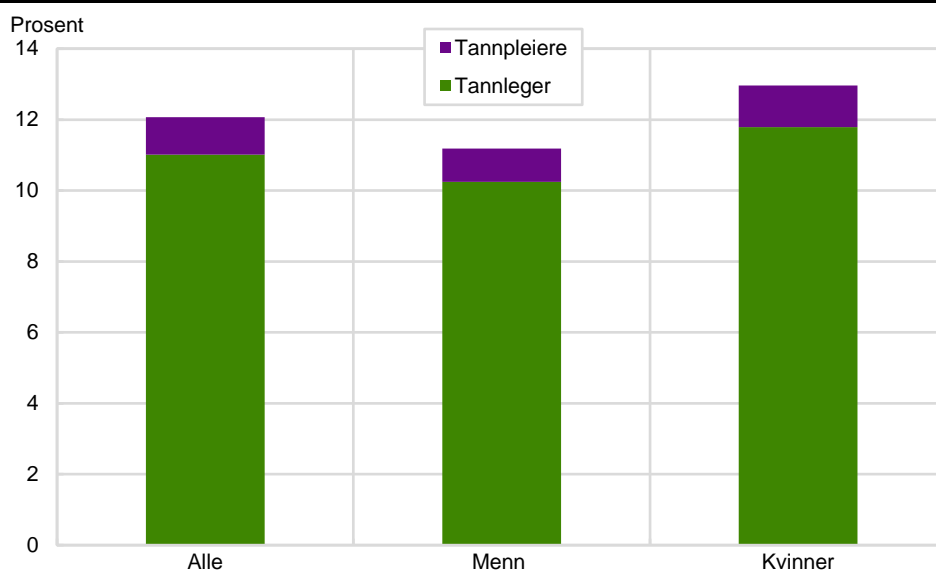


Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå.

At andelen refusjonsmottakere stort sett øker med alder, kan ses i sammenheng med alder og generell tannhelse. At tannhelsen svekkes med alder, henger sammen med at helsetilstanden generelt svekkes som følge av alderdom (Ekornrud og Jensen 2010a). Lavere bruk i den eldste aldersgruppa kan ha sammenheng med at mange i den eldre delen av befolkningen er institusjonsbeboere og hjemmetjenestemottakere, som har krav på gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Det er vanskelig å nøyaktig identifisere effekten av dette.

Refusjonsberettiget behandling kan utføres av både tannleger og tannpleiere, men det er tannlegene som utfører det meste av behandlingen. Refusjonskrav fra tannpleierne er inkludert i all omtale av resultater i denne rapporten, til forskjell fra den tilsvarende analysen som ble utført med datamaterialet fra 2014 i Ekornrud et al. (2015). Figur 4.2 viser andelen av behandling utført av tannleger og tannpleiere i 2016.

Figur 4.2 Fordeling av behandling utført av tannleger og tannpleiere i 2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå.

4.1. Periodontitt er største innslagspunkt i 2016

Tabell 4.2 viser hvordan andelen tannhelsesrefusjonsmottakere varierer etter kjønn, alder og innslagspunkt. Alder og ulikt behandlingsbehov i ulike aldersgrupper, ser ut til å være den viktigste årsaken til variasjonen i mottak av tannhelsesrefusjoner. Det betyr at refusjoner for de ulike innslagspunktene ser ut til å bli gitt til de aldersgruppene som naturlig har størst behov for det.

Den største andelen av refusjonsmottakerne, totalt 5,7 prosent, får refusjon for periodontitt (innslagspunkt 6). Andelen som får refusjon for periodontitt øker med alder fram til om lag 70 år. Dette kan i stor grad forklares med nettopp økende alder. Periodontitt er betennelse i tannkjøttet, så det er naturlig at eldre personer har mer behov for denne type behandling enn yngre personer. Marginal periodontitt behandles ofte mer forebyggende, der formålet er å få kontroll over tilstanden. Framskredet periodontitt fører til at tennenes feste til kjeven blir dårligere, og er den viktigste årsaken til tanntap etter 45-årsalderen (Skjørland og Espelid 2009). I slike tilfeller må løse eller tapte tenner erstattes, og behandlingen er dyrere og mer omfattende.

Tabell 4.2 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn, alder og innslagspunkt. Prosent.2016

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	12,07	8,56	7,35	9,42	13,95	19,00	19,01	10,69
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,19	0,12	0,15	0,19	0,23	0,26	0,22	0,09
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,05	0,01	0,02	0,03	0,05	0,09	0,10	0,06
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,34	0,05	0,10	0,22	0,41	0,70	0,77	0,41
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	3,16	5,31	3,30	2,66	2,65	2,75	2,63	1,71
Punkt 6 Periodontitt	5,72	0,62	1,91	3,92	7,87	12,00	11,72	5,70
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,15	0,29	0,22	0,16	0,09	0,07	0,04	0,01
Punkt 8 Bittanomalier	0,20	1,08	0,09	0,04	0,02	0,00	0,00	
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,03	0,31	0,68	1,21	1,41	1,47	1,42	0,66
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrhet)	0,62	0,10	0,23	0,40	0,64	1,07	1,45	1,48
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,11	0,09	0,10	0,10	0,07	0,03	0,01
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,16	0,23	0,16	0,14	0,14	0,14	0,14	0,11
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,31	0,29	0,36	0,32	0,29	0,26	0,31	0,29
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	-	0,00	0,01	0,03	0,08	0,15	0,13
Punkt 16 ¹	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
Menn								
I alt	11,19	7,18	6,64	8,86	12,83	17,74	18,58	11,78
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,13	0,09	0,11	0,13	0,15	0,18	0,15	0,08
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,02	0,03	0,01	0,01	0,01	0,02	0,03	0,01
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,05	0,01	0,02	0,03	0,06	0,10	0,12	0,08
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,37	0,05	0,11	0,24	0,44	0,76	0,87	0,59
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	2,87	4,28	2,92	2,42	2,49	2,69	2,61	1,98
Punkt 6 Periodontitt	5,17	0,56	1,74	3,64	6,88	10,69	11,12	6,05
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,10	0,21	0,14	0,10	0,06	0,05	0,03	0,01
Punkt 8 Bittanomalier	0,17	0,91	0,06	0,03	0,01	0,00	0,00	
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,32	0,32	0,80	1,49	1,79	1,97	1,99	1,08
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrhet)	0,39	0,06	0,14	0,23	0,38	0,68	0,94	1,19
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,12	0,14	0,12	0,14	0,13	0,11	0,06	0,02
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,17	0,28	0,17	0,13	0,14	0,14	0,13	0,09
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,27	0,22	0,27	0,25	0,25	0,25	0,35	0,40
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	-	0,00	0,01	0,03	0,08	0,16	0,15
Punkt 16 ¹	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04
Kvinner								
I alt	12,96	10,00	8,10	10,02	15,14	20,28	19,41	10,03
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,24	0,14	0,19	0,25	0,33	0,34	0,27	0,10
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,04	0,01	0,02	0,03	0,04	0,07	0,08	0,05
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,30	0,04	0,09	0,20	0,37	0,65	0,66	0,30
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	3,44	6,39	3,70	2,92	2,81	2,82	2,66	1,54
Punkt 6 Periodontitt	6,29	0,68	2,09	4,23	8,92	13,32	12,27	5,48
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,19	0,37	0,30	0,22	0,13	0,08	0,04	0,01
Punkt 8 Bittanomalier	0,24	1,26	0,13	0,05	0,02	0,00	0,00	
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,74	0,30	0,56	0,92	1,02	0,98	0,89	0,40
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrhet)	0,86	0,13	0,32	0,58	0,91	1,46	1,93	1,66
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,05	0,08	0,06	0,06	0,06	0,03	0,01	0,00
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,15	0,18	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,12
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,35	0,37	0,46	0,39	0,33	0,26	0,26	0,22
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	-	0,00	0,01	0,03	0,08	0,15	0,12
Punkt 16 ¹	0,02	0,03	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01

¹ innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå.

Den nest største andelen av refusjonsmottakerne får refusjon for sykdommer og anomalier i munn og kjeve (innslagspunkt 5), totalt 3,2 prosent. Andelen som får refusjon for innslagspunkt 5, er stort sett synkende med alder. Dette er naturlig i og med at innslagspunkt 5 blant annet omfatter fjerning av visdomstenner og behandling av dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur. Fjerning av visdomstenner blir oftest utført på personer mellom 20 og 35 år. Dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur er også en vanlig lidelse som oftest opptrer i 20-50 årsalderen (Galteland 2014). Det betyr at innslagspunkt 5 innebærer behandling av lidelser som må utbedres i relativt ung alder.

Alder ser også ut til å være en den viktigste forklaringen bak andelen som får refusjon etter innslagspunktene 3, 4, 10 og 15. Andelen som får refusjon for disse innslagspunktene er enten økende med alder, eller i hovedsak bare eksisterende i de eldste aldersgruppene. For eksempel er andelen som får refusjon for innslagspunkt 3 og innslagspunkt 10 (svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen ellers og hyposalivasjon/munntørighet), økende med alder. Omfattende munntørighet er svært nært knyttet til alder, og skyldes i hovedsak bruk av legemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). At de fleste refusjonsmottakerne for innslagspunkt 15 er i de eldste aldersgruppene, kan også forklares med økende alder. Dette innslagspunktet omfatter undersøkelse og behandling av personer med helt tannløs underkjeve som på grunn av slag, allmennsykdommer, anatomi eller andre forhold ikke kan bruke løstsittende protese. Dette er i hovedsak eldre personer.

Samla sett var det 0,31 prosent som fikk refusjon for innslagspunkt 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne). Andelen kvinner er litt høyere enn andelen menn, henholdsvis 0,35 prosent og 0,27 prosent. Samla sett varierer andelen mottakere en del med alder. Den høyeste andelen mottakere er i aldersgruppa 30-39 år, 0,36 prosent.

4.2. Utbetalte refusjonsbeløp i 2016

Tabell 4.3 viser samla utbetalte refusjonsbeløp til den voksne befolkningen i 2016. Totalt ble det utbetalt 1,6 milliarder kroner i tannhelserefusjoner. Kvinner fikk utbetalt mest, totalt 843 millioner. Dette kan ses i sammenheng med at det også var flest kvinnelige refusjonsmottakerne. Menn fikk samla utbetalt 790 millioner kroner. Ellers øker samla refusjonsbeløp med alder frem til i de to eldste aldersgruppene, i samsvar med andelen refusjonsmottakere i ulike aldersgrupper.

Tabell 4.3 Samla utbetalte refusjonsbeløp i befolkningen 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Millioner kroner. 2016

	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	1 633,741	138,474	160,923	231,688	322,089	402,768	276,921	100,879
Menn	790,284	60,843	75,101	115,137	159,456	199,936	135,634	44,177
Kvinner	843,457	77,630	85,822	116,552	162,633	202,831	141,287	56,702

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Det innslagspunktet det ble utbetalt klart mest til, er periodontitt (innslagspunkt 6), med 579,8 millioner kroner i 2016. Deretter kommer utbetalingene til innslagspunktene 9, 5 og 14, der samla utbetalinger er nokså like store, henholdsvis 189,9 millioner, 184,4 millioner og 181,8 millioner.

Tabell 4.4 viser gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp per behandla pasient etter kjønn og alder. Gjennomsnittlige refusjonsbeløp kan gi en indikasjon på behandlingsbehovet i de ulike aldersgruppene. Gjennomsnittlige refusjonsbeløp per behandla pasient var 3 384 kroner samla sett. En mann fikk i gjennomsnitt utbetalt 3 528 kroner, mens en kvinne i gjennomsnitt fikk utbetalt 3 260 kroner. Forskjellen mellom gjennomsnittlige refusjonsbeløp for menn og kvinner, er større i de eldre aldersgruppene enn i de yngre aldersgruppene.

Tabell 4.4 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Kroner. 2016

	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	3 384	2 475	3 081	3 289	3 418	3 673	3 743	3 846
Menn	3 528	2 534	3 079	3 374	3 586	3 890	3 918	4 020
Kvinner	3 260	2 430	3 082	3 209	3 267	3 481	3 589	3 721

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.5 viser gjennomsnittlige utbetalte beløp per behandla pasient fordelt etter alder og innslagspunkt. Det er stor variasjon i gjennomsnittlige utbetalte beløp per behandla pasient mellom de ulike innslagspunktene. De gjennomsnittlige beløpene er størst for innslagspunkt 15 (helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven), med 35 929 kroner. Lavest er de gjennomsnittlige utbetalte beløpene for innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve), med 1 460 kroner.

Tabell 4.5 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter alder og innslagspunkt. Kroner. 2016

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	3 384	2 475	3 081	3 289	3 418	3 673	3 743	3 846
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	6 753	4 589	5 789	6 231	6 862	7 961	8 131	8 058
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	6 445	3 780	6 671	5 824	10 550	6 650	7 538	5 548
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	8 343	5 268	5 940	7 723	7 341	9 696	9 372	8 187
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	6 539	4 597	5 940	6 016	6 502	6 953	6 675	6 433
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	1 460	1 482	1 409	1 427	1 469	1 507	1 489	1 434
Punkt 6 Periodontitt	2 532	1 529	1 731	2 130	2 518	2 809	2 697	2 593
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	8 503	7 628	7 220	8 273	10 541	12 596	15 262	12 967
Punkt 8 Bittanomalier	2 399	2 043	4 781	4 334	4 837	6 652	5 818	-
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	4 618	2 998	3 612	4 221	4 701	5 448	5 271	4 804
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrethet)	5 776	5 042	5 253	5 379	5 656	6 010	6 064	5 759
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	5 655	3 500	7 750	3 808	5 326	4 981	9 250	6 500
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	8 200	4 804	6 390	7 581	9 728	13 719	14 897	15 450
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	6 370	4 592	5 712	6 461	7 127	7 642	8 477	7 733
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	14 883	13 872	15 855	16 835	17 255	14 408	11 210	8 204
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	35 929	-	31 143	35 863	34 887	35 925	36 861	35 037
Punkt 16*	719	194	212	316	338	452	1 471	4 529

* innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.6 viser median utbetalt refusjonsbeløp etter kjønn og alder. Når alle utbetalte refusjonsbeløp rangeres i rekkefølge etter størrelse, er medianbeløpet det midterste utbetalte beløpet. Medianbeløpet avviker fra gjennomsnittsbeløpet hvis det er mange høye eller lave beløp som trekker opp eller ned. Samla sett var median utbetalt refusjonsbeløp 1 410 kroner i 2016. Det er lite variasjon i medianbeløpene. De fleste aldersgrupper har en median lik medianen samla sett.

Tabell 4.6 Median utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Kroner. 2016

	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	1 410	1 425	1 425	1 420	1 410	1 410	1 405	1 410
Menn	1 410	1 420	1 410	1 410	1 415	1 415	1 410	1 425
Kvinner	1 410	1 450	1 460	1 420	1 410	1 410	1 375	1 385

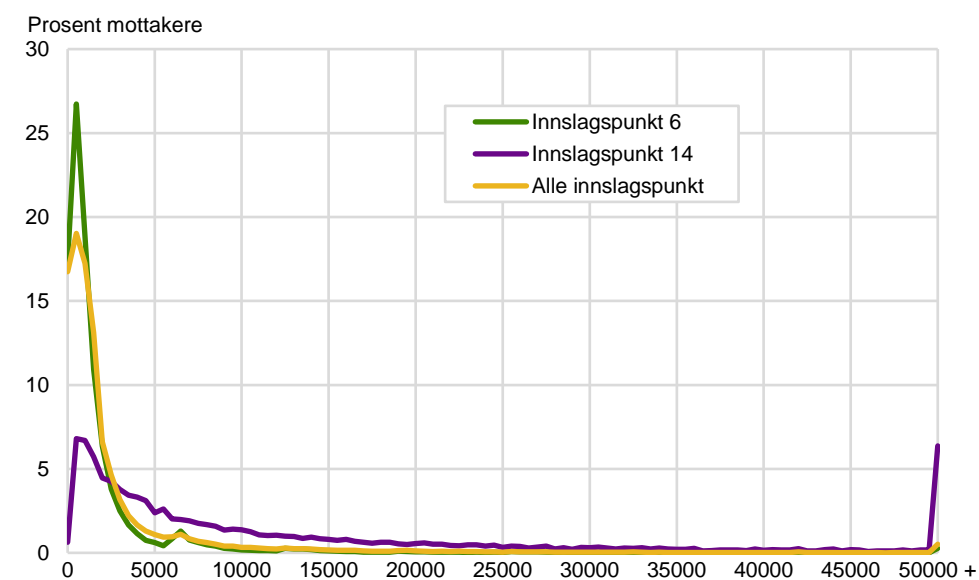
Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Figur 4.3 viser fordelingen av andel refusjonsmottakere etter utbetalte beløp i 2016. Beløpene er delt inn i 500-kronersintervaller opp til 50 000 kroner eller mer. Som vist i tabell 3.1, dekker tannhelse refusjonene en lang rekke ulike behandlingstyper, fra enkle undersøkelser og forebyggende behandling til omfattende erstatninger av tanntap. For noen innslagspunkt, for eksempel innslagspunkt 15, innebærer selve kriteriet at det foreligger nærmere definerte restaureringsbehov, som utløser høye refusjonsbeløp. Derfor er det som forventet stor spredning i refusjonsbeløpene som

hver av pasientene utløste gjennom året. Når vi ser på hele fordelingen av pasientenes refusjonsbeløp, har de fleste pasientene, drøyt 50 prosent, utbetalinger mellom 0 og 1 500 kroner. En tredjedel av pasientene hadde refusjonsbeløp mellom 1500 og 5000 kroner, mens de resterende 14-15 prosent av pasientene fikk utbetalt beløp mellom 5000 kroner og et par hundre tusen kroner. Når alle 2 500 personer med beløp over 50 000 kroner samles i en gruppe, utgjorde de 0,52 prosent av alle pasientene i 2016.

I tillegg til fordelingen av beløp for alle innslagspunkt, viser figur 4.3 fordelingene av beløp per person som har fått refusjon for innslagspunkt 6 og 14. For innslagspunkt 6 var andelen pasienter med små refusjonsbeløp større enn samla sett. Pasientene med innslagspunkt 14 hadde derimot en fordeling med en betydelig høyere andel over 10 000 kroner, og atskillig større andel med beløp på 50 000 kroner eller mer. For øvrig er ingen pasienter med innslagspunkt 15 i de laveste beløpskategoriene (ikke vist i figuren).

Figur 4.3 Andel refusjonsmottakere etter samla utbetalte beløp i befolkningen 21 år og eldre. Kroner. 2016

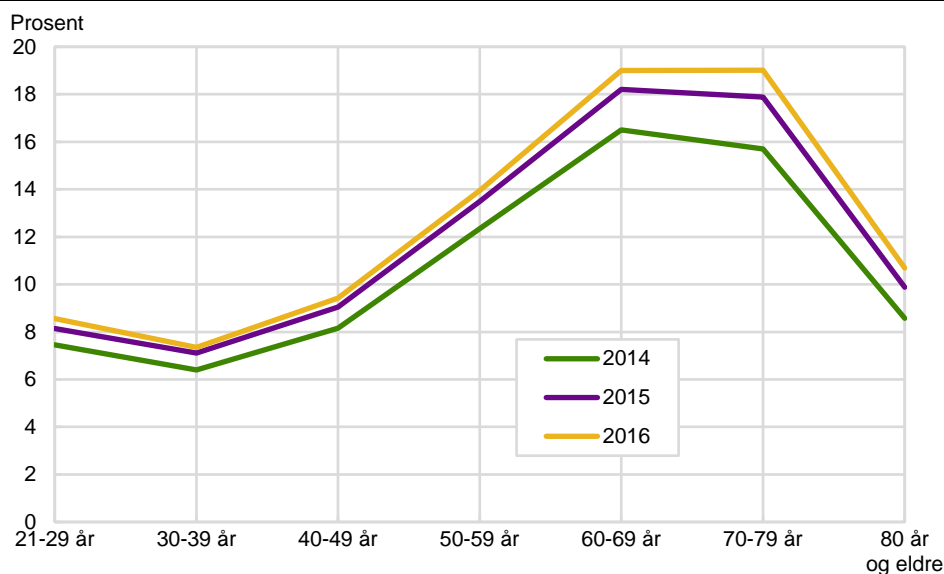


Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

4.3. Utviklingen i andel refusjonsmottakere 2014-2016

Andelen mottakere av tannhelserefusjoner har økt i perioden 2014-2016. I 2014 var det 10,3 prosent av befolkningen som fikk tannhelserefusjon, og i 2015 var det 11,5 prosent. I 2016 hadde andelen økt 12,1 prosent av befolkningen. Andelen har økt fordi antall mottakere har økt mer enn den samla voksne befolkningen i perioden. Figur 4.4 viser utviklingen i andelen mottakere etter alder i perioden 2014-2016.

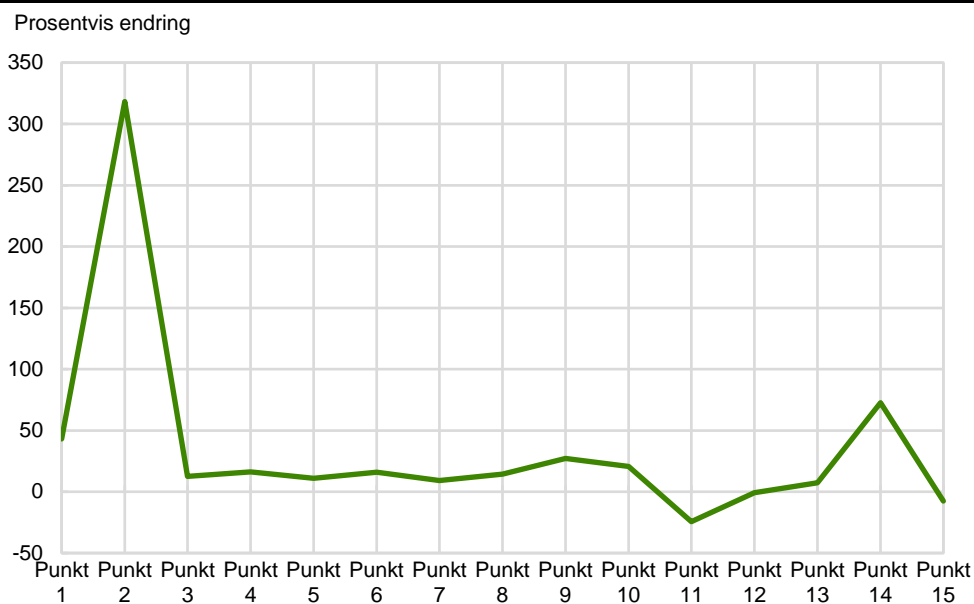
Figur 4.4 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder. 2014-2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Figur 4.5 viser utviklingen i andel mottakere etter innslagspunkt. Andelen mottakere har økt med 10-20 prosent for de fleste innslagspunktene. For andre innslagspunkt har andelen mottakere økt mer. Andelen mottakere for leppe-kjeve-ganespalte (innslagspunkt 2) og sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne (innslagspunkt 14) har økt henholdsvis 318 prosent og 73 prosent. Det meste av denne økningen skjedde mellom 2014 og 2015. Det er få personer som har leppe-kjeve-ganespalte, så små endringer i antall mottakere gjør stort utslag. Antall mottakere i denne gruppa økte fra 130 personer i 2014, til 341 personer i 2015 og 557 personer i 2016. Gruppen som mottok refusjon for innslagspunkt 14 utgjorde 6 908 personer i 2014, 10 176 personer i 2015 og 12 218 personer i 2016.

Figur 4.5 Prosentvis endring i andelen personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter innslagspunkt. 2014-2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

4.4. Utviklingen i utbetalte refusjonsbeløp 2014-2016

Tabell 4.7 viser utviklingen i samla utbetalte refusjonsbeløp i den voksne befolkningen i perioden 2014-2016. Samla utbetalte refusjonsbeløp har økt fra 1,46 milliarder i 2014, til 1,59 milliarder i 2015 og 1,63 milliarder i 2016. Det meste av økningen i samla beløp skjedde altså mellom 2014 og 2015. Mellom 2015 og 2016 har det kun vært en liten økning, også når man ser på økningen i samla beløp for hvert av innslagspunktene. At økningen i samla beløp har avtatt i perioden, skyldes i stor grad at økningen i de samla utbetalingene knyttet til innslagspunkt 6 har avtatt. Utbetalingene til innslagspunkt 6a har økt i perioden (7,9 prosent fra 2014 til 2015, og 10,4 prosent fra 2015 til 2016), mens utbetalingene til innslagspunkt 6b er redusert i perioden (3 prosent fra 2014 til 2015, og ytterligere 3 prosent fra 2015 til 2016). Dette har påvirket de samla utbetalingene, og bidratt til redusert vekst i perioden.

