



# Tannhelserefusjoner fra folketrygden

Utgifter og mottakere i perioden 2011-2021

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2023/9

Inger Texmon og Trond Ekorud

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

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 16. februar 2023

ISBN 978-82-587-1678-2 (trykt)

ISBN 978-82-587-1679-9 (elektronisk)

ISSN 0806-2056 (trykt)

ISSN 1892-7513 (elektronisk)

<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
<b>Ikke mulig å oppgi tall</b> Tall finnes ikke på dette tidspunktet fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
<b>Tallgrunnlag mangler</b> Tall er ikke kommet inn i våre databaser eller er for usikre til å publiseres.	..
<b>Vises ikke av konfidensialitetshensyn</b> Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
<b>Desimaltegn</b>	,

## Forord

Formålet med rapporten er å styrke kunnskapsgrunnlaget om sosioøkonomiske og regionale forhold knyttet til den voksne befolkningens bruk av tannhelsetjenester. Nærmere bestemt er det en målsetning å øke kunnskapene om personer som mottar refusjoner over folketrygden. I rapporten studeres det hvem som mottar refusjoner, og om det er sosioøkonomiske og regionale forskjeller i hvordan refusjonene fordeler seg i befolkningen.

Rapporten er en videreføring av to rapporter fra 2015 og 2017, der den første var basert på refusjoner for behandling hos tannleger gjennom året 2014. Den siste, «Utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier 2014-2016. En sosioøkonomisk analyse av voksne mottakere av folketrygdrefusjoner» var derimot basert på refusjonskrav fra begge personellgruppene som kan ha avtale med Helsedirektoratets Helseøkonomiforvaltning på tannhelsefeltet. Analysens datamateriale dekket den gang tre årganger med refusjoner, hentet fra KUHR-databasen (Kontroll- og utbetalinger av helserefusjoner). Etter dette har ytterligere fem årganger med refusjoner av nyere dato blitt tilgjengelige (2017-2021). I tillegg er det hentet inn ytterligere tre årganger med eldre data (2011-2013). Til tross for at kvaliteten på de sistnevnte er lavere enn for nyere data, har det altså vært mulig å følge enkelte hovedtrekk i mottak av tannhelserefusjoner gjennom en tiårsperiode.

Som i de tidligere analysene er det tatt utgangspunkt i de brukermønstrene som er registrert for de enkelte år – for så å se på eventuelle endringer fra år til år. Men med en så lang tidsserie har det i tillegg vært mulig å følge de enkelte pasientene gjennom en lengre periode og blant annet kunne belyse i hvilken grad pasientpopulasjonen skiftes ut over tid.

Arbeidet med rapporten er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet.

Statistisk sentralbyrå, 8. februar 2023

Ann-Kristin Brændvang

## Sammendrag

Den voksne befolkningen i Norge skal i utgangspunktet betale for tannbehandling selv. Likevel har det fra 2007 vært mulig å få hel eller delvis økonomisk støtte til behandling for personer med særlig store behov, ved at en rekke spesifikke sykdommer eller tilstander (innslagspunkt) gir rett til hel eller delvis refusjon av utgiftene over folketrygden.

Det samlede omfanget av tannhelserefusjoner blant personer 21 år og eldre har endret seg mye gjennom tiårsperioden (2011-2021) som analysen omfatter. Fra 2013 til 2021 økte utbredelsen av tannhelserefusjoner fra 9,6 til 14,4 prosent av den voksne befolkningen, mens utbetalte beløp økte fra 1,16 milliarder kroner til 1,95 milliarder kroner i samme periode. Bortsett fra de første årene i perioden var veksten i antall mottakere relativt jevn fra år til år, unntatt i 2020, mens utbetalingene har vekslet mellom vekst og tilbakegang i årene etter 2017. Dette vil si at gjennomsnittsbeløpet per mottaker alt i alt har sunket noe gjennom perioden 2014-2020, mens det var en klar oppgang fra 2020 til 2021. Den nedadgående trenden i kostnaden per pasient henger sannsynligvis sammen med flere endringer i refusjonsordningens forskrift, med mer detaljerte krav til dokumentasjon og redusert mulighet for kostbare behandlingsvalg. Oppgangen i 2021 kan på sin side skyldes innhenting av et etterslep fra året før, da koronapandemien førte til en nesten fullstendig nedstenging av tannhelsetjenesten noen uker våren 2020.

Variasjonen i behandlingsbehov mellom ulike aldersgrupper antas å være den viktigste årsaken til at både andelen som mottar refusjon i løpet av et år og de gjennomsnittlige beløpene, øker med stigende alder fra 30-årene og fram til 70-årene, for så å gjelde en lavere andel av gruppen over 80 år. Aldersmønsteret er ikke vesentlig endret fra år til år, bortsett fra at nedgangen blant de eldre startet etter 60-årene i årene før 2021. Forskjellene i kvinners og menns bruk av refusjonsordningen er også lite endret gjennom den studerte tiårsperioden, og særlig lite i andelen om mottok refusjon.

Studiene av data for de siste årene bekrefter flere av de sosioøkonomiske og regionale forskjellene mellom mottakerne av tannhelserefusjoner som ble vist i de tidligere arbeidene. I framstillingen denne gang er det imidlertid lagt større vekt på å vise at de sosioøkonomiske forskjellene endres mye over aldersskalaen. Blant personer mellom 21 og 60 år var andelen som mottok tannhelserefusjoner større blant stønadsmottakere og blant dem med lav utdanning enn blant de øvrige i samme aldersgruppe. Bildet er mer sammensatt for inntekt. På den ene siden var det stort sett en synkende andel mottakere med økende inntekt blant de unge voksne og de middelaldrende. Samtidig var det en liten andel mottakere blant dem med de aller laveste inntektene, særlig blant menn. Blant eldre var det personer med høy utdanning, de høyeste inntektene og som ikke mottok stønader, som hadde størst andel mottakere av tannhelserefusjoner.

Fordelt etter regionale bakgrunnskjennetegn viser resultatene at andelen mottakere er større blant personer som bor i sentrale strøk med høy tannlegedekning enn blant bosatte i mindre sentrale strøk med lav tannlegedekning. Dette kan tyde på at tannlegedekningen har betydning for variasjon i mottak av refusjoner. Utviklingen i perioden 2014-2021 viser samtidig at forskjellene både i andelen mottakere og gjennomsnittlig utbetalte beløp er blitt mindre blant bosatte i sentrale og mindre sentrale områder.

Når voksne mottakerne av tannhelserefusjoner følges over hele tiårsperioden, utgjør de samlet 1,85 millioner, eller drøyt 38 prosent av den voksne befolkningen i samme periode. I gjennomsnitt hadde disse mottatt refusjon i under tre år, men antall år med refusjon er oppunder fire år når vi tar hensyn til overrepresentasjonen av korte forløp i det komplette materialet. I gjennomsnitt har kvinner hatt noe lengre behandlingsforløp enn menn.

Siden det ikke finnes tilsvarende opplysninger om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester som for refusjonsmottak, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner i ulike sosioøkonomiske og regionale grupper er i tråd med det faktiske behovet i gruppene.

## Abstract

The adult population in Norway must basically pay for dental treatment themselves. Nevertheless, from 2007 it has been possible through National Insurance to get full or partial financial reimbursement for treatment for people with particularly special needs, as a group of specific diseases or conditions (activation thresholds) give the right to full or partial reimbursement of the expenses.

The overall scope of dental health reimbursements among people aged 21 and over has changed a lot over the ten-year period (2011-2021) that these analysis covers. From 2013 to 2021, the prevalence of dental health reimbursements increased from 9.6 to 14.4 per cent of the adult population, while amounts paid increased from NOK 1.16 billion to NOK 1.95 billion in the same period. The increase in the number of recipients was relatively steady from year to year, while the payments have alternated between increase and decrease in the years after 2017. This means that the average amount per recipient has overall decreased somewhat through the period 2014-2020, while there was a clear increase in 2021. This trend in the cost is probably connected to several changes in the regulations of the reimbursement scheme, with more detailed requirements for documentation and a reduced possibility for expensive treatment choices. The upswing in 2021 may be due to catching up with a backlog from the previous year, when the corona pandemic led to an almost complete shutdown of the dental health service for some weeks during the spring of 2020.

The variation in treatment needs between different age groups is believed to be the most important reason why both the proportion who have received reimbursement over the course of a year and the average amounts increase with age from the 30s up to the 70s, so that a lower proportion applies of the group over 80 years of age. The age pattern has not changed significantly from year to year. Also, the proportion who received reimbursement are consistently greater among women than men.

Data from recent years confirm several of the socio-economic and regional differences between the recipients of dental health reimbursements that were shown in the previous works. In the presentation this time, however, greater emphasis has been placed on showing that the socio-economic differences change a lot across the age scale. Among people between the ages of 21 and 60, the proportion who received reimbursements was greater among benefit recipients and among those with low education than among others in the same age group. When it comes to income differences, the picture is more complex. On the one hand, there was mostly a decreasing proportion of recipients with increasing income among young adults and middle-aged. At the same time, there was a small proportion of recipients among those with the very lowest incomes, particularly among men. Among the elderly, people with a high level of education, the highest incomes and who did not receive benefits had the largest proportion of recipients of reimbursements.

Divided by regional characteristics, the results show that the proportion of recipients is greater among people who live in more central areas with high dental coverage than among residents in less central areas with low dental coverage. This may indicate that the dental coverage is important for variation in the receipt of reimbursements.

When the adult recipients of dental health reimbursements are followed over the entire ten-year period, they make up a total of 1.85 million, or just over 38 per cent of the adult population in the same period.

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 with the actual needs of dental treatment in these groups.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>8</b>
1.1. Bakgrunn .....	8
1.2. Problemstillinger .....	8
1.3. Disposisjon av rapporten .....	8
<b>2. Datakilder, populasjoner, befolkningskjennetegn og metoder</b> .....	<b>10</b>
2.1. KUHR – kontroll og utbetaling av helserefusjoner .....	10
2.2. Populasjoner og befolkningskjennetegn .....	10
2.3. Metode .....	14
<b>3. Tannhelserefusjoner og noen utviklingstrekk i bruken av dem</b> .....	<b>16</b>
3.1. Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten .....	16
3.2. Tannhelserefusjoner fra folketrygden .....	17
3.3. Utviklingen i bruk av tannhelserefusjoner.....	18
<b>4. Bruken av tannhelserefusjoner etter demografiske kjennetegn</b> .....	<b>26</b>
4.1. Mønstrene for mottak av tannhelserefusjoner etter alder og kjønn.....	26
4.2. Innvandreres mottak av tannhelserefusjoner .....	33
<b>5. Bruken av tannhelserefusjoner etter sosioøkonomisk status</b> .....	<b>37</b>
5.1. Mottak av tannhelserefusjoner etter utdanningsnivå .....	37
5.2. Tannhelserefusjoner blant mottakere av sosiale stønader .....	39
5.3. Mottak av tannhelserefusjoner etter inntekt .....	42
5.4. Nærmere om forskjeller i bruksmønstre mellom menn og kvinner .....	44
5.5. Sammensetningen av innslagspunkt blant ulike grupper av mottakere .....	46
5.6. En sammenlikning av mønstre for bruk av tannhelserefusjoner etter sosioøkonomiske variable .....	48
5.7. Stabile mønstre gjennom perioden.....	49
<b>6. Bruken av tannhelserefusjoner etter regionale kjennetegn</b> .....	<b>51</b>
6.1. Større andel refusjonsmottakere blant bosatte i fylker i Sør-Norge .....	52
6.2. Mindre forskjeller mellom fylkene i andel refusjonsmottakere og gjennomsnittlige utbetalte beløp i løpet av perioden 2014-2021 .....	53
6.3. Økning i andel mottakere og reduksjon i gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2021 for alle grupper for kommunesentralitet.....	54
6.4. Flere får refusjoner etter ulike innslagspunkt i sentrale og mellomsentrale kommuner ...	56
6.5. Gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp etter ulike innslagspunkt .....	58
6.6. Oppsummering .....	60
<b>7. Refusjonsmottakernes behandlingsforløp gjennom perioden 2011-2021</b> .....	<b>61</b>
7.1. Antall forløp og varigheten av dem .....	61
7.2. Kostnader for hele behandlingsforløp .....	62
7.3. Mange kombinasjoner av innslagspunkt.....	64
7.4. Ulike forløp blant menn og kvinner .....	67
<b>8. Refusjonsbeløpenes fordeling blant mottakerne</b> .....	<b>69</b>
8.1. Utviklingen gjennom hele perioden .....	69
8.2. Median utgift til tannhelserefusjoner i ulike befolkningsgrupper.....	71
8.3. Fordeling av utgiftene på hele behandlingsforløp .....	72
8.4. Oppsummering .....	74
<b>9. Avrunding</b> .....	<b>75</b>

9.1. Mottak av refusjoner etter alder .....	75
9.2. Mottak av refusjoner etter sosioøkonomisk status.....	75
9.3. Mottak av refusjoner etter regionale bakgrunnskjenntegn .....	76
<b>Referanser .....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg A: Befolkning 21 år og eldre i perioden 2014-2021, etter ulike bakgrunnskjenntegn</b>	<b>79</b>
<b>Vedlegg B: Forskriften og bruk av innslagspunktene .....</b>	<b>81</b>
B.1 Konkrete kriterier og endringer i forskrift for tannhelserefusjoner 2011-2021 .....	81
B.2 Utvikling i beløp og antall mottakere av refusjonsordningen.....	88
<b>Vedlegg C: Sammensatte tabeller over resultater for flere grupper etter sosioøkonomisk status .....</b>	<b>94</b>
<b>Vedlegg D: Tannlegenes bruk av refusjonsordningen.....</b>	<b>97</b>
<b>Figurregister .....</b>	<b>98</b>
<b>Tabellregister .....</b>	<b>99</b>

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn

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. Etter 2013 har 15 ulike sykdommer og tilstander, såkalte innslagspunkt, gitt 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 årene 2014 -2016 var gjennomsnittlige refusjonsbeløp per behandlet pasient høyere i grupper med lav sosioøkonomisk status enn i grupper med høyere sosioøkonomisk status (Ekornrud, Skjøstad og Texmon, 2015 og 2017). 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?

## 1.2. 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 samlet sosioøkonomisk analyse av personer som har mottatt tannhelserefusjoner i 2021. Kjennetegn ved refusjonsmottakerne sammenlignes med kjennetegn ved resten av befolkningen. I tillegg ser vi på refusjonsutbetalingene per person, både når det gjelder gjennomsnittlige beløp, median og spredning.
- For det andre skal rapporten gi en sosioøkonomisk analyse av personer som har mottatt tannhelserefusjoner i 2021 etter de ulike innslagspunktene. I tillegg ser vi på refusjonsutbetalingene per person etter de ulike innslagspunktene.
- For det tredje skal rapporten studere utviklingen mellom 2011 og 2021, 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 2021?
2. Hva kjennetegner personer som mottar tannhelserefusjoner etter ulike innslagspunkt i 2021?
3. Hva kjennetegner utviklingen i antall mottakere og refusjonsutbetalinger mellom 2011 og 2021?

## 1.3. Disposisjon av rapporten

I kapittel 2 beskrives datakilder, analysepopulasjoner og metoder, mens selve refusjonsordningen og dens plass i finansieringen av tannhelsetjenester omtales i kapittel 3. I dette kapitlet beskrives også de enkelte innslagspunktene, dvs. kriteriene som skal oppfylles for at utgiftene hos tannhelsepersonell kan refunderes. Det presenteres også et sett resultater i dette kapitlet, og



nærmere bestemt er dette avgrenset til å gjelde hovedtrekkene i utviklingen gjennom perioden 2011-2021. Her ser vi blant annet på hvordan vekst og nedgang i refusjonsordningens omfang og utgifter varierer i takt med endringer i ordningens forskrift.

I kapittel 4 gjennomgås analysen av tannhelserefusjoner i ulike grupper etter de demografiske kjennetegnene kjønn, alder og innvandringskategori, mens kapittel 5 omhandler variasjon i bruk av ordningen når befolkningen deles inn etter de sosioøkonomiske kjennetegnene utdanning, mottak av sosiale ytelser og inntekt. Størrelsene som presenteres er både uttrykk for *utbredelsen* av ordningen i den enkelte befolkningsgruppe (ved prosent av gruppen som er brukere), men også *omfanget* av refusjoner (målt ved både samlede utgifter og gjennomsnittsbeløp per bruker). I begge disse kapitlene er hovedvekten lagt på en beskrivelse av bruksmønsteret det siste året, men utviklingen gjennom hele eller deler av perioden beskrives ved et mindre utvalg av indikatorer på slutten av de to kapitlene.

I de tilsvarende arbeidene fra 2015 og 2017 ble det vist at sammenhengen mellom refusjonsmottak og sosioøkonomiske forhold samtidig *varierer over aldersskalaen*, og i kapittel 5 legges det vekt på å presentere dette mer systematisk, først i tilknytning til omtalen av de enkelte sosioøkonomiske variablene. Men i et oppsummerende delkapittel (5.4) vises det at det også er forskjeller i mønstrene mellom menn og kvinner. I det samme delkapitlet vises det også hvordan sammensetningen etter innslagspunkt varierer mellom de ulike sosioøkonomiske gruppene.

Fra den forrige studien er det kjent at bruk av variasjonen i tannhelserefusjoner mellom sosioøkonomiske grupper var ganske stabile fra år til år innenfor en kort periode (2014-2016). Mens beskrivelsene i avsnittene 5.1-5.6 i denne rapporten i hovedsak er basert på det siste observerte året, beskrives noen trender gjennom hele perioden 2011-2021 i et eget delkapittel (5.7).

Regional variasjon i bruk av helsetjenester varierer generelt med kapasiteten i tjenestene, slik det også ble vist for tannhelserefusjoner i de tidligere arbeidene (Ekornrud et al. 2015, 2017). Omtalen av de regionale mønstrene har derfor en annen oppbygning enn beskrivelsene av de øvrige demografiske, sosiale og økonomiske forholdene. Resultatene når det gjelder regionale forskjeller er samlet i kapittel 6 i denne rapporten.

I kapittel 7 tas det et helt annet grep, ved at vi følger pasientene gjennom en lengre periode. Det gis noen eksempler på resultater fra dette, blant annet i hvordan varigheten av refusjonsmottak varierer med de ulike innslagspunktene, det vil si etter hvilket grunnlag det er for å motta refusjoner.

I de kapitlene 4-7 er det presentert en lang rekke gjennomsnittstall for bruk av tannhelserefusjoner i ulike grupper av befolkningen. I kapittel 8 ser vi derimot noen mål for fordeling av utgifter til mottakerne *innenfor* de enkelte befolkningsgruppene som er studert, blant annet ved hjelp av medianbeløp.

## 2. Datakilder, populasjoner, befolkningskjennetegn og metoder

Dette kapittelet presenterer datakildene, populasjonen, avgrensingene i populasjonen og metodene som er brukt 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 2021-årgangen som ligger til grunn for omtale og analyse, men disse sammenlignes med tilsvarende opplysninger for de foregående årene. I noen grad ser vi på utviklingen fra og med 2014, da kvaliteten i registrene var bedre enn før, men i noen grad viser vi også i hvilken grad det har vært kontinuitet i hovedtrekkene i mottak av refusjoner allerede fra 2011.

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 det aktuelle året for mottak av refusjoner -1, mens demografiske opplysninger om befolkningen og befolkningens utdanningsnivå er fra den aktuelle årgangen.

### 2.2. Populasjoner og befolkningskjennetegn

Den samlede populasjonen består av 11 enkeltpopulasjoner, én for hver studert årgang, som omfatter den voksne befolkningen 21 år og eldre. Både demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn er knyttet til hvert individ, og i tillegg er opplysninger om mottak, innslagspunkt og beløp knyttet til individene som har vært omfattet av refusjonsordningen i det enkelte år. Med dette sammenliknes kjennetegn ved mottakerne med kjennetegnene til hele den voksne befolkningen. 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.

Når det gjelder personer som har mottatt refusjoner for to eller flere innslagspunkt i løpet av samme studerte årgang, så er disse blitt plassert som mottaker av innslagspunktet som genererte høyest utbetalt refusjonsbeløp i det aktuelle året.

Befolkningen som danner sammenligningsgrunnlaget i rapporten er bosatte personer per 31.12 i det enkelte år - tillegg til de som døde eller utvandret i løpet av året. Størrelsen på populasjonene og deres fordeling etter kjønn og alder for årgangene 2014 og 2021 er vist under i hhv. tabell 2.1 og 2.2. Størrelsen på populasjonen total og fordelt på kjønn i perioden 2014-2021 er vist i tabell 2.3.

Tabell 2.1 viser bosatte personer 21 år og eldre per 31.12. i 2014, etter kjønn og aldersgrupper.