Tabell 4.7 viser også utviklingen i gjennomsnittlige utbetalte beløp per behandla pasient i perioden 2014-2016. Gjennomsnittlige utbetalte beløp er redusert i perioden. I 2014 var gjennomsnittlige utbetalte beløp per behandla pasient 3 621 kroner, i 2015 var det 3 513 kroner og i 2016 var det 3 384 kroner samla sett.

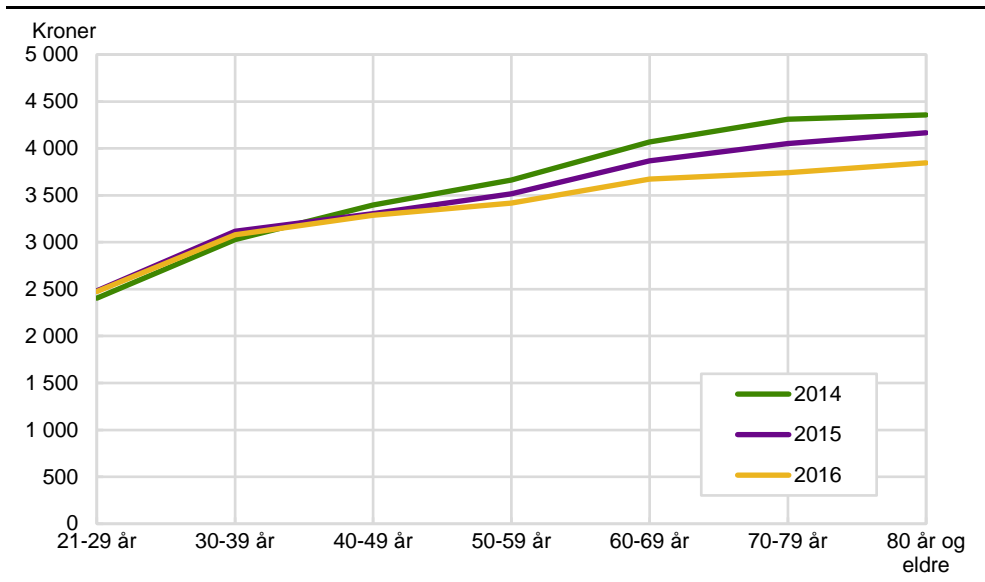
Tabell 4.7 Samla utgifter utbetalt til tannhelserefusjoner i befolkningen 21 år og eldre (millioner kroner), antall voksne mottakere og gjennomsnittlig utbetalt beløp per pasient. 2014-2016

	2014	Prosentvis endring 2014-2015	2015	Prosentvis endring 2015-2016	2016
Samlet antall behandlede pasienter med refusjon	403 891	12,6	454 881	6,1	482 788
Samlet refusjonsbeløp (tannleger og tannpleiere)	1 462,6	9,3	1 598,1	2,2	1 633,7
Gjennomsnittsbeløp per pasient	3 621	-3,0	3 513	-3,7	3 384
Medianbeløp per pasient	1 450	-2,8	1 410	0	1 410

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Reduksjonen i gjennomsnittlige beløp har skjedd i aldersgruppene over 50 år. I de yngre aldersgruppene er gjennomsnittlige beløp omtrent de samme i de tre årene, som vist i figur 4.6.

Figur 4.6 Gjennomsnittlig utbetalt beløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter alder. 2014-2016

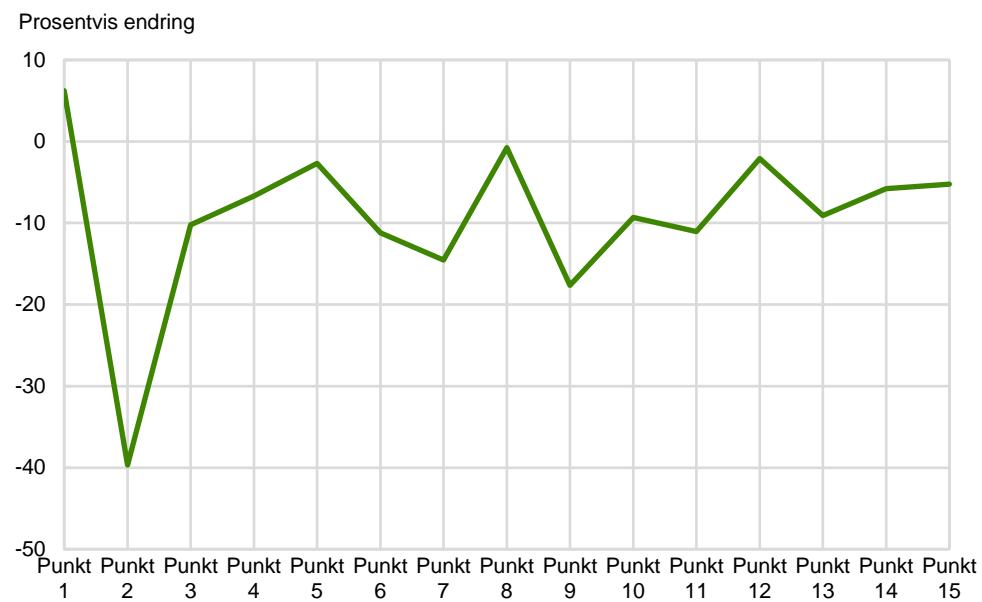


Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Figur 4.7 viser prosentvis endring i gjennomsnittlige utbetalte beløp per behandla pasient for hvert av innslagspunktene. Gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp har endret seg mye i perioden, og er stort sett redusert for alle innslagspunktene. Reduksjonen er størst for leppe-kjeve-ganespalte (innslagspunkt 2), 40 prosent, fra

10 685 i 2014 til 6 445 i 2016. Reduksjonen i gjennomsnittlige utgifter utbetalt til patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon (innslagspunkt 9) er nest størst, 18 prosent, fra 5 607 i 2014 til 4 618 i 2016. For innslagspunkt 14, der økningen i andelen mottakere var høy, var gjennomsnittlige beløp redusert med 6 prosent.

Figur 4.7 Prosentvis endring i gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter innslagspunkt. 2014-2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Utbetalte medianbeløp er redusert med 20 kroner i perioden 2014-2016, fra 1 430 kroner i 2014 til 1 410 kroner i 2016. I alle årene er det lite variasjon mellom utbetalte medianbeløp i ulike aldersgrupper. Utviklingen i fordelingen av utbetalte refusjonsbeløp viser at pasientgruppen som mottar beløp over 50 000 kroner, er redusert fra 0,64 prosent i 2014 til 0,52 prosent i 2016. Tilsvarende steg andelen med de laveste beløpene svakt. Dette er i tråd med de synkende median- og gjennomsnittstallene i perioden 2014-2016.

4.5. Oppsummering

Formålet med dette kapitlet har vært å presentere voksne mottakere av refusjoner for behandling hos tannlege og tannpleier etter alder og kjønn i 2016, samt utviklingen i perioden 2014-2016.

Resultatene viser at det har vært en økning i både antallet og andelen refusjonsmottakere i perioden 2014-2016. I 2014 var det 403 891 refusjonsmottakere, som utgjorde 10,3 prosent av den voksne befolkningen. I 2016 var det 482 738 personer som mottok refusjoner, eller 12,1 prosent av den voksne befolkningen. Fordelt etter kjønn er andelen mottakere større blant kvinner enn menn i hele perioden.

Det har også vært en økning i totale utbetalte beløp, og en reduksjon i gjennomsnittlig utbetalte beløp per behandla pasient i perioden 2014-2016. Samla sett ble det i 2014 utbetalt 1,46 milliarder kroner i refusjoner, mens det i 2016 ble utbetalt 1,63 milliarder kroner. Gjennomsnittlig utbetalte beløp per behandla pasient totalt var 3621 kroner i 2014, mens tilsvarende tall var 3 384 kroner i 2016. Samla ble det utbetalt noe mer til kvinner enn menn, samtidig er de gjennomsnittlig utbetalte beløp per behandla pasient høyere blant menn enn kvinner i hele perioden.

De største innslagspunktene forblir størst gjennom hele perioden 2014-2016. De tre største innslagspunktene, målt etter totalt utbetalte beløp og antall mottakere, var periodontitt (innslagspunkt 6), patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon (innslagspunkt 9) og sykdommer og anomalier i munn og kjeve (innslagspunkt 5). Andelen mottakere har økt for alle de tre innslagspunktene, samtidig som de gjennomsnittlige utbetalte beløpene per behandla pasient er redusert mellom 2014 og 2016. Den samme tendensen er i all hovedsak gjeldende for alle innslagspunkt. En av hovedårsakene til at det gjennomsnittlige beløpet har gått ned er en reduksjon i beløpene knyttet til de mest brukte takstene for sentrale innslagspunkt.

Alder og tjenestebehov ser ut til å være viktig for hvordan andelen refusjonsmottakere varierer seg i alt og etter de ulike innslagspunktene i hele perioden 2014-2016. Andelen som mottar refusjoner i alt øker med alder fram til fylte 80 år, for så å synke i 2016. Dette er en forskyvning mot høyre fra 2014 hvor andelen mottakere bare økte fram til fylte 70 år, for så å synke. En forklaring på dette er at den eldre delen av befolkningen blir stadig friskere og følgelig eldre før de havner på sykehjem. Beboere på sykehjem har krav på gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten og er ikke omfattet av refusjonsordningen.

Fordelt etter de ulike innslagspunktene ser det ut til at andelen som mottar refusjon varierer med hvilke aldersgrupper som har størst behandlingsbehov. For innslagspunkt 6 (periodontitt) øker andelen refusjonsmottakere med alder, mens for innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i kjeve og munn) er det i de yngste aldersgruppene at andelen mottakere er størst. For innslagspunkt 6 øker andelen refusjonsmottakere med alder fram til 70 år, for så å flate ut i aldersgruppen 70-79 år. Dette er en endring fra 2014 hvor andelen mottakere sank tydeligere i aldersgruppen 70-79 år.

Siden det ikke finnes opplysninger i den studerte populasjonen om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester fordelt etter alder og kjønn, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner etter ulike aldersgrupper samsvarer med det faktiske behovet i de ulike gruppene.

5. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter utdanning?

Dette kapitlet presenterer mottakerne av tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen etter utdanningsnivå i 2016, samt utviklingen i perioden 2014-2016. Utdanningsnivå kan påvirke variasjonen i mottak av tannhelserefusjoner, og kan derfor gi informasjon om eventuelle forskjeller mellom mottakerne av tannhelserefusjoner og befolkningen for øvrig.

Utdanning blir gjerne oppfattet som den mest robuste forklaringsfaktoren bak sosiale forskjeller i helse (Siegrist og Marmot 2006). De fleste gjør seg ferdig med utdanning i ung alder, og utdanningsnivå blir derfor ikke påvirket av eventuelle helseproblemer senere i livet. Studiene av sosiale forskjeller i helse viser i all hovedsak at personer med høyere utdanning har bedre helse enn de med lavere utdanning (Krokstad m. fl. 2002). Dette gjelder også for tannhelse. Personer med høy utdanning har bedre egenvurdert tannhelse enn personer med lavere utdanning. I tillegg går personer med høy utdanning oftere til tannlege og har et lavere udekt behov for tannhelsetjenester enn personer med lavere utdanning (Ekornrud & Jensen 2010a og 2010b og Ekornrud & Skjøstad 2016). Kontakt med tannlege er nødvendig for å få avdekt sykdommer, starte behandling, og eventuelt få dekt hele eller deler av beløpet i form av refusjoner over folketrygden. Utdanningsnivå kan derfor være med på å forklare eventuelle forskjeller mellom mottakere av tannhelserefusjoner.

Det ble i 2016 utbetalt 1,63 milliarder i tannhelserefusjoner til voksne personer 21 år og eldre. Personer med videregående skole fikk utbetalt 701 millioner kroner, personer med grunnskole fikk utbetalt 454 millioner kroner, og personer med universitets- og høyskoleutdanning fikk 399 millioner kroner. Gjennomsnittlig utbetalt beløp per behandla pasient var høyest for personer med grunnskole, og lavest for personer med universitets- og høyskoleutdanning, henholdsvis 4 271 kroner og 2 870 kroner.

5.1. Personer med lavere utdanning mottar mest tannhelserefusjoner

Tabell 5.1 viser hvordan andelen voksne mottakere av tannhelserefusjoner varierer med kjønn og utdanningsnivå. Tabellen viser at andelen refusjonsmottakere er høyest blant personer med videregående skole, og lavest blant personer med universitets- og høyskoleutdanning. Mens 13,6 prosent av personer med videregående skole mottok tannhelserefusjoner, var den tilsvarende andelen 10,9 prosent blant personer med universitets- og høyskoleutdanning. Den aller laveste andelen som mottar tannhelserefusjoner har uoppgitt utdanning. Dette gjelder for både kvinner og menn. I denne gruppa utgjør innvandrere en stor del. Denne gruppen har et underforbruk av helsetjenester sammenlignet med resten av befolkningen (Blom 2008). Det er grunn til å tro at dette også gjelder for bruken av tannlegetjenester.

Tabell 5.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn og utdanningsnivå. Prosent. 2016

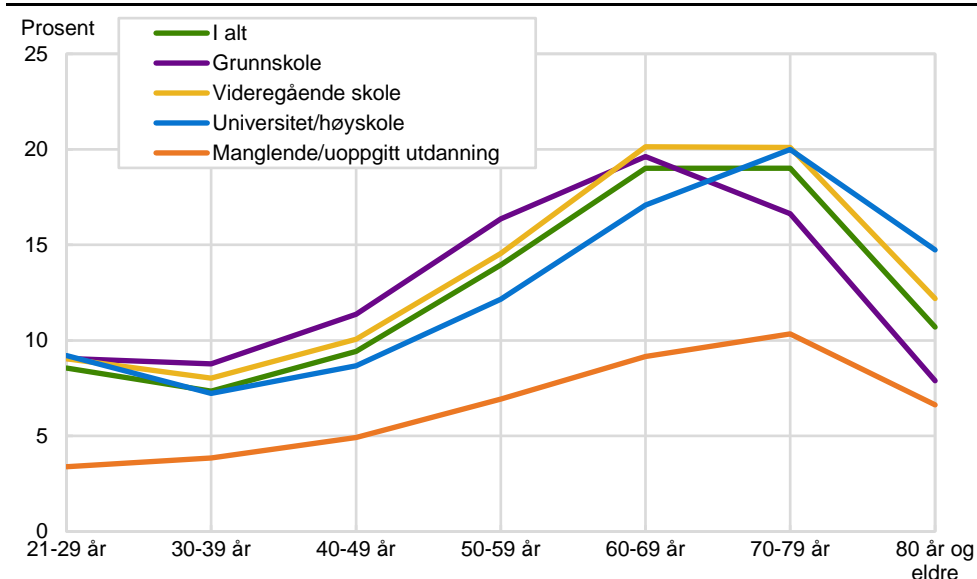
	I alt	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/høyskole	Manglende/uoppgitt utdanning
Begge kjønn	12,1	12,8	13,6	10,9	4,5
Menn	11,2	11,5	12,4	10,6	3,8
Kvinner	13,0	14,2	15,0	11,2	5,5

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Andelen som mottar tannhelserefusjoner er høyest blant de med videregående skole og grunnskole både for kvinner og menn. Samtidig er andelen som mottar tannhelserefusjoner jevnt over høyere for kvinner enn menn på alle utdanningsnivå. Mens 14,2 prosent av kvinner med grunnskole fikk tannhelserefusjon, var tilsvarende tall 11,5 prosent for menn. Blant de med videregående skole var andelen kvinner som mottok refusjon 15, mens tilsvarende tall for menn var 12,4 prosent. Det er i gruppa med universitets- og høyskoleutdanning at forskjellen mellom kvinner og menn er minst. Mens det var 11,2 prosent kvinner med universitets- og høyskoleutdanning som mottok tannhelserefusjoner, var tilsvarende tall 10,6 prosent for menn.

Figur 5.1 viser hvordan andelen personer som mottar tannhelserefusjoner varierer etter alder og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen som mottar tannhelse-refusjoner stort sett følger de samme alderstrendene for alle utdanningsgruppene. Samtidig er det store forskjeller i aldersfordelingen av refusjonsmottakere blant de med grunnskole og de med universitets- og høyskoleutdanning. Mens andelen som mottar refusjoner reduseres for alle utdanningsnivå fra aldersgruppene 21-29 år til 30-39 år, øker andelen mottakere fra 40-49 år til 50-59 år for alle utdanningsgrupper. Andelen refusjonsmottakere fortsetter å øke i aldersgruppen 60-69 år for alle utdanningsgrupper bortsett fra grunnskole, som da starter å falle. Fra 70 år er andelen refusjonsmottakere fallende i alle utdanningsgruppene, bortsett fra universitets- og høyskoleutdanning som stiger også i denne aldersgruppen. Andelen refusjonsmottakere med universitets- og høyskoleutdanning er først fallende i aldersgruppen 80 år og eldre.

Figur 5.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder og utdanningsnivå. 2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Variasjonen i andelen tannhelserefusjonsmottakere etter alder og utdanningsnivå, tyder på at alder er mer styrende for utbetalte refusjoner enn utdanningsnivå. Samtidig ser man klare forskjeller i alderstrendene mellom personer med ulikt utdanningsnivå. Alderstrenden er forskjøvet mot høyre for personer med universitets- og høyskoleutdanning sammenlignet med de med grunnskole.

Mens andelen refusjonsmottakere med grunnskole er fallende fra aldersgruppen 60-69 år, er den først fallende i aldersgruppen over 80 år blant personer med universitets- og høyskoleutdanning. En av forklaringene på dette kan være at personer med grunnskole går over i prioriterte grupper på grunn av dårligere helse

tidligere enn personer med høyere utdanning. Det betyr at en høyere andel eldre med grunnskole ikke omfattes av refusjonsordningen sammenlignet med de med høyere utdanning. For personer med universitets- og høyskoleutdanning er forklaringen motsatt. På grunn av bedre helse vil de senere komme over i prioriterte grupper, og en større andel eldre i denne utdanningsgruppa vil derfor være omfattet av refusjonsordningen sammenlignet med de med lavere utdanning.

5.2. Periodontitt er største innslagspunkt på alle utdanningsnivå i 2016

Tabell 5.2 viser hvordan andelen mottakere av tannhelserefusjoner i 2016 varierer etter innslagspunkt og fordeler seg etter utdanningsnivå. Tabellen viser at det er mest vanlig å motta refusjon for innslagspunkt 6 (periodontitt), innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) og innslagspunkt 9 (patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon), både i befolkningen i alt og for alle utdanningsnivå. Ellers varierer fordelingen av refusjonsmottakere etter ulike utdanningsnivå for de ulike innslagspunktene. Dette må ses i sammenheng med bakenforliggende faktorer som for eksempel hvilke aldersprofiler de ulike innslagspunktene har uavhengig av utdanningsnivå.

Tabell 5.2 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. Prosent. 2016

Innslagspunkt	I alt	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/høyskole	Manglende/uoppgitt utdanning
Alle	12,07	12,84	13,59	10,91	4,54
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,19	0,20	0,20	0,18	0,02
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,05	0,05	0,05	0,04	0,02
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,34	0,36	0,40	0,29	0,10
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	3,16	2,69	3,12	3,74	1,57
Punkt 6 Periodontitt	5,72	6,54	6,84	4,41	2,22
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,15	0,11	0,13	0,20	0,08
Punkt 8 Bittanomalier	0,20	0,22	0,24	0,18	0,07
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,03	0,86	1,20	1,05	0,18
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørhet)	0,62	0,89	0,77	0,37	0,08
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,00	0,00	0,01	0,00	.
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,07	0,10	0,07	0,02
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,16	0,14	0,16	0,18	0,06
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsett funksjonsevne	0,31	0,59	0,30	0,16	0,09
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	0,09	0,04	0,01	0,02
Punkt 16 ¹	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01

¹ innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

For innslagspunkt 6 (periodontitt) mottok 5,72 prosent av den voksne befolkningen 21 år og eldre refusjon. Andelen var høyest blant personer med videregående skole og lavest blant personer med universitets- og høyskoleutdanning, henholdsvis 6,84 prosent og 4,41 prosent. At andelen som mottar refusjoner for periodontitt er høyest blant personer i de laveste utdanningsgruppene, kan til dels forklares med at behovet for behandling knyttet til denne sykdommen øker med alder. I de eldste aldersgruppene er det et relativt lavere utdanningsnivå sammenlignet med i de yngre aldersgruppene.

For innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) var det i alt 3,16 prosent som mottok refusjoner. Andelen refusjonsmottakere var høyest blant personer med universitets- og høyskoleutdanning, 3,74 prosent, og lavest blant personer med grunnskole, 2,69 prosent. At andelen som mottar refusjoner for sykdommer og anomalier i munn og kjeve er størst blant de med universitets- og høyskoleutdanning, kan til dels forklares med at det er flest personer i aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år som mottar refusjon for dette innslagspunktet.

Andelen med høy utdanning er forholdsvis større i disse to gruppene enn i eldre aldersgrupper.

For innslagspunkt 9 (patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon) var det i alt 1,03 prosent som mottok refusjoner i den voksne befolkningen. Andelen var høyest blant personer med videregående skole, 1,2 prosent, og lavest blant personer med grunnskole, der andelen var 0,86 prosent.

Den største andelen som får refusjon etter innslagspunkt 14 (personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller nedsett funksjonsevne), innslagspunkt 15 (helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven innslagspunkt) og innslagspunkt 10 (munntørrhet), har grunnskoleutdanning. Refusjonsmottakere etter innslagspunkt 7 (tannutviklingsforstyrrelser) og innslagspunkt 13 (tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade) fordeler seg motsatt. Her er andelen som mottar tannhelserefusjoner høyest blant personer med universitets- og høgskoleutdanning.

Det kan for øvrig se ut som at størrelsen på andelen som får refusjon for innslagspunkt 6, i stor grad er styrende for hvordan refusjonsmottakerne samla sett fordeler seg etter utdanning. Grunnen til det er at fordelingen av refusjonsmottakere etter innslagspunkt og utdanning i alt ser ut til å sammenfalle med hvordan refusjonsmottakene etter innslagspunkt 6 fordeler seg etter utdanning. Flest med videregående utdanning og grunnskoleutdanning mottar refusjoner generelt, og for periodontitt spesielt. Samtidig ser det ut til at ulike aldersprofiler for ulike innslagspunkt for befolkningen i alt også bidrar til å forklare variasjoner i fordelingen etter utdanningsgrupper for enkelte innslagspunkt.

5.3. Utviklingen andelen refusjonsmottakere og utbetalte beløp 2014-2016 etter utdanningsnivå

Resultatene for refusjonsmottakere etter utdanningsnivå i 2016 viser omtrent de samme tendensene som i 2014. Det er fortsatt ingen klar utdanningsgradient i hvordan refusjoner fordeler seg i befolkningen. Det betyr at andelen personer som mottar refusjoner ikke øker med stigende utdanningsnivå. Alder og behandlingsbehov ser fremdeles ut til å være de mest styrende forklaringsfaktorene for hvordan de varierer også innenfor de ulike utdanningsnivåene.

Tabell 5.3 viser utviklingen i andelen refusjonsmottakere i perioden 2014-2016 etter utdanningsnivå. Det har vært en økning i andelen refusjonsmottakere i perioden 2014-2016, både totalt og i alle utdanningsgrupper. Den prosentvise økningen i andelen refusjonsmottakere er størst blant personer med manglende eller uoppgitt utdanning (26,2 prosent), og minst blant personer med universitets- og høgskoleutdanning (16 prosent).

Tabell 5.3 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter utdanningsnivå. Prosent. 2014-2016

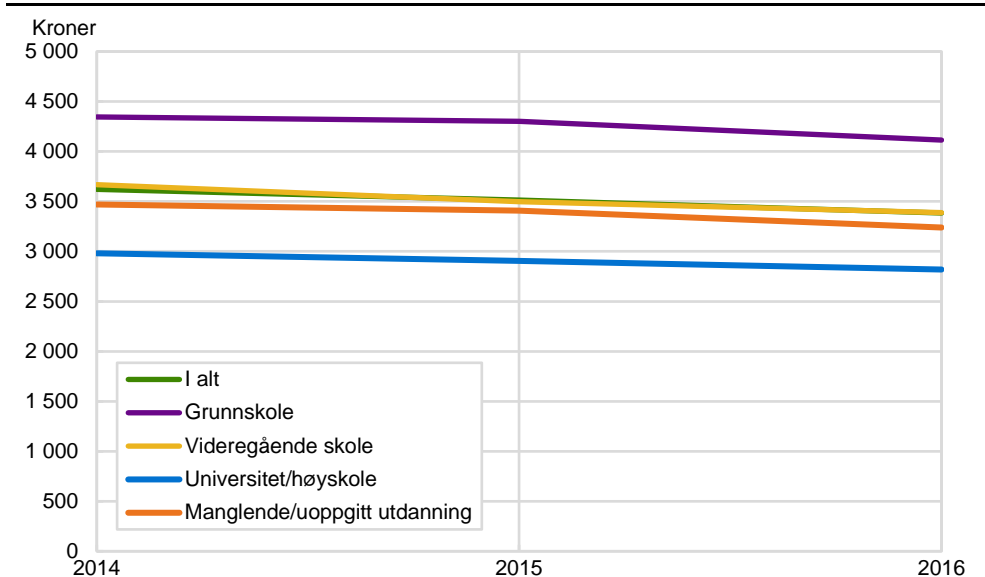
	2014	2015	2016
I alt	10,3	11,5	12,1
Grunnskole	10,8	12,2	12,8
Videregående skole	11,6	12,9	13,6
Universitet/høgskole	9,4	10,4	10,9
Manglende/uoppgitt utdanning	3,6	4,2	4,5

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Samtidig som andelen refusjonsmottakere har økt i perioden 2014-2016, så har de gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløpene gått ned, både totalt og i alle utdanningsgrupper. Figur 5.2 viser utviklingen i gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp i perioden 2014-2016 etter utdanningsnivå. I 2014 var gjennomsnittlig utbetalt beløp samla i befolkningen 21 år og eldre 3 621 kroner, mens

tilsvarende beløp var 3 384 kroner i 2016. Dette tilsvarer en nedgang på 6,5 prosent. Den prosentvise nedgangen er størst blant personer med videregående skole (7,1 prosent) og minst blant personer med grunnskole (4,9 prosent). For personer med universitets- og høgskoleutdanning var gjennomsnittlig utbetalt beløp 2 981 kroner i 2014 og 2 796 i 2016. Dette tilsvarer en prosentvis nedgang på 6,2 prosent.

Figur 5.2 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter utdanning. 2014-2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Det er ingen store endringer i nivåforskjellen i gjennomsnittsbetøp mellom de ulike utdanningsgruppene i perioden. Den prosentvise nedgangen i gjennomsnittlig utbetalte betøp er større blant personer med universitets- og høgskoleutdanning sammenlignet med personer med grunnskole. Det betyr at forskjellen i gjennomsnittlig utbetalte betøp har blitt noe større mellom de med høy utdanning og de med lavere utdanning i perioden. Samtidig er måleperioden på tre år for kort til å konkludere med at dette er noen form for trend.

Andelen mottakere av refusjoner må ses i sammenheng med gjennomsnittlig utbetalte betøp. Resultatene viser at andelen refusjonsmottakere og gjennomsnittlige utbetalte betøp er høyest blant personer med lav utdanning (grunnskole og videregående skole) og lavest blant personer med universitets- og høgskoleutdanning i perioden 2014-2016. At de gjennomsnittlig utbetalte betøpene er høyere blant personer med lav utdanning enn personer med universitets- og høgskoleutdanning, er et uttrykk for at behandlingsbehøvet er størst i denne gruppa.

Tidligere analyser viser at bruken av tannlegetjenester er lavest blant personer med lav utdanning (Ekornrud & Skjøstad, 2016). Samtidig er andelen med udekt behøv for tannlegetjenester størst blant personer med lav utdanning (Ekornrud & Skjøstad 2017). En forutsetning for å motta refusjoner for tannbehandling er å oppsøke tannlege, bli vurdert og eventuelt gjennomføre den nødvendige behandlingen. At personer med lav utdanning går sjeldnere til tannlege og har et større udekt behøv skulle indikere at andelen refusjonsmottakere burde være enda større i gruppene med lav utdanning enn det de faktisk er. En sammenligning av hvordan utdanningsnivået fordeler seg i befolkningen totalt og blant personer som har mottatt refusjoner, viser at andelen med lav utdanning er høyere blant de som har mottatt refusjon enn i befolkningen i alt. Det tyder på at det er andre faktorer enn utdanning som er viktigere for å forklare hva som avgjør hvem som får refusjoner ved tannbehandling og ikke. Men gitt at personer med lav utdanning går sjeldnere

til tannlege, har et større udekt behov og rapporterer dårligere egenvurdert tannhelse, kan potensialet for mer og hyppigere tannhelserefusjoner være størst blant de med lav utdanning

5.4. Utviklingen i perioden 2014-2016 etter innslagspunkt og utdanningsnivå

Utviklingen i perioden 2014-2016 viser samla sett at andelen refusjonsmottakere har økt. Den samme utviklingen gjelder også innenfor de enkelte utdanningsgruppene. Tabell 5.4 viser den prosentvise endringen i andel refusjonsmottakere i perioden 2014-2016 totalt og for de ulike innslagspunktene etter utdanning.

Tabell 5.4 Prosentvis endring i andelen personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. 2014-2016

Innslagspunkt	I alt	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/høyskole	Manglende/uoppgitt utdanning
Alle	17	19	17	16	26
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	43	43	40	48	100
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	339	396	298	325	1526
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	16	4	21	19	99
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	17	18	17	19	22
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	12	12	11	13	19
Punkt 6 Periodontitt	14	15	16	14	27
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	11	8	8	11	39
Punkt 8 Bittanomalier	14	19	14	16	-8
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	29	27	30	30	43
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrehet)	24	29	26	18	32
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	-22	-10	-19	-30	.
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	1	11	-2	1	5
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	10	12	10	7	26
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	75	91	74	57	91
Punkt 15 Heilt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	-6	-8	-2	12	10
Punkt 16 ¹	263	228	183	479	261

¹ innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.4 viser at det har vært en økning i andelen refusjonsmottakere for de aller fleste innslagspunktene både samla sett og innenfor de ulike utdanningsgruppene. Unntakene er innslagspunkt 11 og innslagspunkt 15, som har hatt en nedgang. Den største prosentvise økningen i andelen mottakere er for innslagspunkt 2 (339 prosent), innslagspunkt 14 (75 prosent) og innslagspunkt 9 (29 prosent). Ett av unntakene er innslagspunkt 15 hvor det er en nedgang på 6 prosent i perioden. Den prosentvise endringen for innslagspunktene for de ulike utdanningsgruppene, følger i all hovedsak den samme tendensen som for befolkningen i alt i perioden 2014-2016.

For personer med grunnskoleutdanning er den største prosentvise økningen av mottakere størst for innslagspunkt 2 (leppe-kjeve-ganespalte) med 396 prosent, innslagspunkt 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne) med 91 prosent og innslagspunkt 1 (sjelden medisinsk tilstand) med 43 prosent. For innslagspunkt 15 (helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven) er det en nedgang på 8 prosent blant personer med grunnskoleutdanning. For personer med videregående utdanning er den prosentvise økningen størst for innslagspunkt 2 med 298 prosent, innslagspunkt 14 med 74 prosent og innslagspunkt 1 med 40 prosent. For personer med videregående skole er det for øvrig en nedgang i mottakere på 2 prosent innslagspunkt 15. For personer med universitets- og høgskoleutdanning er den prosentvise økningen størst for innslagspunkt 2 med 325 prosent, innslagspunkt 14 med 57 prosent, og

innslagspunkt 1 med 48 prosent. For innslagspunkt 15 er det en økning på 12 prosent i perioden 2014-2016 blant personer med universitets- og høyskole.

Tabell 5.5 Prosentvis endring i gjennomsnittlige refusjonsbeløp per behandla pasient, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. 2014-2016

Innslagspunkt	I alt	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/høyskole	Manglende/uoppgitt utdanning
Alle	-7	-5	-7	-6	-4
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	6	5	7	8	28
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	-40	-24	-46	-30	-81
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	-10	-6	-20	5	-9
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	-7	-14	-2	-9	17
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	-3	-1	-3	-3	-4
Punkt 6 Periodontitt	-11	-12	-12	-9	-9
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	-15	-6	-14	-17	-24
Punkt 8 Bittanomalier	-1	1	0	-5	13
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	-18	-18	-18	-16	-18
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørhet)	-9	-11	-9	-8	19
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	-11	-32	-18	20	...
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	-2	5	-5	0	-30
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	-9	-8	-9	-10	10
Punkt 14 Sterkt nedsett evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsett funksjonsevne	-6	-6	-7	-4	-9
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	-5	-4	-5	-5	-27
Punkt 16 ¹	-80	-69	-79	-85	-99

¹ innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.5 viser den prosentvise endringen i gjennomsnittlig utbetalte beløp i perioden 2014-2016 totalt og for de ulike innslagspunktene etter utdanning.

Tabell 5.5 viser at de gjennomsnittlig utbetalte beløpene har gått ned samla sett og for de aller fleste innslagspunktene både for befolkningen i alt og for de ulike utdanningsgruppene. Den prosentvise nedgangen i gjennomsnittlig utbetalte beløp er størst for innslagspunkt 2 med 40 prosent, innslagspunkt 9 med 18 prosent og innslagspunkt 7 med 15 prosent. Den prosentvise nedgangen for innslagspunkt 6 var på 11 prosent i perioden. For innslagspunktene 14 og 15 var nedgangen henholdsvis 6 prosent og 5 prosent. Den prosentvise endringen for gjennomsnittlig utbetalte beløp for hvert av innslagspunktene for de ulike utdanningsgruppene, følger i all hovedsak den samme tendensen som for befolkningen i alt i perioden 2014-2016.

Andelen mottakere har i all hovedsak økt både i alt og etter ulike innslagspunkt for alle utdanningsgrupper i perioden 2014-2016. I samme periode har de gjennomsnittlig utbetalte beløpene gått ned både i alt og for de ulike innslagspunktene i alle utdanningsgrupper. Forskjellen i andelen refusjonsmottakere mellom de ulike utdanningsgruppene er relativt stabil i perioden både samla sett og for de ulike innslagspunktene. Når det gjelder gjennomsnittlig utbetalte beløp er den prosentvise nedgangen større blant personer med høy utdanning og enn blant de med lav utdanning. Det betyr at forskjellen mellom gjennomsnittlig utbetalte beløp for personer med lav og høy utdanning er noe større i 2016 enn i 2014. Dette gjelder i all hovedsak for alle innslagspunkt. Endringer i sentrale takster og regelverk knyttet til bruken av ulike takster for tannhelsepersonell er en viktig forklaringsfaktor når det gjelder nedgangen i gjennomsnittlig utbetalte beløp.

Tallene viser for øvrig at det samla sett ikke er en klar utdanningsgradient blant de som mottar tannhelserefusjoner. Utdanningsgradient betyr i denne sammenhengen at andelen som mottar refusjoner øker med stigende utdanningsnivå. Det skulle

være grunn til å tro at andelen som mottar refusjon ville være høyere blant de med høy utdanning i og med at denne gruppa går oftere til tannlege enn personer med lavere utdanning. Resultatene viser at dette ikke er tilfelle. Personer med videregående skole mottar flest refusjoner. Samtidig er andelen som mottar refusjoner blant personer med grunnskoleutdanning høyere enn for de med universitets- og høyskoleutdanning. Blant de som faktisk oppsøker tannlege ser det ut til at det reelle behovet for behandling er mer styrende for hvem som får refusjon enn utdanningsnivå.

Det er imidlertid viktig å understreke at selv om andelen som mottar refusjoner er høyest blant de med lav utdanning, vet vi ikke om behovet blant disse egentlig skulle ha vært enda høyere. Det er tidligere vist at andelen med udekt behov for tannlegetjenester er høyere i gruppene med lav utdanning enn i gruppene med høy utdanning. Det skulle derfor være grunn til å tro at flere i disse gruppene lar være å gå til tannlege i utgangspunktet, noe som er en forutsetning for å kunne få refusjoner for behandling. I populasjonen som er studert i denne sammenhengen mangler det opplysninger om den generelle bruken av tannlegetjenester, og det udekte behov for tannlegetjenester i de ulike gruppene. Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp kan likevel gi en indikasjon på behovet for tannbehandling i de ulike utdanningsgruppene.

5.5. Oppsummering

Alder og behov ser også ut til å være styrende for hvem som mottar tannhelse-refusjoner på ulike utdanningsnivå. Andelen som mottar refusjoner er størst blant de med grunnskole og videregående skole i hele perioden 2014-2016. Samtidig har nivåforskjellene i andelen mottakere mellom de ulike utdanningsgruppene blitt mindre mellom 2014 og 2016. Aldersprofilen for refusjonsmottakere i alt er gjeldende for refusjonsmottakere på alle utdanningsnivå. Dette tyder på at hvem som mottar refusjoner i stor grad følger behov i de ulike aldersgruppene på alle utdanningsnivå. Det er samtidig forskjeller i aldersprofilene til de ulike utdanningsgruppene. Andelen med universitets- og høyskoleutdanning er høyere enn andelen med lavere utdanning i de eldste aldersgruppene. Dette kan forklares med generelt bedre helsetilstand i de eldste aldersgruppene blant de med høy utdanning sammenlignet med de med lavere utdanning.

Gjennomsnittlige refusjonsbeløp er høyest blant personer med grunnskole, og fallende med utdanning i hele perioden. Samtidig har forskjellen i gjennomsnittlig utbetalte beløp blitt mindre mellom de med lav og høy utdanning i perioden 2014-2016. Basert på kunnskap om at tannhelsen er dårligere blant personer med lav utdanning kan resultatene tyde på at selv om personer med lav utdanning ikke går så ofte til tannlegen, får de den refusjonen de har krav på når de først oppsøker tannlege. At personer med lav utdanning har større gjennomsnittlige utbetalte beløp er også uttrykk for at de har større behandlingsbehov enn personer med høyere utdanning.

Siden det ikke finnes opplysninger i den studerte populasjonen om tannhelse-tilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester fordelt etter utdanning, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner i ulike utdanningsgrupper samsvarer med det faktiske behovet i de ulike gruppene. Høyere gjennomsnittlige refusjonsutbetalinger per person blant de som har lav utdanning indikerer likevel at behovet for tannbehandling er høyere i denne gruppa enn de som har høyere utdanning. En forutsetning for å motta tannhelse-refusjoner er å oppsøke tannlege, bli vurdert og få gjennomført behandling som eventuelt utløser refusjon. Tidligere analyser har vist at det er en opphoping av personer med lav utdanning blant de som lar være å gå til tannlege selv om de har behov (Ekornrud og Jensen 2013).

6. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter inntekt?

Dette kapittelet presenterer mottakerne av tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen etter inntektsnivå i 2016, samt utviklingen i perioden 2014-2016. Inntektsnivå kan påvirke variasjonen i mottak av tannhelserefusjoner, og kan derfor gi informasjon om eventuelle forskjeller mellom mottakerne av tannhelserefusjoner og befolkningen for øvrig.

Inntektsnivå har betydning for bruken av tannhelsehelsetjenester. Andelen med god tannhelse øker med inntekt, og bruken av tannhelsetjenester øker med inntekt (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Derfor er det også grunn til å tro at inntektsnivå spiller en viktig rolle for hvem som får tannhelserefusjoner.

Siden personer med manglende inntekt er utelatt fra analysen, er det totale antallet refusjonsmottakere i dette avsnittet 478 795 i 2016. Gjennomsnittlig refusjonsbeløp per behandla pasient med lav inntekt var 3 663 kroner i 2016. For en person som ikke hadde lav inntekt, var gjennomsnittlige refusjonsbeløpet per behandla pasient 3 359 kroner. Det betyr at gjennomsnittlige refusjonsbeløp per behandla pasient var høyere blant personer med lav inntekt enn blant personer uten lav inntekt. Videre var det gjennomsnittlige refusjonsbeløpet per behandla mann med lav inntekt høyere enn det gjennomsnittlige refusjonsbeløpet per behandla kvinne, henholdsvis 3 825 kroner og 3 560 kroner.

6.1. Lavere mottak av tannhelserefusjoner blant personer med lav inntekt

Tabell 6.1 viser hvordan andelen voksne mottakere av tannhelserefusjoner varierer etter kjønn og inntektsgrupperingen knyttet til lav inntekt. Det var 8,8 prosent av mottakerne som hadde lav inntekt, mens 12,8 prosent ikke hadde lav inntekt. Det er altså en lavere andel refusjonsmottakere som har lav inntekt, enn som ikke har lav inntekt. Dette gjelder både samla sett og for begge kjønn.

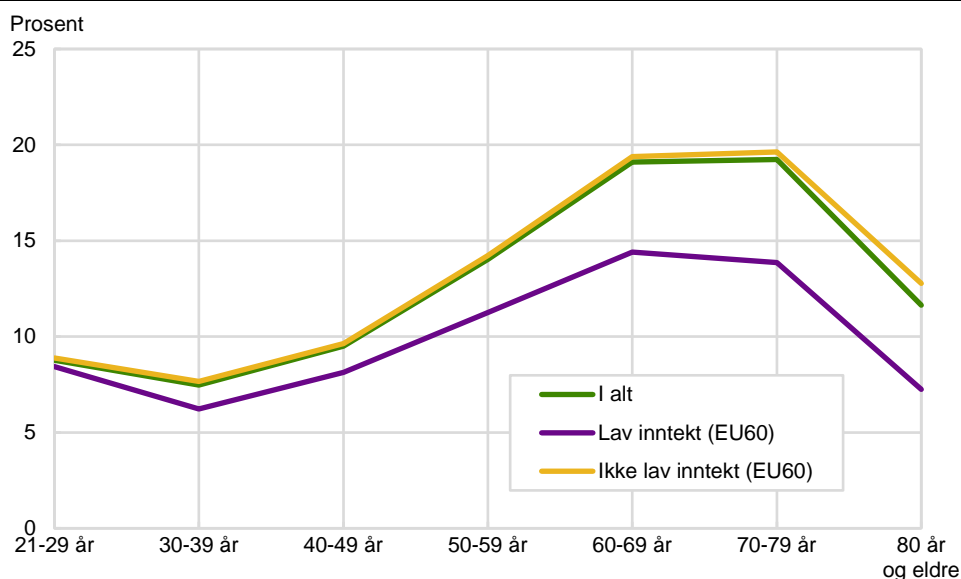
Tabell 6.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder og lav inntekt. Prosent. 2016

	I alt	Lav inntekt (EU60)	Ikke lav inntekt (EU60)
Begge kjønn	12,3	8,8	12,8
Menn	11,4	7,4	11,9
Kvinner	13,2	10,1	13,7

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Figur 6.1 viser hvordan andelen refusjonsmottakere varierer etter alder og lav inntekt. Personer med lav inntekt utgjør en mindre andel av refusjonsmottakerne i alle aldersgrupper.

Figur 6.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder og lav inntekt. 2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell 6.2 viser hvordan andelen voksne mottakere av tannhelsesrefusjoner varierer etter kjønn og inntektsgrupperingen knyttet til grunnbeløpet (G). Tabellen viser at andelen som mottar tannhelsesrefusjoner stort sett øker med inntekt. Det er stor forskjell mellom andelen refusjonsmottakere i de ulike inntektsgruppene. Samla sett hadde 7,9 prosent av mottakerne inntekt under 2G, mens 12,9 prosent hadde mer enn en million i inntekt.

Tabell 6.2 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, alder og inntekt. Prosent. 2016

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og mer
Begge kjønn	7,9	11,6	13,0	13,1	12,9
Menn	6,9	9,9	12,1	12,7	12,9
Kvinner	9,1	12,9	14,0	13,5	12,9

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

For å få mer kunnskap om inntekten til mottakerne av tannhelsesrefusjoner, er det interessant å sammenlikne inntektsfordelingen blant mottakerne av tannhelsesrefusjoner med inntektsfordelingen i hele befolkningen. Tabell 6.3 viser inntektsfordelingen blant voksne mottakere av tannhelsesrefusjoner, og inntektsfordelingen i hele den voksne befolkningen.

Tabell 6.3 Inntektsfordelingen blant personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, og inntektsfordelingen i hele befolkningen 21 år og eldre. 2016

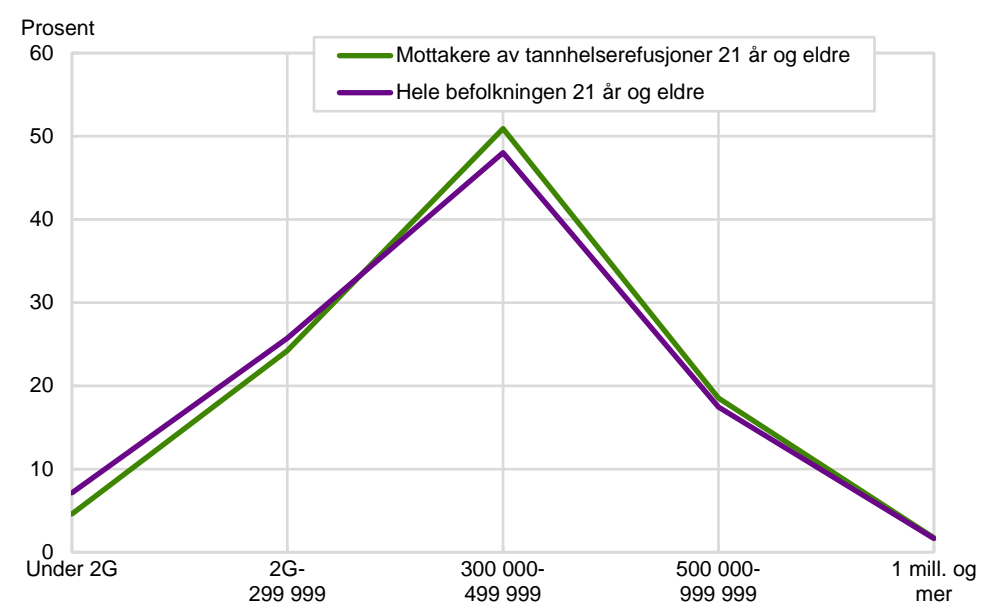
	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og mer
Mottakere av tannhelsesrefusjoner 21 år og eldre	4,6	24,2	50,9	18,5	1,7
Hele befolkningen 21 år og eldre	7,1	25,7	48,0	17,4	1,6

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell 6.3 viser at andelen med inntekt i de to laveste inntektsgruppene lavere blant refusjonsmottakerne enn i hele befolkningen. Det betyr at personer med lavest inntekt var underrepresenterte blant refusjonsmottakerne. Det vil si at denne gruppa utgjorde en relativt mindre del av tannhelsemottakerne enn det denne gruppa utgjør i befolkningen totalt. Motsatt er andelen med inntekt i de tre høyeste inntektsgruppene høyere blant mottakerne av tannhelserefusjoner enn i befolkningen totalt. Det betyr at personer med høy inntekt er noe overrepresenterte blant refusjonsmottakerne. Det betyr at denne gruppa utgjorde en relativt større del av tannhelsemottakerne enn det gruppa utgjør i befolkningen samla.

Høyere representasjon av personer med høyere inntekt kan forklares med at personer med høyere inntekt har bedre tannhelse og høyere bruk av tannhelse-tjenester enn personer med lav inntekt. I tillegg kan personer med høyere inntekt ha bedre forutsetninger for å forebygge tannhelseproblemer enn de med lavere inntekt (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Dette kan i så tilfelle bidra til å forklare at gjennomsnittlige refusjonsbeløp per behandla pasient med lav inntekt, var høyere enn blant behandla pasienter som ikke hadde lav inntekt (EU60).

Figur 6.2 Inntektsfordelingen blant personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, og inntektsfordelingen i hele befolkningen 21 år og eldre. 2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

I perioden 2014-2016 har det ikke skjedd noen forandringer i inntektsfordelingen blant tannhelserefusjonsmottakerne eller i befolkningen som helhet. Blant refusjonsmottakerne er det relativt færre i gruppa 2G-299 999, og relativt flere i gruppa 500 000-999 999, enn i befolkningen for øvrig i hele perioden.