**Tabell 2.1 Bosatte personer 21 år og eldre per 31.12., etter kjønn og aldersgrupper. Absolutte tall. 2014**

	Alle aldre	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år eller eldre
Begge kjønn	3 904 057	639 716	696 077	751 588	656 556	571 245	344 205	244 670
Menn	1 951 771	326 489	359 824	388 070	336 077	286 852	162 995	91 464
Kvinner	1 952 286	313 227	336 253	363 518	320 479	284 393	181 210	153 206

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.2 viser bosatte personer 21 år og eldre per 31.12. i 2021, etter kjønn og aldersgrupper.

**Tabell 2.2 Bosatte personer 21 år og eldre per 31.12., etter kjønn og aldersgrupper. Absolutte tall. 2021**

	Alle aldre	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år eller eldre
Begge kjønn	4 192 524	643 055	758 036	720 235	729 358	601 983	474 615	265 242
Menn	2 105 679	331 199	388 937	370 523	373 680	302 578	231 627	107 135
Kvinner	2 086 845	311 856	369 099	349 712	355 678	299 405	242 988	158 107

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

## Regionale kjennetegn

Som regionale kjennetegn brukes indeks for kommunesentralitet og fylke.

### Indeks for kommunesentralitet

Det første regionale kjennetegnet som blir brukt, er indeks for kommunesentralitet. Sentralitetsindeksen er en kode med en verdi for hver kommune, som gir et mål for kommunens sentralitet.

Beregningen av indeksen er basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser. Landets kommuner (356 i 2021) er delt inn i om lag 13.500 grunnkretser.

Indeksen er satt sammen av to del-indeksar basert på:

- Antall arbeidsplasser de som bor i den enkelte grunnkrets, kan nå med bil i løpet av 90 minutter.
- Hvor mange ulike typer servicefunksjoner (varer og tjenester) de som bor i den enkelte grunnkrets, kan nå med bil i løpet av 90 minutter.

Antallet vektet, slik at en arbeidsplass eller servicefunksjon som ligger nært bostedet, teller mer enn en som ligger lenger bort. Indeksen har verdier fra 0 (kun teoretisk mulig) til 1000 langs en kontinuerlig skala. Disse verdiene er gruppert i seks følgende grupper, der andel innbyggere i hver gruppe er et viktig kriterium for klassifiseringen:

1. Mest sentrale kommuner (verdier mellom 930 -1000)
2. Nest-mest sentrale kommuner (verdier mellom 870 - 929)
3. Mellomsentrale kommuner 1 (verdier mellom 770 - 869)
4. Mellomsentrale kommuner 2 (verdier mellom 650 - 769)
5. Nest-minst sentrale kommuner (verdier mellom 550 - 649)

## 6. Minst sentrale kommuner (verdier mellom 0 - 549)

Tabell 2.3 viser hvordan befolkningen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og sentralitet i 2021.

**Tabell 2.3 Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter kjønn og sentralitet. 2021. Absolutte tall**

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Hele landet	4 191 917	2 105 322	2 086 595
1 Mest sentrale kommuner	813 276	404 656	408 620
2 Nest-mest sentrale kommuner	1 068 653	534 814	533 839
3 Mellomsentrale kommuner 1	1 062 858	532 143	530 715
4 Mellomsentrale kommuner 2	673 439	340 101	333 338
5 Nest-minst sentrale kommuner	387 726	197 422	190 304
6 Minst sentrale kommuner	185 965	96 186	89 779

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

**Fylker**

Fylker er det andre regionale kjennetegnet som blir brukt i rapporten. Av hensyn til sammenligningsgrunnlag er fylkesinndelingen, som ble innført 1.1.2020, brukt i hele den studerte perioden 2014-2021.

Tabell 2.4 viser hvordan befolkningen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og fylker i 2021.

**Tabell 2.4 Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter kjønn og fylker. 2021. Absolutte tall**

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Hele landet	4 192 524	2 105 679	2 086 845
03 Oslo	556 752	276 745	280 007
30 Viken	968 236	483 942	484 294
34 Innlandet	295 457	147 108	148 349
38 Vestfold og Telemark	331 707	164 547	167 160
42 Agder	235 847	118 115	117 732
11 Rogaland	361 927	183 684	178 243
46 Vestland	490 578	248 041	242 537
15 Møre og Romsdal	204 942	104 469	100 473
50 Trøndelag	367 590	186 164	181 426
18 Nordland	188 915	95 569	93 346
54 Troms og Finnmark	190 573	97 295	93 278

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

**Utdanningsnivå**

Som mål på utdanning bruker vi en persons høyeste fullførte utdanningsnivå per 01.10 i året før hvert enkelt observerte år. I tabell 5.1 under presentasjonen av resultater i kapittel 4 vises det hvordan befolkningen fordelte seg etter alder og utdanningsnivå i 2021 utfra hvilket utdanningsnivå som var registrert ved inngangen av året.

Tabell 2.5 viser hvordan befolkningen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og utdanningsnivå i 2021.

**Tabell 2.5 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2021. Absolutte tall**

	I alt	Grunnskole	Videregående utdanning	Universitets/høgskole-utdanning	Manglende eller uoppgitt utdanning
Begge kjønn	4 192 524	836 738	1 679 983	1 498 335	177 468
Kvinner	2 086 845	405 885	757 199	846 281	77 480
Menn	2 105 679	430 853	922 784	652 054	99 988

Kilde: Utdanningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

## Mottak av stønader

Som mål på mottak av stønader bruker vi opplysninger om mottak av stønad fra inntektsåret 2020. Vi inkluderer sju ulike stønader: sosialhjelp, grunn- og hjelpestønad, 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. Deler av tabellene 5.2 viser hvordan befolkningen fordeler seg etter alder og hvorvidt de har mottatt noen av disse av stønadene i 2021. For hvert av årene er det mottaket av stønadene i året før som er lagt til grunn. Dette har hatt en praktisk side, ved at offisielle tall og bearbeiding av data om velferdsytelser og inntektsforhold har noe lengre produksjonstid enn andre data som analysen bygger på. På den annen side kan det være like tilfredsstillende å gå ut fra sosial status ved starten av det året vi observerer bruken av en helsetjeneste. Dette resonnementet gjelder også ved bruk av inntektsvariabler (se under).

Tabell 2.6 viser hvordan befolkningen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og mottak av stønader for 2020.

**Tabell 2.6 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønader. 2021. Absolutte tall**

	I alt	Mottakere av én eller flere stønader	Ikke mottakere av stønader
Begge kjønn	4 122 282	687 741	3 434 541
Kvinner	2 068 603	290 128	1 778 475
Menn	2 053 679	397 613	1 656 066

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV

## Inntekt

Som mål på inntekt bruker vi inntektsbegrepet inntekt etter skatt per forbruksenhet for året 20nn - 1. 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 samlede 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 tre ulike grupperinger av inntekt.

### Lav inntekt (EU60)

Den første grupperingen av inntekt 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 regnet som personer med lav inntekt, mens alle med inntekt høyere enn dette blir regnet som personer som ikke har lav inntekt.

Tabell 2.7 viser hvordan befolkningen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og lav inntekt (EU60) i 2021.

**Tabell 2.7 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og lav inntekt. 2021. Absolutte tall**

	I alt	Lav inntekt (EU60)	Ikke lav inntekt (EU60)
Begge kjønn	4 122 282	537 256	3 585 026
Kvinner	2 053 679	288 904	1 764 775
Menn	2 068 603	248 352	1 820 251

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Inntektsgruppering med utgangspunkt i folketrygdens grunnbeløp (G)

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 2021, så 2G utgjør dermed 180 136 kroner.

Tabell 2.8 viser hvordan befolkningen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og inntektsgrupperingen knyttet til grunnbeløpet i 2021.

**Tabell 2.8 Personer 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2021. Absolutte tall**

	I alt	Under 2G	2G-299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og mer
Begge kjønn	4 122 282	661 582	893 307	1 719 857	765 348	82 188
Menn	2 068 603	271 454	357 662	849 080	522 663	67 744
Kvinner	2 053 679	390 128	535 645	870 777	242 685	14 444

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Inntektskvartiler

Den tredje inntektsgrupperingen fordeler befolkningen i fire like store deler fra minst til størst, målt etter inntekten (personinntekt), også kalt inndeling i kvartil. Denne inndelingen blir brukt til å studere hvordan refusjonsmottakere og utbetalte beløp fordeler seg etter de ulike kvartilene, og særlig forskjellene mellom den firedelen (25 prosent) av befolkningen med aller høyest inntekt og den firedelen (25 prosent) som har lavest inntekt.

## 2.3. Metode

Analysen er i sin helhet deskriptiv, det vil si at problemstillingene er besvart ved hjelp av relativt enkle mål, som rater, fordelinger og gjennomsnittstall. Disse sammenliknes for de ulike gruppene av befolkningen. Imidlertid er det såpass mange størrelser som beskrives at det har vært viktig å presisere hva som inngår i de ulike målene. Av samme grunn er det en gjennomgående felles struktur i de ulike tabellene som viser resultater i kapittel 4 og 5.

### To sentrale størrelser og en referanse

- Antall refusjonsmottakere, dvs. utbredelsen av tannhelserefusjoner i ulike grupper av befolkningen.
- Refusjonsbeløp (kostnader) – fordelt etter ulike grupper
- Størrelsen på de ulike gruppene av befolkningen er nødvendig i beregningen av relative mål. Det er også viktig å ha størrelsesforholdene som bakgrunn for tolkning av forskjellene etter enkelte kjennetegn.

Siden analysen er todelt – idet vi både ser på utbredelse og fordeling av kostnader, ville det i prinsippet være to helt ulike avhengige variabler og dermed behov for to forskjellige modeller om det skulle tas i bruk noen form for statistiske modellering. I de tidligere arbeidene ble logistisk regresjon tatt i bruk for å kartlegge sammenhengen mellom et sett av uavhengige variabler og

sannsynligheten for å være mottaker av refusjoner i et gitt år. Her vektlegger vi i større grad å se på utbredelse og kostnader i sammenheng.

En annen grunn til at bruk av regresjonsmodeller er nedprioritert, er at modellen som ble anvendt sist (Ekornrud et al. 2017) estimerte *hovedeffekt* av de ulike variablene og ikke i tilstrekkelig grad tok hensyn til de komplekse samspillene med alder som vi ser i en enkel toveis tabell.

### Tre ulike nivåer

- *Absolutte tall:* Hvor mange mottakere er det? Hvor store beløp brukes? Hvor store er gruppene som studeres nærmere?
- *Forholdstall:*
  - For utbredelsen av refusjoner i en gitt gruppe: Hvor stor andel av gruppen som mottar refusjoner
  - Gjennomsnittsbetrag per pasient spesifisert både for alle pasienter og for pasientene i de ulike undergruppene.
  - Gjennomsnittsbetrag per befolkningsgruppe. Her fordeles beløpene på alle, både mottakere og ikke mottakere. Disse tallene er ikke i seg selv så interessante, men når to (eller flere) grupper sammenliknes, fanger dette opp hva som er resultatet av både utbredelse og betrag per pasient i gruppene.
- *Indekser:* Dette er også relative tall (forholdstall), men på et nivå under de tre relative størrelsene over. Teknisk sett settes da andelen i en gruppe til 100, slik at vi da ser på overrepresentasjon i den andre gruppen. I dette arbeidet er det ofte gjennomsnittet av alle grupper (f, eks. etter alder) som brukes som referanse (100 prosent).

Indeksene (ofte prosent av prosent) er nyttige når flere sett av relative tall skal sammenliknes. Et eksempel på dette er her om vi ser på utbredelsen av refusjoner i to inntektsgrupper over tid. I ett år vil dette innebære å sammenlikne den prosentvise andel som er mottakere i de to gruppene. Men om vi bruker disse prosentandelene for flere år, vil disse målene også reflektere at prosentandelene som mottakerne utgjør har økt over tid i *alle* gruppene. Om vi i stedet bruker en indeks der en gruppe (f. eks ikke lavinntekt) settes til 100, vil vi derimot få et mål for hvordan forskjellen i mottak av refusjoner mellom de to gruppene har utviklet seg over tid.

### 3. Tannhelserefusjoner og noen utviklingstrekk i bruken av dem

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 (i 3.1) før vi studerer mottakerne av tannhelserefusjoner. Omtalen av refusjonsordningen er igjen delt i to delkapitler, der det første (3.2) beskriver selve utformingen, mens det andre (3.3) gir noen hovedtall for hvordan den samlede bruken av ordningen har endret seg i perioden 2011-2021, uten at det gis noen nærmere beskrivelse av mottakerne.

#### 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 følgende grupper:

- Barn og unge 0-18 år
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.

I tillegg har Stortinget gitt personer i følgende grupper rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten

- Personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Personer som på grunn av sin rusavhengighet mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 og § 3-6 nr. 2
- 21- og 22-åringer
- Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

Disse har krav på gratis eller delvis subsidierte tjenester, finansiert av staten.

I tillegg har den enkelte fylkeskommune mulighet til å vedta egne grupper som skal prioriteres. Hvilke grupper dette gjelder kan variere fra fylkeskommune til fylkeskommune.

Resten av befolkningen, det vil si den voksne befolkningen som var 21 år og eldre (fram til 2021) og i hovedsak de som var 23 år og eldre etter dette, skal i hovedsak benytte seg av den private tannhelsetjenesten. Der er det fri konkurranse og fri prissetting, og pasientene må betale for tjenestene selv. Derfor er privat sektor i stor grad finansiert av egenbetaling fra pasientene. Dette gjelder i langt mindre grad de privatpraktiserende spesialistene i kjeveortopedi, der pasientgrunnlaget for det meste utgjøres av barn og unge som får refusjon for denne type behandling<sup>1</sup>.

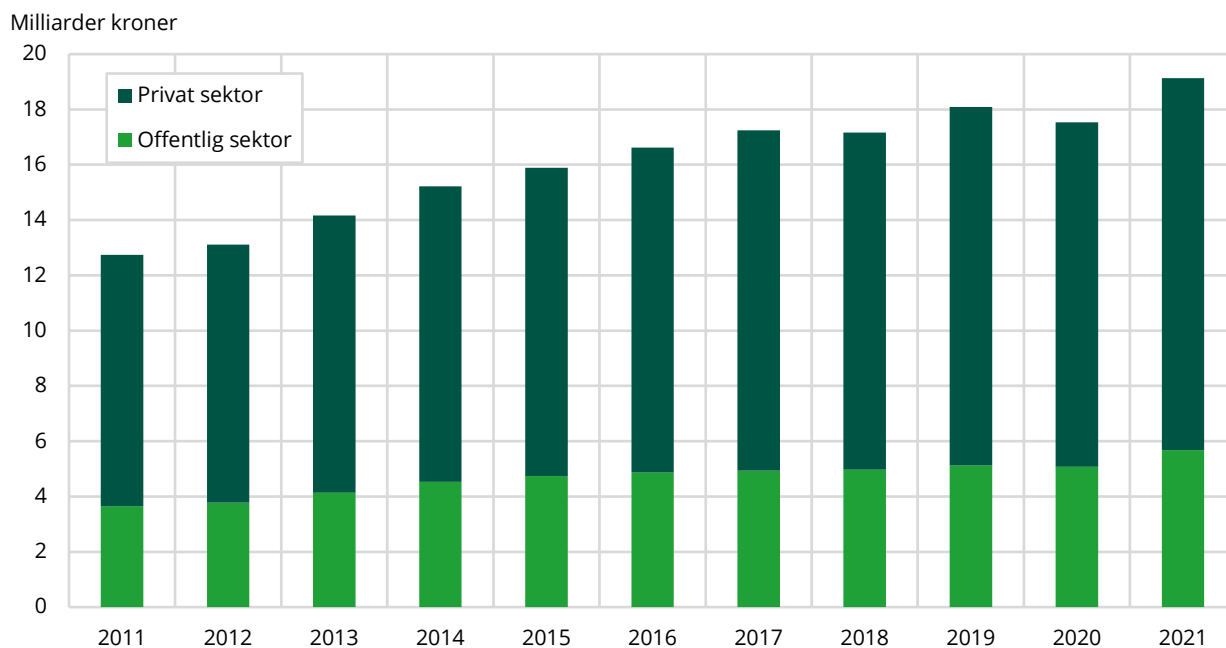
#### Utgifter i offentlig og privat tannhelsetjeneste

Samlet ble det brukt 19,1 milliarder på tannhelse i offentlig og privat sektor i 2021. Utgiftene i offentlig sektor var 5,7 milliarder, mens utgiftene i privat sektor var 13,4 milliarder. Figur 3.1 viser utviklingen mellom 2011 og 2021.

---

<sup>1</sup> Fra og med 2020 er kriteriene for å motta refusjon for kjeveortopedisk behandling av barn og unge endret, slik at det trolig har vært en god del behandling hos kjeveortopedier i 2020 og 2021 som utelukkende er dekket av pasientene selv (dvs. foreldrene).



**Figur 3.1 Samlede utgifter til tannlegetjenester i privat og offentlig sektor. Løpende kroner. 2011-2021<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Tallene for 2020 og 2021 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 tilstander 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 såkalte innslagspunkt, som gir rett til refusjon. Tabell 3.1 gir en oversikt over disse og litt om innholdet i de ulike punktene, mens de er beskrevet mer detaljert i vedlegg B. Det er den enkelte tannlege eller tannpleier som avgjør om en person har krav på refusjon. Det vil si at de både skal vurdere om behandlingen er nødvendig og forsvarlig og må kunne dokumentere dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, se også mer om dette i utdragene fra forskriften i vedlegget).

Stønaden ytes etter fastlagte takster som er knyttet til de konkrete undersøkelsene og behandlingene som dekkes. Takstene representerer på samme tid en spesifikk arbeidsoperasjon (av og til utstyr) og et kronebeløp, også kalt honorartakst. Denne danner utgangspunktet for stønaden som ytes i de tilfellene pasienten i er fritatt fra å betale egenandel. Honorartakst er så delt i to: egenandel og refusjonstakst, der det sistnevnte er beløpet som refunderes hvis pasienten må betale egenandel. I teorien utgjør altså egenandelen differansen mellom honorartakst og refusjonstakst. Men den frie prissettingen i det private markedet vil likevel gi pasientene varierende nivå av egenbetaling, også i de tilfellene forskriften tilsier at full honorartakst skal refunderes.

Det er fastsatt i forskriften hvilke pasienter som skal få refundert hele honorartaksten, og dette gjelder for alle mottakerne under noen av innslagspunktene, mens det gjelder en mer avgrenset del av tilfellene under noen andre innslagspunkt. Se fullstendig oversikt over dette i starten av vedlegg B. Felles for innslagspunktene som utløser full honorartakst, er at det stort sett er pasientens helseproblemer på andre områder som utløser tannhelserefusjonen, som, som f.eks. innslagspunktene 1-4 i tabell 3.1.