6.2. Flest refusjonsmottakere for periodontitt i 2016

Tabell 6.4 viser hvordan andelen mottakere av tannhelserefusjoner i 2016 varierer etter innslagspunkt og inntekt. Samla sett er det mest vanlig å få refusjon for periodontitt (innslagspunkt 6) og sykdommer og anomalier i munn og kjeve (innslagspunkt 5). Totalt fikk 5,8 prosent refusjon for innslagspunkt 6, mens 3,2 prosent fikk refusjon for innslagspunkt 5. Andelen som mottar refusjoner for innslagspunkt 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne) og 15 (helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven), er henholdsvis 0,31 prosent og 0,04 prosent.

Andelen mottakere med lav inntekt, varierer veldig mellom de ulike innslagspunktene. Blant mottakerne av refusjoner for innslagspunkt 6, hadde 3,1 prosent lav inntekt, mens 6,2 prosent ikke hadde lav inntekt. For både innslagspunkt 5 og 6, har den største andelen mottakere ikke lav inntekt. For innslagspunkt 14 og 15 er det omvendt. For disse innslagspunktene er andelen mottakere med lav inntekt høyere enn andelen som ikke har lav inntekt.

Tabell 6.4 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter lav inntekt og innslagspunkt. Prosent. 2016

Innslagspunkt	I alt	Lav inntekt (EU60)	Ikke lav inntekt (EU60)
Alle	12,29	8,80	12,78
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,19	0,10	0,20
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,01	0,02	0,01
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,05	0,02	0,05
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,34	0,18	0,37
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	3,20	3,16	3,20
Punkt 6 Periodontitt	5,84	3,16	6,22
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,15	0,17	0,14
Punkt 8 Bittanomalier	0,20	0,47	0,17
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,05	0,45	1,14
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørhet)	0,64	0,46	0,66
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,00	0,00	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,05	0,09
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,16	0,15	0,16
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,31	0,36	0,30
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	0,05	0,04
Punkt 16 ¹	0,01	0,01	0,02

¹ Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå.

6.3. Utviklingen i andel mottakere og gjennomsnittlige beløp 2014-2016

Andelen refusjonsmottakere, både med og uten lav inntekt, har gått opp i perioden 2014-2016. Andelen refusjonsmottakere med lav inntekt har økt fra 7,6 prosent i 2014 til 8,8 prosent i 2016, og andelen refusjonsmottakere uten lav inntekt har økt fra 11 prosent i 2014 til 12,8 prosent i 2016.

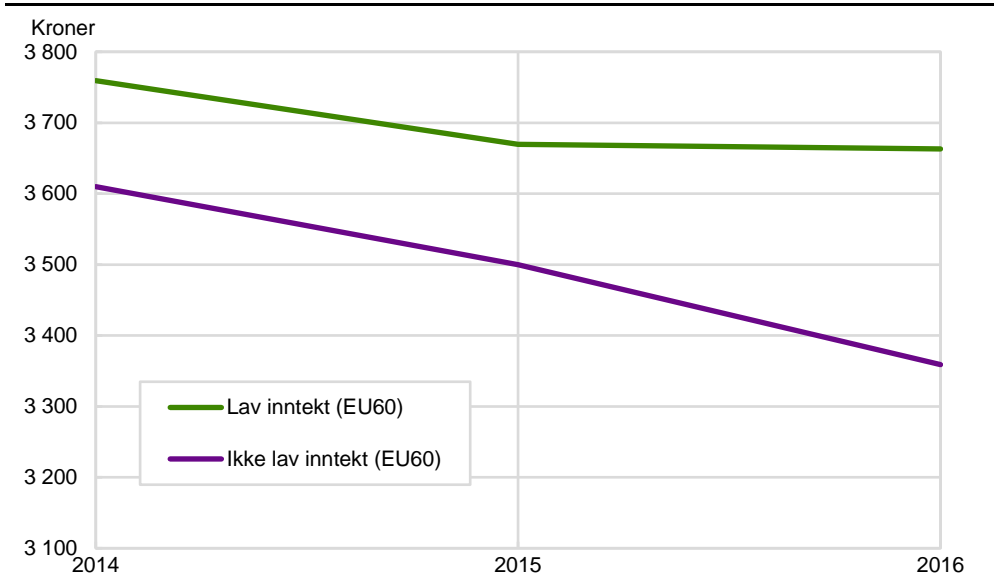
Tabell 6.5 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter lav inntekt. Prosent. 2014-2016

	2014	2015	2016
I alt	10,6	11,7	12,3
Lav inntekt (EU60)	7,6	8,4	8,8
Ikke lav inntekt (EU60)	11,0	12,2	12,8

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Mens andelen mottakere har økt i perioden 2014-2016, har gjennomsnittlige utbetalte beløp gått ned. Dette gjelder både blant personer med lav inntekt, og blant personer som ikke har lav inntekt. I 2014 var gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp blant personer med lav inntekt 3 759 kroner, og i 2016 var det 3663 kroner. Det er en reduksjon på 2,5 prosent. Blant personer uten lav inntekt var gjennomsnittlig utbetalt beløp 3610 i 2014, og 3359 i 2016, noe som er en reduksjon på 6,9 prosent. Reduksjonen i gjennomsnittlige utbetalte beløp blant personer med lav inntekt var altså mindre enn blant personer uten lav inntekt. Det betyr at forskjellen i utbetalte beløp mellom personer med lav inntekt og personer uten lav inntekt, har økt i perioden. Dette har gått mest utover personer uten lav inntekt, som vist i figur 6.3.

Figur 6.3 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter lav inntekt. 2014-2016

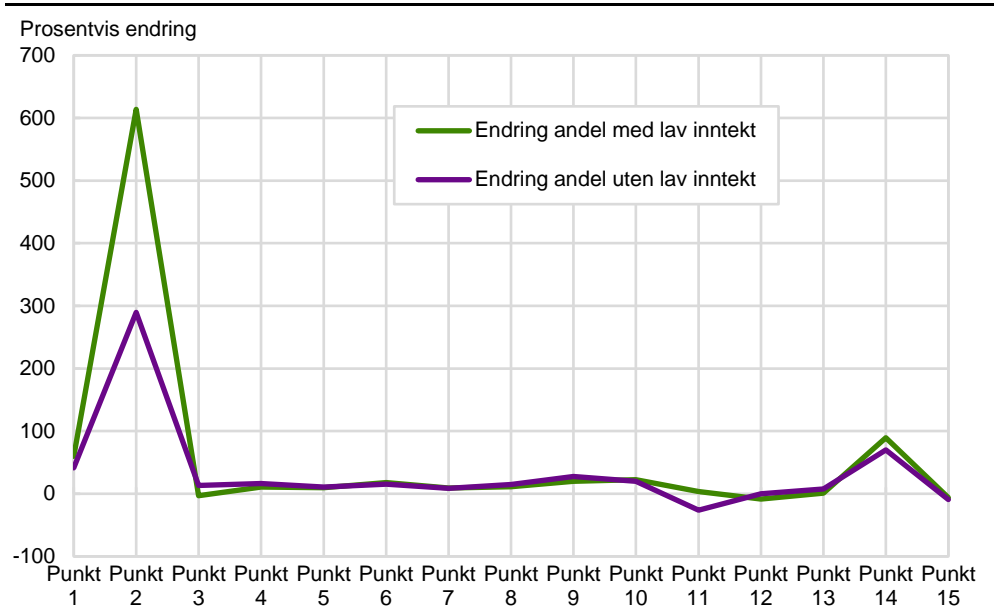


Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

6.4. Utviklingen i andel mottakere etter innslagspunkt 2014-2016

Figur 6.4 viser utviklingen i andel refusjonsmottakere etter innslagspunkt i 2014-2016.

Figur 6.4 Prosentvis endring i andelen personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter lav inntekt og innslagspunkt. 2014-2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Figur 6.4 viser at innslagspunkt 5 og innslagspunkt 6 er de to mest vanlige innslagspunktene i både 2014, 2015 og 2016. Innslagspunkt 5 er det mest vanlige blant personer med lav inntekt, mens innslagspunkt 6 er det mest vanlige blant personer som ikke har lav inntekt. I perioden 2014-2016 har andelen mottakere av refusjoner for disse innslagspunktene økt med henholdsvis 10,5 og 15,4 prosent. For innslagspunkt 5 er det personer uten lav inntekt som har bidratt mest til denne økningen. For innslagspunkt 6, er det personer med lav inntekt som har bidratt til det meste av økningen. Samlet sett er det likevel andelen mottakere for

innslagspunkt 2 (leppe-kjeve-ganespalte) og innslagspunkt 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne) som har økt mest prosentvis, samlet sett henholdsvis 315 prosent og 72,5 prosent. Det er personer med lav inntekt som i størst grad bidrar økningen for hvert av disse innslagspunktene.

6.5. Oppsummering

Dette kapitlet har vist at den største andelen av mottakere av tannhelserefusjoner ikke har lav inntekt. Dette gjelder i hele perioden 2014-2016, og uansett inntektsgruppering og mål på lav inntekt. Det er tidligere vist at god tannhelsetilstand og bruken av tannhelsetjenester øker med husholdningsinntekt. Gitt at tjenestebehovet er det samme i alle aldersgrupper, kan dette tyde på at egenbetalingen er et større problem blant de med lav inntekt enn blant de som ikke har lav inntekt. At en stor andel av de som mottar tannhelserefusjoner ikke har lav inntekt kan dermed bli forstått som en følge av at det også er de som benytter tannhelsetjenestene mest. Samtidig er gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient høyere for personer med lav inntekt. Dette tyder på at behandlingsbehovet er større blant personer med lav inntekt. I tillegg er det slik at selv om personer med lav inntekt ikke går så ofte til tannlegen, får de likevel refusjon når de har oppsøkt tannlege og har krav på det.

Utviklingen i perioden 2014-2016 viser at nivåforskjellen mellom gruppen med lav inntekt og gruppen uten lav inntekt har økt når det gjelder andelen refusjonsmottakere. Det betyr at det er en relativt mindre andel refusjonsmottakere med lav inntekt enn med ikke lav inntekt i 2016 enn i 2014. Samtidig har nivåforskjellen mellom gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløp for de med lav inntekt og de uten lav inntekt økt. Det betyr at de gjennomsnittlige utbetalte beløpene er relativt høyere blant de med lav inntekt enn de med ikke lav inntekt i 2016 sammenlignet med 2014.

Siden det ikke finnes opplysninger i den studerte populasjonen om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester fordelt etter inntekt, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner etter ulike inntektsgrupperinger samsvarer med det faktiske behovet i de ulike gruppene. Høyere gjennomsnittlige refusjonsutbetalinger per person blant de som har lav inntekt indikerer likevel at behovet for tannbehandling er høyere i denne gruppa enn de som ikke har lav inntekt. En forutsetning for å motta tannhelserefusjoner er å oppsøke tannlege, bli vurdert og få gjennomført behandling som eventuelt utløser refusjon. Tidligere analyser har vist at det er en opphoping av personer med lav inntekt blant de som lar være å gå til tannlege selv om de har behov (Ekornrud og Jensen 2013).

7. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelserefusjoner etter mottak av stønader?

Dette kapittelet presenterer mottakerne av tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen etter mottak av stønader i 2016, samt utviklingen i perioden 2014-2016. Stønadsmottak kan påvirke variasjonen i mottak av tannhelserefusjoner, og kan derfor gi informasjon om eventuelle forskjeller mellom mottakerne av tannhelserefusjoner og den øvrige befolkningen.

Mottakere av økonomiske stønader har flere helse- og levekårsproblem enn andre (Dahl m. fl. 2006), og dårligere egenvurdert tannhelse enn resten av befolkningen (Ekornrud og Jensen 2010a). Likevel går stønadsmottakere sjeldnere til tannlege, og har et høyere udekt behov for tannlegetjenester enn andre (Ekornrud og Jensen 2013). Stønadsmottakere kan derfor være lavere representert blant mottakerne av tannhelserefusjoner enn det reelle behovet i denne gruppa skulle tilsi.

Siden personer med manglende inntekt er utelatt fra analysen, er det totale antallet refusjonsmottakere i dette avsnittet 478 795 i 2016. I alt var det 103 482 av disse, eller i underkant av 22 prosent, som også mottok en eller flere stønader. Stønadene som inngår her er sosialhjelp, grunn- og hjelpestønad, uførestønad, tidsavgrensa uførestønad/arbeidsavklaringspenger, bostøtte fra Husbanken, overgangsstønad og kvalifiseringsstønad. Samla sett ble det utbetalt 475 millioner kroner til de som mottok en eller flere stønader. Det gjennomsnittlige refusjonsbeløpet for de som mottok en eller flere stønader var 4 595 kroner, mens gjennomsnittlig refusjonsbeløp blant personer som ikke mottok stønader var 3 053 kroner. Sosialhjelpsmottakere er de stønadsmottakerne det i snitt koster mest å behandle, 5 388 kroner.

7.1. Flest uføre blant mottakerne av tannhelserefusjoner

Tabell 7.1 viser andelen refusjonsmottakere som også mottar ulike typer stønader. Andelen refusjonsmottakerne som også mottar stønader er høyere enn andelen som ikke mottar stønader, men det er variasjon mellom ulike stønadsordninger. Samla sett var det 15,4 prosent av refusjonsmottakerne som også mottok stønader, mens 11,6 prosent ikke mottok andre stønader. Det er blant uføre og mottakere av og grunn- og hjelpestønad at andelen refusjonsmottakere er størst. Blant mottakerne av uførepensjon var det 18,2 prosent som også mottok tannhelserefusjoner, og blant mottakere av grunn- og hjelpestønad var det 15,7 prosent som også mottok tannhelserefusjoner.

Tabell 7.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn, alder og mottak av stønader. Prosent. 2016

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
I alt	12,3	11,4	13,2
Ingen stønader	11,6	11,0	12,3
En eller flere stønader	15,4	13,4	16,9
Sosialhjelp	10,7	9,4	12,3
Grunn- og hjelpestønad	15,7	13,7	17,0
Uførestønad	18,2	15,3	20,2
Tidsavgrensa uførestønad	15,2	13,7	16,3
Bustøtte fra Husbanken	10,8	9,1	12,1
Overgangsstønad	10,5	8,5	10,7
Kvalifiseringsstønad	10,2	9,9	10,5

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

7.2. Mange tannhelserefusjonsmottakere mottar en eller flere stønader

Siden mange av stønadsordningene ikke er gjensidig utelukkende og noen mottar flere stønader, er det hensiktsmessig å sammenligne de som mottar en eller flere stønader med de som ikke mottar noen stønader. Tabell 7.2 viser hvordan andelen refusjonsmottakere varierer etter alder og mottak av en eller flere stønader.

Andelen refusjonsmottakere som også mottar stønader er høyere enn andelen som ikke mottar andre stønader frem til 70 års alder. Etter fylte 70 år er andelen som får tannhelserefusjon størst blant de som ikke mottar andre stønader. Denne endringen kan forklares med alder. Mange av stønadsordningene som er inkludert i vår analyse erstattes av alderspensjon ved pensjonsalder. I aldersgruppene over 70 år vil de prioriterte gruppene institusjonsbeboere og hjemmetjenestemottakere være høyt representerte. En stor andel av stønadsmottakerne i dette tallgrunnlaget, vil altså være yngre enn pensjonsalder.

Tabell 7.2 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn, alder og mottak av en eller flere stønader. Prosent. 2016

	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	12,3	8,8	7,5	9,5	14,0	19,1	19,2	11,6
Mottar en eller flere stønader	15,4	10,5	10,7	13,1	17,4	20,8	17,3	8,6
Mottar ingen stønader	11,6	8,5	6,9	8,8	13,1	18,4	19,4	11,9

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

En høy andel stønadsmottakere blant de som mottar refusjoner kan ses i sammenheng med kunnskap om at den egenvurderte tannhelsen er dårligere blant stønadsmottakere enn i resten av befolkningen (Ekornrud & Jensen 2010a). Sett fra dette perspektivet er ikke resultatene her overraskende, i og med at det er grunn til å tro at det generelle behovet er større i denne gruppa. Samtidig er det udekte behovet for tannlegetjenester også større blant stønadsmottakere enn blant de som ikke mottar stønader. Det kan innebære at forskjellen mellom de to gruppene skulle ha vært enda større. I den voksne befolkningen totalt, er det omtrent 17 prosent som mottar en eller flere stønader. Det betyr at mottakerne av stønader er noe overrepresenterte blant tannhelserefusjonsmottakerne.

Det er grunn til å tro at mottakere av ulike stønader i all hovedsak har et lavere inntektsgrunnlag enn resten av befolkninga, og at andelen refusjonsmottakere som også mottar stønader skulle være lavere enn blant de som ikke mottar stønader. Tabell 4.16 viser derimot at andelen refusjonsmottakere som også mottar stønader er høyere enn i gruppa med lav inntekt.

7.3. Flest refusjonsmottakere for periodontitt blant de som mottar stønader i 2016

Tabell 7.3 viser hvordan andelen tannhelserefusjonsmottakere i 2016 varierer etter stønadsmottak og innslagspunkt. Andelen som mottar stønader utgjør en større del av tannhelserefusjonsmottakerne enn de som ikke gjør det for de fleste innslagspunktene. Det var 6,6 prosent av stønadsmottakerne fikk refusjon for periodontitt, mens 5,7 prosent ikke mottok stønader. Også for innslagspunktene 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne) og 15 (helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven), er andelen som var andelen som fikk refusjon for innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) mindre blant stønadsmottakerne enn blant de som ikke var stønadsmottakere, henholdsvis 3 prosent og 3,2 prosent.

Fordelingen av stønadsmottakere blant mottakerne av tannhelserefusjoner etter innslagspunkt 5 og 6, er altså motsatt. På grunn av ulikt behandlingsbehov i ulike aldersgrupper, er andelen tannhelserefusjonsmottakere økende med alder for

innslagspunkt 6, men fallende med alder for innslagspunkt 5. Derfor kan sammenhengen mellom stønadsmottak og periodontitt bli sterkere med alder, og motsatt sammenhengen mellom mottak av stønad og sykdommer og anomalier i munn og kjeve bli svakere med økende alder. I så tilfelle vil dette kunne forklare den motsatte fordelingen av stønadsmottakere blant tannhelse- og refusjonsmottakerne etter innslagspunkt 5 og 6.

Tabell 7.3 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter mottak av en eller flere stønader og innslagspunkt. Prosent. 2016

Innslagspunkt	I alt	Mottar ikke stønader	Mottar en eller flere stønader
I alt	12,29	11,64	15,40
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,19	0,11	0,58
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,01	0,01	0,02
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,05	0,04	0,08
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,34	0,26	0,76
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	3,20	3,24	2,98
Punkt 6 Periodontitt	5,84	5,69	6,55
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,15	0,15	0,14
Punkt 8 Bittanomalier	0,20	0,21	0,20
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,05	1,05	1,04
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørhet)	0,64	0,44	1,61
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,00	0,00	0,01
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,09	0,07
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,16	0,16	0,17
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,31	0,15	1,09
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	0,03	0,08
Punkt 16 ¹	0,01	0,01	0,02

¹ innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

7.4. Utviklingen i andel mottakere og gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2016

Tabell 7.4 viser utviklingen i andel tannhelse- og refusjonsmottakere blant stønadsmottakerne. Tabellen viser at mottak av tannhelse- og refusjoner har økt mer blant personer som mottar stønader (15,9 prosent), enn blant personer som ikke mottar stønader (15 prosent). Det betyr at nivåforskjellen mellom de to gruppene er noe redusert i perioden. Andelen refusjonsmottakere blant mottakere av ulike enkeltstønadene, har økt mellom 12-15 prosent i perioden 2014-2016. Andelen tannhelse- og refusjonsmottakere har økt mest blant mottakere av tidsavgrensa uførestønad, med 37 prosent.

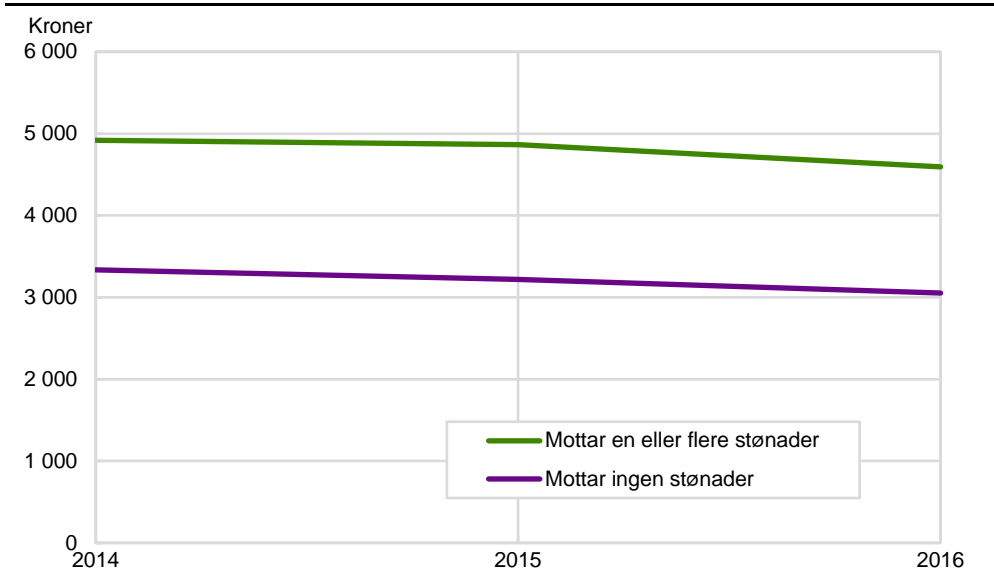
Tabell 7.4 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter mottak av en eller flere stønader. Prosent. 2014-2016

	2014	2015	2016
Mottar en eller flere stønader	13,3	14,8	15,4
Mottar ikke stønader	10,1	11,2	11,6

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Utviklingen i gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløp, viser at nivåforskjellen mellom stønadsmottakere og ikke-stønadsmottakere har blitt litt mindre i perioden. Det betyr at utbetalte beløp i de to gruppene har nærmet seg hverandre. I 2014 var gjennomsnittlig utbetalt beløp til stønadsmottakerne 4 919 kroner, og i 2016 var det 4 595 kroner. Gjennomsnittlig utbetalt beløp til personer som ikke mottok stønader var 3 336 i 2014 og 3 053 kroner i 2016. Utbetalte beløp er redusert med mellom 6 og 9 prosent for de fleste enkeltstønadene. Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp til mottakerne av overgangsønad har derimot økt med 16 prosent.

Figur 7.1 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter mottak av en eller flere stønader

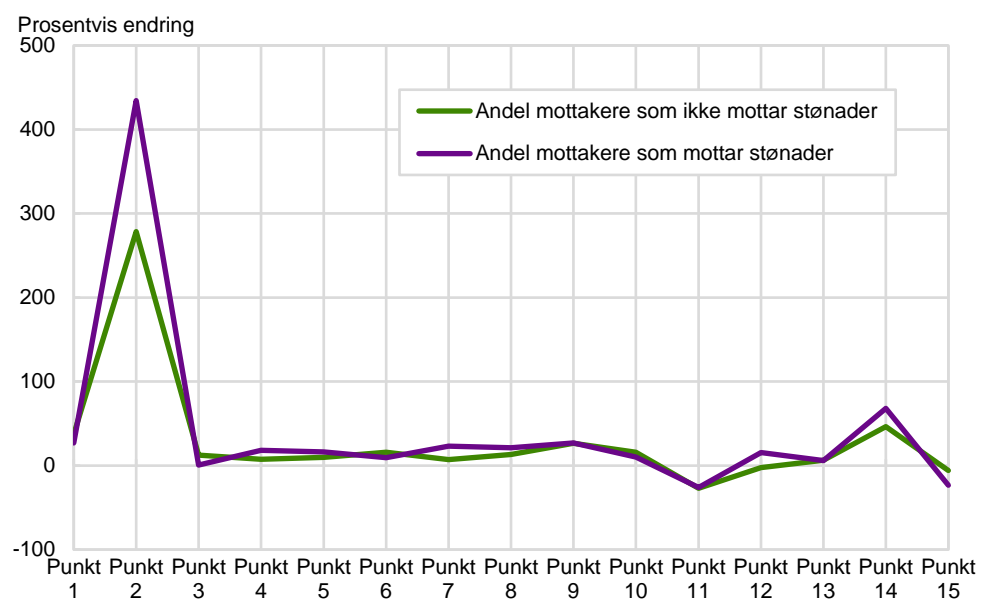


Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

7.5. Utviklingen i andel mottakere etter innslagspunkt 2014-2016

Figur 7.2 viser prosentvis endring i andelen tannhelserefusjonsmottakere, blant dem som mottar andre stønader og blant dem som ikke mottar andre stønader. Figuren viser at andelen refusjonsmottakere som mottar stønader, og andelen som ikke gjør det, har hatt en lik utvikling i perioden men med noen nivåforskjeller. De fleste innslagspunktene har hatt en økning i andel mottakere rundt 10-20 prosent. Mønsteret følger utviklingen i andel mottakere totalt, både blant de som mottar stønader og blant de som ikke gjør det.

Figur 7.2 Prosentvis endring i gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter mottak av en eller flere stønader og innslagspunkt. 2014-2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

7.6. Oppsummering

Dette kapitlet har vist at andelen som mottar tannhelserefusjoner er større blant personer som mottar en eller flere stønader enn blant personer som ikke mottar stønader gjennom hele perioden 2014-2016. Samtidig varierer andelen etter hvilken type stønad det er snakk om. Blant mottakere av uførepensjon er det for eksempel en mye større andel som mottar tannhelserefusjon sammenlignet med dem som ikke mottar stønader. Blant mottakere av sosialhjelp er det på den annen side en lavere andel som mottar tannhelserefusjon sammenlignet med de som ikke mottar stønader. Videre er de generelle alderstrendene fordelt etter innslagspunkt også gjeldene blant stønadsmottakerne. Det kan tyde på at hvem som mottar refusjoner er mer styrt av behandlingsbehovet i ulike aldersgrupper enn om du mottar stønad eller ikke.

Det er ellers slik at gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp er høyere blant stønadsmottakere enn blant andre. At den egenvurderte tannhelse er dårligere blant stønadsmottakere enn blant personer som ikke mottar stønader kan tilsi et større behov for behandling blant stønadsmottakere. Høyere gjennomsnittlige refusjonsbeløp indikerer et større behandlingsbehov i denne gruppa sammenlignet med resten av befolkningen. Samtidig tyder det på at når denne gruppa først oppsøker tannlege, får de refusjonen de har krav på. Samtidig kan det være et utslag av at denne gruppa ikke går til tannlege så hyppig som de burde, men at de venter i det lengste og dermed må gjennomføre mer kostnadskrevende behandlinger enn de ellers ville ha trengt.

Utviklingen i perioden 2014-2016 viser at nivåforskjellen mellom de som mottar stønader og de som ikke mottar stønader har økt når det gjelder andelen refusjonsmottakere mellom 2014 og 2016. Det betyr at det er en relativt større andel refusjonsmottakere blant personer som mottar stønader i forhold til blant personer som ikke mottar stønader i 2016 sammenlignet med i 2014. Samtidig har nivåforskjellen blitt redusert mellom de som mottar stønader og de som ikke mottar stønader når det gjelder gjennomsnittlig utbetalte beløp. Det betyr at den relative forskjellen i gjennomsnittlige utbetalte beløp mellom stønadsmottakere og de som ikke er stønadsmottakere er mindre i 2016 enn i 2014.

8. Hva kjennetegner mottakerne av tannhelse- refusjoner etter regionale bakgrunnskjenntegn?

Dette kapittelet presenterer mottakerne av tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen etter regionale bakgrunnskjenntegn i 2016, samt utviklingen i perioden 2014-2016. Bosted kan påvirke variasjonen i mottak av tannhelserefusjoner, og kan derfor gi informasjon om eventuelle forskjeller mellom mottakerne av tannhelserefusjoner og den øvrige befolkningen.

Bosted kan ha betydning for både tannhelse og bruken av tannlegetjenester. Den voksne befolkninga i Nord-Norge har for eksempel dårligere egenvurdert tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et større udekt behov for tannlegetjenester enn befolkningen i resten av landet (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Samtidig er flere tannløse eldre bosatt i små kommuner sammenlignet med i store kommuner (Holst m.fl. 2005). Ulik tilgang til tannlegetjenester i ulike deler av landet, for eksempel mellom sentrale og mindre sentrale strøk, kan ha noe å si for bruken av tannlegetjenester. Derfor vil det også kunne ha noe å si for utløsning av tannhelserefusjoner.

Det er den private tannhelsetjenesten som i all hovedsak skal tilby tjenester til den voksne befolkningen. Den private tannlegedekninga i Norge varierer mellom sentrale og mindre sentrale strøk. Fylke uten store byer har lavest dekningsgrad for private tannleger, jmfør tabell C 2 i vedlegg C. Nord-Norge er landsdelen med lavest dekningsgrad, og særlig er tilgangen til private tannleger lav i Finnmark fylke. Det er grunn til å tro at ulik tilgang på tannleger og tannpleiere i ulike deler av landet vil påvirke andelen personer som vil nytte godt av refusjonsordningen ved tannbehandling.

I tillegg til tilgang til tannlegetjenester kan det være demografiske forskjeller mellom ulike geografiske inndelinger som kan forklare forskjeller i utløsning av tannhelserefusjoner over folketrygda. I denne sammenhengen vil fordelingen av mottakere av tannhelserefusjoner bli presentert etter de to ulike geografiske inndelingene fylke og kommunesentralitet.

I 2016 ble det i alt utbetalt 1,63 milliarder kroner i tannhelserefusjoner til voksne personer. Fordelt etter kommunesentralitet er det i de mest sentrale kommunene at totale utbetalte beløp er størst. I de mest sentrale kommunene ble 1,12 milliarder kroner utbetalt i refusjoner, mens tilsvarende tall var 130 millioner for de minst sentrale kommunene. Det gjennomsnittlige utbetalte beløpet per behandla pasient er størst i de noe sentrale kommunene og minst i de mest sentrale kommunene, med henholdsvis 3 678 kroner og 3 297 kroner.

8.1. Flere som får refusjoner bor i fylker i Sør-Norge

Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, og skal sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle fylkets innbyggere, enten av fylkeskommunens egne ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen. Det er derfor naturlig å se hvordan refusjonsmottakere varierer etter fylke.

Tabell 8.1 viser hvordan andelen som mottok tannhelserefusjoner varierer etter kjønn og fylke. Tabellen viser at andelen refusjonsmottakere i 2016 er størst i Vestfold, Vest-Agder, Aust-Agder og Hordaland. Tilsvarende er Sogn og Fjordane, Hedmark og Finnmark fylkene der andelen som mottok tannhelsefufusjoner er lavest. Mens det var 14,4 prosent som fikk refusjoner i Vestfold, var tilsvarende andel 8,8 prosent i

Sogn og Fjordane. For øvrig er andelen kvinner som tok imot tannhelserefusjoner større enn andelen menn i alle fylkene.

Tabell 8.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter fylke. Prosent. 2014-2016

	2014	2015	2016
Hele landet	10,3	11,5	12,1
Østfold	10,6	12,1	12,6
Akershus	10,5	11,5	12,0
Oslo	10,2	10,9	11,5
Hedmark	8,2	9,1	9,5
Oppland	8,1	10,1	11,3
Buskerud	10,0	11,1	11,8
Vestfold	11,9	13,8	14,4
Telemark	10,8	12,5	12,4
Aust-Agder	11,2	12,6	12,9
Vest-Agder	12,5	13,5	13,7
Rogaland	11,3	12,0	12,7
Hordaland	11,3	12,4	12,9
Sogn og Fjordane	7,2	8,1	8,8
Møre og Romsdal	9,6	11,0	11,7
Sør-Trøndelag	10,3	11,2	11,7
Nord-Trøndelag	9,6	10,8	11,4
Nordland	10,1	11,5	12,3
Troms Romsa	9,4	11,4	12,2
Finnmark Finnmarku	9,2	10,2	10,8

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Andelen som mottar tannhelserefusjoner i 2016 er relativt forskjellig i ulike fylker. Mye tyder på at den private tannlegedekningen har stor betydning for den fylkesvise fordelingen av mottakere av tannhelserefusjoner. Grunnlagstallene viser at 93 prosent av mottakerne av tannhelserefusjoner fikk behandling i den private tannhelsetjenesten i 2016. At det er den private tannhelsetjenesten som skal tilby tjenester til den voksne befolkningen, samtidig som det er den private tannhelsetjenesten som gir flest refusjoner, tyder på at tilgang til private tannlegetjenester i stor grad er med å påvirke andelen som får refusjoner ved tannbehandling i de ulike fylkene. Sammenligninger av den private tannlegedekningen i de to fylkene viser at Vestfold er et av fylkene med høyest dekningsgrad, mens Sogn og Fjordane er et av fylkene med lavest dekning.

Oslo er fylket med høyest privat tannlegedekning i landet. Det skulle derfor være grunn til å anta at andelen refusjonsmottakere er høy i Oslo sammenlignet med resten av landet. Andelen som mottok refusjoner i Oslo var 11,5 prosent i 2016. Det er under landsgjennomsnittet på 12,1 prosent. At andelen refusjonsmottakere ikke er høyere i Oslo kan blant annet forklares med at innvandrerbefolkningen er større i Oslo enn i andre fylker. Innvandrerbefolkningen bruker både helsetjenester og tannlegetjenester mindre enn resten av befolkningen i Norge (Blom 2008). Dette gjelder særlig innvandrere som nettopp har kommet til landet, og som ofte trenger tid til å gjøre seg kjent med tilgjengelige tjenester. En annen forklaring er at mange som bor i tilgrensende fylker benytter seg av tannlegetilbudet i Oslo. Dette kommer blant annet av at mange som jobber i Oslo kombinerer jobb med tannlegebesøk. I presentasjonen av resultatene vil derimot disse personene inngå i fylkene der de bor.

Finnmark er fylket med lavest privat tannlegedekning i landet. Andelen refusjonsmottakere i Finnmark var 10,8 prosent i 2016. Dette er en av de laveste andelen sammenlignet med de andre fylkene. Selv om en stor andel av den voksne befolkningen i Finnmark bruker den offentlige tannhelsetjenesten, er det også her grunn til å tro at tilgang til private tannlegetjenester påvirker andelen som mottar refusjoner. Den voksne befolkningen i Finnmark har dårligere tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et større udekt behov sammenlignet med befolkningen i resten av landet. Det kan derfor være grunn til å tro at den dårlige tilgangen til private tannhelsetjenester i Finnmark, kombinert med store utskiftninger og ledige

offentlige stillinger, fører til at befolkningen ikke får utført nødvendig behandling. Å oppsøke tannlege er, som nevnt, en forutsetning for å bli vurdert og starte behandling som eventuelt kan gi refusjon.

8.2. Flere mottakere og lavere gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2016

Som vist i tabell 8.1, har andelen refusjonsmottakere økt i samtlige fylker i 2014-2016. Oppland har den største prosentvise endringen, med en økning på 38,3 prosent, mens Vest-Agder har den minste endringen, en økning på 9,1 prosent. Resultatene viser samtidig at det er tydelige forskjeller mellom fylkene med høyest og lavest andel refusjonsmottakere gjennom hele perioden. Samtidig har differansen mellom fylkene med høyest og lavest andel mottakere av tannhelse-refusjoner blitt mindre mellom 2014 og 2016.

Grunnlagstallene viser for øvrig de samme tendensene for alle fylkene når det gjelder andelen som mottar tannhelse-refusjoner i ulike aldersgrupper. Andelen som mottar tannhelse-refusjoner er lavest i aldersgruppen 30-39 år og stiger med alder fram til 69 år. I aldersgruppen 70-79 år flater andelen refusjonsmottakere ut. For om lag halvparten av fylkene fortsetter andelen å stige, mens andelen synker i den andre halvparten. I aldersgruppen 80 år og eldre er synker andelen mottakere for samtlige fylker. Det er samtidig en tendens til forskyvning i aldersprofilen i alle fylker. Det betyr at andelen refusjonsmottakere øker mer i de eldste aldersgruppene i 2016 sammenlignet med i 2014.

Tabell 8.2 viser hvordan gjennomsnittlig beløp per behandla pasient varierer etter fylke i perioden 2014-2016. Tabellen viser at Vest-Agder og Møre og Romsdal er de to fylkene med høyest gjennomsnittlige beløp i 2016, på henholdsvis 3 874 kroner og 3 777 kroner. Hordaland og Sør-Trøndelag er fylkene med lavest gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp, med henholdsvis 3 004 kroner og 3 031 kroner.

Gjennomsnittlige utbetalte beløp per behandla pasient har gått ned i samtlige fylker mellom 2014 og 2016. Vest-Agder har den største prosentvise endringen i perioden 2014-2016, med en nedgang på 15,6 prosent, mens Oppland har den minste med en nedgang på 1,9 prosent. Det er tydelige forskjeller mellom fylkene med høyest og lavest gjennomsnittlig beløp per behandla pasient gjennom hele perioden. Samtidig har differansen mellom fylkene med høyest og lavest gjennomsnittsbetalt blitt mindre mellom 2014-2016.

Tabell 8.2 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter fylke. Kroner. 2014-2016

	2014	2015	2016
Hele landet	3 621	3 513	3 384
Østfold	3 866	3 778	3 745
Akershus	3 305	3 234	3 217
Oslo	3 380	3 307	3 265
Hedmark	3 647	3 503	3 443
Oppland	3 701	3 587	3 632
Buskerud	3 912	3 773	3 560
Vestfold	4 070	3 772	3 559
Telemark	3 976	4 044	3 728
Aust-Agder	3 797	3 671	3 535
Vest-Agder	4 591	4 057	3 874
Rogaland	3 346	3 355	3 155
Hordaland	3 104	3 107	3 004
Sogn og Fjordane	3 698	3 527	3 260
Møre og Romsdal	3 954	3 925	3 777
Sør-Trøndelag	3 267	3 113	3 031
Nord-Trøndelag	3 651	3 570	3 295
Nordland	4 293	4 157	3 709
Troms Romsa	3 904	3 343	3 434
Finnmark Finnmark	3 563	3 589	3 258

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

8.3. Flere får refusjoner i sentrale kommuner

Kommunesentralitet indikerer hvor en kommune er plassert geografisk i forhold til tettsteder av ulik størrelse. Det er grunn til å tro at personer bosatt i sentrale kommuner vil ha en høyere forekomst av refusjoner enn personer bosatt i mindre sentrale kommuner. Årsaken til dette er at den geografiske fordelingen av private tannleger er skjevfordelt, og at sentrale deler av landet har større tilgang til private tannleger enn mindre sentrale deler av landet (Grytten m.fl. 2002).

Tabell 8.3 viser hvordan andelen personer som fikk refusjon for tannbehandling varierer etter kjønn og kommunesentralitet. Bosatte i sentrale kommuner får mer refusjoner totalt enn i de mindre sentrale kommunene, og andelen mottakere er økende med kommunesentralitet. Mens 12,4 prosent av den voksne befolkningen fikk refusjoner i sentrale kommuner, var tilsvarende tall 10,2 prosent for personer bosatt i de minst sentrale kommunene. Dette taler for at det er i område med god tilgang til tannlegetjenester at flest benytter seg av refusjonsordningen.

Tabellen viser også at andelen som mottar tannhelserefusjoner fordelt etter kommunesentralitet og innslagspunkt, varierer. Den største andelen personer mottar refusjon etter innslagspunktene 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) og 6 (periodontitt). Andelen som mottar refusjon etter disse innslagspunktene, er økende med kommunesentralitet.

Tabell 8.3 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Prosent. 2016

Innslagspunkt	Alle kommuner	Minst sentrale kommuner	Mindre sentrale kommuner	Noe sentrale kommuner	Sentrale kommuner
I alt	12,07	10,23	10,98	11,97	12,43
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,19	0,18	0,19	0,22	0,18
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,05	0,05	0,04	0,05	0,04
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,34	0,32	0,32	0,37	0,33
Punkt 5 sykdommer og anomalier i munn og kjeve	3,16	2,39	2,41	2,97	3,37
Punkt 6 Periodontitt	5,72	4,81	4,98	5,40	5,99
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,15	0,11	0,10	0,14	0,15
Punkt 8 Bittanomalier	0,20	0,17	0,32	0,20	0,20
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,03	0,97	1,20	1,12	1,00
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrhet)	0,62	0,68	0,83	0,85	0,54
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,08	0,11	0,10	0,08
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,16	0,11	0,12	0,15	0,17
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,31	0,26	0,29	0,33	0,31
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	0,08	0,05	0,06	0,03
Punkt 16 ¹	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02

¹ innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Periodontitt er innslagspunktet som flest personer mottok tannhelserefusjoner for i både mindre sentrale og mer sentrale kommuner. Samtidig er det en høyere andel som mottar refusjoner for periodontitt i de mest sentrale kommunene. Mens 4,8 prosent fikk tannhelserefusjoner for periodontitt i minst sentrale kommuner, var tilsvarende tall for sentrale kommuner 6 prosent. Innslagspunkt 5 er innslagspunktet med nest størst andel voksne refusjonsmottakere, både i mindre sentrale og mer sentrale kommuner. Andelen mottakere er økende med sentralitet. Mens omtrent 2,4 prosent fikk tannhelserefusjoner for innslagspunkt 5 i minst sentrale kommuner, var tilsvarende tall i overkant av 3,4 prosent i mest sentrale kommuner. Det samme gjelder for innslagspunkt 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne) hvor andelen som mottok refusjoner er lavest

i minst sentrale kommuner (0,26 prosent) og høyest blant personer bosatt i noe sentrale kommuner (0,33 prosent).

Tendensen for de andre innslagspunktene er at andelen mottakere er høyere i sentrale kommuner enn i mindre sentrale kommuner. Det er imidlertid enkelte unntak. For innslagspunkt 10 (hyposalivasjon/munntørrhet), er for eksempel andelen som mottar refusjon høyest i de minst sentrale kommunene og lavest i de mest sentrale kommunene, med henholdsvis 0,68 prosent og 0,54 prosent. Det samme gjelder for innslagspunkt 15 (helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven) hvor andelen mottakere er 0,08 prosent i minst sentrale kommuner og 0,03 prosent i sentrale kommuner.

Grunnlagsdata viser for øvrig at de generelle alderstendensene for mottak av tannhelse refusjoner er de samme også når det gjelder kommunesentralitet. Andelen som får tannhelse refusjoner stiger med økende alder opp til 70 år, før den flater ut og starter å falle igjen. Unntaket er i de mest sentrale kommunene hvor andelen mottakere fortsetter å stige i aldersgruppen 70-79 år. Andelen refusjonsmottakere i de to eldste aldersgruppene (70-79 år og 80 år og eldre) er høyere i sentrale kommuner i forhold til i mindre sentrale kommuner. For de ulike innslagspunktene er alderstrendene stort sett de samme innenfor alle de ulike sentralitetsinndelingene som for landet totalt.

Tabell 8.4 viser hvordan andelen personer som fikk refusjon til tannbehandling varierer etter kommunesentralitet og innslagspunkt i 2016. De gjennomsnittlige beløpene per behandla pasient totalt er høyest i noe sentrale kommuner og lavest i mest sentrale kommuner (henholdsvis 3 678 kroner og 3 297 kroner). Samtidig er gjennomsnittlige refusjonsbeløp per pasient høyere i både minst sentrale kommuner og mindre sentrale kommuner enn sentrale kommuner for alle innslagspunkt totalt.

De gjennomsnittlig utbetalte beløpene per pasient varierer etter sentralitet for de ulike innslagspunktene. For de aller fleste innslagspunkt er gjennomsnittlige beløp høyere i sentrale kommuner enn i mindre sentrale kommuner. Samtidig er finnes det unntak hvor de gjennomsnittlige utbetalte beløpene er høyere i mindre sentrale kommuner.

Tabell 8.4 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Kroner. 2016

Innslagspunkt	Alle kommuner	Minst sentrale kommuner	Mindre sentrale kommuner	Noe sentrale kommuner	Sentrale kommuner
I alt	3 384	3 523	3 415	3 678	3 297
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	6 753	6 146	5 950	7 249	6 758
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	6 445	6 125	8 133	9 364	5 894
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	8 343	7 073	9 535	8 168	8 473
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	6 539	5 485	6 322	6 369	6 738
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	1 460	1 449	1 453	1 397	1 476
Punkt 6 Periodontitt	2 532	2 545	2 565	2 716	2 488
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	8 503	9 478	9 247	9 583	8 125
Punkt 8 Bittanomalier	2 399	2 145	1 486	1 912	2 669
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	4 618	4 912	4 240	4 592	4 627
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrhet)	5 776	5 136	4 907	5 858	5 964
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	5 655	5 261	6 333	3 500	6 310
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	8 200	7 424	8 205	8 142	8 332
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	6 370	6 016	5 738	6 529	6 403
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	14 883	12 642	13 064	14 984	15 258
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	35 929	37 149	34 182	36 593	35 458
Punkt 16 ¹	719	370	714	2 163	620

¹ innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

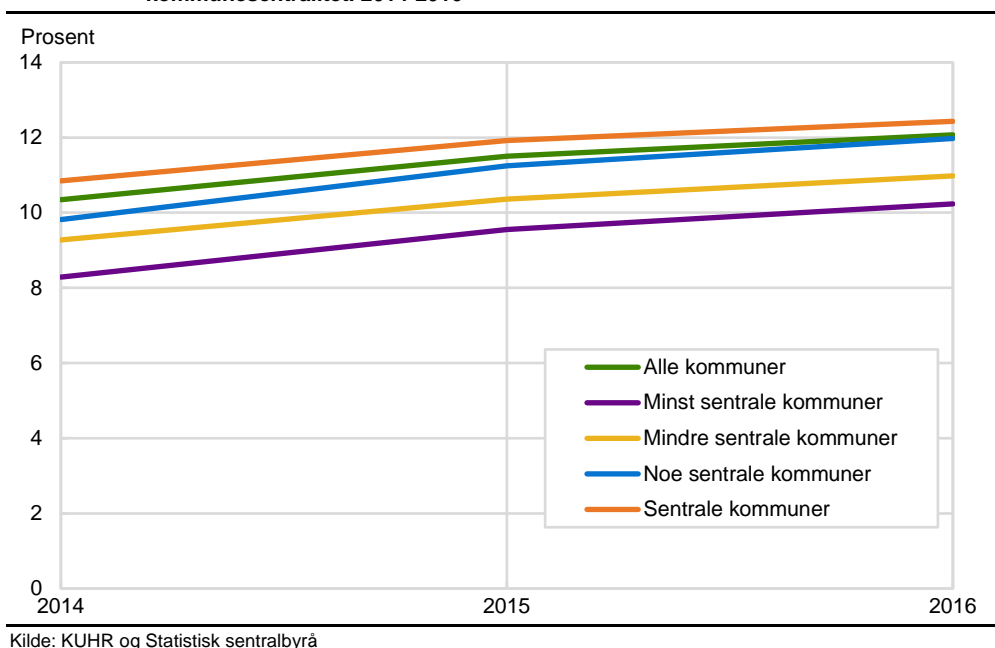
De gjennomsnittlige utbetalte beløpene er høyest for innslagspunkt 15 (helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven), 14 (sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne) og innslagspunkt 7 (tannutviklingsforstyrrelser) etter alle sentralitetsinndelinger. For innslagspunkt 15 er de gjennomsnittlige beløpene høyest i minst sentrale kommuner (37 149 kroner) og lavest i mindre sentrale kommuner (34 182 kroner). For innslagspunkt 14 er de gjennomsnittlig utbetalte beløpene høyest i sentrale kommuner og lavest i minst sentrale kommuner (henholdsvis 15 258 kroner og 12 642 kroner). For innslagspunkt 7 er gjennomsnittlig beløp høyest i noe sentrale kommuner og lavest i mest sentrale kommuner (henholdsvis 9 583 kroner og 8 125 kroner).

For innslagspunkt 6 (periodontitt), det største innslagspunktet målt i andelen mottakere, er de gjennomsnittlige utbetalte beløpene høyest i noe sentrale kommuner og lavest i mest sentrale kommuner (henholdsvis 2 716 kroner og 2 488 kroner). Det er imidlertid små forskjeller i gjennomsnittlige beløp mellom de ulike sentralitetsinndelingene for dette innslagspunktet.