**Tabell 3.1 Innslagspunkt som gir rett til tannhelserefusjoner fra folketrygden. 2014-2021**

Innslagspunkt	Forklaring
1 Sjelden medisinsk tilstand	Varige og sjeldne medisinske tilstander eller sykdommer som fører til økt behandlingsbehov, angitt i særskilte lister over slike sykdommer som varierer over tid.
2 Leppe-kjeve-ganespalte	Behandling forårsaket av leppe-kjeve-ganespalte, som er en utviklingsforstyrrelse knyttet til veksten av ansikt og kjeve i fosterlivet.
3 Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen ellers	Behandling forårsaket av kreft og andre typer svulster.
4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	Infeksjonsforebyggende behandling i forbindelse med f.eks. hjerteoperasjon og høydose cellegiftbehandling, der eventuell infeksjonsspredning fra munnen innebærer stor risiko.
5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	Kirurgisk og oralmedisinsk behandling, blant annet kirurgisk fjerning av visdomstenner og kirurgisk behandling av dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur.
6 Periodontitt	Periodontitt er betennelse i tannkjøttet, som fører til at tennenes feste til kjeven brytes ned slik at tennene kan løsne og falle ut.
7 Tannutviklingsforstyrrelser	Behandling av medfødte tannutviklingsfeil, av vesentlig betydning for tennenes funksjon og estetikk, for eksempel ufullstendig emaljedannelse eller ufullstendig tannbensdannelse. Manglende anlegg for en eller flere tenner hører også med her.
8 Bittanomalier	Bittanomali er tenner eller kjeve med under- eller overbitt eller andre feilstillinger av tenner. Dette behandles kjeveortopedisk, det vil si med ulike former for tannregulering.
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.
10 Hyposalivasjon (munntørrhet)	Behandling som på grunn av munntørrhet, har medført økt kariesaktivitet. Den vanligste årsaken til munntørrhet er bruk av legemidler.
11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	Ved allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale, for eksempel amalgamfyllinger, gis det stønad til å bytte tannrestaureringer og avtakbare proteser.
12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	Tannskader av vesentlig betydning for funksjon og estetikk, forårsaket av godkjente yrkesskader.
13 Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade	Tannskader av vesentlig betydning for funksjon og estetikk, forårsaket av ulykker som ikke er yrkesskader.
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.
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.
161 Uspesifisert	

<sup>1</sup> 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 (2020)

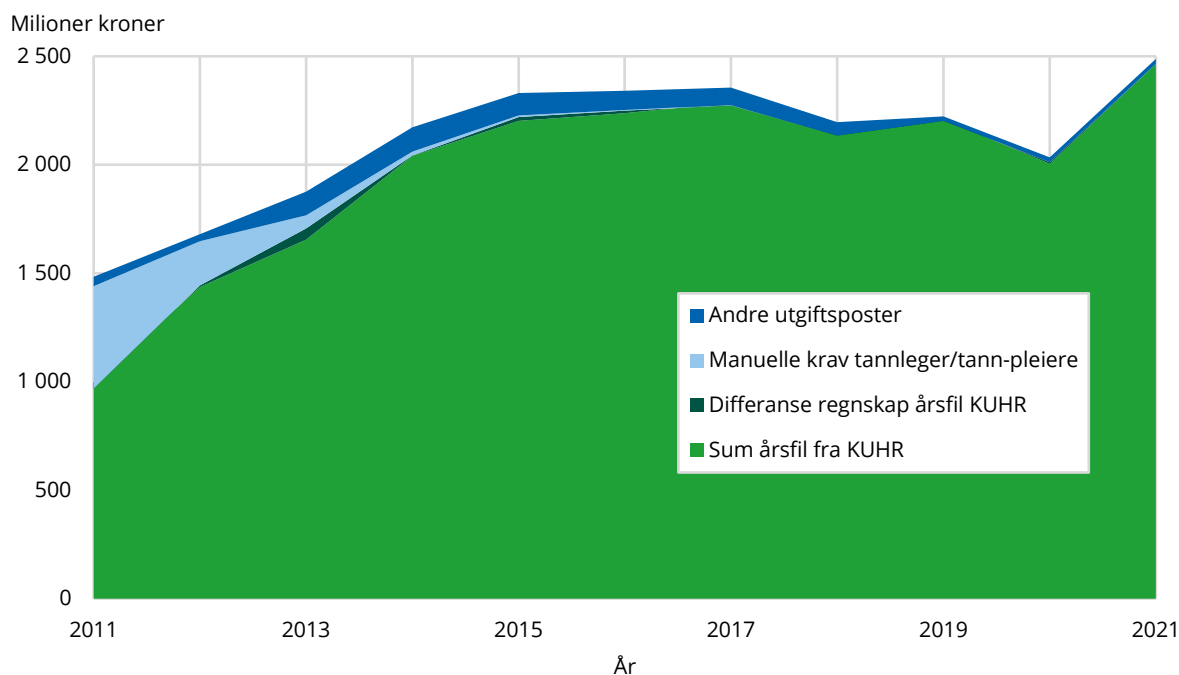
### 3.3. Utviklingen i bruk av tannhelserefusjoner

Omfanget av tannlegenes krav på tannhelserefusjoner økte svært raskt i løpet av de første årene etter at ordningen var etablert, noe som ble vist for perioden 2007-2016 i Ekornerud et al. (2017). Det vi så da, var en tredobling av utgiftene på disse sju årene. En så sterk økning kan ikke forklares med et økende behov for tannhelsetjenester i befolkningen, men heller med at det tok noe tid før ordningen ble tatt i bruk av personellet. I løpet av perioden fram til 2014 var det også noen utvidelser, f.eks. ved at det siste innslagspunktet 15 først kom inn i ordningen i 2014 og at tannpleierne fikk avtale med Helsedirektoratets Helseøkonomiforvaltning (HELFO) og kunne sende inn krav fra og med 2013 (se mer om dette i vedlegg B og lenger ned i avsnittet). I denne rapporten konsentrerer vi oss om perioden 2011-2021, og figur 3.2 viser utviklingen i de samlede utgiftene til tannhelserefusjoner i løpet av disse årene.

I de første årene ble langt fra alle kravene registrert i KUHR, da det bare er oppgjør etter elektroniske krav fra personellet som kommer inn i denne databasen. Tallene i figur 3.2 er derfor basert på regnskapstall fra HELFO. Figuren viser at den samlede økningen fra 2011 har vært på om lag en milliard, slik at økningen i utgifter har vært på 66 prosent gjennom disse årene. Økningen har vært langt fra jevn, da den bratteste veksten gikk over til stagnasjon i årene 2015-2017 og en nedgang fra 2017 til 2018. Også fra 2019 til 2020 var det nedgang, men i dette tilfelle kom den trolig

av koronapandemien og en delvis nedstenging av tannhelsetjenesten i deler av mars og april 2020<sup>2</sup>. Varigheten på en drøy måned, i tillegg til noe produksjonstap etter gjenåpningen, kan i stor grad forklare at nedgangen i utbetalingene var på om lag 10 prosent. Den påfølgende sterke oppgangen fra 2020 til 2021 på hele 400 millioner betyr at refusjonene ikke bare kom opp på nivået fra før pandemien, men hadde en økning på ytterligere 200 millioner utover dette. Det vil si at veksttakten fra 2019 til 2021 lå nær veksttakten før 2015.

**Figur 3.2 Samlet utgift til tannhelsetjenester gjennom NAV, etter år, utgiftspost og status mht. elektronisk oppgjør registrert i KUHR. 2011-2021. Millioner kroner (løpende)**



Kilder: HELFOs regnskap og KUHR

Ellers viser figur 3.2 i hvilken grad bruttotall fra datakilden KUHR samsvarer med de samlede refusjonene slik det er registrert i HELFOs regnskap. Registreringene i KUHR (basert på elektroniske oppgjør) gir ikke et riktig bilde av de samlede nivåene for utbetalt beløp i årene 2011-2013, og særlig i 2011 var det svært stor avstand mellom KUHR og det reelle nivået, med manuelle krav på om lag en tredel av utgiftene. Fra og med 2014 var imidlertid dekningen i KUHR tilfredsstillende. Ellers er det et par andre poster i regnskapet som forklarer at det er noe avvik mellom bruttotall fra HELFO og de tallene for utbetalte beløp som hentes fra KUHR<sup>3</sup>.

Når vi tar i betraktning de store manglene i KUHR-materialet, særlig for årene 2011 og 2012, kan det stilles spørsmål ved bruken av disse årgangene, men to hensyn har vært avgjørende for at de likevel er med:

- Selv om nivået er uriktig, endres trolig ikke forskjellen mellom grupper i samme grad.
- Flere årganger gir et bedre utgangspunkt for utarbeidingen av pasientforløp (se kapittel 7).

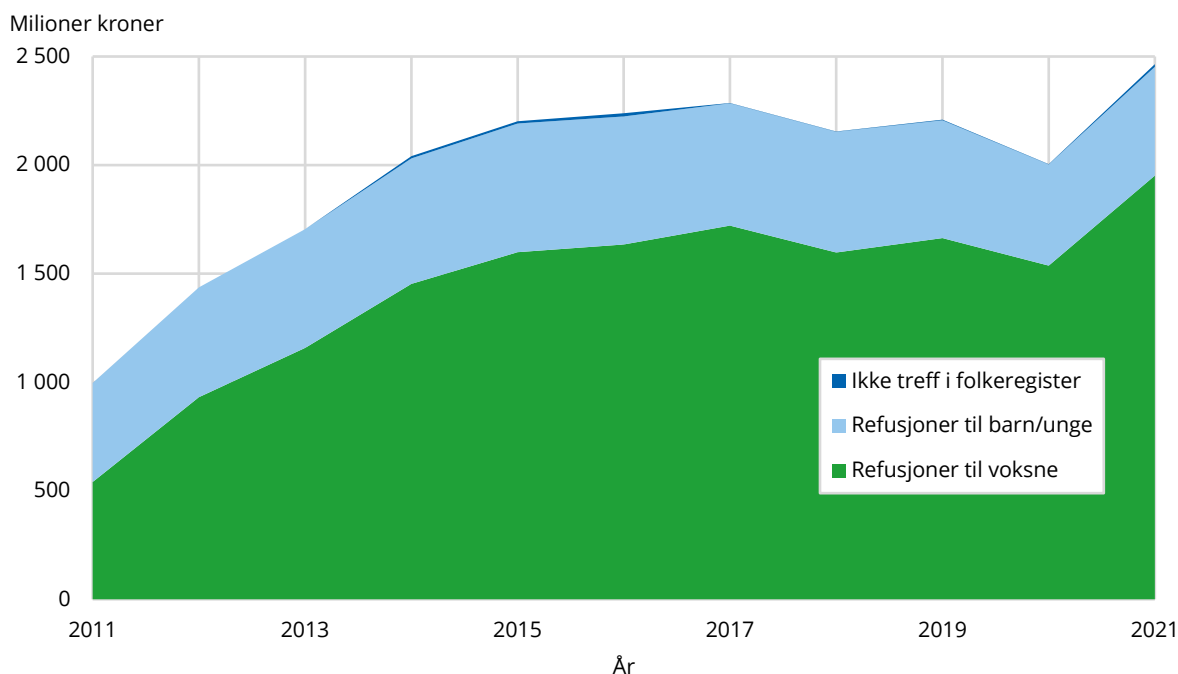
<sup>2</sup> Tannlegetjenesten ble ikke helt stengt ned i denne perioden, da det ble bl.a. ble gitt øyeblikkelig hjelp til pasienter som trengte dette. Tannlegene kunne heller ikke pålegges å holde stengt, da de i utgangspunktet ikke fikk kompensasjon for tapte inntekter. Omfang og varighet av produksjonsnedgangen varierte derfor trolig mellom tannlegekontorene, slik at det er vanskelig å ha noen presise anslag for betydningen av dette. De strenge hygienekravene som fulgte, kan også ha hemmet produksjonen noe.

<sup>3</sup> I de offisielle regnskapstallene fra HELFO inngår også krav fra pasienter med behandling i utlandet og en regnskapspost med forsikring av tannlegene, som begge dekkes over folketrygden. Det har også betydning for differansen mellom regnskapstall og KUHR at HELFOs regnskap avsluttes før KUHR for det gjeldende år er komplett, men derimot tar med etterslep fra det forrige året.

### Voksne pasienters andel av tannhelserefusjonene

Siden rapporten omfatter refusjoner til voksne pasienter, er det relevant å se på utviklingen i denne delen av de samlede refusjonene, noe som er vist i figur 3.3, som er basert på SSBs uttrekk fra databasen KUHR<sup>4</sup>.

**Figur 3.3 Samlet utgift til tannhelserefusjoner, etter år og to aldersgrupper<sup>1</sup>. 2011-2021. Millioner kroner (løpende)**



<sup>1</sup>Figurens tredje kategori utover refusjonene til barn/unge og voksne svarer til krav der det personidentifiserende kjennetegnet ikke har fått «treff» i SSBs befolkningsregister det aktuelle år, slik at det ikke er aldersbestemt.

Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Når det gjelder veksttakten i refusjoner for den voksne delen av pasientene, følger denne i stor grad mønsteret som ble beskrevet for refusjonene samlet, med vekselvis vekst og nedgang i utgiftene, bortsett fra at nivået altså var i størrelsesorden 460-600 millioner lavere enn samlet utgift.

### Utviklingen blant barn og unge

Når vi ser nærmere på refusjoner til barn og unge, er veksten gjennom perioden langt fra like stor som for refusjonene til voksne. Den samlede økningen fra 2011 til 2021 var «bare» i størrelsesorden 50 millioner kroner eller drøyt 10 prosent av utgangspunktet på 456 millioner. Toppunktet for refusjoner til barn og unge var imidlertid på oppunder 600 millioner i årene 2014-2016. Etter en moderat nedgang mellom 2016 og 2019 var det et fall på nærmere 80 millioner kroner fra 2019 til 2020 og en oppgang igjen på omtrent halvparten av dette i 2021. Også når vi ser på refusjoner til barn og unge, har nedgangen og oppgangen gjennom de siste to årene hatt sammenheng med pandemien. Men når nedgangen i 2020 relativt sett var større enn for refusjonene samlet og oppgangen i 2021 var mindre, må dette også sees i sammenheng med en ganske omfattende endring av forskriften mht. refusjoner for kjeveortopedisk behandling, gjeldende fra 1.1.2020<sup>5</sup>. Og dette innslagspunktet er helt dominerende når det gjelder refusjoner til barn og unge. Selv om det

<sup>4</sup> Uttrekkene fra KUHR overføres fra Helsedirektoratet til SSB i slutten av februar hvert år, til bruk av statistikk fra det foregående året. Det vil registreres krav i KUHR for det foregående året etter dette, noe som betyr at SSBs tall kan være noe lavere enn endelige tall fra KUHR:

<sup>5</sup> Siden denne rapporten omhandler refusjoner til voksne pasienter, går vi ikke nærmere inn på innholdet i endringen av forskrift for kjeveortopedisk behandling av barn og unge. Dette gjelder også oversikten i vedlegg B, der det er gitt nøyaktige oversikter over endringer i forskriften når det gjelder de øvrige innslagspunktene.

var en moderat oppgang i 2021, lå nivået i 2021 mer enn 90 millioner under det høyeste registrerte nivået i 2015 på grunn av den sammenhengende nedgangen i perioden 2016-2020,

Støtte til kjeveortopedisk behandling av barn og unge ble etablert langt tidligere enn ordningen med refusjoner til voksne. Derfor var (den tilsynelatende) veksten i refusjoner til barn og unge perioden 2011-2014 langt mer moderat enn for refusjoner til voksne, med under 30 prosent mot et nivå i 2014 på 2,7 ganger utgangspunktet (eller en vekst på om lag 170 prosent) for refusjoner til voksne. Med i vurderingen av disse tallene må det også tas med at elektroniske regninger fra kjeveortopedene utgjorde en større andel av de samlede kravene fra denne gruppen enn det som var tilfelle for de øvrige tannlegene i 2011 og 2012 (Texmon 2021). Derfor er det først og fremst veksten i refusjoner for voksne som er kunstig høy når vi ser på tall fra KUHR i perioden 2011-2014

### Utviklingen i bruk av enkelte innslagspunkt

Selv om vi ser bort fra delen som bare var tilsynelatende (pga. manglene i KUHR), økte refusjonene så mye gjennom de første årene at det neppe kan forklares av endringer i befolkningens tannhelse. Mens den innledende veksten i stor grad må forklares av personellens økende kjennskap til ordningen og muligens av kapasitet i tjenesten, må stagnasjonen i utgiftene etter 2014 ha en annen forklaring. Vedlegg B gir en systematisk gjennomgang av endringene i disse, og her ser vi på hvilke utslag de kan ha hatt for bruken av refusjoner etter de enkelte innslagspunktene.

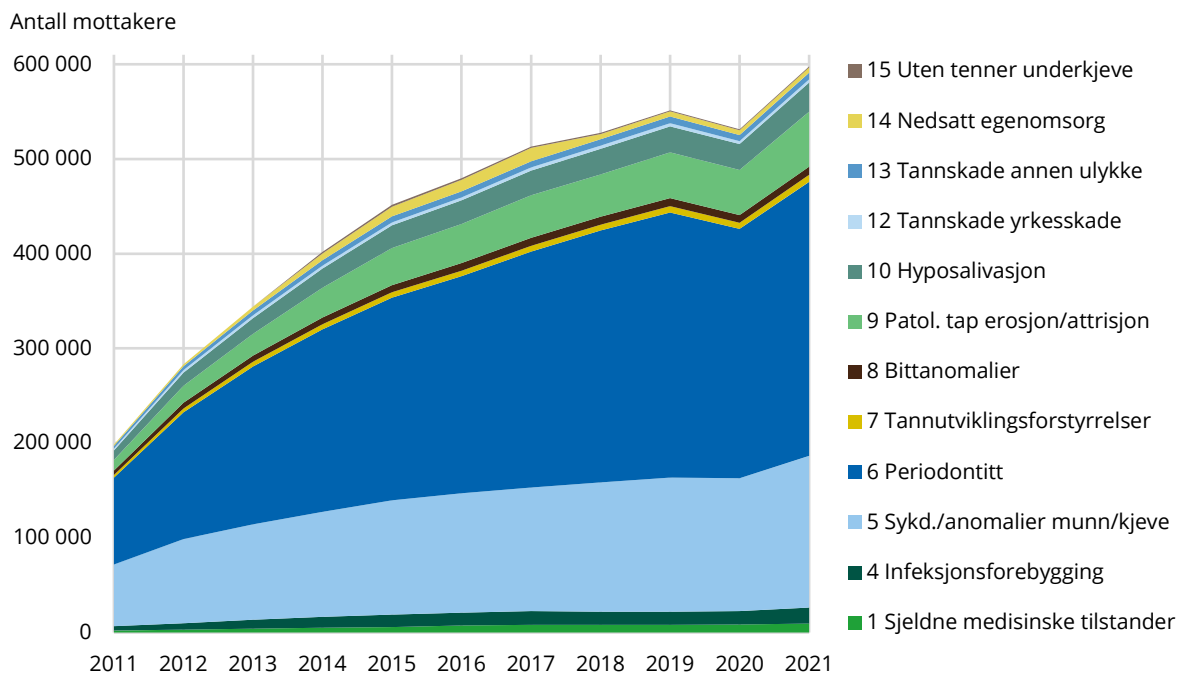
Figurene 3.4 og 3.5 (og i tallgrunnlaget i tabellene B1.1-B1.5 bak) viser utviklingen i hhv. antall mottakere og utgifter etter innslagspunkt gjennom hele perioden 2011-2021. Av figur 3.4 framgår det at veksten i det samlede antallet mottakere av tannhelserefusjoner har vært mer jevn enn veksten i utgifter. Den midlertidige nedgangen i 2020 (pandemien) er det klareste unntaket fra veksten i perioden. Ser vi på innslagspunktene, er førsteinntrykket at fordelingen har holdt seg relativt stabil. Ser vi på det største innslagspunktet (6 periodontitt), hadde dette litt sterkere relativ vekst i antall mottakere enn alle innslagspunktene samlet. Selv om den altså var ganske gjennomsnittlig når vi ser på hele perioden, var den noe raskere de første årene etter 2013, da tannpleierne kunne kreve refusjon, og noe langsommere enn gjennomsnittet senere i perioden. Veksten i det andre store innslagspunktet blant voksne (5 sykdommer og anomalier i munn kjeve) var på sin side noe lavere enn den samlede veksten. Flere innslagspunkt har imidlertid hatt en sterkere relativ vekst, men fordi de fleste av disse er små, ga ikke veksten i bruken av dem noe stort bidrag til den samlede veksten av mottakere.

Men ser vi nærmere på figur 3.4 (eller tabellene B1.1 og B1.5 bak) hadde innslagspunkt 14 (manglende evne til egenomsorg) særlig stor variasjon i antall mottakere gjennom perioden, med en særlig sterk vekst de første årene og en sterk tilbakegang etter 2017. Også for innslagspunkt 15 (særskilte omstendigheter ved manglende tenner i underkjeven) var det stor økning i de første årene etter at dette ble innført, men en reduksjon etter dette, da målgruppen er veldig begrenset. I utgangspunktet var det få pasienter under disse to innslagspunktetene, slik at utviklingen av dette innslagspunktet ikke var noe utslagsgivende for utviklingen det samlede antall *mottakere*.

Et annet innslagspunkt med stor *relativ* endring i antall mottakere over tid var innslagspunkt 2 (leppe-kjeve-ganespalte), men i dette tilfelle er det grunn til å tro at det for dem kan det ha vært brukt ulike innslagspunkt over tid, da deres behov både er omfattende og varierende med bl.a. krav på refusjon under innslagspunkt 8 (bittanomalier). Dessuten utgjør de en svært liten gruppe. I 2013 var det også et oppsiktsvekkende høyt tall med refusjon under en kode 32 (refusjon for undersøkelse av personer i alder 75 år og over, som bare var med dette året og her er klassifisert under «innslagspunkt 16»).