8.4. Flere mottakere og lavere gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2016 for alle kommunesentraliteter

Figur 8.1 viser utviklingen i perioden 2014-2016 for personer 21 år og eldre som mottar refusjoner ved tannbehandling. Andelen mottakere har økt i perioden 2014-2016 i alle gruppene for kommunesentralitet. I minst sentrale kommuner har andelen refusjonsmottakere økt fra 8,3 prosent til 10,2 prosent, mens i mindre sentrale kommuner har andelen økt fra 9,3 til 11 prosent. I noe sentrale kommuner har andelen refusjonsmottakere økt fra 9,8 prosent til 12 prosent og i mest sentrale kommuner har andelen økt fra 10,8 prosent til 12,4 prosent. Den største prosentvise endringen i perioden har vært i minst sentrale kommuner, med en økning på 23,5 prosent. Tilsvarende har den minste prosentvise endringen vært i sentrale kommuner, med en økning på 14,6 prosent. Resultatene viser at det er tydelige forskjeller i andelen mottakere etter kommunesentralitet gjennom hele perioden. Samtidig har forskjellen mellom minst sentrale kommuner og sentrale kommuner blitt noe mindre mellom 2014 og 2016.

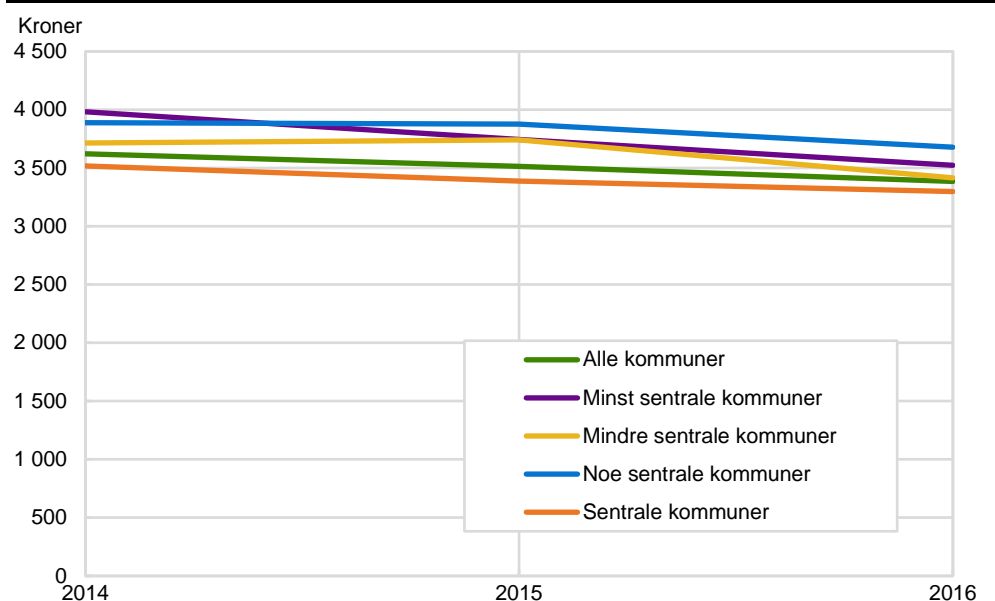
Figur 8.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet. 2014-2016



Når det gjelder utviklingen i andel refusjonsmottakere etter ulike innslagspunkt i perioden 2014-2016 viser grunnlagstallene at andelen refusjonsmottakere har økt for de aller fleste innslagspunktene for alle kommunesentraliteter. Grunnlagstallene viser samtidig at forskjellene i andelen mottakere mellom minst sentrale og sentrale kommuner har blitt noe mindre for de fleste innslagspunkt. For innslagspunkt 6 (periodontitt) har det vært en økning i andelen mottakere innenfor alle de ulike sentralitetsinndelingene. Den største prosentvise økningen i refusjonsmottakere er størst i minst sentrale kommuner og minst i mest sentrale kommuner (henholdsvis en økning på 24,3 prosent og 12,2 prosent).

Figur 8.2 viser utviklingen i perioden 2014-2016 for gjennomsnittlig beløp per pasient etter kommunesentralitet. Gjennomsnittlig utbetalte beløp per behandla pasient er redusert i perioden 2014-2016 i alle gruppene for kommunesentralitet. I minst sentrale kommuner var gjennomsnittlig beløp per pasient 3 982 kroner i 2014 og 3 523 kroner i 2016. I sentrale kommuner var gjennomsnittlig beløp 3 517 kroner i 2014 og 3 297 kroner i 2016. Minst sentrale kommuner hadde den største prosentvise endringen i perioden med en nedgang på 11,5 prosent, tilsvarende var den minste prosentvise endringen blant noe sentrale kommuner med en nedgang på 5,4 prosent. Resultatene viser at det er nivåforskjeller i gjennomsnittlig utbetalte beløp per pasient etter kommunesentralitet gjennom hele perioden. Samtidig har forskjellen mellom minst sentrale kommuner og sentrale kommuner når det gjelder gjennomsnittlige beløp blitt noe mindre mellom 2014 og 2016.

Figur 8.2 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kommunesentralitet. 2014-2016



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Resultatene fordelt etter kommunesentralitet viser mange av de samme resultatene som fordelt etter fylke. Andelen som tar imot refusjoner ved tannbehandling er høyest i sentrale områder der den private tannlegedekningen er høy. Unntaket er Oslo, der den private tannlegedekningen er aller høyest. Her er andelen som mottok tannhelse refusjoner litt under gjennomsnittet for hele landet. En av forklaringene på dette er, som tidligere nevnt, at Oslo har en stor innvandrerbefolkning med underforbruk av tannhelsetjenester sammenlignet med resten av befolkningen. Samtidig vil mange som ikke er bosatt i Oslo, men jobber der, benytte seg av tannlegetilbudet i Oslo.

Når det gjelder utviklingen i gjennomsnittlig beløp per pasient i perioden 2014-2016 for ulike innslagspunkt, viser grunnlagstallene at det i all hovedsak har vært

en nedgang for alle innslagspunkt innenfor alle sentralitetsinndelingene. Samtidig er differansen mellom sentralitetene med størst og minst gjennomsnittlige beløp blitt redusert mellom 2014 og 2016. Den prosentvise nedgangen er størst blant minst sentrale kommuner for de fleste innslagspunkt. Det er samtidig noen unntak. For innslagspunktene med de største gjennomsnittlig utbetalte beløpene (punkt 15, 14 og 7) er tendensen at beløpene er blitt redusert for alle kommunesentraliteter. Unntaket er for punkt 14 (Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/ nedsatt funksjonsevne) og punkt 7 (Tannutviklingsforstyrrelser) hvor de gjennomsnittlige beløpene har økt i de minst sentrale kommunene mellom 2014 og 2016. For innslagspunkt 6 (Periodontitt) har det vært en nedgang i gjennomsnittlige beløp innenfor alle sentralitetsinndelingene. Den største prosentvise nedgangen for innslagspunktet var i minst sentrale kommuner.

8.5. Oppsummering

Dette kapittelet har vist at andelen som mottar tannhelserefusjoner er størst i sentrale områder i perioden 2014-2016. Fordelt etter fylke er delen som mottar refusjon størst i sentrale fylker i Sør-Norge med høy privat tannlegedekning. Fordelt etter kommunesentralitet er andelen som mottar refusjon høyest blant personer bosatt i de mest sentrale kommunene, og minst i de minst sentrale kommunene. Dette støtter hypotesen om at tilgangen til tannleger spiller en viktig rolle for å få utløst tannhelserefusjoner. I sentrale område med høy tannlegedekning er andelen som får nytte godt av ordningene høyere enn i mindre sentrale område med lav tannlegedekning.

Samtidig er de generelle alderstrendene i alt og fordelt etter de ulike innslagspunktene gjeldende for alle sentralitetsnivå blant de som mottar refusjoner. Det kan tyde på at selv om god tilgang til tannleger spiller en viktig rolle, vil behandlingsbehovet i ulike aldersgrupper være mer styrende for hvem som tar imot tannhelserefusjoner. Ellers er de gjennomsnittlige utbetalte refusjonene høyere i mindre sentrale kommuner enn i de mest sentrale kommunene. At tannhelsen er dårligere i mindre sentrale strøk og at de gjennomsnittlige refusjonsbeløpene er høyere i mindre sentrale kommuner kan tyde på at behovet for behandling og mottak av refusjoner er større i mindre sentrale kommuner. Samtidig indikerer de gjennomsnittlige refusjonsbeløpene at personer bosatt i mindre sentrale strøk får refusjonene de har krav på når de først har oppsøker tannlege.

Utviklingen i perioden 2014-2016 viser at andelen refusjonsmottakere har økt i perioden etter alle sentralitetsinndelinger. Samtidig er nivåforskjellen mellom mindre sentrale strøk og sentrale strøk blitt noe mindre når det gjelder andelen refusjonsmottakere mellom 2014 og 2016. Gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp har gått ned for alle sentralitetsinndelinger i perioden 2014-2016. Samtidig har nivåforskjellen mellom de med høyest og lavest gjennomsnittlig utbetalte beløp gått ned mellom 2014 og 2016. Det betyr at den relative forskjellen i gjennomsnittlig utbetalte beløp er mindre mellom mottakere i sentrale strøk og mindre sentrale strøk i 2016 sammenlignet med 2014.

Siden det ikke finnes opplysninger i den studerte populasjonen om tannhelse-tilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester etter regionale bakgrunnskjennetegn, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner etter ulike regionale inndelinger samsvarer med det faktiske behovet i de ulike regionale inndelingene. Høyere gjennomsnittlige refusjonsutbetalinger per person i blant de som bor i mindre sentrale strøk, indikerer likevel at behovet for tannbehandling er høyere her enn i mer sentrale strøk.

9. Hva påvirker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner?

Formålet med analysen i dette kapittelet er å teste hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner, og sannsynligheten for å ikke motta tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen 21 år og eldre. Gjennom en multivariat analyse er utvalgte sosioøkonomiske og regionale variabler tatt med i en og samme logistiske regresjonsmodell. Det er gjort for å teste om sammenhengene er statistisk sikre, og for å sammenligne påvirkningen til de ulike variablene.

Testingen av statistisk sikkerhet innebærer å teste for om det er statistisk uavhengighet mellom uavhengige og avhengige variabler. Dette blir gjort gjennom å beregne nøyaktig hvor sannsynlig resultatet er, gitt at nullhypotesen om ingen sammenheng mellom de ulike uavhengige variablene og mottak av tannhelserefusjoner er sann. Sannsynligheten blir gjerne kalt resultatet sin p-verdi. Med et vanlig (konservativt) signifikansnivå på 5 prosent blir variabler med p-verdier som oppfyller kriteriet $p < 0,05$ betraktet som signifikante (Hellevik 1991).

Sammenligningen av ulike variablers påvirkning på en responsvariabel kan gjøres på flere måter. Oddsraten (OR) blir ofte brukt i sammenligningen av hva slags påvirkning ulike dikotome variabler har. OR langt fra 1, altså mye større eller mindre enn 1, indikerer at variabelen har stor betydning for responsvariabelen.

I første omgang studerer vi sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. Alle resultatene som statistisk sikkert påvirker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner er presentert i tabell 9.1. Tabellen inneholder p-verdier, oddsraten (OR) og konfidensintervallene til oddsraten. Det er grunn til å understreke at formålet med regresjonsanalysen i denne sammenhengen er prediksjon og ikke å påvise årsakssammenhenger. For ytterligere informasjon om definisjonene og forståelsen av disse og andre ulike statistiske størrelser som er relevante for logistisk regresjonsanalyse, se Ekornrud og Jensen, 2014.

Tabell 9.1 Faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner i befolkningen 21 år og eldre. Multivariat logistisk regresjonsmodell. 2016

Faktorer	P-verdi	Oddsrate	95% konfidensintervall
Konstantledd	<0,0001		
Kjønn	<0,0001	0,876	0,871-0,882
Aldersgruppe 21-39 år (i forhold til aldersgruppe 67+)	<0,0001	0,452	0,448-0,456
Aldersgruppe 40-66 år (i forhold til aldersgruppe 67+)	<0,0001	0,725	0,720-0,731
Lav inntekt (EU60)	<0,0001	0,712	0,704-0,720
Høy utdanning	<0,0001	0,875	0,869-0,881
Mottar stønader	<0,0001	1,372	1,361-1,383
Sentrale kommuner	<0,0001	1,216	1,204-1,228
Høy privat tannlegedekning	<0,0001	1,082	1,073-1,092
Høy privat spesialistdekning	<0,0001	1,040	1,032-1,049

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell 9.1 viser at alle ni faktorene i modellen har en statistisk signifikant sammenheng med det å motta tannhelserefusjoner på et signifikansnivå på $p < 0,0001$. Av de faktorene som med statistisk sikkerhet kan sies å påvirke sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner, er det fire som har en «positiv» sammenheng med å motta tannhelserefusjoner i modellen. Det betyr at disse faktorene gjør det mer sannsynlig å motta tannhelserefusjoner. Disse faktorene er mottak av en eller flere stønader, det å være bosatt i en sentral kommune, det å være bosatt i et område med høy privat tannlegedekning, og det å være bosatt i et område med høy privat spesialistdekning.

De fem andre faktorene med statistisk signifikans i modellen har en «negativ» sammenheng med mottak av tannhelserefusjoner. Det betyr at de gjør det mindre sannsynlig å motta tannhelserefusjoner. Disse faktorene er å være mann sammenlignet med å være kvinne (kjønn), det å være i aldersgruppa 21-39 år sammenlignet med å være i aldersgruppa 67 år og eldre, det å være i aldersgruppa 40-66 år sammenlignet med å være i aldersgruppa 67 år og eldre, det å ha lav inntekt og det å ha høy utdanning.

De ni faktorene varierer noe når det gjelder hvilken betydning de har for sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner i modellen. Dersom det dømmes etter oddsraten (OR) er det, justert for alle andre variabler, det å være i aldersgruppa 21-39 år (OR=0,452) sammenlignet med aldersgruppa 67 år og eldre, som er av størst betydning for sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. I dette tilfellet innebærer det å være i aldersgruppa 21-39 år at sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner reduseres. Å være i aldersgruppa 40-66 år (OR=0,725) sammenlignet med aldersgruppa 67 år og eldre har også en betydning i modellen, men ikke like stor som den yngste aldersgruppa. Å være i aldersgruppa 40-66 år innebærer også at sannsynligheten for å motta refusjoner reduseres sammenlignet med å være i aldersgruppen 67 år og eldre.

Også det å være stønadsmottaker (OR=1,372), samt det å være bosatt i sentrale kommuner (OR=1,216) ser ut til å ha betydning i modellen. Begge disse faktorene øker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. Det å ha lav inntekt (OR=0,712) har også betydning i modellen. I dette tilfelle innebærer det å ha lav inntekt at sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner reduseres. Å være bosatt i et område med høy privat tannlegedekning (OR=1,084) og høy privat spesialistdekning (OR=1,101), øker begge sannsynligheten for å motta refusjoner. I denne modellen ser det likevel ut til at andre faktorer spiller en viktigere rolle for sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner.

En logistisk regresjonsanalyse ble også gjennomført for å se hva som påvirker sannsynligheten for å ikke motta tannhelserefusjoner. Dette ble først og fremst gjort for kontrollformål, og viser som ventet de samme resultatene som analyse-resultatene presentert i det foregående, bare med motsatt fortegn. Det innebærer at faktorene som øker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner reduserer sannsynligheten for å ikke motta tannhelserefusjoner, mens faktorene som reduserer sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner øker sannsynligheten for å ikke motta tannhelserefusjoner i modellen.

9.1. Omtale av funnene

Regresjonsanalysen av mottak av tannhelserefusjoner viser at flere sosio-økonomiske og regionale faktorer påvirker sannsynligheten for mottak av tannhelserefusjoner i den voksne befolkninga 21 år og eldre i 2016. Samtidig er alder den faktoren som ser ut til å ha størst betydning i modellen. Dette er i tråd med resultatene presentert i de foregående kapitlene. Det er ellers grunn til å se analyseresultatene i sammenheng med de utbetalte refusjonsbeløpene til de ulike gruppene. Analysene gjennomført i dette kapitlet har ikke tatt hensyn til dette.

At sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner øker med alder, tyder på at alder har en stor betydning for mottak av tannhelserefusjoner. Som tidligere vist svekkes tannhelsen med alder, og følgelig øker behandlingsbehovet. Dette harmonerer med resultatene i kapittel 4, som viser at den største andelen som mottar tannhelserefusjoner er i aldersgruppa over 50 år. I denne sammenhengen er det viktig å nevne at antall refusjonsmottakere i ulike aldersgrupper varierer med innslagspunkt. Forskjellen mellom de ulike innslagspunktene ser ut til å være styrt

av hvilke aldersgrupper som har størst behandlingsbehov i de ulike innslagspunktene.

Det ser videre ut til at kjønn har betydning i modellen. Det å være kvinne øker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner, mens det å være mann reduserer sannsynligheten. Dette stemmer godt overens med resultatene presentert i kapittel 4, der andelen kvinner som mottar tannhelserefusjoner er høyere enn andelen menn for nesten alle sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjenntegn og i alle aldersgrupper. Samtidig viser resultater fra tidligere analyser at kvinner besøker tannlege oftere enn menn, som er en forutsetning for å få refusjon (Ekornrud og Skjøstad 2016). Når det gjelder kjønn er det viktig å nevne at det er noen variasjoner etter enkelte innslagspunkt.

Når det gjelder utbetalte refusjonsbeløp, som regresjonsanalysen ikke tar høyde eller kontrollerer for, øker gjennomsnittlig utbetalt beløp med alder. Dette tyder på at behandlingsbehovet også stiger med økende alder. Når det gjelder kjønn er det gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløpet per behandla pasient høyere for menn enn kvinner. Dette kan tyde på at behandlingsbehovet er noe høyere for menn enn kvinner. Dette stemmer overens med tidligere funn som viser at menn har noe dårligere egenvurdert tannhelse enn kvinner i den voksne befolkninga (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Samtidig varierer de gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløpene for menn og kvinner etter ulike innslagspunkt.

Sosioøkonomiske faktorer og mottak av tannhelserefusjoner

Når det gjelder de sosioøkonomiske kjennetegnene er det særlig det å være stønadsmottaker som har betydning for å motta tannhelserefusjoner i modellen. Det å være stønadsmottaker øker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. Samtidig har lav inntekt og høy utdanning en annen betydning for mottak av refusjoner. Lav inntekt og høy utdanning reduserer sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. Disse funnene er kanskje litt lite intuitive sammenlignet med tidligere funn om egenvurdert tannhelse, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannlegetjenester.

Tidligere analyser viser nokså sammenfallende funn for stønadsmottakere og personer med lav inntekt, mens de viser motsatte funn for personer med høy utdanning. I gruppene stønadsmottakere og personer med lav inntekt er det større sannsynlighet for å ha dårligere egenvurdert tannhelse, gå sjeldnere til tannlege og ha et større udekt behov, mens det er motsatt for personer med høy utdanning. I resultatene presentert i kapittel 4-8 og i analyseresultatene presentert i kapittel 9, er det derimot ikke de samme tendensene for disse tre bakgrunnskjenntegnene når det gjelder mottak av tannhelserefusjoner. Det er derfor grunn til å anta at det er andre bakenforliggende faktorer som kanskje har sterkere betydning for hvem som mottar tannhelserefusjoner. En forklaring på dette er at resultatene fra levekårsundersøkelsen i 2008 og 2012 ikke inkluderer personer bosatt på institusjon, som har krav på gratis tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. I denne undersøkelsen er derimot disse inkludert, og det er rimelig å anta at de påvirker resultatene i enkelte inndelinger, både i kapittel 4-8 og i analysene gjennomført i kapittel 9. Det samme kan gjelde personer som mottar helsetjenester i hjemmet.

Det er flere stønadstyper med til dels ulik motivasjon og forskjellige kriterium for vedtak som inngår i begrepet stønadsmottakere i analysene. I den forstand er ikke dette en ensartet gruppe, og det kan være forskjeller mellom mottakere av ulike stønadstyper som viskes ut gjennom den valgte tilnærmingen. Det kan for eksempel være at mottak av uførepensjon har en sterkere påvirkning på å motta tannhelserefusjoner enn mottak av sosialhjelp, noe som taler for å se nærmere på enkelte stønadsordninger og mottakerne av disse isolert. Analyser gjennomført for

kontrollformål viser at særlig det å være mottaker av uførepensjon har stor betydning for å motta tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud. Å være mottaker av uførepensjon øker sannsynligheten for å motta tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud. Det å være mottaker av sosialhjelp øker også sannsynligheten for å ta imot tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud, men i mindre grad enn mottak av uførepensjon.

Når det gjelder gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløp per behandla pasient, som analysene ikke har tatt hensyn til, er den gjennomsnittlige utbetalingen høyere blant personer med lav inntekt, lav utdanning og de som mottar stønader. Det kan tyde på at behandlingsbehovene knyttet til de ulike innslagspunktene er større blant personer med lav sosioøkonomisk status enn i befolkningen ellers.

Regionale faktorer og mottak av tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud

Når det gjelder de regionale bakgrunnskjennetegnene, har det å bo i sentrale kommuner størst betydning i modellen. Det å være bosatt i sentrale kommuner øker sannsynligheten for å motta tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud. Dette stemmer overens med resultatene presentert i kapittel 8, som viser at andelen som mottar tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud øker jo mer sentrale kommunene personene er bosatt i. Samtidig ser høy privat tannlegedekning og høy privat spesialistdekning ut til å ha betydning i modellen. Det å være bosatt i områder med høy privat tannlegedekning og høy privat spesialistdekning øker sannsynligheten for å ta imot tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud. Det stemmer overens med tidligere funn om at god tilgang til tannleger er en forutsetning for å bli vurdert, og eventuelt motta behandling som gir rett til refusjoner.

Disse tre regionale bakgrunnskjennetegnene, er ellers nært tilknyttet hverandre. Som vist i vedlegg C, er både privat tannlegedekning og privat spesialistdekning høyest i de mest sentrale områdene i landet. Det kan være strukturelle forskjeller mellom sentrale og mindre sentrale kommuner når det gjelder tilgang til personell og organisering av tannhelsetjenesten generelt og privat sektor spesielt. I Finnmark er det for eksempel svært lav privat tannlegedekning sammenlignet med resten av landet, og dette er ett av fylkene der lavest andel mottar refusjoner.

Det er grunn til å anta at det er mange av de samme personene som vil inngå i alle de tre gruppene som har betydning for modellen. Det er samtidig viktig å nevne at de to faktorene knyttet til tannlege- og spesialistdekning ikke ser ut til å ha like stor betydning i modellen som å bo i sentrale kommuner. Det er også viktig å understreke at resultatene presentert i kapittel 8 og faktorene i analysene tar utgangspunkt i bostadkommunen til en person, og ikke hvor de har mottatt behandling. Dette kan gi noen utslag i resultatene. Oslo har for eksempel den høyeste private tannlegedekningene i landet, samtidig som andelen bosatte som mottar refusjoner ikke er høyest i landet. Flere bosatt utenfor Oslo benytter likevel tannhelsetilbudet der, ofte i forbindelse med at de har jobb i hovedstaden. Det gjør at andelen bosatte i Oslo som mottar tannhelse- og tannpleie- og tannhelsetilbud blir lavere enn andelen som faktisk har blitt behandlet der skulle tilsi.

Når det gjelder utbetalte refusjonsbeløp, som ikke inngår i analysemodellen, viser resultatene i kapittel 8 at gjennomsnittsbetalingen per pasient er høyere i mindre sentrale kommuner enn de mest sentrale kommunene. Forklaringene på dette kan både være generelt høyere prisnivå for de aktuelle behandlingene i mindre sentrale kommuner, men også at personer i mindre sentrale kommuner ikke har samme tilgang til tannleger som personer bosatt i mer sentrale kommuner. Det kan føre til at en venter unødvendig lenge med å gå til tannlege, som igjen kan føre til at behandlingene blir dyrere enn de burde ha vært dersom behandlingene hadde starta tidligere.

9.2. Sammenligning av resultater mellom 2014 og 2016

Resultatene i kapittel 4 viser blant annet at andelen refusjonsmottakere i den voksne befolkningen har økt i perioden mellom 2014 og 2016. Det vil derfor være interessant å sammenligne resultatene fra logistiske regresjonsanalyser gjennomført på den voksne befolkningen 21 år og eldre for henholdsvis 2014- og 2016-årgangen.

Tabell 9.2 viser hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen i 2014 og 2016. Alle de ni faktorene i modellen har en statistisk signifikant sammenheng med det å motta tannhelserefusjoner på et signifikansnivå på $p < 0,0001$ både i 2014 og 2016. Av de faktorene som med statistisk sikkerhet kan sies å påvirke sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner, er det de fire samme som har en «positiv» sammenheng med å motta tannhelserefusjoner i 2014 og 2016 i modellene. Dette er å ha mottatt en eller flere stønader, å være bosatt i sentrale kommuner, å være bosatt i et område med høy privat tannlegedekning, og det å være bosatt i et område med høy privat spesialistdekning.

Tabell 9.2 Faktorer som påvirker sannsynligheten for å ta imot tannhelserefusjoner i befolkningen 21 år og eldre. Multivariat logistisk regresjonsmodell. 2014 og 2016

Faktorer	2014			2016		
	P-verdi	Oddsrate	95% konfidensintervall	P-verdi	Oddsrate	95% konfidensintervall
Konstantledd	<0,0001			<0,0001		
Kjønn	<0,0001	0,887	0,871-0,883	<0,0001	0,876	0,871-0,882
Aldersgruppe 21-39 år (i forhold til aldersgruppe 67+)	<0,0001	0,490	0,485-0,494	<0,0001	0,452	0,448-0,456
Aldersgruppe 40-66 år (i forhold til aldersgruppe 67+)	<0,0001	0,789	0,782-0,795	<0,0001	0,725	0,720-0,731
Lav inntekt (EU60)	<0,0001	0,718	0,709-0,727	<0,0001	0,712	0,704-0,720
Høy utdanning	<0,0001	0,867	0,860-0,873	<0,0001	0,875	0,869-0,881
Mottar stønader	<0,0001	1,31	1,299-1,322	<0,0001	1,372	1,361-1,383
Sentrale kommuner	<0,0001	1,311	1,298-1,325	<0,0001	1,216	1,204-1,228
Høy privat tannlegedekning	<0,0001	1,087	1,078-1,096	<0,0001	1,082	1,073-1,092
Høy privat spesialistdekning	<0,0001	1,075	1,066-1,084	<0,0001	1,04	1,032-1,049

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

De fem andre faktorene med statistisk signifikans i modellen har en «negativ» sammenheng med å ta imot tannhelserefusjoner i både 2014 og 2016. Dette er å være mann sammenlignet med å være kvinne (kjønn), det å være i aldersgruppa 21-39 år sammenlignet med å være i aldersgruppa 67 år og eldre, det å være i aldersgruppa 40-66 år sammenlignet med å være i aldersgruppa 67 år og eldre, det å ha lav inntekt (EU60) og det å ha høy utdanning.

En sammenligning av resultatene mellom de to årgangene viser i all hovedsak at de ulike faktorene har den samme betydningen for å motta refusjoner i modellen, både i 2014 og 2016. Dersom det dømmes etter oddsraten (OR) er det, justert for alle andre variabler, det å være i aldersgruppa 21-39 år (OR=0,452 i 2016) sammenlignet med aldersgruppa 67 år og eldre, som har størst betydning for sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner i både 2014 (OR=0,490) og 2016 (OR=0,452). I dette tilfellet innebærer det å være i aldersgruppa 21-39 år at sannsynligheten for å ta imot tannhelserefusjoner reduseres. Sannsynligheten for å motta refusjoner reduseres noe mer i modellen for 2016 sammenlignet med 2014. Å være i aldersgruppa 40-66 år sammenlignet med aldersgruppa 67 år og eldre har også en betydning i modellen, men ikke like stor som den yngste aldersgruppa. Dette gjelder i både i modellen for 2014 (OR=0,789) og 2016 (OR=0,725). Sannsynligheten for å motta refusjoner reduseres noe mer i 2016 sammenlignet med 2014.

Det å være stønadsmottaker og det å bosatt i sentrale kommuner ser ut til å ha betydning i modellen, både i 2014 (OR=1,31) og 2016 (OR=1,372). Å være stønadsmottaker øker sannsynligheten for å motta refusjoner noe i 2016

(OR=1,372) sammenlignet med 2014 (OR=1,31). Å være bosatt i sentrale kommuner øker også sannsynligheten for å motta refusjoner i både 2014 og 2016. Sannsynligheten for å motta refusjoner er noe lavere i 2016 (OR=1,216) enn i 2014 (OR=1,311). Det å ha lav inntekt ser også ut til å ha betydning i modellen for begge årgangene. I dette tilfelle innebærer det å ha lav inntekt at sannsynligheten for å ta imot tannhelserefusjoner reduseres. Sannsynligheten for å motta refusjoner reduseres noe mer i modellen for 2016 (OR=0,712) enn for 2014 (OR=0,718). Når det gjelder å være bosatt i område med høy privat tannlegedekning øker sannsynligheten for å motta refusjoner i både 2014 og 2016. Sannsynligheten for å motta refusjoner er noe lavere i 2016 (OR=1,082) sammenlignet med i 2014 (OR=1,087). Når det gjelder faktoren å være bosatt i område med høy spesialistdekning øker sannsynligheten for å motta i både 2014 og 2016. Faktoren ser samtidig ut til å spille en viktigere rolle i modellen for 2014 enn i 2016.

Sammenligningene av analyseresultatene for de to årgangene viser at det er de samme faktorene som har størst betydning i modellen i både 2014 og 2016. Det å være i den laveste aldersgruppen og motta stønader ser ut til å være de to viktigste faktorene i modellen både i 2014 og 2016. Samtidig ser det ut til at være i den yngste aldersgruppen reduserer sannsynligheten for å motta refusjoner noe mer i modellen i 2016 enn i 2014. Videre øker det å være stønadsmottaker sannsynligheten for å motta stønader noe mer i 2016 enn i 2014.

9.3. Oppsummering

Formålet med dette kapitlet har vært å presentere resultatene fra de logistiske regresjonsanalysene som er gjennomført. Analyseresultatene viser at det er flere sosioøkonomiske og regionale faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. Samtidig er alder den viktigste forklaringsfaktoren for hvem som mottar tannhelserefusjoner. Sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner øker med alder, fram til i de aller eldste aldersgruppene. Dette er i tråd med resultatene i kapittel 4, som viser at andelen tannhelserefusjonsmottakere øker med alder fram til i de eldste aldersgruppene. Aldersfordelingen i mottak av refusjoner ser i hovedsak ut til å være et resultat av behandlingsbehovet til ulike aldersgrupper tilknyttet de ulike innslagspunktene.

Av de sosioøkonomiske faktorene er det særlig det å være stønadsmottaker som øker sannsynligheten for å ta imot tannhelserefusjoner. I tillegg reduseres sannsynligheten for å motta refusjoner dersom du har lav inntekt og høy utdanning. Dette kan virke som lite intuitivt med tanke på tidligere funn om tannhelse. Det er likevel slik at sammensetningen i særlig lavinntektsgruppa kan være med å forklare hvorfor disse to variablene får utslagene som de gjør. Alle de sosioøkonomiske faktorene som påvirker sannsynligheten for å motta refusjoner er i tråd med resultatene presentert i kapittel 5-7.

Av de regionale faktorene er det å bo i sentrale kommuner det som har størst betydning. Det å bo i sentrale kommuner øker sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. Å være bosatt i område med god tilgang og godt utbygde tannhelsetjenester er viktig for å oppsøke tannlege og eventuelt starte behandling for tilstander som kan gi refusjoner. Å være bosatt i område med høy privat tannlege- og spesialistdekning ser også ut til å øke sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner. Dette gjelder særlig høy privat tannlegedekning. Alle faktorer som øker sannsynligheten for å ta imot refusjoner støtter ellers opp om resultatene presentert i kapittel 8.

Sammenligningene av resultatene fra regresjonsmodellen for 2014 og 2016 viser at det er de samme faktorene som har størst betydning i modellen i begge årgangene. Det å være i den laveste aldersgruppen og motta stønader er de to viktigste

faktorene i modellen både i 2014 og 2016. Samtidig ser det ut til at å være i den yngste aldersgruppen reduserer sannsynligheten for å motta refusjoner noe mer i 2016 enn i 2014. Videre øker det å være stønadsmottaker sannsynligheten for å motta refusjoner noe mer i 2016 enn i 2014.

Resultatene viser ellers at det ikke er en tydelig sosial gradient når det gjelder hvem som mottar tannhelserefusjoner over folketrygda. Også blant de som faktisk får refusjoner for ulike tilstander, ser det ut til at behandlingsbehovet er mer styrende enn hvilken sosial eller regional tilhørighet en person har. Samtidig gjør mangel på opplysninger om tannhelse, den generelle bruken av tannhelsetjenester og eventuelt udekt behov og opplysninger om prioriterte grupper i den studerte populasjonen det utfordrende å trekke klare slutninger. Selv om andelen som mottar tannhelserefusjoner er høyere blant stønadsmottakere enn personer som ikke mottar stønader, er det vanskelig å si om behovet i gruppa med stønadsmottakere skulle ha vært enda høyere. De gjennomsnittlige utbetalte beløpene per behandla pasient er høyere blant stønadsmottakere enn blant de som ikke mottar stønader. Det indikerer iallfall at behandlingsbehovet er større i denne gruppa enn i resten av befolkningen.

10. Avrunding

Formålet med rapporten har vært tredelt. For det første har den forsøkt å gi en sosioøkonomisk omtale og analyse av personer som mottok refusjoner for tannbehandling i 2016. For det andre har rapporten forsøkt å gi en sosioøkonomisk omtale og analyse av personer som har mottatt refusjoner for tannbehandling i 2016 etter de ulike innslagspunktene. Et tredje formål har vært å presentere utviklingen i andel refusjonsmottakere og beløp i perioden 2014-2016. I tillegg til deskriptiv analyse, har det også blitt gjennomført logistiske regresjonsanalyser (kvantitativ analyse) for å se hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta refusjoner, og samtidig kontrollere at de presenterte resultatene er statistisk signifikante.

Resultatene for 2016 er i all hovedsak like som i 2014 (Ekornrud, Skjøstad og Texmon 2015). Alder og behandlingsbehov etter de ulike innslagspunktene spiller en viktig rolle for måten refusjonene fordeler seg i befolkningen. Resultatene fra regresjonsanalysen viser også at alder er den faktoren som øker sannsynligheten for å motta refusjoner mest. Blant de som mottar refusjoner er alderstrendene noenlunde de samme for alle innslagspunkt uavhengig av om du er mann eller kvinne, hvilken utdanning du har, hvilken inntekt du har, om du er stønadsmottaker eller ikke, og om du bor i sentrale strøk eller mindre sentrale strøk. Dette er i tråd med tidligere funn om at tannhelse svekkes med alderen, og at behandlingsbehovet følgelig øker med alderen.

Resultatene for hvordan refusjoner fordeler seg i befolkningen etter sosioøkonomiske bakgrunnskjenntegn, er ellers ikke entydige. Det er ikke mulig å påvise en sosial gradient i mottak av refusjoner i alt og etter ulike innslagspunkt. Samtidig er en forklaring på de motstridende resultatene at bakenforliggende faktorer og mekanismer drar i ulike retninger. Det er derfor verdt å nyansere noen av funnene basert på kunnskap om egenvurdert tannhelse, bruken av tannlege-tjenester og udekt behov.

Resultatene i kapittel 5 viser at andelen som mottar refusjoner er høyere blant personer med lav utdanning enn blant personer med høy utdanning. Dette er gjeldende for de fleste innslagspunktene. Et unntak er for personer med sterk nedsatt evne til egenomsorg (innslagspunkt 14). Regresjonsanalysen viser dessuten at sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner øker dersom man har lav utdanning. Samtidig har personer med lav utdanning dårligere egenvurdert tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et større udekt behov sammenlignet med de med høy utdanning. Det skulle derfor være grunn til å tro at behovet for behandling er større blant de med lav utdanning. De gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløpene, som er høyere for behandla personer med lav utdanning sammenlignet med resten av befolkningen, indikerer dette.

At andelen refusjonsmottakere er høyere blant personer med lav utdanning må ellers ses i sammenheng med alderstrendene blant refusjonsmottakerne i alt og etter ulike innslagspunkt, som viser at andelen refusjonsmottakere øker med alder. Andelen med lav utdanning er forholdsvis høyere i de eldste aldersgruppene sammenlignet med i de yngre aldersgruppene.

Resultatene viser også at andelen som mottar refusjoner er lavere blant personer med lav inntekt enn blant de som ikke har lav inntekt. Resultatene gjelder for nær sagt alle innslagspunkt. Regresjonsanalysen viser dessuten at sannsynligheten for å motta refusjoner reduseres i gruppen med lav inntekt. Dette er i tråd med kunnskap om at personer med lav inntekt har dårligere tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et større udekt behov for tannlegjetjenester enn de som ikke har lav inntekt.

Også de gjennomsnittlige refusjonsbeløpa per behandla pasient, som er gjennomgående høyere blant personer med lav inntekt, indikerer at behandlingsbehovet er større i denne gruppa enn den andelen som faktisk mottar refusjoner. Dette kan tyde på at dårlig råd forhindrer folk, som kunne fått utløst refusjoner, i å oppsøke tannlege. I kapittel 6 er det vist at inntektsfordelingen blant voksne mottakere av tannhelserefusjoner ikke er lik inntektsfordelinga i den voksne befolkninga samlet. Personer med lav inntekt er underrepresenterte blant refusjonsmottakerne, mens personer med høy inntekt er overrepresenterte blant refusjonsmottakerne. Årsakene til dette kan være at behovet for tannbehandling er høyere blant personer med lav inntekt, mens personer med høy inntekt bruker tannhelsetjenestene mer sammenlignet med resten av befolkninga.

Videre viser resultatene at andelen som mottar refusjoner er høyest blant stønadsmottakere sammenlignet med de som ikke mottar stønader. Regresjonsanalysen viser dessuten at sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner øker dersom du er stønadsmottaker. Samtidig viser kunnskap om tannhelse at stønadsmottakere har dårligere tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et større udekt behov for tannlegetjenester enn andre. Det skulle derfor være grunn til å tro at behovet for behandling er større blant stønadsmottakere enn i resten av befolkninga. I og med at det ikke finnes opplysninger om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for populasjonen som er studert, er det ikke mulig å vurdere om andelen som mottar refusjoner blant stønadsmottakere er i tråd med det reelle behovet i denne gruppa. De gjennomsnittlige refusjonsutbetalingene, som er høyere i denne gruppa sammenlignet med i resten av befolkningen for nærmest alle innslagspunkt, indikerer likevel at behovet mest sannsynlig er høyere i denne gruppa enn andelen som faktisk mottar refusjoner tilsier.

Når det gjelder regionale bakgrunnskjenntegn viser resultatene at andelen som mottar refusjoner er størst i de mest sentrale kommunene. Den private tannlegedekningen er høyest i mest sentrale områder. I tillegg viser regresjonsanalysen at sannsynligheten for å motta tannhelserefusjoner øker dersom man er bosatt i de mest sentrale kommunene eller i områder med høy privat tannlegedekning. Disse funnene støtter hypotesen om at god tilgang til tannlegetilbud er viktig for å oppsøke tannlege i utgangspunktet, som igjen er nødvendig for å bli vurdert og få gjennomført behandling som kan gi refusjon. Det er tidligere vist at personer som bor i spredtbygde strøk har dårligere tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et høyere udekt behov sammenlignet med personer bosatt i tettbygde strøk. Det skulle derfor være grunn til å tro at behovet for behandling som kan gi refusjon er høyere i mindre sentrale kommuner. De gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløpene, som viser at gjennomsnittlige utbetalte beløp er høyere i minst sentrale kommuner enn i mest sentrale kommuner, støtter også dette. Dette gir grunn til å hevde at behovet er høyere i mindre sentrale kommuner enn den andelen som faktisk mottar refusjoner. Forskjellen i refusjonsmottakere og gjennomsnittlige beløp mellom sentrale og mindre sentrale strøk gir god grunn til å reise spørsmål om både organisering og finansiering av tannhelsetjenesten er med på å påvirke forskjeller i refusjonsutbetalingene.

Foruten at hovedresultatene for refusjonsmottakere etter ulike sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjenntegn er noenlunde de samme i 2014 og 2016, viser utviklingen i perioden 2014-2016 to hovedfunn; For det første har andelen refusjonsmottakere økt mellom 2014 og 2016. Dette gjelder både for refusjonsmottakere i alt og fordelt etter de ulike sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjenntegnene. Resultatene gjelder både totalt og etter de ulike innslagspunktene. En av de viktigste forklaringene på dette er at flere tannleger og tannpleiere benyttet seg av refusjonsordningen i 2016 enn i 2014. Direkte oppgjør og generelt

mer kjennskap til refusjonsordningen blant tannleger og tannpleiere kan være en forklaring på hvorfor flere har tatt ordningen i bruk.

For det andre har de gjennomsnittlige utbetalte beløpene per behandla pasient blitt reduserte i perioden 2014-2016. Dette gjelder både for mottakere i alt og fordelt etter de ulike sosioøkonomiske og regionale bakgrunnskjennetegnene, både totalt og etter de ulike innslagspunktene. Det er flere årsaker til at de gjennomsnittlige beløpene har gått ned. En av forklaringene er en reduksjon i flere av de mest sentrale og hyppigst brukte takstbeløpene tilknyttet behandlingen for de største innslagspunktene. Dette gjelder særlig takstbeløp tilknyttet innslagspunkt 6 (periodontitt), som er det største. En annen forklaring er myndighetenes krav om bedre dokumentasjon fra tannleger og tannpleiere ved refusjoner for å få utbetalt refusjon for enkelte innslagspunkt. En tredje forklaring er at tjenesten har gjennomført og ferdigbehandlet store deler av den voksne befolkningen for sykdommer og tilstander for enkelte innslagspunkt som inngår i ordningen. Dette kan for eksempel gjelde for innslagspunkt 14. En fjerde forklaring kan være at den generelle tannhelsen i den voksne befolkningen er blitt bedre de siste årene. Fra 1985 og fram til 2017 har andelen 18-åringer med null hull økt fra 1 til 24 prosent (SSB 2017). Det er rimelig å anta at generelle bedringen i tannhelsen i den voksne befolkningen gjør at det ikke lenger er behov for like omfattende og kostnadskrevenne behandlinger for enkelte innslagspunkt som tidligere.

Avslutningsvis er det viktig å minne om at en forutsetning for å motta refusjoner for tannbehandling over folketrygden etter de ulike innslagspunktene er å oppsøke tannlege, bli vurdert og eventuelt få utført behandling som utløser refusjoner. Siden det ikke finnes opplysninger i den studerte populasjonen om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner i ulike sosioøkonomiske og regionale grupper samsvarer med det faktiske behovet i de ulike gruppene. Høyere gjennomsnittlige refusjonsutbetalinger per person i grupper med lav sosioøkonomisk status og som bor i mindre sentrale strøk, indikerer likevel at behovet for tannbehandling er høyere i disse gruppene enn i resten av den voksne befolkningen. Funn fra tidligere analyser fra Norge og Sverige viser også at det er en opphoping av personer med lav sosioøkonomisk status i gruppen med udekt behov for tannlegetjenester.

Referanser

- Blom, S. (2008): *Innvandrerens helse 2005/2006*, Rapporter 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*, Rapporter 2013/27, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/inntektsstatistikk-for-den-eldre-befolkningen-2011>). Dahl, G., Anette W. Enes, Tor Jørgensen og Cassie Trewin (2006): *Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp*, Rapporter 2006/13, Statistisk sentralbyrå (http://www.ssb.no/vis/emner/03/04/rapp_200613/main.html)
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2010a): *Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk*, Rapporter 2010/29, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelse>).
- 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*, Rapporter 2010/51, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelsetilstand-og-tannlegetenester>).
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2013): *Udekt behov for tannlegetenester. Internasjonale samanlikningar og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg*, Rapporter 2013/07, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/udekt-behov-for-tannlegetenester>).
- Ekornrud, T. og Jensen, A. (2014): *Låg inntekt og tannhelse*, Rapporter 2014/20, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/laag-inntekt-og-tannhelse>).
- Ekornrud, T, Skjøstad, O. og Texmon I: *Utgifter til behandling hos tannlege. Ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar*, Rapporter 2015/40, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege>).
- Ekornrud, T og Skjøstad, O.: *Tannhelse blant vaksne i Sverige og Noreg - Ein sosioøkonomisk analyse*, Rapporter 2016/28, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelse-blant-vaksne-i-sverige-og-noreg>).
- 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.
- 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.
- 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>).

- Helse- og omsorgsdepartementet (2017): Prop. 1 S (2017–2018): *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2018*. (Prop. 1 S (2017–2018)) (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064/>)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015): *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2016*. Rundskriv I-8/2015, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om folketrygd (folketrygdloven), nr.19, 28. februar 1997.
Arbeidsdepartementet (<http://www.lovdatab.no/all/nl-19970228-019.html>)
- Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven), nr. 54, 3. juni 1983, Helse- og omsorgsdepartementet (<http://www.lovdatab.no/all/nl-19830603-054.html>)
- Statistisk sentralbyrå (2017): (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/ein-av-fire-18-aringar-har-aldri-hatt-hol-i-tennene>)
(www.ssb.no/tannhelse)

Vedlegg A: Hovedtall for refusjon av tannhelsetjenester

I denne analysen studeres først og fremst kjennetegn ved voksne pasienter som får hele eller deler av sin tannbehandling dekket gjennom refusjon fra Folketrygden. Som det er pekt på foran (kapittel 3) utgjorde samlet refusjonsbeløp for voksne pasienter om lag 70 prosent av det totale refusjonsbeløpet til tannhelsetjenester i 2016 (1,63 av en samlet utgift alt 2,34 milliarder, se under). Tilsvarende andeler for 2014 og 2015 var henholdsvis 67 og 69 prosent, som betyr at veksten i utgifter til de voksne pasientene har vært noe raskere enn når også yngre mottakere tas med. For begge personellgruppene samlet var veksten fra 2015 til 2016 1,5 prosent når alle pasienter inkluderes, mot 2,2 prosent for personer i alder 21 år og over. Tilsvarende veksttall fra 2014 til 2015 var henholdsvis 7,4 og 9,3 prosent. Som det påpekes ellers i rapporten, var det betydelig reduksjon av veksten i utgiftene til tannhelse refusjoner fra 2015-2016. At utgiftene til behandling av barn og unge vokste langsommere enn refusjonene til voksne, gjelder i hele perioden 2014-2016 og henger sammen med en reduksjon av refusjoner til den kjeveortopediske behandlingen av barn og unge med bittanomalier.

Når vi betrakter tannpleieres krav om refusjoner for seg, viser tabellen et klart unntak fra stagnasjonen i utgifter i de siste årene. Mens disse økte i takt med beløp for tannlegene fra 2014 til 2015 (7,7 mot 7,4 prosent), lå de samlede kravene fra tannpleierne 16,5 prosent høyere i 2016 enn i 2015. Fra å utgjøre under 3,7 prosent av de samla beløpene for tannhelsepersonell i 2014, var tannpleiernes andel økt til 4,4 prosent i 2016.

Tabell A 1 Utgifter til refusjon for ulike tannhelseutgifter 2014-2016. Millioner kroner

Kilde	2014	Prosentvis økning 2014-2015	2015	Prosentvis økning 2015-2016	2016
Samlet sum for tannhelse refusjon ifølge Helfos årsrapport	2 173	7,2	2 330	0,5	2 341
Beløp som ikke er med i KUHR-materialet	131,7		137,7		115,5
Andel av Helfos totalbeløp som ikke er med i KUHR. Prosent	6,1		6		5
Samlet refusjonsbeløp i datafil fra KUHR med identifiserbare personer (med fnr/dnr)					
Krav fra begge personellgrupper	2 041,34	7,4	2 192,30	1,5	2 225,24
Krav fra tannleger	1 964,24	7,4	2 109,00	0,9	2 128,00
Krav fra tannpleiere	77,1	7,7	83,04	16,5	96,77
Samlet beløp i materiale fra KUHR med treff i Folkeregisteret					
Krav fra begge personellgrupper	2 040,05	7,4	2 190,83	1,5	2 223,47
Krav fra tannleger	1 963,03	7,4	2 107,91	0,9	2 126,77
Krav fra tannpleiere	77,01	7,7	82,92	16,6	96,7
Samlet beløp for personer i alder 21 år og over					
Krav fra begge personellgrupper	1 462,55	9,3	1 598,13	2,2	1 633,74
Krav fra tannleger	1 385,58	9,4	1 515,25	1,4	1 537,07
Krav fra tannpleiere	76,98	7,7	82,87	16,7	96,67

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

I den grad analysen tar utgangspunkt i refusjoner for hele befolkningen, er det det samlede omfanget av refusjonsbeløp i datafilene fra KUHR-registeret for årene 2014, 2015 og 2016 som ligger til grunn, med totale summer som steg fra 2 041 millioner i 2014 til 2 225 millioner i 2016. Disse summene ligger noe mer enn 100 millioner (eller 5,0 – 6,1 prosent) lavere enn summene som Helfo har publisert i sine årsrapporter. Disse avvikene beror på følgende:

- Bare krav fra tannhelsepersonell er med i KUHR (ikke krav fra pasienter).
- Regninger fra tannleger som er behandlet manuelt.
- Regninger fra tannpleiere som er behandlet manuelt.
- Pasienter uten fullstendig identifikasjon (fnr/dnr) er ikke med på i utleverte filer.