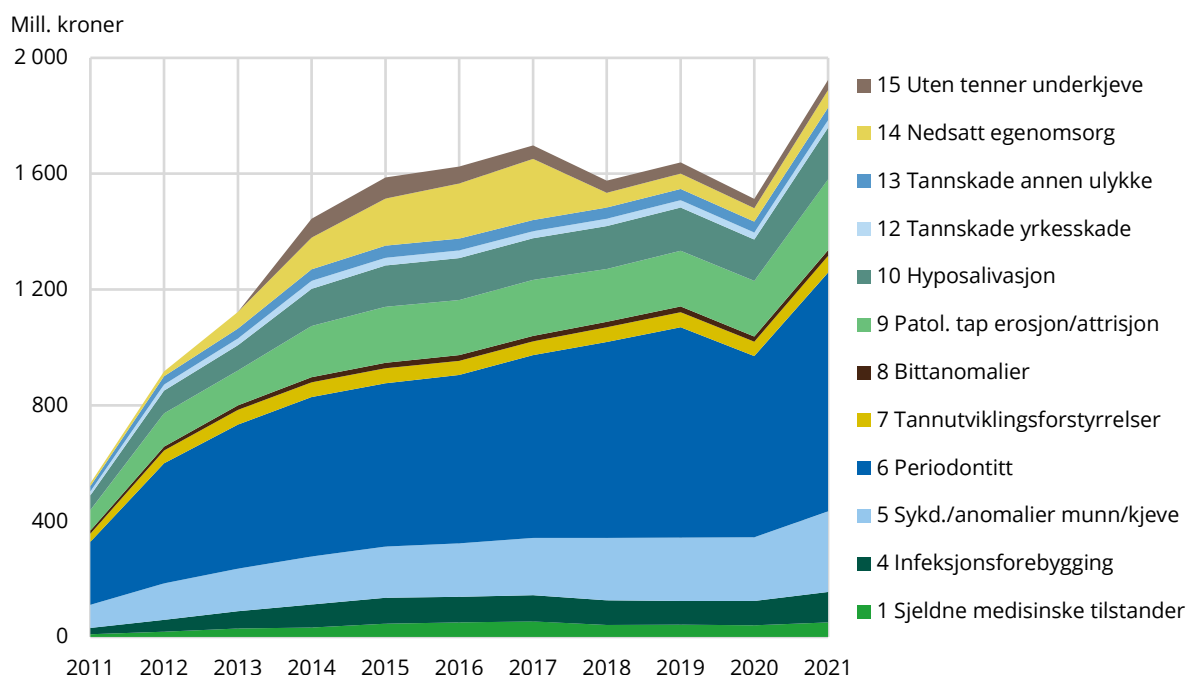
Men for de fleste innslagspunktene var det større variasjon i veksten over tid og i deres andel når vi ser på utbetalingene i figur 3.5.

**Figur 3.4 Antall voksne pasienter, etter år og innslagspunkt<sup>1</sup>. 2011-2021**



<sup>1</sup>Innslagspunktene 2,3,11 og 16 (refusjoner utenfor de 15) er utelatt ut fra figurene 3.4 og 3.5 da de knapt ville være synlige.  
Kilde: KUHR

**Figur 3.5 Samlet utgift til tannhelserefusjoner for voksne, etter år og innslagspunkt<sup>1</sup>. 2011-2021. Millioner kroner (løpende)**



<sup>1</sup>Innslagspunktene 2,3,11 og 16 (refusjoner utenfor de 15) er utelatt ut fra figurene 3.4 og 3.5 da de knapt ville være synlige.  
Kilde: KUHR

Særlig var det høye utbetalinger per pasient ved innslagspunktene 14 (nedsatt egenomsorg) og 15 (tiltak ved manglende tenner i underkjeve). For disse to innslagspunktene har behandlingene vært så kostbare at selv mindre endringer i antall mottakere (fordi gruppene er så små) har hatt betydning for de samlede utbetalingene (se også tabell 3.2). Men som det også påpekes i neste avsnitt, er det også selvstendige bidrag fra variasjon i kostnad per mottaker når vi ser på utgiftene til innslagspunkt 14. Innslagspunkt 15 har derimot hatt et stabilt, men altså svært høyt, kostnadsnivå

per pasient, slik at det er variasjonen i antall mottakere som har drevet endringene i utgifter til dette innslagspunktet. Tabell 3.2 og figurene 3.4 og 3.5 viser også at innslagspunkt 7 (utviklingsforstyrrelser) har et ganske høyt kostnadsnivå og at dette har variert noe over tid. Både kostnad per pasient og antall mottakere bidrar derfor til endringene i utgifter over tid.

**Tabell 3.2 Gjennomsnittsbetrag per mottaker av tannhelsefusjoner, etter innslagspunkt og år. NOK. 2011-2021**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Totalt</b>	<b>2 705</b>	<b>3 267</b>	<b>3 125</b>	<b>3 621</b>	<b>3 532</b>	<b>3 409</b>	<b>3 329</b>	<b>3 004</b>	<b>2 993</b>	<b>2 869</b>	<b>3 243</b>
1 Sjeldne medisinske tilstander	4 383	5 551	7 123	6 357	7 771	6 785	6 511	5 226	5 166	4 886	5 330
2 Leppe-kjeve-ganespalte	9 520	12 713	10 096	10 685	8 091	6 445	6 255	5 371	5 973	4 657	8 561
3 Svulster i munnhulen	7 594	9 100	1 256	9 295	8 494	8 463	8 073	7 604	6 719	7 129	8 466
4 Infeksjonsforebygging	4 744	6 295	6 451	7 007	6 869	6 560	6 253	6 009	5 977	5 800	6 219
5 Sykd./anomalier munn/kjeve	1 232	1 423	1 457	1 501	1 466	1 460	1 518	1 577	1 545	1 570	1 736
6 Periodontitt	2 372	3 096	2 988	2 852	2 638	2 538	2 531	2 546	2 598	2 377	2 851
7 Tannutviklingsforstyrrelser	9 765	10 601	10 007	9 950	9 059	8 536	7 852	7 949	7 747	7 797	7 684
8 Bittanomalier	2 227	2 403	2 354	2 417	2 449	2 400	2 322	2 341	2 312	2 172	2 236
9 Patol. tap erosjon/attrisjon	6 344	6 421	5 266	5 607	4 939	4 630	4 286	4 081	3 986	4 007	4 229
10 Hyposalivasjon	5 099	5 638	5 289	6 370	5 976	5 783	5 500	5 471	5 400	5 269	5 777
11 Allergisk reaksj. tannrestaur.	6 052	6 714	5 556	6 357	5 098	5 655	6 025	4 952	5 678	4 847	5 204
12 Tannskade yrkesskade	7 011	8 084	7 466	8 375	7 897	8 197	7 114	7 595	7 802	7 671	7 901
13 Tannskade annen ulykke	6 480	7 036	6 940	7 007	6 666	6 372	5 955	5 773	5 538	5 762	6 105
14 Nedsatt egenomsorg	6 620	7 470	13 462	15 795	16 015	15 602	14 944	9 273	9 909	9 277	10 708
15 Uten tenner underkjeve				37 919	35 987	35 903	34 115	34 217	34 885	34 823	36 389
16 Uspesifisert	3 934	3 380	4 107	3 654	723	719	902	926	945	1 139	1 490

Kilde: KUHR

### Generelt om endringer i forskriften

I gjengivelsen av forskriften og dens endringer i vedlegg B er det de opprinnelige beskrivelsene fra de første årene som er brukt innledningsvis (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Så er i tillegg endringene som framgår av forskriftene for alle årene 2012-2021, listet opp. Enkelte endringer i regelverket er tilsynelatende rene presiseringer, som enten kan være nøytrale eller innebære økt bruk av innslagspunktet. Det siste kan f.eks. gjelde åpningen for tannpleiernes bruk av ordningen.

De fleste endringene i forskriften er likevel av en karakter som tilsier en innstramming i bruk av innslagspunktet. Generelt kan nedgangen i utgiftene i ett innslagspunkt være en direkte følge av følgende type endringer i forskriftens *tekst*:

- Spesifikk innstramming i hvilke takster og kombinasjoner av takster som er gyldige.
- Klare dokumentasjonskrav, særlig når en dyr løsning velges framfor en rimeligere.
- Endring i kriteriene for hvem innslagspunktet gjelder for.
- Noen presiseringer av hvordan ulike innslagspunkt kan kombineres.

Mer indirekte kan en nedgang i utgiftene være knyttet til gjennomføring av *kontroller*, som kan gjelde den enkelte tannlege om bruken av takster skiller seg ut. En mer generell kontroll for bruk av en særskilt takst (304 kroner restaurering) ble utført i 2016 (Helsedirektoratet 2017). Det ble da også påvist en minkende bruk av denne taksten i perioden 2014-2016 (Ekornrud et al. 2017, vedlegg C).

Et annet virkemiddel er at *kronebeløpet til en spesiell takst* ikke følger prisutviklingen i takstsystemet ellers – eller til og med er satt ned. Her må det understrekes at veksten i kronebeløpene i refusjonsordningen samlet sett verken har fulgt pris- eller lønnsutviklingen i samfunnet ellers. Dette er grunnen til at det i denne framstillingen er brukt løpende kroner og ikke noen form for justering av disse. En konsekvens av dette kan være at tannlegene i økt grad bruker egenandeler utover den som er inkludert som del av honorartaksten. Dette innebærer at også pasienter som har krav på honorartakst, kan ha fått økte egenandeler.

### **Noen sammenfall mellom forskriftsendring og bruk av enkelte innslagspunkt**

De mange endringene i forskriften for tannhelserefusjoner har ikke vært jevnt fordelt mellom innslagspunktene. For noen innslagspunkt er settet av endringer ganske omfattende, mens det for noen få innslagspunkt ikke har vært endringer i det hele tatt. Når vi ser på endringer i forskriften, må det også tas i betraktning at for noen av de minst brukte innslagspunktene vil selv større endringer i forskriften bare få mindre betydning for de samlede utgiftene til tannhelserefusjoner.

For noen innslagspunkt har det ikke vært endringer i det hele tatt, noe som gjelder 3 (svulster i munnhulen) og 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve). For andre er detaljer i forskriften noe endret, men på en måte som ikke kan tenkes å ha særlig betydning for bruken. Dette gjelder innslagspunkt 11 (allergier mot materiale), der det bare har kommet til et krav om at det må meldes til Bivirkningsnemda, mens det ved innslagspunkt 12 (yrkesskade) et krav om at denne også må være dokumentert av NAV. Heller ikke innslagspunktet for andre skader har vært gjenstand for vesentlig endring. Også ved innslagspunkt 2 må justeringen i forskriften betraktes som ubetydelig, slik at svingningene i antall mottakere må ha annen forklaring.

De to innslagspunktene uten endringer i forskriften (3 og 5) har mer stabil utvikling i utgiftene over tid enn de fleste andre innslagspunkt. Fra og med 2018 utgjorde utbetalingene likevel en noe høyere andel av samlede tannhelserefusjoner blant voksne. Dette må være fordi det var en tilsvarende nedgang i andelen til de innslagspunktene som hadde vært gjenstand for innstramminger i bruken eller i kostnadene. Når det gjelder innslagspunktene 11, 12 og 13, har deres andel av refusjonene vært lav i hele perioden, men de er så små at selv tilfeldig variasjon i bruken fra år til år kan ha medført de svingningene i utgiftene vi ser fra år til år (tabell B1.2). Og for innslagspunkt 2 har vi som nevnt sett så sterke svingninger i dets bruk at det må ha en annen forklaring når ikke endringer i forskriften kan ligge til grunn.

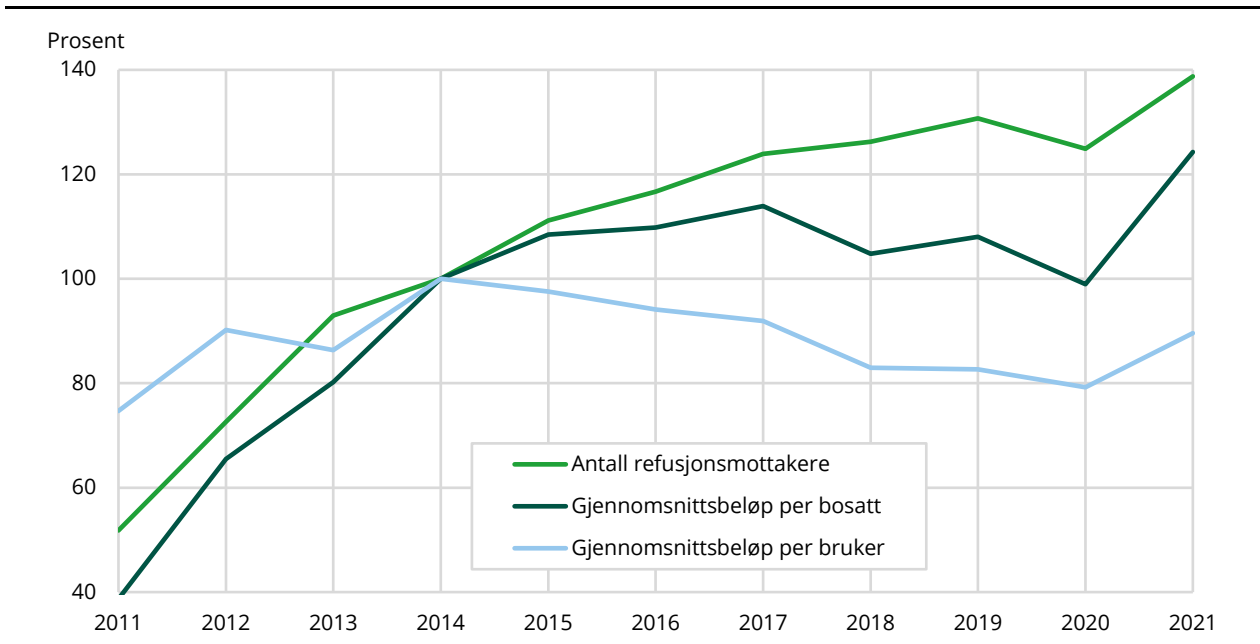
For innslagspunktene 6 (periodontitt), 9 (erosjon, attrisjon), 7 (utviklingsforstyrrelser) og særlig innslagspunkt 14 (nedsatt egenomsorg) har det vært innstramminger i forskriften i perioden etter 2014. Dette kan dels være valg av takster, i kombinasjoner av takster eller hvor mange ganger en takst kan brukes (det siste ved innslagspunkt 6). For innslagspunkt 7 (utviklingsforstyrrelser) skjedde det en begrensning av bruken allerede i 2014, da kriteriet for bruk av taksten ble endret med krav til flere enn to manglende tannanlegg om de er bak hjørnetennene. Men for innslagspunkt 14 er antall mottakere redusert ved at flere kategorier (demente, enkelte rusavhengige) ikke skal bruke refusjonsordningen, men derimot behandles i den offentlige tannhelsetjenesten. Kombinert med strengere krav til dokumentasjon og takstbruk medførte dette at utgiftene på dette innslagspunktet gikk ned fra 9 til 2 prosent av de samlede utgiftene i 2018. Utviklingen i kostnadene for innslagspunkt 14 er det klareste eksempelet på sammenheng mellom forskriftsendring og utgiftene i refusjonsordningen.

### **Oppsummering**

I figur 3.6 oppsummeres hovedtrekkene i utviklingen gjennom tiårsperioden – idet den samler endringstall for både antall mottakere og utgiftene. For to av størrelsene, antall mottakere og gjennomsnittsbetøp per bruker, er det gitt detaljerte beskrivelser foran, men figuren viser også hvordan disse to størrelsene slår ut på den samlede utgiften per befolkningsenhet. Denne vokste særlig bratt i årene med både sterk vekst i antall mottakere og gjennomsnittsbetøp. Men i den siste drøye halvparten av perioden har det vært mer stabilitet, da nedgangen i gjennomsnittsbetøp har demmet opp for veksten i antall brukere.



**Figur 3.6** Antall pasienter, gjennomsnittsbetøp per mottaker og bet p per bosatt, etter år, 2011-2021. Alle størrelser uttrykt relativt til nivået i 2014 (=100)



Kilde: KUHR

## 4. Bruken av tannhelserefusjoner etter demografiske kjennetegn

Dette kapitlet omfatter den delen av vår analyse som viser bruken av tannhelserefusjoner etter demografiske kjennetegn som alder, kjønn og innvandringskategori. Nærmere bestemt ser vi på sammenhengen mellom disse og mottak av tannhelserefusjoner i hvert enkelt observerte år. Kapitlet er delt i to deler, der beskrivelsen av mønstre etter kjønn og alder er det mest omfattende (4.1), mens vi i deretter ser på innvandreres refusjonsmottak (4.2), med særlig vekt på hvordan dette varierer med alder. I hvert av delkapitlene ser vi både på hvor stor andel av en gitt befolkningsgruppe som har mottatt en tannhelserefusjon i løpet av et år, og på det gjennomsnittlige beløpet disse brukerne har mottatt. Produktet av disse to størrelsene er et uttrykk for det samlede utbetalte beløpet fordelt på samtlige bosatte i den gitte befolkningsgruppen. Alle disse størrelsene er samlet i en tabell i starten av hvert delkapittel, med en felles oppbygning (noe som også gjelder deler av det neste kapitlet (5.1-5.3)).

I de fleste tabellene og figurene i rapporten er det tatt utgangspunkt i mønsteret som gjaldt i det siste observerte året (2021), men i dette kapitlet er også noen tilsvarende resultater for året 2014 vist<sup>6</sup>. Dernest blir dette supplert ved at noen enkle indikatorer er beregnet for hvert av årene 2011-2021. På den måten blir utviklingen gjennom hele perioden illustrert. Siden ulike sykdommene eller tilstander opptrer i ulike livsfaser, ser vi også nærmere på hvordan bruken av de enkelte innslagspunktene varierer med alder i delkapittel 4.1, som derfor er mer omfattende enn tilsvarende gjennomganger for de øvrige befolkningkjennetegnene.

### 4.1. Mønstrene for mottak av tannhelserefusjoner etter alder og kjønn

I studiene av tannhelserefusjonene til voksne pasienter i perioden 2014-2016 ble det vist at andel mottakere (i prosent av alle bosatte i aldersgruppene) økte ganske sterkt med alder fram til aldersgruppen 60-69 år eller 70-79 år, for så å være noe lavere blant de aller eldste (Ekornrud et al. 2015, 2017). Flere av de ulike sykdommene og tilstandene som gir adgang til refusjonsordningen, opptrer hyppigere blant middelaldrende og eldre, og særlig skal vi se at dette gjelder for det mest utbredte innslagspunktet periodontitt (tannkjøttbetennelse). Også andre innslagspunkt gjelder tilstander som forekommer hyppigere med økende alder.

I tabell 4.1 og i figur 4.1 er tall for det siste observerte året 2021 tatt med, sammen med tall for 2014. I store trekk ser vi at aldersmønstrene er relativt like i de to årene, slik at nye tall svarer ganske godt til de tidligere beskrivelsene. I tabell 4.1 er det imidlertid samlet noen flere størrelser enn i Ekornrud et al. (2017), og de er organisert på en annen måte. Først er absolutte tall gjengitt, både for antall mottakere og samlede beløp. Deretter vises fordelingen etter alder for disse to størrelsene, samt aldersfordelingen blant alle bosatte (for hvert kjønn og begge samlet). Tabellenes nederste del viser relative tall, per bosatt eller per mottaker, som tydeligst får fram forskjellene mellom gruppene.

Ifølge tabell 4.1 var det nærmere 602 000 voksne mottakere av tannhelserefusjoner i 2021. Av disse var nærmere 322 000 kvinner, som utgjorde 53,5 prosent av mottakerne. Siden antall bosatte kvinner over 20 år var lavere enn antall menn (49,8 vs. 50,2 prosent av de i alt 4,2 millioner over 20 år i 2021<sup>7</sup>), var altså kvinnene overrepresentert blant mottakerne av tannhelserefusjoner.

<sup>6</sup> 2014 kan betraktes som det første året refusjonsordningen var moden: Det var både det første året da alle de 15 innslagspunktene var tatt i bruk. Dessuten var det en tilnærmet komplett dekning av elektroniske krav i dette og de etterfølgende årene.

<sup>7</sup> Med antall bosatte i 2021 menes alle som var registrert bosatte i landet en gang i løpet av året, se nærmere presisering i kapittel 2.

**Tabell 4.1 Antall mottakere og samlet beløp refusjoner, etter kjønn og alder. Absolutte tall, prosent fordeling etter alder og relative tall. 2021 og 2014**

		Fordeling								80 år eller
		kjønn	Alle aldre	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	eldre
<b>2021</b>		Absolutte tall								
Antall mottakere	Begge kjønn	100,0	601 817	65 790	66 173	79 246	113 205	128 354	108 897	40 152
	Menn	46,5	280 052	28 286	30 268	37 632	54 496	60 349	51 471	17 550
	Kvinner	53,5	321 765	37 504	35 905	41 614	58 709	68 005	57 426	22 602
Samlet beløp	Begge kjønn	100,0	1 951,8	151,3	176,2	244,8	382,0	459,0	394,5	144,0
(mill. NOK)	Menn	48,2	940,1	65,2	78,9	117,9	191,7	224,1	195,4	67,0
	Kvinner	51,8	1 011,7	86,1	97,4	127,0	190,3	234,8	199,1	77,0
		Prosent fordeling etter alder								
Mottakere	Begge kjønn		100,0	10,9	11,0	13,2	18,8	21,3	18,1	6,7
	Menn		100,0	10,1	10,8	13,4	19,5	21,5	18,4	6,3
	Kvinner		100,0	11,7	11,2	12,9	18,2	21,1	17,8	7,0
Samlet beløp	Begge kjønn		100,0	7,8	9,0	12,5	19,6	23,5	20,2	7,4
	Menn		100,0	6,9	8,4	12,5	20,4	23,8	20,8	7,1
	Kvinner		100,0	8,5	9,6	12,5	18,8	23,2	19,7	7,6
Bosatte	Begge kjønn	100,0	100,0	15,3	18,1	17,2	17,4	14,4	11,3	6,3
	Menn	50,2	100,0	15,7	18,5	17,6	17,7	14,4	11,0	5,1
	Kvinner	49,8	100,0	14,9	17,7	16,8	17,0	14,3	11,6	7,6
		Relativt til alle								
Andel mottakere	Begge kjønn	100,0	14,4	10,2	8,7	11,0	15,5	21,3	22,9	15,1
(prosent)	Menn	92,7	13,3	8,5	7,8	10,2	14,6	19,9	22,2	16,4
	Kvinner	107,4	15,4	12,0	9,7	11,9	16,5	22,7	23,6	14,3
Gjennomsnittlig	Begge kjønn	100,0	3 243	2 300	2 663	3 089	3 374	3 576	3 623	3 587
beløp (NOK)	Menn	103,5	3 357	2 305	2 605	3 132	3 517	3 714	3 797	3 816
	Kvinner	96,9	3 144	2 297	2 712	3 051	3 241	3 453	3 467	3 408
Beløp per bosatt	Begge kjønn	100,0	466	235	232	340	524	762	831	543
(NOK)	Menn	95,9	446	197	203	318	513	741	844	625
	Kvinner	104,1	485	276	264	363	535	784	819	487

Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Det samme kan også uttrykkes med relative størrelser lenger ned i tabellen, der vi ser at av kvinnene mottok 15,4 prosent en refusjon i 2021, mot 13,3, prosent av mennene, slik at nivået for kvinnene lå drøyt 7 prosent høyere enn gjennomsnittet for alle voksne eller 15 prosent over mennenes nivå. At en høyere andel kvinner har mottatt refusjon enn blant menn, er også vist for tidligere år, slik vi ser for årgangen 2014 i den andre delen av tabellen.

Når det gjelder det gjennomsnittlige beløpet per mottaker, var dette derimot høyere blant mennene enn blant kvinnene, 3 357 kroner mot 3 144 kroner, noe som svarer til at nivået for menn var 3,5 prosent høyere enn gjennomsnittet for begge. Det betyr også at i 2021 kompenserte ikke mennenes høyere beløpe for at flere kvinner mottok refusjon, så voksne kvinner mottok 4 prosent mer enn gjennomsnittet for begge kjønn når beløpene fordeles på alle bosatte menn og kvinner. En annen måte å uttrykke dette på er ved totalbeløpene, som var hhv. 0,94 og 1,01 milliard kroner i 2021, dvs. at 51,8 prosent av de samlede utgiftene gikk til kvinnene, som altså var noe færre.

Om forskjellene i kvinners og menns bruk av helsetjenester er det mye etablert kunnskap, som er bekreftet over lang tid og som bygger på studier av mange tjenester (se oppsummering i Lunde et al. 2022). Langt fra alle forskjellene forklares av svangerskap, fødsler og barsel og heller ikke av forskjeller i sykdomsmønstrene alene. Så det er i tillegg er det en del indikasjoner på at menn er mindre tilbøyelige til å oppsøke helsetjenestene, slik det altså ser ut til å være for bruken av tannhelsetjenesten. I kapittel 5 (5.4) ser vi at det også er noen forskjeller i menns og kvinners mønstre for bruk av refusjonsordningen når vi ser nærmere på inndelinger etter kjennetegn som inntekt og utdanning.

**Tabell 4.1 forts. Antall mottakere og samlet beløp refusjoner, etter kjønn og alder. Absolutte tall, prosent fordeling etter alder og relative tall. 2021 og 2014**

		Fordeling								80 år eller
		kjønn	Alle aldre	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	eldre
<b>2014</b>		<b>Absolutte tall</b>								
Antall mottakere	Begge kjønn	100,0	403 891	47 718	44 544	61 285	81 066	94 271	54 029	20 978
	Menn	46,4	187 414	20 377	21 157	29 794	37 832	44 413	25 025	8 816
	Kvinner	53,6	216 477	27 341	23 387	31 491	43 234	49 858	29 004	12 162
Samlet beløp	Begge kjønn	100,0	1 462,5	114,7	135,0	208,2	296,8	383,6	232,8	91,4
(millioner NOK)	Menn	49,1	718,7	52,0	65,2	105,7	146,8	193,7	114,4	41,0
	Kvinner	50,9	743,8	62,7	69,7	102,5	150,1	190,0	118,5	50,4
		<b>Prosent fordeling alder</b>								
Mottakere	Begge kjønn		100,0	11,8	11,0	15,2	20,1	23,3	13,4	5,2
	Menn		100,0	10,9	11,3	15,9	20,2	23,7	13,4	4,7
	Kvinner		100,0	12,6	10,8	14,5	20,0	23,0	13,4	5,6
Samlet beløp	Begge kjønn		100,0	7,8	9,2	14,2	20,3	26,2	15,9	6,2
	Menn		100,0	7,2	9,1	14,7	20,4	26,9	15,9	5,7
	Kvinner		100,0	8,4	9,4	13,8	20,2	25,5	15,9	6,8
Bosatte	Begge kjønn	100,0	100,0	16,4	17,8	19,3	16,8	14,6	8,8	6,3
	Menn	50,0	100,0	16,7	18,4	19,9	17,2	14,7	8,4	4,7
	Kvinner	50,0	100,0	16,0	17,2	18,6	16,4	14,6	9,3	7,8
		<b>Relative tall</b>								
Andel mottakere	Begge kjønn	100,0	10,4	7,5	6,4	8,2	12,4	16,5	15,7	8,6
(prosent)	Menn	92,8	9,6	6,2	5,9	7,7	11,3	15,5	15,4	9,6
	Kvinner	107,2	11,1	8,7	7,0	8,7	13,5	17,5	16,0	7,9
Gjennomsnittlig	Begge kjønn	100,0	3 621	2 404	3 030	3 397	3 662	4 069	4 310	4 357
beløp (NOK)	Menn	105,9	3 835	2 552	3 083	3 547	3 879	4 361	4 571	4 648
	Kvinner	94,9	3 436	2 293	2 982	3 254	3 471	3 810	4 084	4 146
Beløp per bosatt	Begge kjønn	100,0	375	179	194	277	452	672	676	374
(NOK)	Menn	98,3	368	159	181	272	437	675	702	448
	Kvinner	101,7	381	200	207	282	468	668	654	329

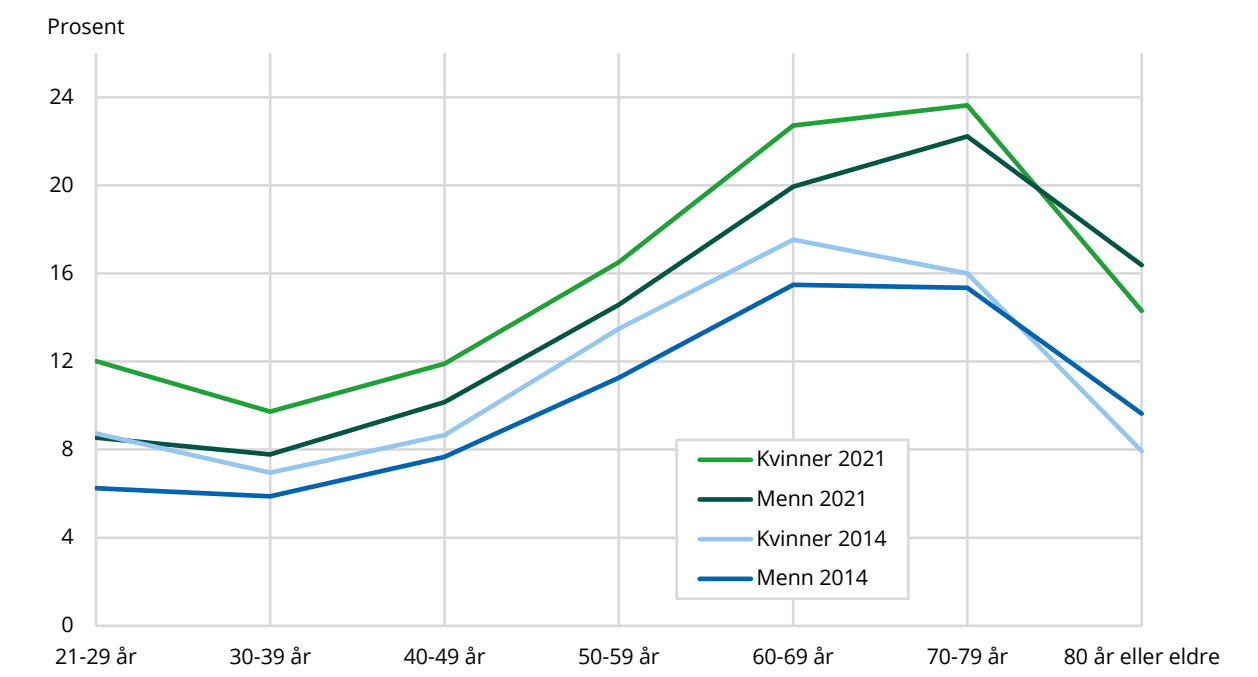
Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Blant de tilsvarende tall for 2014 i den andre delen av tabellen var nivået for antall og andel mottakere lavere, mens gjennomsnittlige beløp per mottaker høyere (jfr. forklaringene i avsnitt 3.3). Mottakerne av tannhelsefusjoner utgjorde i alt 10,4 prosent av den voksne befolkningen i 2014, mot 14,4 prosent i 2021, slik at det har vært en økning på nærmere 40 prosent. Det gjennomsnittlige beløpet per mottaker var gått ned fra 3621 til 3243 kroner, eller med drøyt 10 prosent fra utgangspunktet i 2014. Når det gjelder forskjellene mellom kjønnene, var denne nesten identisk i de to årene når det gjaldt utbredelsen, med en overhyppighet på drøyt 7 prosent for kvinner. I 2014 var det derimot større forskjell mellom de gjennomsnittlige beløpene for menn og kvinner, noe som innebar at de samlede utbetalte beløpene blant menn og kvinner lå nærmere hverandre i 2014.

I figur 4.1 er også aldersmønsteret vist for menn og kvinner og for begge kjønn samlet i de to årene. Den klareste endringen mellom de to årgangene er at nivået som nevnt har gått opp. I figuren ser vi at det gjelder både menn og kvinner og i alle aldersgrupper. Den innbyrdes forskjellen mellom aldersgruppene er imidlertid noe endret, idet økningen (for både menn og kvinner) fortsatte fram til 70-79 år i 2021, mens det i 2014 var nedgang for kvinner og stagnasjon for menn fra 60- til 70-årene. Forskjellen mellom kjønnene over aldersskalaen var imidlertid lite endret mellom 2014 og 2021. Det var en større andel kvinner enn menn som mottok refusjoner i alle aldersgrupper, med unntak av dem som var 80 år eller eldre. At både bruken av tjenesten går ned og at forskjellen mellom kjønnene endres for de aller eldste, svarer til det vi f.eks. ser for bruk av fastlegene (SSB 2022). Dette forklares gjerne med at blant de aller eldste er det en større andel som bor i institusjon enn i andre aldre og at disse får dekket sitt behov for helsehjelp på annen måte. Siden personer med langtidsopphold i institusjon i tillegg til noen med helsehjelp i hjemmet inngår i de prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten, blir det noe mindre behov for tannhelsefusjoner blant de eldste. Men om dette forklarer hele nedgangen, er svært usikkert. Økt forekomst av andre

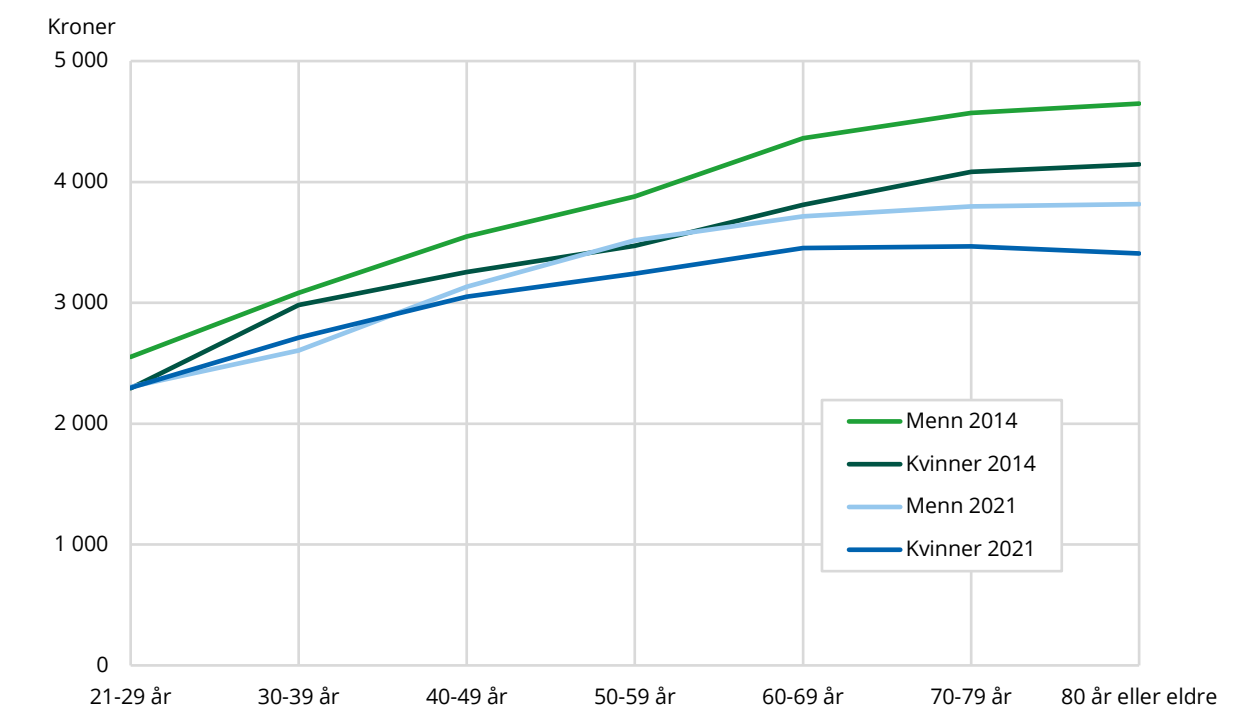
helseproblemer, dårlig økonomi eller problemer med å oppsøke tannlegene kan også bidra til at tannhelsen blir nedprioritert og forklare *noe av* nedgangen blant de eldste. At det er udekte behov blant de alle eldste, kan altså ikke kan utelukkes i. Men at nedgangen er større blant de eldste kvinnene enn blant mennene, kan forklares av at de i gjennomsnitt er noe eldre (når vi ser på hele gruppen som er 80+), og at det er en noe større andel institusjonsbeboere blant kvinnene i og med at mange kvinner bor alene etter tap av ektefelle. Det siste skyldes både at kvinner lever lengre enn menn og at kvinner i gjennomsnitt er noe yngre enn sine ektefeller.

**Figur 4.1 Andel med mottak av tannhelsefusjoner, etter kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Prosent**



Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

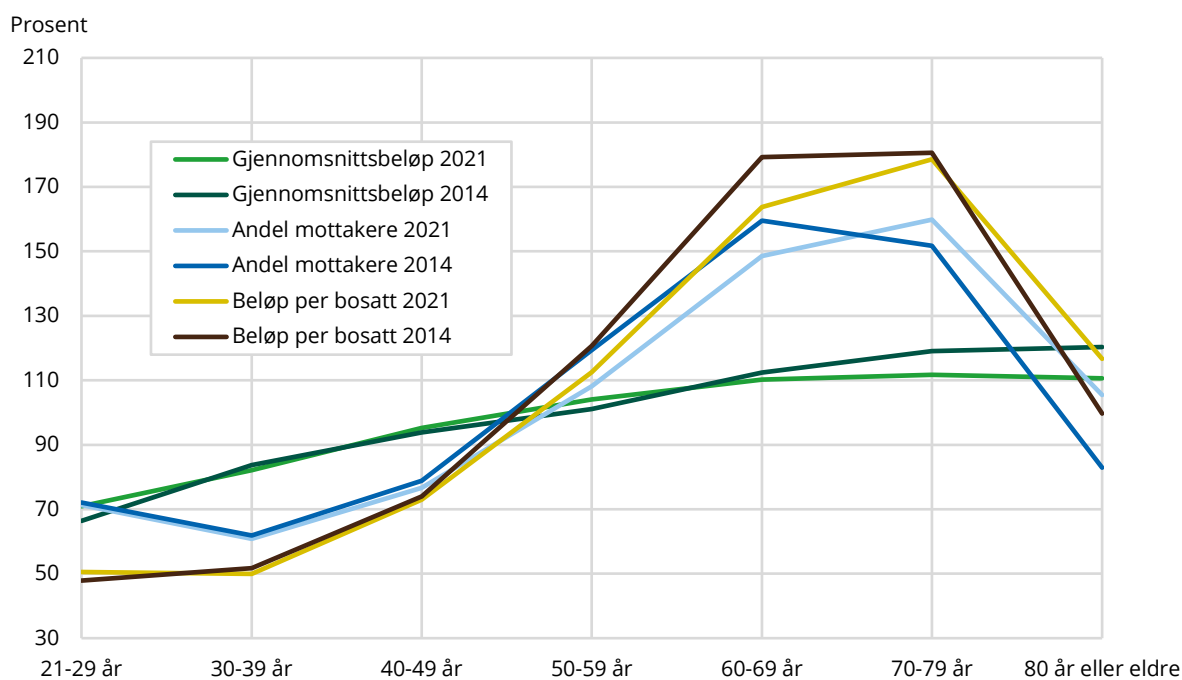
**Figur 4.2 Gjennomsnittsbetrag per mottaker, etter kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Løpende kroner**



Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Når det gjelder utgiftene, viser tabell 4.1 og figur 4.2 at gjennomsnittsbeløpene per bruker stort sett øker over aldersskalaen og som nevnt er høyere for menn enn for kvinner. I 2021 var det imidlertid en stagnasjon i gjennomsnittsbeløpet fra alder over 60 år, og utgiftene for kvinnene var høyere enn blant menn i aldersgruppen 30-39 år. Generelt økte forskjellen mellom kjønnene (både absolutt og relativt) med økende alder, men forskjellen var altså mindre i 2021 enn i 2014 over hele aldersskalaen. Kjønnforskjellen i beløp kan forklares ved at menn, som går sjeldnere til tannlegen, har et større behandlingsbehov når de først har oppsøkt denne tjenesten. Men når det gjelder *nivået*, er dette altså gått ned etter 2014, noe som ble omtalt i avsnitt 3.3 foran.