Disse momentene medfører at omfanget av KUHR-materialet er mindre enn Helfos totalutgift. I tillegg kommer at Helfos regnskapsår sammenfallende med perioden for oppsamling av regninger i KUHR. Mens Helfo avslutter «fryser» opplysningene om foregående år ganske tidlig i det påfølgende året og tar etterslepet med i neste års regnskap, fylles KUHR-registeret gjennom hele det etterfølgende året. Ved utleveringen av KUHR-data til statistikk og analyse ved månedsskiftet februar/mars i 2015 og 2016 var imidlertid så mye som 99,5 og 99,6 prosent av de endelige beløpene med i materialet (Personlig meddelelse, Helsedirektoratet 2017). Den endelige utleveringen av data fra 2014 til analysen i 2015 var imidlertid noen måneder senere på året.

Når vi sammenlikner tall fra KUHR-materialet med veksten ifølge Helfos rapporter, utgjør imidlertid den delen som ikke er med i datamaterialet en noe avtakende andel. Følgelig er det ikke noe som tyder på at manglende dekning i KUHR-data er med på å forklare den avtagende veksten i refusjoner for tannbehandling.

Vedlegg B: Endringer i tannlegers bruk av takster

Som nevnt i kapittel 3 foran, utgjøres refusjonen av tannbehandling av faste beløp for nøyaktig definerte oppgaver¹. Vanligvis betaler pasientene egenandel, men i enkelte tilfelle skal hele honoraret betales gjennom Folketrygden, og i så fall er det også et fastsatt honorar som gjelder. Dette betyr at for et flertall av i alt 120 takster er det dobbelt sett av priser: Refusjonstakst og honorartakst. I tabell B.1 under gis det en forenklet oversikt over takstene. I utgangspunktet er disse delt inn i 9 grupper (første siffer), etter hvilke typer behandling de dekker, men i tabellen under de er delt videre inn i noen undergrupper. Samlet og mer detaljerte oversikter over takster og beløp (gjeldende for hvert av årene 2014-2016), er dokumentert i Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 2014 og 2015).

Tabell B 1 Grupper av takster og enkelttakster i refusjonsordningen

Takstgruppe	Refusjonsbeløp for enkelttakster (2016)
1-10	Generelle tjenester: Undersøkelser, diagnostikk, kontroll og anestesi
	230, 375, 620, 125, 240, 60, 255, 460, 1445, 540
101	Opplæring til egenomsorg
	795
	Konserverende og endodontisk behandling
201-207	Konserverende (preperering, fylling)
	485, 800, 1010, 340, 1400, 440, 300
210-212	Endodontisk (rotfylling)
	2625, 2965, 3755
	Protetisk behandling
301-303	Gull- og porselennlegg, etter antall flater
	1655, 2750, 3120
304-309	Krone- og broarbeid
	2745, 2400, 1635, 1785, 6680, 2230
	7070, 12265, 7245, 1775, 11130, 750, 11130, variabel, 22550, 9970
310-321	Arbeid med proteser
	Kirurgisk behandling
401-409	Ekstraksjoner, biopsier o.l. og
	290, 165, 545, 460, 985, 1150, 1785, 360, 590
410-420	Andre kirurgiske inngrep
	800, 750, 750, 1140, 1140, 1140, 1140, 1345, 750, 1850, 2060
421-424	Ulike kirurgiske innsetninger av implantat
	7980, 4715, variabel, 19500
	Periodontal behandling og rehabilitering
501	Systematisk behandling marginal periodontitt
	470
502-505	Uklike takster i behandling av periodontitt
	505, 320, variabel, 480
509-517	Erstatning av tanntap ved periodontitt
	1675, 6860, 6685, 10540, 6455, 4660, 720, 5455
	Kjeveortopedisk behandling
601	Behandlingsplanlegging
	590
602a-602g	Framstilling og innsetting av avtagbar apparatur
	600, 930, 1070, 1480, 1735, 2065, 2020
603a-603b	Fast apparatur i en hel kjeve
	1550, 1910
604a-604f	Behandlingskontroller i aktiv behandlingdfase
	145, 220, 340, 550, 825, 90
605a-605g	Spesialutstyr/tilleggsmateriell
	245, 325, 455, 1055, 1465, 1040, 830
606a-606b	Behandlingsavslutning
	380, 680
607a-607b	Retensjonskontroller
	145, 215
	Øvrige behandlinger
702-707	Framstilling av studiemodeller, akrylskinne m.m.
	240, 555, 15, 1770, 600, 560
	Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser
802-805	Røntgen: tann, okklusalflate, panorama, kjeveortopedisk
	25, 80, 205, 170
806	Skallerøntgen
	275
807-810	CT/MR kjeve/ansikt
	210, 565, 1385, 590
801, 811	Laboratorieundersøkelser
	95, 420

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Med hensyn til beløpene er det ganske få endringer i perioden 2014-2016, slik at de fleste som er listet opp i tabellen gjaldt i hele perioden. Dermed gir ikke takstene kompensasjon for generell prisstigning i perioden, og for noen av dem har det derimot vært en nedgang i beløpet (takstene 304, 604f, 806). Takstene for konserverende og endodontisk behandling (201-212) ble imidlertid økt fra 2014-

¹ For et par av takstene, der arbeidet også inkluderer bidrag fra tannteknikere, er det ikke faste beløp.

2015 og noen av dem fra 2015-2016. Det samlede gjennomsnittlige beløpet for bruk av en takst, og virkningen på det samlede beløpet bruken av den utgjør, påvirkes også av hvor ved stor andelen av bruken som har hatt krav om fullt honorar (se tabellene B 2 og B 3).

Når vi ser på de samla beløpene brukt til de ulike gruppene av takster i tabell B 2, finner vi en ujevn fordeling i små og svært store beløp. De to første linjene omfatter alle de generelle takstene for undersøkelser og all konserverende og endodontisk tannpleie (preparering og fylling, samt rotfyllinger), og utgjorde over 20 prosent av totalbeløpet til refusjoner i 2016. Disse takstene er i bruk ved mange av innslagspunktene. Noen enkelttakster (som 304: gull- og keramiske kroner og 501: systematisk behandling av periodontitt) skiller seg imidlertid ut ved at de bidro med store beløp, den førstnevnte med over 10 prosent av totalbeløpet i ordningen. Utgiften til takst 304 var stort fordi selve refusjonsbeløpet er stort, bruken er utbredt (over 60 000 ganger) og andel med full refusjon av honorar er høyt. For takst 501 er refusjonen langt lavere, men antall gjentakelser høyt, da taksten brukes for en stor del av pasientene med refusjonsgrunnlag i innslagspunkt 6. Den store gruppen av takster for kjeveortopedisk behandling under (601-604e) omfatter de fleste takstene som brukes ved innslagspunkt 8, og utgjorde følgelig en stor utgift.

Tabell B 2 Bruk av takster, samlet beløp og andel takster der det er brukt fullt honorar. 2015 og 2016

Takst	Gjennomsnittsbeløp1	Antall takster	Antall fullt honorar	Andel fullt honorar	Samlet beløp
2015					
1-101	247,13	786 815	112 738	14,3	194,449
201-212	914,57	272 070	71 991	26,5	248,826
301-303	3471,55	1 408	574	40,8	4,888
304	3619,5	67 333	21 264	31,6	243,712
305-309	3941,94	19 089	10 088	52,8	75,248
310-321	9405,2	7 557	2 468	32,7	71,075
401-404	433,79	35 302	11 350	32,2	15,314
405	1025,71	83 907	2 983	3,6	86,064
406-420	980,36	25 656	1 747	6,8	28,283
421-423	7163,19	6 270	3 228	51,5	44,913
424	19500	1 372	0	0	26,754
501	491,08	346 196	17 801	5,1	170,01
502-505	713,59	27 804	5 657	20,3	19,841
509-517	5135,41	50 430	0	0	258,979
601-604e	587,19	683 532	275 180	40,3	401,364
604f	150,95	265 851	26 455	10	40,13
605-607	414,66	202 585	53 306	26,3	84,004
705	1781,73	13 582	135	1	24,199
702-707	65,24	580 885	150 464	25,9	37,896
801,811	154,68	10 812	603	5,6	1,672
802-805	58,04	770 165	114 369	14,8	44,702
806	365,4	60 066	8 023	13,4	21,948
807-810	1327,42	3 779	646	17,1	5,016
2016					
1-101	251,71	835 114	125 604	15	210,204
201-212	933,14	293 440	80 262	27,4	273,822
301-303	3489,12	1 194	467	39,1	4,166
304	3488,95	63 717	21 209	33,3	222,305
305-309	4040,66	19 207	10 083	52,5	77,609
310-321	8339,27	7 434	2 772	37,3	61,994
401-404	436,53	37 023	12 210	33	16,162
405	1031	88 835	3 569	4	91,589
406-420	980,36	25 749	1 910	7,4	28,824
421-423	7234,46	6 591	3 379	51,3	47,682
424	19500	1 221	0	0	23,81
501	493,17	376 722	21 292	5,7	185,788
502-505	745,55	29 787	6 879	23,1	22,208
509-517	5068,63	47 800	0	0	242,281
601-604e	589,44	701 954	286 892	40,9	413,763
604f	98,13	273 430	26 151	9,6	26,832
605-607	416,18	200 212	52 532	26,2	83,324
705	1786,14	13 015	178	1,4	23,247
702-707	62,1	629 153	158 505	25,2	39,069
801,811	147,91	10 446	642	6,1	1,545
802-805	78,21	813 352	124 214	15,3	63,613
806	305,06	60 333	8 060	13,4	18,405
807-810	1352,68	5 003	811	16,2	6,767

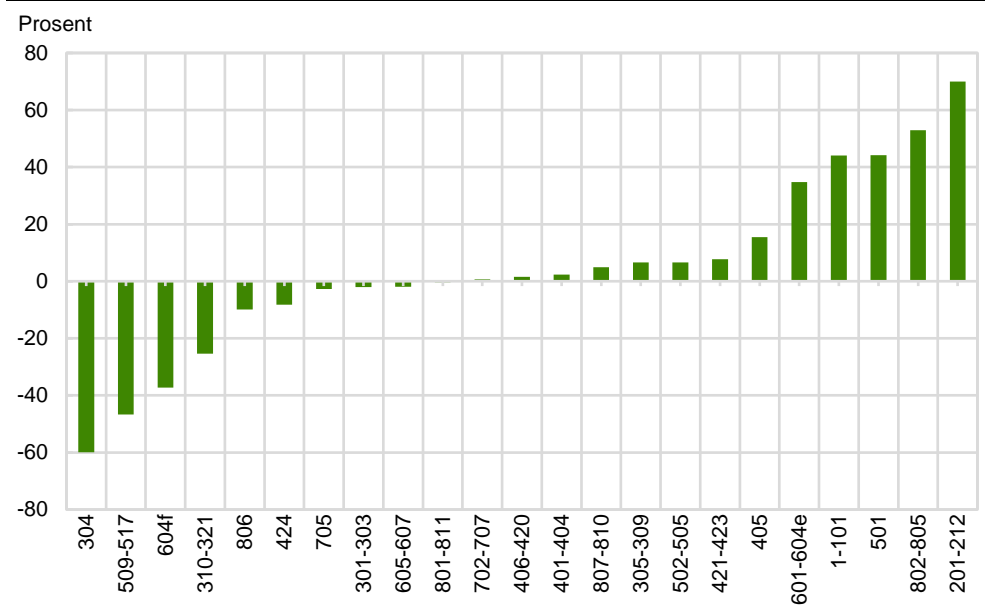
Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

I kartleggingen av takstbruk i årene 2014-2016 var imidlertid målsettingen å se på eventuelle endringer i bruksmønsteret, der vi både ser en generell vridning mot bruk av lavere takster og resultatet av innstrammingsiltak for enkelte takster. Når det gjelder det generelle, ser vi at den samlede summen av antall takster fra 2015 til 2016 vokste mer i takt med antall pasienter enn med totalt refusjonsbeløp, dvs. med 5 prosent (tabell B 3), noe som i gjennomsnitt gir et redusert beløp per brukte takst fra 2015 til 2016. Videre ser vi at grupper av takster eller enkelttakster bidrar svært ulikt til den samlede utviklingen i refusjonsutgiftene (figur B 1). I alt er det 10 takster eller grupper av takster som bidro til nedgang i utbetalt beløp, mens 13 bidro til at det var en vekst på et par titalls millioner i samlede refusjoner i tannhelsetjenesten slik de er registrert i KUHR-registeret.

Blant de takstene som bidro med nedgang, finner vi takstene der refusjonsbeløpet ble redusert fra 2015 til 2016 (304, 604f og 806), men også de nokså høye takstene som brukes til å erstatninger av tanntap ved omfattende periodontitt (509-517) og en annen nokså stor gruppe innenfor generelt protetisk arbeid (310-321). For de sistnevnte gruppene av takster har ikke beløpene gått ned, men de har vært mindre i

bruk i 2016 enn i 2015. Når det gjelder takst 604f, som er en mye brukt «diversetakst» ved oppfølging av kjeveortopedisk behandling, satte helsemyndighetene ned refusjonsbeløpet med hele 35 prosent, og for takst 806 (skallerøntgen) var reduksjonen 17 prosent. Disse takstene er ikke høye, men for 604f kommer bidraget av den nevnte nedgangen i kombinasjon med at den er mye brukt (273 tusen gander i 2016). For takst 304 var den prosentvise nedgangen i selve taksten langt lavere, men anvendelsen har gått også ned. Takst 304 er for øvrig det klareste eksempelet på at dokumentasjonskrav og kontroller (dokumentert i Helsedirektoratet, 2016) kan bidra til redusert bruk av en takst.

Figur B 1 Fordeling av veksten i refusjonsbeløp mellom 2015 og 2016 på et utvalg av enkelttakster og grupper av takster



Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell B 3 Endring i takster, antall anvendelser av dem og samlet beløp mellom 2015 og 2016

Takstgruppe	Endring i refusjons-takst	Endring gjennom-snittsbeløp ¹	Endring i antall ganger brukt	Endring samlet beløp
1-101		1,9	6,1	8,1
201-212		2	7,9	10
301-303		0,5	-15,2	-14,8
304	-6	-3,6	-5,4	-8,8
305-309		2,5	0,6	3,1
310-321		-11,3	-1,6	-12,8
401-404		0,6	4,9	5,5
405		0,5	5,9	6,4
406-420		0	0,4	1,9
421-423		1	5,1	6,2
424		0	-11	-11
501		0,4	8,8	9,3
502-505		4,5	7,1	11,9
509-517		-1,3	-5,2	-6,4
601-604e		0,4	2,7	3,1
604f	-35,7	-35	2,9	-33,1
605-607		0,4	-1,2	-0,8
705		0,2	-4,2	-3,9
702-707		-4,8	8,3	3,1
801,811		-4,4	-3,4	-7,6
802-805		34,7	5,6	42,3
806	-16,7	-16,5	0,4	-16,1
807-810		1,9	32,4	34,9

¹Endret gjennomsnittlig refusjon korrigert for andel med fullt honorar eller bare på grunn av endring i fullt honorar

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Vedlegg C: Tannlegenes bruk av refusjonsordningen

Tabell C 1 Antall sysselsatte i tannhelsetjenesten, etter utdanning og sektor. Tannhelsepersonell registrert med refusjonskrav. 2014-2016

	2014	Prosentvis økning 2014-15	2015	Prosentvis økning 2015-16	2016
Tannleger og tannlegespesialister					
Offentlig	1 281	7,65	1 379	1,23	1 396
Privat	3 090	-3,75	2 974	2,49	3 048
I alt	4 371	-0,41	4 353	2,09	4 444
Antall med refusjonskrav	3 653	4,46	3 816	2,78	3 922
Tannpleiere					
Offentlig	513	7,99	554	1,44	562
Privat	441	-0,91	437	5,49	461
I alt	954	3,88	991	3,23	1 023
Antall med refusjonskrav	437	6,86	467	4,71	489

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Tabell C 2 Avtalte årsverk tannhelsepersonell per 1000 innbyggere totalt og per 1000 innbyggere 21 år og eldre, etter fylke. 2016

	Tannleger totalt per 1000 innbyggere	Tannlegespesialister totalt per 1000 innbyggere	Tannpleiere totalt per 1000 innbyggere	Private tannleger per 1000 innbyggere 21 år og eldre	Private tannlegespesialister per 1000 innbyggere 21 år og eldre
Hele landet	0,8	0,1	0,2	0,7	0,1
Østfold	0,8	0,1	0,1	0,8	0,1
Akershus	0,7	0,1	0,2	0,7	0,1
Oslo	0,8	0,1	0,2	0,9	0,2
Hedmark	0,7	0,1	0,2	0,5	0,1
Oppland	0,8	0,1	0,1	0,6	0,1
Buskerud	0,8	0,1	0,1	0,7	0,1
Vestfold	0,8	0,1	0,2	0,7	0,1
Telemark	0,8	0,1	0,1	0,7	0
Aust-Agder	0,7	0,1	0,1	0,5	0,1
Vest-Agder	0,8	0,1	0,2	0,8	0,1
Rogaland	0,7	0,1	0,1	0,7	0,1
Hordaland	0,8	0,1	0,2	0,7	0,1
Sogn og Fjordane	0,8	0,1	0,2	0,6	0,1
Møre og Romsdal	0,8	0,1	0,2	0,6	0,1
Sør-Trøndelag	0,7	0,1	0,2	0,5	0,1
Nord-Trøndelag	0,8	0	0,2	0,6	0,1
Nordland	0,9	0,1	0,2	0,6	0
Trøms Rømsa	1	0,1	0,5	0,6	0,1
Finnmark Finnmarku	0,8	0,1	0,4	0,3	0

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figurregister

Figur 3.1	Samla utgifter til tannlegetjenester i privat og offentlig sektor. Løpende priser. 2011-2016 ¹	14
Figur 3.2	Samla utgifter til tannhelserefusjoner. 2007-2016.....	16
Figur 4.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn og alder. 2016	18
Figur 4.2	Fordeling av behandling utført av tannleger og tannpleiere i 2016	19
Figur 4.3	Andel refusjonsmottakere etter samla utbetalte beløp i befolkningen 21 år og eldre. Kroner. 2016	23
Figur 4.4	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder. 2014-2016.....	24
Figur 4.5	Prosentvis endring i andelen personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter innslagspunkt. 2014-2016	24
Figur 4.6	Gjennomsnittlig utbetalt beløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter alder. 2014-2016.....	25
Figur 4.7	Prosentvis endring i gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter innslagspunkt. 2014-2016	26
Figur 5.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder og utdanningsnivå. 2016.....	29
Figur 5.2	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter utdanning. 2014-2016.....	32
Figur 6.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder og lav inntekt. 2016.....	37
Figur 6.2	Inntektsfordelingen blant personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, og inntektsfordelingen i hele befolkningen 21 år og eldre. 2016.....	38
Figur 6.3	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter lav inntekt. 2014-2016	40
Figur 6.4	Prosentvis endring i andelen personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter lav inntekt og innslagspunkt. 2014-2016.....	40
Figur 7.1	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter mottak av en eller flere stønader	45
Figur 7.2	Prosentvis endring i gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter mottak av en eller flere stønader og innslagspunkt. 2014-2016.....	45
Figur 8.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet. 2014-2016	52
Figur 8.2	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kommunesentralitet. 2014-2016	53
Figur B 1	Fordeling av veksten i refusjonsbeløp mellom 2015 og 2016 på et utvalg av enkelttakster og grupper av takster.....	72

Tabellregister

Tabell 2.1	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Absolutte tall. 2016.....	9
Tabell 2.2	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. Absolutte tall. 2016.....	9
Tabell 2.3	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og lav inntekt. Absolutte tall. 2015.....	10
Tabell 2.4	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. Absolutte tall. 2015.	10
Tabell 2.5	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønader. Absolutte tall. 2015.....	10
Tabell 2.6	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og kommunesentralitet. Absolutte tall. 2016.....	11
Tabell 2.7	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og fylke. Absolutte tall. 2016.....	11
Tabell 3.1	Innslagspunkt som gir rett til tannhelserefusjoner fra folketrygden. 2016.....	15
Tabell 3.2	Samla utgifter til tannhelserefusjoner for voksne 21 år og eldre og samla utgifter i hele befolkningen etter innslagspunkt, samt fordeling av pasienter. 2014-2016.....	16
Tabell 4.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn og alder. Prosent. 2016 ¹	18
Tabell 4.2	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn, alder og innslagspunkt. Prosent. 2016.....	20
Tabell 4.3	Samla utbetalte refusjonsbeløp i befolkningen 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Millioner kroner. 2016.....	21
Tabell 4.4	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Kroner. 2016.....	22
Tabell 4.5	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter alder og innslagspunkt. Kroner. 2016.....	22
Tabell 4.6	Median utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kjønn og alder. Kroner. 2016.....	22
Tabell 4.7	Samla utgifter utbetalt til tannhelserefusjoner i befolkningen 21 år og eldre (millioner kroner), antall voksne mottakere og gjennomsnittlig utbetalt beløp per pasient. 2014-2016.....	25
Tabell 5.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn og utdanningsnivå. Prosent. 2016.....	28
Tabell 5.2	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. Prosent. 2016.....	30
Tabell 5.3	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter utdanningsnivå. Prosent. 2014-2016.....	31
Tabell 5.4	Prosentvis endring i andelen personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. 2014-2016.....	33
Tabell 5.5	Prosentvis endring i gjennomsnittlige refusjonsbeløp per behandla pasient, etter utdanningsnivå og innslagspunkt. 2014-2016.....	34
Tabell 6.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter alder og lav inntekt. Prosent. 2016.....	36
Tabell 6.2	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, alder og inntekt. Prosent. 2016.....	37
Tabell 6.3	Inntektsfordelingen blant personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, og inntektsfordelingen i hele befolkningen 21 år og eldre. 2016.....	37
Tabell 6.4	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter lav inntekt og innslagspunkt. Prosent. 2016.....	39
Tabell 6.5	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter lav inntekt. Prosent. 2014-2016.....	39
Tabell 7.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn, alder og mottak av stønader. Prosent. 2016.....	42
Tabell 7.2	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kjønn, alder og mottak av en eller flere stønader. Prosent. 2016.....	43
Tabell 7.3	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter mottak av en eller flere stønader og innslagspunkt. Prosent. 2016.....	44
Tabell 7.4	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter mottak av en eller flere stønader. Prosent. 2014-2016.....	44
Tabell 8.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter fylke. Prosent. 2014-2016.....	48
Tabell 8.2	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter fylke. Kroner. 2014-2016.....	49
Tabell 8.3	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Prosent. 2016.....	50

Tabell 8.4	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Kroner. 2016	51
Tabell 9.1	Faktorer som påvirker sannsynligheten for å motta tannhelsefusjoner i befolkningen 21 år og eldre. Multivariat logistisk regresjonsmodell. 2016	55
Tabell 9.2	Faktorer som påvirker sannsynligheten for å ta imot tannhelsefusjoner i befolkningen 21 år og eldre. Multivariat logistisk regresjonsmodell. 2014 og 2016	59
Tabell A 1	Utgifter til refusjon for ulike tannhelseutgifter 2014-2016. Millioner kroner..	67
Tabell B 1	Grupper av takster og enkelttakster i refusjonsordningen.....	69
Tabell B 2	Bruk av takster, samlet beløp og andel takster der det er brukt fullt honorar. 2015 og 2016.....	71
Tabell B 3	Endring i takster, antall anvendelser av dem og samlet beløp mellom 2015 og 2016.....	72
Tabell C 1	Antall sysselsatte i tannhelsetjenesten, etter utdanning og sektor. Tannhelsepersonell registrert med refusjonskrav. 2014-2016	73
Tabell C 2	Avtalte årsverk tannhelsepersonell per 1000 innbyggere totalt og per 1000 innbyggere 21 år og eldre, etter fylke. 2016.....	73

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 978-82-537-9662-8 (trykt)
ISBN 978-82-537-9663-5 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