**Figur 4.3 Andel med mottatt tannhelserefusjon, gjennomsnittsbeløp og beløp per bosatt, etter kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Relative tall i prosent. (Gjennomsnitt for alle aldre i samme år =100)**



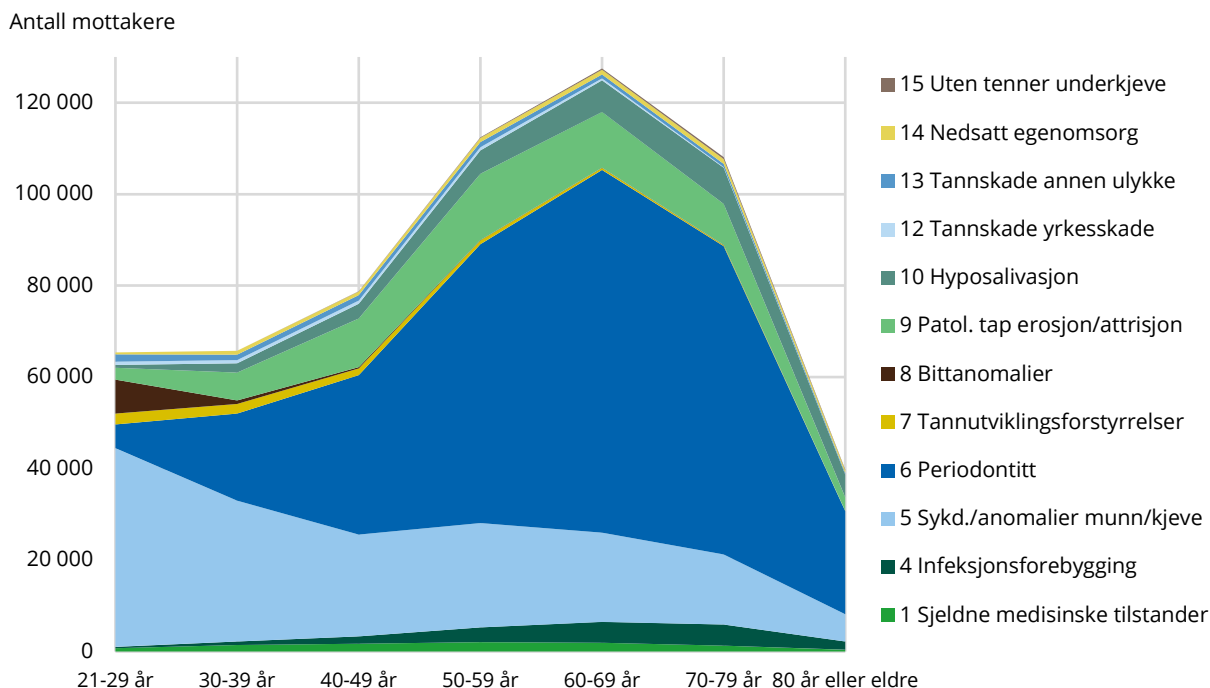
Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB del mottakere og beløp samlet

I figur 4.3 viser både tall for andel mottakere og beløp etter alder, ved at størrelsene er representert ved relative tall, der gjennomsnittet for alle aldersgrupper er satt til 100 for alle størrelsene i begge årene, noe som kontrollerer for nivåforskjellene mellom de to årgangene, mens endringen i aldersmønstrene kommer tydeligere fram. I figuren ser vi blant annet at den relative økningen i gjennomsnittsbeløp etter alder var felles for begge årene fram til 60-årsalderen, men også den relative stagnasjonen av beløp blant de eldste i 2021. Da både andel brukere og gjennomsnittsbeløp øker over aldersskalaen, blir det enda sterkere vekst etter alder i samlet beløp per *bosatt* (dvs. produktet av de to), slik det framgår av figuren. Fordi den relative veksten i andel mottakere fram mot 60-årene var sterkest i 2014, ble også veksten i samlet utgift per bosatt sterkere i 2014, siden beløpet i de to årene steg i samme takt. For de eldste var fallet fra og med 70 år i 2014 større, selv om gjennomsnittsbeløpet da fortsatte å stige med alder, siden andelen mottakere falt mer i 2014.

### Aldersmønsteret i de ulike innslagspunktene

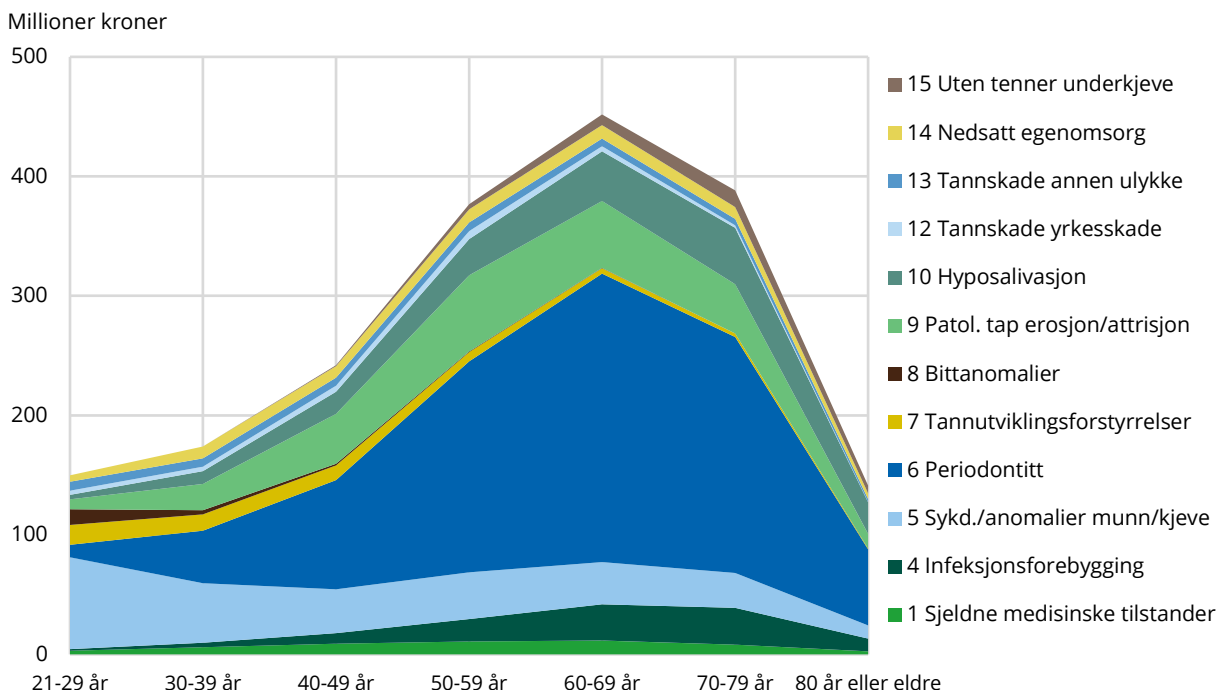
Som vi har sett både i de tidligere studiene og i kapittel 3, er innslagspunktene i refusjonsordningen for tannhelsetjenesten svært forskjellige mht. forekomst i befolkningen. I figurene 4.4 og 4.5 viser vi hvordan mottaket av dem også varierte med alder i 2021. Her har vi brukt absolutte tall både for antall mottakere og utgiftene, slik det ble gjort i kapittel 3, slik at variasjonen med alder er litt forskjellig fra figur 4.1, der det ble brukt relative tall. Nedgangen fra 60- til 70-årene skyldes derfor at antall bosatte i aldersgruppene går ned fra 60-årene.

**Figur 4.4 Antall voksne refusjonsmottakere, etter alder og innslagspunkt. 2021. Absolutte tall**



Innslagspunktene 2,3,11 og restgruppen (16) er utelatt fra figuren, da deres andeler er for små til å utgjøre synlige bidrag. Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

**Figur 4.5 Samlet utgift til tannhelsefusjoner for voksne<sup>1</sup>, etter alder og innslagspunkt. 2021. Millioner kroner**



Innslagspunktene 2,3,11 og restgruppen (16) er utelatt fra figuren, da deres andeler er for små til å utgjøre synlige bidrag. Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Som figurene viser, er det store forskjeller i hvordan refusjonene etter de enkelte innslagspunktene varierer over alderskalaen. Ifølge figurene er innslagspunkt 6 (periodontitt) det tannhelseproblemet som øker tydeligst med alderen fram til 60-årene, siden det er så utbredt. Men også noen andre innslagspunkt er en konsekvens av mer og mindre alvorlige sykdommer som øker med alderen

(f.eks. 4 og 10). Innslagspunkt 15 (problemer knyttet til tannløs underkjeve) har få brukere, men dette er i svært stor grad eldre mottakere.

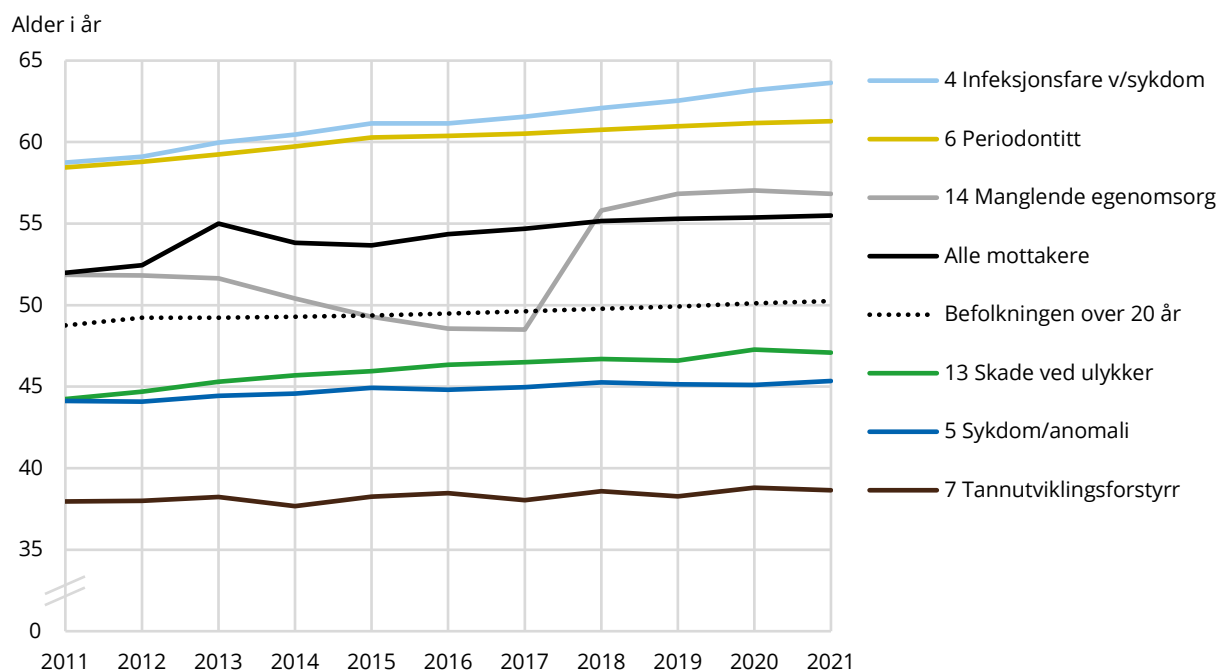
På den annen side er det enkelte innslagspunkt som *avtar* med alderen, og særlig gjelder dette 5 (sykdommer og anomalier i munnhule og kjeve), 7 (utviklingsforstyrrelser) og 8 (bittanomalier). For det sistnevnte innslagspunktet vil behandlingen blant voksne for det meste være fullføring av behandlingsforløp som er påbegynt i årene før mottakeren fylte 21 år. Også utviklingsforstyrrelser (7) og noen av de tilfellene som havner i innslagspunkt 5, som ekstraksjon eller annen kirurgisk fjerning av visdomstenner eller av anlegg til visdomstenner, skyldes forhold som oftest er *kartlagt* i ung alder, ofte mens pasientene hadde adgang til den offentlige tannhelsetjenesten. Av den grunn er det også vanskelig å tolke sammenhengen mellom bruken av refusjoner og sosioøkonomiske kjennetegn i aldersgruppen 20-29 år.

Men fordi innslagspunktene er så forskjellige og opptrer i så ulike faser, er det generelt slik at ikke all bruk av refusjonsordningen kan tolkes på bakgrunn av de generelle mønstrene for bruk av tannhelsetjenesten, slik disse f.eks. framgår i utvalgsundersøkelsene om helse.

### Utvikling i mønstrene etter alder og kjønn over en tiårsperiode

I tabell 4.1 og figurene 4.1-4,3 foran har vi sett noen forskjeller i mønsteret for bruk av refusjoner mellom to utvalgte årganger. Her skal vi supplere dette ved å se på utviklingen gjennom hele tiårsperioden 2011-2021 for noen utvalgte indikatorer, her mottakernes gjennomsnittsalder, som vises i figur 4.6 for noen utvalgte innslagspunkt. Gjennomsnittsalderen for alle bosatte over 20 år har også økt gjennom denne tiårsperioden, men figur 4.6 viser at økningen for mottakere etter innslagspunkt 6 (periodontitt) var større og derfor bidrar til at gjennomsnittsalderen for alle mottakere økte, særlig siden bruken av dette innslagspunktet er så utbredt. Figuren viser også at for noen av de mindre innslagspunktene, som 4 (infeksjonsfare knyttet til alvorlig sykdom) har økningen i gjennomsnittsalderen vært enda større. Når det gjelder mottakerne samlet, var utviklingen de første årene preget av noen endringer i ordningen, mens innslagspunkt 14 (nedsatt evne til egenomsorg) har vært gjenstand for endringer i en lengre periode.

**Figur 4.6 Refusjonsmottakeres gjennomsnittsalder, alle mottakere og etter utvalgte innslagspunkt. Gjennomsnittsalderen i befolkningen over 20 år. 2011-2021**

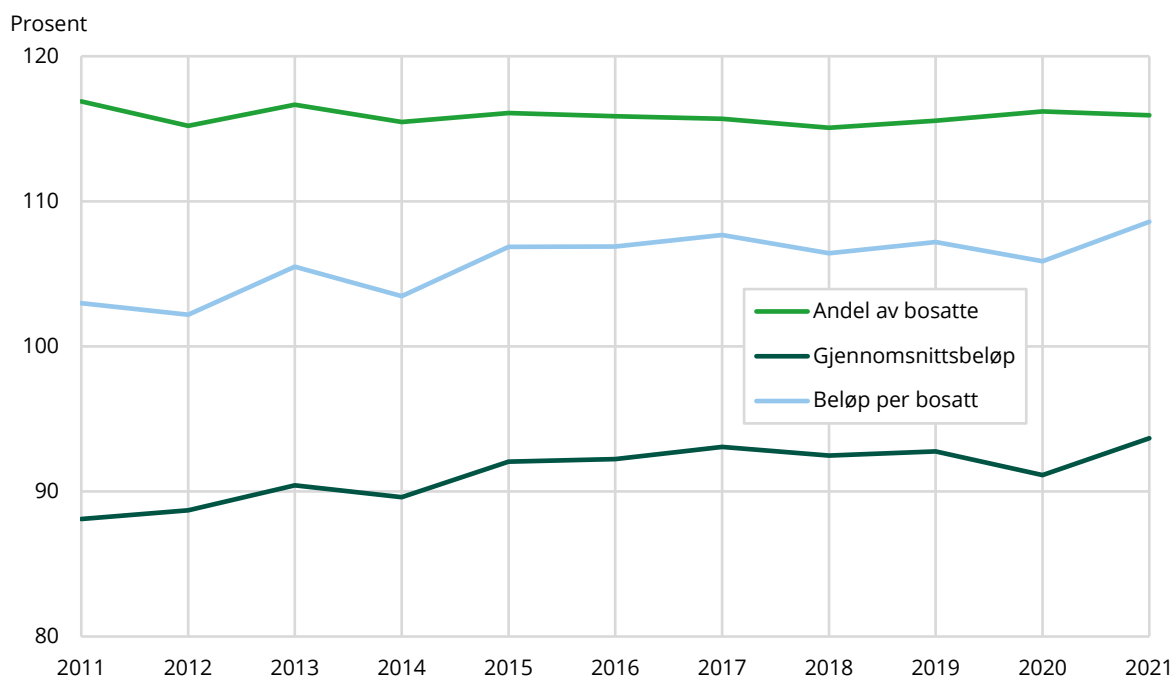


Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB



Når det gjelder forskjellene mellom kjønnene, viste tabellene og figurene foran at det i gjennomsnitt var en like stor forskjell mellom dem når det gjaldt *andel mottakere* i 2014 og 2021. Her viser figur 4.7, ved en indeks der *menn* utgjør referansen, at nivået blant kvinner har ligget nokså stabilt på 16-17 prosent over nivået blant menn. Gjennomsnittsbeløpet per kvinnelig mottaker har i hele perioden ligget under gjennomsnittet for menn, men i figuren ser vi at den relative forskjellen er noe redusert, slik at det utgjorde under 90 prosent av mennenes gjennomsnitt i starten av perioden, mot nærmere 95 prosent på slutten. Disse nivåforskjellene og trendene innebærer at kvinnes samlede mottak av refusjoner, når dette utliknes på alle bosatte, har ligget noe over nivået for menn og at forskjellen har økt gjennom perioden.

**Figur 4.7 Andel mottakere, gjennomsnittsbeløp per mottaker og beløp per bosatt, etter kjønn og år. Relative tall, der gjennomsnitt for menn=100. 2011-2021**



Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

## 4.2. Innvandreres mottak av tannhelserefusjoner

Det er kjent fra flere sammenliknende studier at personer som har innvandret til Norge, bruker helsetjenester i noe mindre grad enn den øvrige befolkningen gjør (Elstad et al. 2015, Texmon 2022). Hvor store forskjellene er, varierer særlig med botid i landet, men også med kjennetegn som kjønn, alder, landbakgrunn og innvandringsgrunn. Det er også en del klare forskjeller mellom mønstrene som er beskrevet for de ulike helsetjenestene, og noen grupper innvandrere, etter alder og landbakgrunn, bruker f.eks. fastlegetjenesten ganske mye (Lunde og Texmon 2013).

I denne studien ses det utelukkende på innvandrere, dvs. personer som selv har innvandret og som har to utenlandsfødte foreldre, slik at dette altså er den eneste av de offisielle innvandringskategoriene som er med<sup>8</sup>. Heller ikke landbakgrunn er inkludert i analysen. Den viktigste grunnen til å ha en såpass «grov» tilnærming, er at selve ordningen bak tannhelserefusjonene er såpass sammensatt og kompleks at det vil være vanskelig å tolke resultater for en finere inndeling av innvandrere i grupper. Ordningen totalt er heller ikke så stor, idet brukerne totalt har utgjort 10-15 prosent av den samlede befolkningen gjennom den tiårsperioden

<sup>8</sup> Resten av befolkningen benevnes her som «norskfødte» eller «ikke innvandrere», da den inkluderer både det som i offisiell statistikk kalles «øvrige befolkning» og «norskfødte barn av to innvandrere». Mottakere av tannhelserefusjoner er i gjennomsnitt såpass gamle at kategorien norskfødte barn av innvandrere ville være en liten gruppe.

som studeres. Samtidig er det en del av kriteriene for å inngå i den, som bare gjelder andeler på under en prosent eller på noen få prosent av befolkningen.

Når innvandrere skal sammenliknes med resten av befolkningen, er det viktig å ta hensyn til at alderssammensetningen er svært forskjellig i de to gruppene. Dette skyldes både at innvandrere i gjennomsnitt er relativt unge ved ankomst til landet og at innvandringsoverskuddet til Norge lenge var lavt. Foreløpig er det derfor få innvandrere i de aller eldste aldersgruppene, og det framgår av tabell 4.2 at f.eks. innvandrere som er 80 år eller eldre i 2021, utgjorde under 2 prosent av alle innvandrere, mens innvandrerne i de tre tiårsgruppene mellom 30 og 59 år utgjorde over 70 prosent.

Selv om det ikke vises resultater eller fordelinger etter landbakgrunn her, må det også tas med i betraktningen at sammensetningen av innvandrerne har endret seg over tid, slik at det i stor grad er innvandrere fra de nordiske nabolandene og i noen grad innvandrere fra andre vesteuropeiske land (og USA) som utgjør de aller eldste, mens gruppene av yngre innvandrere er svært mye mer sammensatt og i økende grad består av innvandrere fra land utenfor EØS-området (Dzamarija et al. 2022, SSB 2022b).

**Tabell 4.2 Antall mottakere, samlet beløp refusjoner og antall bosatte, etter innvandringskategori og alder. Absolutte tall og prosent fordeling etter alder. 2021**

		Fordeling innvandringskategori								80 år eller eldre
		Alle aldre	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år		
Absolutte tall										
Antall mottakere	Alle	100,0	601 817	65 790	66 173	79 246	113 205	128 354	108 897	40 152
	Innvandrere	14,1	84 745	8 534	17 818	21 063	18 599	11 487	5 496	1 748
	Norskfødte	85,9	517 072	57 256	48 355	58 183	94 606	116 867	103 401	38 404
Samlet beløp	Alle	100,0	1 951,8	151,3	176,2	244,8	382,0	459,0	394,5	144,0
	Innvandrere	15,0	293,2	20,0	49,0	70,1	74,8	49,4	22,5	7,4
	Norskfødte	85,0	1 658,6	131,3	127,2	174,7	307,1	409,6	372,0	136,6
Prosent fordeling etter alder										
Mottakere	Alle	100,0	10,9	11,0	13,2	18,8	21,3	18,1	6,7	
	Innvandrere	100,0	10,1	21,0	24,9	21,9	13,6	6,5	2,1	
	Norskfødte	100,0	11,1	9,4	11,3	18,3	22,6	20,0	7,4	
Samlet beløp	Alle	100,0	7,8	9,0	12,5	19,6	23,5	20,2	7,4	
	Innvandrere	100,0	6,8	16,7	23,9	25,5	16,8	7,7	2,5	
	Norskfødte	100,0	7,9	7,7	10,5	18,5	24,7	22,4	8,2	
Bosatte	Alle	100,0	15,3	18,1	17,2	17,4	14,4	11,3	6,3	
	Innvandrere	100,0	14,8	30,0	25,7	16,2	8,1	3,5	1,6	
	Norskfødte	100,0	15,4	15,5	15,3	17,7	15,7	13,0	7,4	
Relativt til alle										
Andel mottakere (prosent)	Alle	100,0	14,4	10,2	8,7	11,0	15,5	21,3	22,9	15,1
	Innvandrere	78,9	11,3	7,7	7,9	10,9	15,4	18,9	20,8	14,8
	Norskfødte	104,6	15,0	10,8	9,1	11,0	15,6	21,6	23,1	15,2
Gjennomsnittlig beløp (NOK)	Alle	100,0	3 243	2 300	2 663	3 089	3 374	3 576	3 623	3 587
	Innvandrere	106,7	3 460	2 344	2 750	3 328	4 023	4 298	4 103	4 222
	Norskfødte	98,9	3 208	2 294	2 631	3 003	3 246	3 505	3 597	3 558
Beløp per bosatt	Alle	100,0	466	235	232	340	524	762	831	543
	Innvandrere	84,2	392	180	218	364	618	812	852	626
	Norskfødte	103,4	482	247	239	331	505	757	830	539

Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

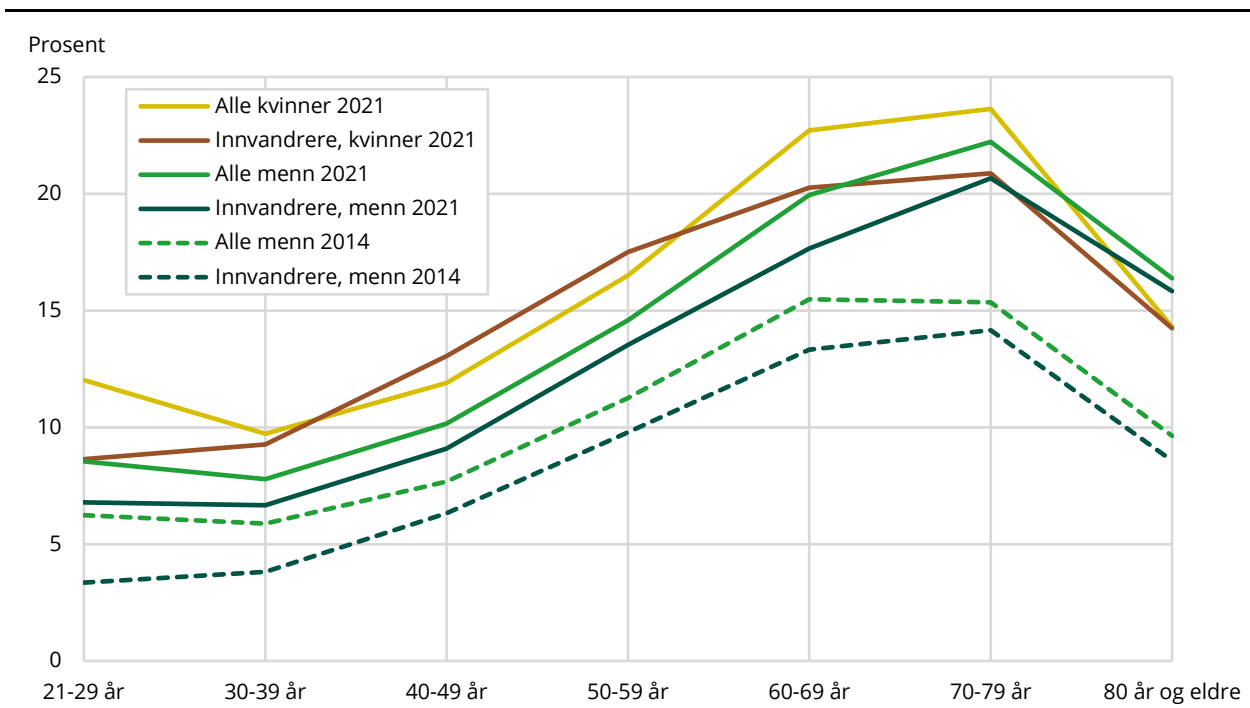
Noe av det vi vet om helse og bruk av helsetjenester blant innvandrere, er at dette varierer både etter landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn, men at det er et fellestrekk at innvandrere har bedre helse og mindre bruk av helsetjenester kort tid etter ankomst (Blom 2008, Tømmerås, Texmon og Sørlien 2022, Texmon 2022). Som vi skal se i kapittel 5 (5.5), er det derfor som forventet

at innvandrere mottar refusjoner etter de innslagspunktene som er knyttet til andre alvorlige helseproblemer i mindre grad enn den norskfødte befolkningen gjør.

Ser vi først på innvandreres samlede bruk av refusjonsordningen, var de klart mindre representert blant refusjonsmottakerne enn i befolkningen som helhet, med et nivå på 79 prosent av nivået for å være mottaker i den samlede befolkningen. Som ved kjønnsforskjellene har gruppen med færrest mottakere noe høyere gjennomsnittsbetrag per mottaker, men med mindre forskjell (7 prosent over blant innvandrerne), slik at utgiftene per bosatte innvandrer lå 84 prosent under det tilsvarende nivået for alle bosatte.

Ser vi nærmere på aldersmønsteret for mottakerne i figur 4.8, gjenfinnes mye av de generelle trekkene vi så i avsnitt 4.1.

**Figur 4.8 Andel med mottatt tannhelsefusjon, etter innvandringskategori, kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Prosent**



Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

I figuren vises også tall for begge kjønn og for menn i begge årene 2014 og 2021. Det generelle bildet er at andelen av innvandrerne med mottak av refusjoner øker med alder og har en nedgang blant de eldste som svarer til nedgangen blant alle med samme kjønn i det samme året. Unntaket er at den nedgangen fra 20- til 30-åringene som vi ser for befolkningen samlet, er fraværende blant de yngre innvandrerne. Noe av forklaringen til det siste, kan være at mange av de unge innvandrerne har kort botid, slik at de heller ikke har blitt behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten som barn og unge og fått kartlagt sine behov der (se avsnittet om innslagspunkt under 4.1). Kort botid er også en generell forklaring av noe lavere helsetjenestebruk (Texmon 2022).

Ser vi nærmere på *forskjellen* mellom innvandreres refusjonsmottak og mottaket blant alle med samme aldersgruppe og kjønn, varierer denne imidlertid med både kjønn og aldersgruppe. Det er mindre forskjell mellom andel innvandrerkvinner i ordningen og andel kvinner generelt, idet innvandrerkvinnene i 40- og 50-årene hadde et høyere nivå i 2021 enn jevngamle kvinner samlet. I 2014 lå ikke nivået for innvandrerkvinnene høyere i noen del av aldersskalaen, men var ganske nær det samlede nivået i 40-årene (kvinner bruk i 2014 ikke tatt med i figuren). For menn var

forskjellene større og mer stabile over alderskalaen. Dette betyr igjen at blant innvandrerne var det større kjønnsforskjeller i hvor stor andel som mottok refusjoner.

At kjønnsforskjellene blant innvandrere er større enn i befolkningen ellers, kan indikere at det iallfall er noe underforbruk av tjenesten blant menn som har innvandret til Norge. Ellers er det vanskelig å ha noen formening om hvordan det reelle behovet for å behandle spesifikke tannhelseproblemer er blant innvandrere sammenliknet med befolkningen samlet. Men noe av forskjellene kan forklares ved at innvandrere i gjennomsnitt har noe lavere sykelighet. I kapittel 5 (5.5 og 5.6) kommer vi inn på noen flere trekk ved innvandreres bruk av refusjoner.

## 5. Bruken av tannhelserefusjoner etter sosioøkonomisk status

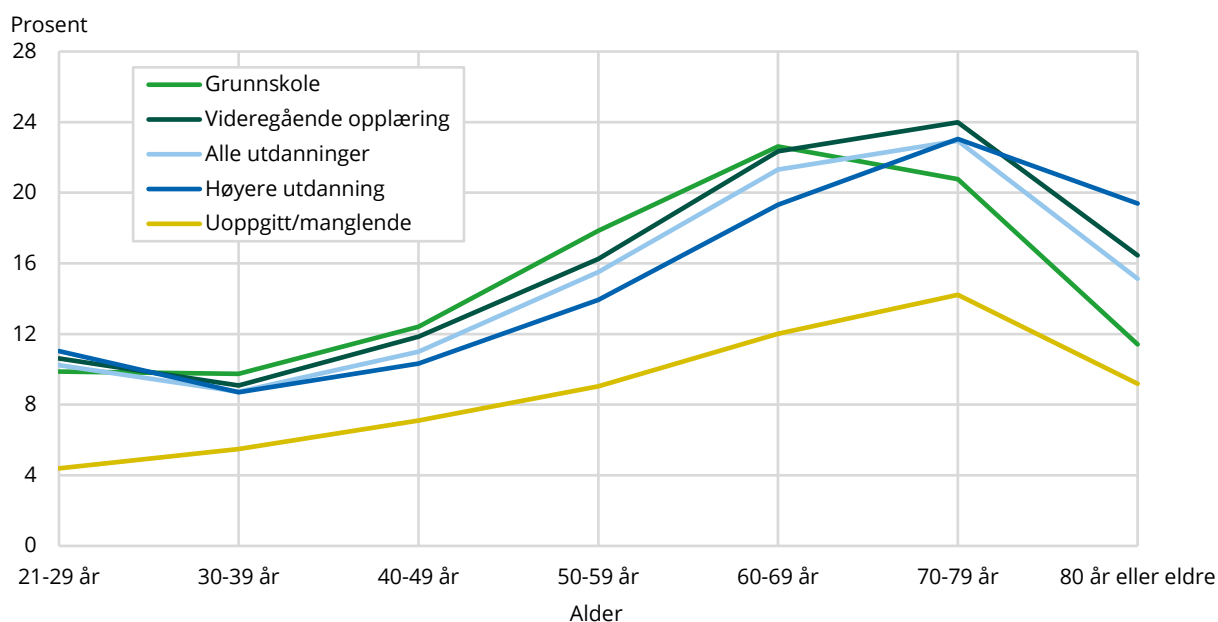
I dette kapitlet vises mottak av tannhelserefusjoner i ulike grupper etter sosioøkonomiske kjennetegn som utdanningsnivå (5.1), mottak av sosiale stønader (5.2) og inntektsnivå (5.3). Felles for gjennomgangene er at vi først og fremst ser på samspillet mellom alder og den enkelte variabelen, med utgangspunkt i en tabell med samme struktur som i 4.1 og 4.2 foran. I tre påfølgende avsnitt ser vi også på samvariasjon med kjønn (i 5.4), på sammensetningen av innslagspunkt i de ulike gruppene av mottakere (i 5.5) og om mønstrene endres over tid (i 5.6).

### 5.1. Mottak av tannhelserefusjoner etter utdanningsnivå

Resultater for mottak av tannhelserefusjoner etter utdanning er vist i figur 5.1, der vi ser hvordan andelen mottakere varierte med alder og utdanningsnivå i 2021, mens tabell 5.1 i tillegg har med både absolutte tall og gjennomsnittsbetrag for hver utdannings- og aldersgruppe. Mens det var mer moderate forskjeller mellom de tre hovedgruppene etter utdanningsnivå over mesteparten av aldersskalaen, hadde de med manglende eller uoppgitt utdanning betydelig lavere bruk av ordningen. Med 7 prosent mottakere lå deres nivå under det halve av gjennomsnittet i befolkningen som helhet. Blant dem med *uoppgitt* utdanning utgjør innvandrere en stor del, men dette er ikke utslagsgivende for det lave nivået, da *manglende* utdanning blant norskfødte i stor grad skyldes funksjonsnedsettelse som kvalifiserer for bruk av den offentlige tannhelsetjenesten.

Ellers viser figur 5.1 en økende bruk av ordningen med alder fra 30-årene til og med 60-årene for alle de tre gruppene etter utdanningsnivå. I gruppene av unge og middelaldrende voksne var andelen med tannhelserefusjoner høyest blant dem med bare grunnskole og noe lavere med økende utdanningsnivå. Blant de aller eldste var det derimot de med høyest utdanningsnivå som hadde den høyeste andelen mottakere. De med mellomnivået for utdanning (videregående opplæring) lå mellom de to andre over mye av aldersskalaen, men ganske høyt i 60-årene og høyest av alle i 70-årene. Når vi ser på gjennomsnittet av alle aldre, hadde de med videregående opplæring høyest andel mottakere med 16 prosent, mot 13 blant dem med høyere utdanning og 15 prosent blant dem med grunnskole (tabell 5.1). Det høye gjennomsnittet for gruppen fra videregående kommer av en viss overrepresentasjon av personer med dette utdanningsnivået i aldre mellom 60 og 79 år, der tannhelserefusjoner forekommer hyppigst.

**Figur 5.1** Andel med mottatt refusjon, etter utdanningsnivå og alder over 20 år. Begge kjønn. 2021. Prosent



Kilder: KUHR, utdannings- og befolkningsregisteret i SSB

**Tabell 5.1 Antall mottakere og samlet beløp refusjoner, etter utdanningsnivå og alder. Absolutte tall, prosent fordeling etter alder og relative tall. 2021**

		Fordeling utdanning Alle aldre 21-29 år 30-39 år 40-49 år 50-59 år 60-69 år 70-79 år								80 år eller eldre
		Absolutte tall								
Mottakere	Alle utdanninger	100,0	601 817	65 790	66 173	79 246	113 205	128 354	108 897	40 152
	Grunnskole	20,8	125 042	13 181	13 184	13 503	24 177	29 187	21 251	10 559
	Videregående opplæring	44,5	268 003	27 856	19 179	30 048	50 337	62 186	58 310	20 087
	Høyere utdanning	32,7	196 941	23 089	30 367	32 889	36 899	35 875	28 615	9 207
	Uoppgitt/manglende	2,0	11 831	1 664	3 443	2 806	1 792	1 106	721	299
Samlet beløp	Alle utdanninger	100,0	1 951,8	151,3	176,2	244,8	382,0	459,0	394,5	144,0
	Grunnskole	23,7	462,6	36,4	42,6	51,6	95,6	115,9	81,7	38,8
	Videregående opplæring	45,1	880,4	61,2	51,8	94,3	169,3	221,9	211,0	70,8
	Høyere utdanning	29,1	567,7	50,1	72,1	88,8	109,0	115,9	98,6	33,2
	Uoppgitt/manglende	2,1	41,1	3,7	9,7	10,0	8,0	5,3	3,2	1,2
		Prosent fordeling etter alder								
Mottakere	Alle utdanninger	100,0	10,9	11,0	13,2	18,8	21,3	18,1	6,7	
	Grunnskole	100,0	10,5	10,5	10,8	19,3	23,3	17,0	8,4	
	Videregående opplæring	100,0	10,4	7,2	11,2	18,8	23,2	21,8	7,5	
	Høyere utdanning	100,0	11,7	15,4	16,7	18,7	18,2	14,5	4,7	
	Uoppgitt/manglende	100,0	14,1	29,1	23,7	15,1	9,3	6,1	2,5	
Samlet beløp	Alle utdanninger	100,0	7,8	9,0	12,5	19,6	23,5	20,2	7,4	
	Grunnskole	100,0	7,9	9,2	11,2	20,7	25,1	17,7	8,4	
	Videregående opplæring	100,0	7,0	5,9	10,7	19,2	25,2	24,0	8,0	
	Høyere utdanning	100,0	8,8	12,7	15,6	19,2	20,4	17,4	5,8	
	Uoppgitt/manglende	100,0	8,9	23,6	24,4	19,4	12,8	7,9	3,0	
Bosatte	Alle utdanninger	100,0	100,0	15,3	18,1	17,2	17,4	14,4	11,3	6,3
	Grunnskole	20,0	100,0	16,0	16,2	13,0	16,2	15,4	12,2	11,0
	Videregående opplæring	40,1	100,0	15,6	12,6	15,1	18,4	16,6	14,5	7,3
	Høyere utdanning	35,7	100,0	14,0	23,3	21,2	17,7	12,4	8,3	3,2
	Uoppgitt/manglende	4,2	100,0	21,4	35,3	22,3	11,2	5,2	2,9	1,8
		Relativt til alle Forholdstall								
Andel mottakere (prosent)	Alle utdanninger	100,0	14,4	10,2	8,7	11,0	15,5	21,3	22,9	15,1
	Grunnskole	104,1	14,9	9,9	9,7	12,4	17,9	22,6	20,8	11,4
	Videregående opplæring	111,1	16,0	10,6	9,1	11,8	16,3	22,4	24,0	16,5
	Høyere utdanning	91,6	13,1	11,0	8,7	10,3	13,9	19,3	23,0	19,4
	Uoppgitt/manglende	46,4	6,7	4,4	5,5	7,1	9,0	12,0	14,2	9,2
Gjennomsn. beløp (NOK)	Alle utdanninger	100,0	3 243	2 300	2 663	3 089	3 374	3 576	3 623	3 587
	Grunnskole	114,1	3 699	2 759	3 232	3 825	3 955	3 971	3 843	3 672
	Videregående opplæring	101,3	3 285	2 197	2 702	3 140	3 364	3 569	3 619	3 525
	Høyere utdanning	88,9	2 883	2 170	2 375	2 700	2 955	3 230	3 445	3 606
	Uoppgitt/manglende	107,1	3 475	2 202	2 815	3 569	4 453	4 770	4 497	4 137
Beløp per bosatt (NOK)	Alle utdanninger	100,0	466	235	232	340	524	762	831	543
	Grunnskole	118,7	553	272	315	475	706	898	798	419
	Videregående opplæring	112,6	524	233	246	372	547	798	868	580
	Høyere utdanning	81,4	379	240	207	279	412	624	794	700
	Uoppgitt/manglende	49,8	232	97	155	253	402	573	639	380

Kilder: KUHR, utdannings- og befolkningsregisteret i SSB

At refusjonsmottaket blant lavt utdannede går raskere ned - allerede etter 60-årene og at nivået etter 70-årene er høyest for de høyt utdannede, svarer godt til en generell forståelse av at de med høy utdanning har bedre helse enn befolkningen ellers og at dette særlig gir seg utslag blant eldre. Det innebærer både at sykdommene som utløser tannhelserefusjon etter enkelte innslagspunkt, opptrer senere i livet for dem med høy utdanning og at de lavt utdannede kommer noe tidligere inn i den offentlige tannhelsetjenesten ved at de i større grad enn andre er mottakere av kommunale helsetjenester. Men til og med 60-årsalderen har de med bare grunnskole størst andel med mottak av refusjoner, noe som altså harmonerer med at de i gjennomsnitt har noe dårligere helse enn sine

jevnaaldrende. I avsnitt 5.5 ser vi også at de i noe større grad enn andre får refusjoner etter innslagspunkt som har sammenheng med andre sykdommer.

Tabellen viser ellers at gjennomsnittsbetøpene per mottaker sank med økende utdanning i (nesten) alle aldersgrupper – når vi ser bort fra dem med manglende eller uoppgitt utdanning, der utbetalte betøp gjennomgående var høye. Av de øvrige tre hadde gruppen med bare grunnskole ikke bare de høyeste betøpene, men skilte seg mer ut fra de to med utdanning utover grunnskole. Forskjellen etter utdanningsnivå avtok med alder, slik at gjennomsnittsbetøpene nesten var like blant dem i alder 80 år og over. Dette betyr at de høyt utdannede mottok lave betøp i 20- og 30-årene, men at betøpene steg med alder over hele skalaen. Gjennomsnittsbetøpene for de lavt utdannede økte noe mellom 20-årene og 50-årene, men lå stabilt på dette nivået i aldre over dette. Når det gjelder betøp per mottaker, lå de med uoppgitt eller manglende utdanning middels høyt i de to yngste aldersgruppene, men utgiftene på disse pasientene økte nokså bratt med alder. Men på grunn av den lave andelen mottakere var utgiften per bosatt i gjennomsnitt lavere i denne gruppen enn i de øvrige utdanningsgruppene.

I gjennomsnitt var det personer med grunnskole som hadde størst utbetaling av refusjoner per bosatt, da gjennomsnittsbetøpene lå høyt over hele aldersskalaen og andel mottakere lå noe høyere enn de øvrige i deler av aldersskalaen. Bare for alder mellom 70 og 79 var det dem med videregående opplæring som mottok mest, mens det var de høyt utdannede som mottok mest i refusjon per bosatt i gruppen over 80 år.

## 5.2. Tannhelserefusjoner blant mottakere av sosiale stønader

I dette delkapittelet ser vi i hvilken grad og på hvilken måte bruken av tannhelserefusjoner blant stønadsmottakere skiller seg fra det vi ser i den voksne befolkningen ellers. Også her tas det utgangspunkt i tall for 2021, mens utviklingen i hele perioden 2011-2021 omtales i et senere avsnitt (5.6). Som kjent har mottakere av økonomiske stønader flere helse- og levekårsproblemer enn befolkningen ellers (Dahl et al. 2006), og de har dessuten dårligere egenervurdert tannhelse enn resten av den voksne 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). Av det siste kunne det antas at stønadsmottakere var lavere representert blant refusjonsmottakerne enn deres reelle behov skulle tilsi. Hva det reelle behovet er, kan vi ikke fastslå, men allerede i de tilsvarende studiene i 2015 og 2017 ble det påvist at voksne stønadsmottakere i årene 2014-2016 var noe overrepresentert blant mottakere av tannhelserefusjoner sammenliknet med de øvrige voksne. I tillegg mottok de i gjennomsnitt noe høyere årlige betøp. Her ser vi altså i hvilken grad dette er opprettholdt i årene fram til 2021. I tillegg ser vi nærmere på enkelte detaljer i stønadsmottakernes brukermønster som ikke ble belyst i de tidligere arbeidene.

### Fortsatt mer bruk av tannhelserefusjoner blant stønadsmottakere

Tabell 5.2 gjengir noen hovedtall for refusjoner, både for mottakere og ikke mottakere av sosiale ytelser i 2021. I alt var det oppunder 118 tusen mottakere av sosiale ytelser som også er registrert med en eller flere tannhelserefusjoner i løpet av dette året. Det vil si at stønadsmottakerne utgjorde oppunder 20 prosent av de om lag 600 tusen refusjonsmottakerne. Dette innebærer at stønadsmottakerne også i 2021 var overrepresentert blant mottakere av tannhelserefusjoner, siden de utgjorde en noe mindre andel av alle bosatte (under 17 prosent). En annen måte å uttrykke dette på er ved forholdstall, dvs. hvor stor andel av alle med sosiale stønader refusjonsmottakerne utgjorde. Som tabellen viser, hadde 14 prosent av alle voksne som *ikke* hadde mottatt sosiale stønader mottatt en eller flere tannhelserefusjoner i løpet av 2021, mens det gjaldt noe over 17 prosent av stønadsmottakerne. Dette betyr igjen at blant stønadsmottakerne lå andelen med tannhelserefusjon 18 prosent høyere enn for gjennomsnittet av befolkningen.

**Tabell 5.2 Antall mottakere av tannhelserefusjoner og samlet beløp i millioner, etter alder og status mht. stønader. Absolutte tall. Prosent fordeling etter alder. Relative tall for mottakere og beløp. 2021**

		For-								80 år eller
		deling	Alle aldre	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	eldre
		Absolutte tall								
Mottakere	Alle	100,0	599 213	65 097	65 618	78 852	112 846	128 071	108 704	40 025
	Stønad	19,6	117 527	9 353	12 283	17 569	30 820	40 205	5 381	1 916
	Ikke stønad	80,4	481 686	55 744	53 335	61 283	82 026	87 866	103 323	38 109
Beløp samlet	Alle	100,0	1 943,9	150,0	174,9	243,7	380,7	457,5	393,5	143,5
(mill. NOK)	Stønad	25,1	487,1	27,1	45,1	73,4	134,2	173,3	26,0	8,1
	Ikke stønad	74,9	1 456,7	122,9	129,8	170,4	246,5	284,3	367,5	135,5
		Prosent fordeling etter alder								
Mottakere	Alle		100,0	10,9	11,0	13,2	18,8	21,4	18,1	6,7
	Stønad		100,0	8,0	10,5	14,9	26,2	34,2	4,6	1,6
	Ikke stønad		100,0	11,6	11,1	12,7	17,0	18,2	21,5	7,9
Beløp samlet	Alle		100,0	7,7	9,0	12,5	19,6	23,5	20,2	7,4
	Stønad		100,0	5,6	9,2	15,1	27,6	35,6	5,3	1,7
	Ikke stønad		100,0	8,4	8,9	11,7	16,9	19,5	25,2	9,3
Bosatte	Alle	100,0	100,0	15,2	18,0	17,2	17,5	14,5	11,4	6,1
	Stønad	16,7	100,0	12,2	15,8	17,4	23,5	24,8	3,8	2,4
	Ikke stønad	83,3	100,0	15,8	18,4	17,2	16,4	12,4	12,9	6,9
		Relativt til alle								
Mottakere	Alle	100,0	14,5	10,4	8,9	11,1	15,6	21,4	23,1	15,8
(andel i pst.)	Stønad	117,6	17,1	11,1	11,3	14,7	19,1	23,5	20,4	11,7
	Ikke stønad	96,5	14,0	10,3	8,4	10,4	14,6	20,6	23,3	16,1
Beløp gjsn	Alle	100,0	3 244	2 304	2 665	3 901	3 374	3 573	3 620	2 269
NOK	Stønad	127,8	4 145	2 902	3 668	4 177	4 355	4 310	4 828	4 210
	Ikke stønad	93,2	3 024	2 204	2 434	2 780	3 005	3 235	3 557	3 554
Beløp per	Alle	100,0	472	240	236	343	526	765	836	566
bosatt (NOK)	Stønad	150,2	708	323	414	613	830	1 015	986	494
	Ikke stønad	89,9	424	227	205	289	439	665	827	571

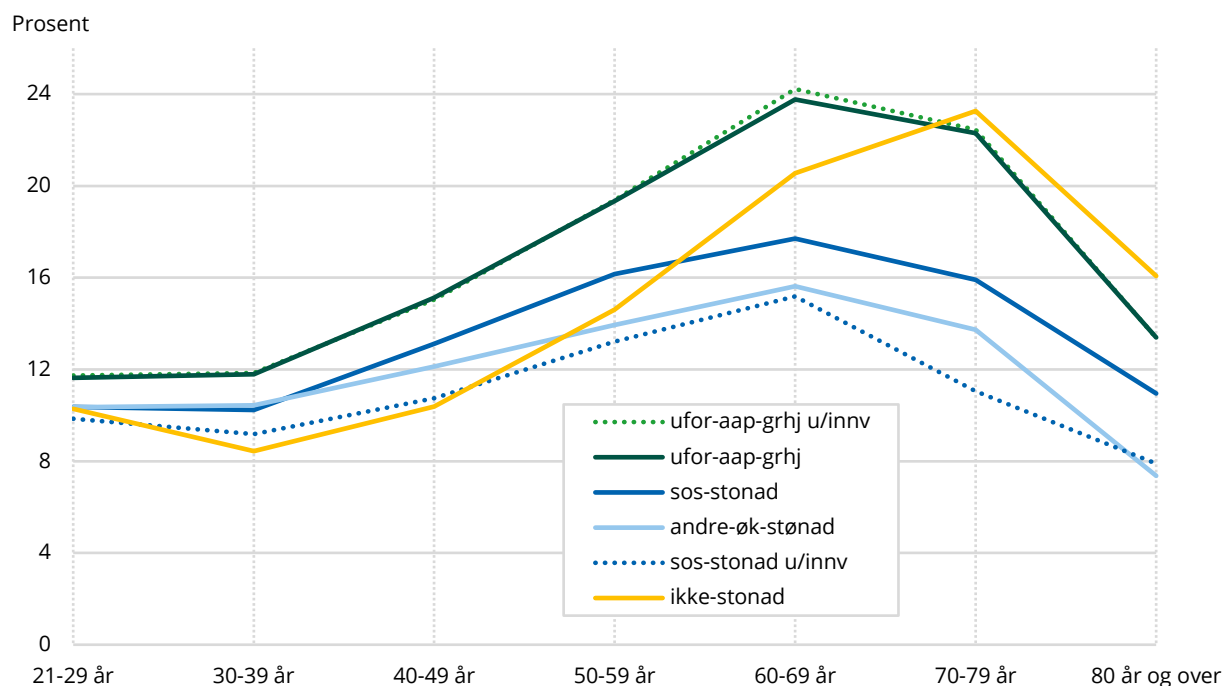
Kilder: KUHR, NAV, Husbanken og befolkningsregisteret i SSB

Stønadene som inngår her, er sosialhjelp, grunn- og hjelpestønad, uførestønad, arbeidsavklaringspenger (inkl. tidsbegrenset uførestønad), bostøtte fra Husbanken, overgangsstønad og kvalifiseringsstønad. Samlet ble det utbetalt 475 millioner kroner til dem som mottok en eller flere stønader. Det gjennomsnittlige refusjonsbeløpet var over 4 000 kroner, mens gjennomsnittlig refusjonsbeløp blant personer som *ikke* mottok stønader, var om lag 3 000 kroner. Med dette lå stønadsmottakernes gjennomsnittlige beløp 28 prosent høyere enn gjennomsnittet av alle mottakere av refusjon. Siden både andel refusjonsmottakere og det gjennomsnittlige beløpet lå høyere enn gjennomsnittet i befolkningen, ble gjennomsnittlig beløp for alle stønadsmottakere hele 50 prosent høyere enn i befolkningen som helhet.

Når vi deler den voksne befolkningen inn etter om de er mottakere eller ikke mottakere av sosiale stønader til sitt livsopphold (i tabell 5.2), ser vi at i begge grupper øker andel refusjonsmottakere over med alder fram til 60-årene, I høyere aldre er det en avtakende andel refusjonsmottakere blant dem som også er stønadsmottakere, mens andelen med tannhelserefusjoner fortsetter å øke fram til 70-årene i den andre gruppen. Dette innebærer at de eldste som ikke er stønadsmottakere, er mer tilbøyelige til å motta tannhelserefusjoner enn stønadsmottakerne i denne aldersgruppen.

Når resultatene for stønadsmottakerne skal tolkes, er det viktig å holde klart at flere av stønadene bortfaller ved 67 år og overgang fra annen trygd til alderspensjon. Dette gjelder uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, kvalifiseringsstønad og overgangsstønad. For de eldste er det mulig å motta bostøtte, grunn- eller hjelpestønad (for utgifter ved sykdom) og økonomisk sosialhjelp, selv om dette er mer sjeldent blant alderspensjonister. De sistnevnte tre utgjør videre få personer, slik at stønadsmottakere over 70 år bare utgjør 6 prosent av samtlige stønadsmottakere. Dermed har de relativt høye andelene av mottakere i denne aldersgruppen lite å si for gjennomsnittet.



**Figur 5.2 Andel mottakere av tannhelsefusjoner, etter alder og status mht. ulike stønader<sup>1</sup>. Prosent. 2021**

<sup>1</sup>De sju stønadene som er med, er ikke gjensidig utelukkende, men i materialet bak figuren er de delt inn i tre grupper:

- 1) ufor-aap-grhj: Alle med stønad pga. et (potensielt) helseproblem: uføre, personer på arbeidsavklaring eller grunn- eller hjelpestønad.
- 2) uos-stønad: Andre som mottar økonomisk sosialhjelp
- 3) andre-øk-stønad: Andre som ikke er under 1) eller 2) og som mottar overgangsstønad, kvalifiseringsstønad eller bostøtte fra Husbanken

Kilder: KUHR, NAV, Husbanken og befolkningsregisteret i SSB

Når mottakerne deles inn etter type av stønad, har vi valgt å gruppere helseytelsene<sup>9</sup> for seg og andre ytelser for seg, bortsett fra økonomisk sosialhjelp, som er egen gruppe. I figuren framgår det at det først og fremst er dem med de helserelaterte ytelsene som i så stor grad er tilbøyelige til å motta tannhelsefusjoner. Dette er også den største av de tre gruppene, slik at deres mønster betyr mye for det mønsteret vi har beskrevet for stønadsmottakere samlet. Sosialhjelpsmottakere er derimot langt mindre tilbøyelige til å motta tannhelsefusjoner, og dette skyldes ikke at det er en del innvandrere blant dem, for det er enda færre mottakere av fusjoner om innvandrere utelates fra populasjonen. De øvrige mottakerne av stønader mottar tannhelsefusjoner i enda mindre grad. Resultatene i figur 5.2 indikerer at mønstrene for bruk av fusjonsordningen har sammenheng med varierende grad av sykkelighet når befolkningen grupperes etter sosioøkonomiske kjennetegn, da bruken av enkelte innslagspunkter er knyttet til alvorlig sykdom. Også de gjennomsnittlige beløpene er langt høyere blant fusjonsmottakere med helserettede stønader enn blant fusjonsmottakerne i de andre kategoriene av stønader. Dette studeres nærmere i avsnittene 5.4 og 5.5.

I figur 5.2 ble det også gitt noen eksempler på hvordan andelen mottakere påvirkes av om innvandrere er med i beregningsgrunnlaget. Når det gjelder de helserelaterte stønadene, var andelen mottakere nesten ikke endret av innvandreres bidrag, men retningen var som forventet med bakgrunn i at innvandrere bruker ordningen i noe mindre grad. For mottakere av sosialhjelp var effekten motsatt av det en kan forvente, men dette er en relativt liten gruppe, som heller ikke er permanent fra år til år. Derfor er det vanskelig å tolke dette resultatet.

<sup>9</sup> Arbeidsavklaringspenger inngår her som ytelse på grunn av helse, selv om hensikten er at dette skal avklares.

### 5.3. Mottak av tannhelserefusjoner etter inntekt

Dette avsnittet presenterer mønstre for mottak av tannhelserefusjoner i den voksne befolkningen etter inntektsnivå, samt hvordan dette varierer med alder. Betydningen av inntekt har vært en svært viktig variabel å kartlegge, siden kostnadene er en av faktorene som avgjør i hvilken grad ulike grupper av befolkningen etterspør tannhelsetjenester mer generelt. Det er dokumentert at andelen med god tannhelse øker med inntekt, samtidig som bruken av tannhelsetjenester øker med inntekt (Ekornrud og Jensen 2010a og 2010b). Derfor har det vært av stor interesse å se nærmere på hvilken rolle inntektsnivå spiller når det gjelder mottak av tannhelserefusjoner.

De tidligere studiene av tannhelserefusjoner viste at de som levde i hushold med inntekter under EUs fattigdomsgrense (EU60), hadde ganske mye lavere tilbøyelighet til å være mottakere av slike refusjoner, mens de i gjennomsnitt mottok større beløp enn refusjonsmottakere i befolkningen som helhet (Ekornrud et al. 2015, 2017). I dette avsnittet ser vi derfor i hvilken grad en slik forskjell er opprettholdt fram til 2021 og hvordan sammenhengen mellom lavinntekt og mottak av refusjoner varierer med alder, noe som er vist i tabell 5.3 og i figur 5.3.

Tabellens øverste del viser at noe over 59 000 av de i alt 602 000 mottakerne av tannhelserefusjoner i 2021 falt innunder lavinntektsgrensen, dvs. at de utgjorde oppunder 10 prosent av mottakerne. Dermed var de underrepresentert blant mottakerne siden denne lavinntektsgruppen i 2021 utgjorde 13 prosent av befolkningen over 20 år (etter sine inntekter i 2020). De med lavinntekt mottok i alt drøyt 10 prosent av samlet utbetalte beløp til tannhelserefusjoner blant voksne, noe som betyr at et noe høyere gjennomsnittlige beløp langt fra kompenserte for den lavere utbredelsen.

Når det gjelder variasjonen med alder, viser både tabell 5.3 og figur 5.3 at lavinntektsgruppens andel mottakere av tannhelserefusjoner var lavere enn blant jevnaldrende i befolkningen ellers i alle aldersgruppene over 30 år. Nærmere bestemt økte deres andel med tannhelserefusjoner langsommere med alder. Fra et utgangspunkt på samme nivå (10 prosent) blant dem i 20-årene var det noe forskjell på dem i 30-årene (8 mot 9 prosent). Men det er særlig økningen i andel mottakere fram mot 60-årene som er mye mindre blant dem med lavinntekt, der det var 15 prosent mottakere i lavinntektsgruppen, mot mellom 21 og 22 prosent mottakere i aldersgruppen samlet. Men som tabell 5.3 også viser, økte de gjennomsnittlige beløpene nokså mye med alder.

Når det gjelder variasjonen av tannhelserefusjoner over et større spekter av inntektsnivåer, ble også dette omtalt i det tilsvarende arbeidet fra 2017. Der ble det antydnet at de med middels høye inntekter hadde noe større andel mottakere og at de med svært høye inntekter hadde en andel refusjonsmottakere på nivå med gjennomsnittet i befolkningen (Ekornrud et al. 2017). I dette arbeidet ble det ikke lagt like stor vekt på samspillet mellom alder og inntekt når det gjelder mottak av tannhelserefusjoner. Og siden både inntekt og andel med refusjoner varierer mye med alder, kommer de rene inntektseffektene tydeligere fram når tallene brytes ned etter begge disse variablene, slik dette er gjort i tabell 5.4 og figur 5.3. I denne analysen er det også tatt utgangspunkt i et annet inntektsmål, en inndeling i kvartiler, og disse ble laget spesifikt for hver gruppe etter alder og kjønn (se kapittel 2).

Når hele spekteret av inntekter ble lagt til grunn, ser vi at mønsteret for andel mottakere av tannhelserefusjoner endrer seg over alderskalaen, slik det også var for variasjonen med utdanning (5.1 foran). Som for utdanning var det gruppen med høyest status, dvs. den fjerdedelen som hadde de høyeste inntektene i sin gruppe, som hadde høyest andel mottakere av refusjoner i aldersgruppene over 70 år. I denne alderen var det også en avtakende tilbøyelighet til å motta refusjoner med synkende inntekt. Ser vi derimot på aldersgruppene mellom 30 og 59 år, var det de med moderate inntekter (dvs. i den andre inntektskvartilen), men altså ikke den laveste, som var mest tilbøyelige til å motta tannhelserefusjoner. I disse aldersgruppene var det stort sett lavest andel med

refusjoner blant dem i høyinntektsgruppen, mens også den laveste inntektskvartilen hadde gjennomgående lav andel med refusjoner, men ikke i samme grad som vi så for den mye mindre gruppen med inntekter i husholdet under EUs fattigdomsgrense.

**Tabell 5.3 Antall mottakere av tannhelserefusjoner og samlet beløp i millioner, etter alder og status mht. lavinntekt. Absolutte tall. Prosent fordeling etter alder. Relative tall for mottakere og beløp. 2021**

Størrelse	Gruppe	For- deling	80 år eller eldre							
			Alle aldre	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	
Absolutte tall										
Mottakere	Alle	100,0	599 213	65 097	65 618	78 852	112 846	128 071	108 704	40 025
(prosent)	Lavinntekt	9,9	59 467	20 200	7 490	7 027	7 233	6 904	5 932	4 681
	Ikke lavinntekt	90,1	539 746	44 897	58 128	71 825	105 613	121 167	102 772	35 344
Beløp i alt	Alle	100,0	1 943,9	150,0	174,9	243,7	380,7	457,5	393,5	143,5
(mill. NOK)	Lavinntekt	10,4	201,5	46,5	24,2	26,7	31,4	30,9	24,5	17,1
	Ikke lavinntekt	89,6	1 742,4	103,4	150,7	217,0	349,3	426,6	368,9	126,4
Prosent fordeling etter alder										
Mottakere	Alle		100,0	10,9	11,0	13,2	18,8	21,4	18,1	6,7
	Lavinntekt		100,0	34,0	12,6	11,8	12,2	11,6	10,0	7,9
	Ikke lavinntekt		100,0	8,3	10,8	13,3	19,6	22,4	19,0	6,5
Beløp i alt	Alle		100,0	7,7	9,0	12,5	19,6	23,5	20,2	7,4
	Lavinntekt		100,0	23,1	12,0	13,3	15,6	15,3	12,2	8,5
	Ikke lavinntekt		100,0	5,9	8,6	12,5	20,0	24,5	21,2	7,3
Bosatte	Alle	100,0	100,0	15,2	18,0	17,2	17,5	14,5	11,4	6,1
	Lavinntekt	13,0	100,0	36,0	17,8	13,3	10,2	7,6	6,3	8,8
	Ikke lavinntekt	87,0	100,0	12,1	18,0	17,8	18,7	15,5	12,2	5,7
Rela- tivt										
Forholdstall										
Mottakere	Alle	100,0	14,5	10,4	8,9	11,1	15,6	21,4	23,1	15,8
andel (pst)	Lavinntekt	76,1	11,1	10,4	7,8	9,8	13,2	16,9	17,6	9,9
	Ikke lavinntekt	103,6	15,1	10,4	9,0	11,3	15,8	21,7	23,5	17,2
Beløp gjsn.	Alle	100,0	3 244	2 304	2 665	3 091	3 374	3 573	3 620	3 586
(NOK)	Lavinntekt	104,4	3 388	2 304	3 230	3 806	4 343	4 476	4 137	3 657
	Ikke lavinntekt	99,5	3 228	2 304	2 592	3 021	3 307	3 521	3 590	3 576
Beløp/bos.	Alle	100,0	472	240	236	343	526	765	836	566
(NOK)	Lavinntekt	79,5	375	241	253	373	575	756	729	361
	Ikke lavinntekt	103,1	486	239	233	340	522	766	845	613

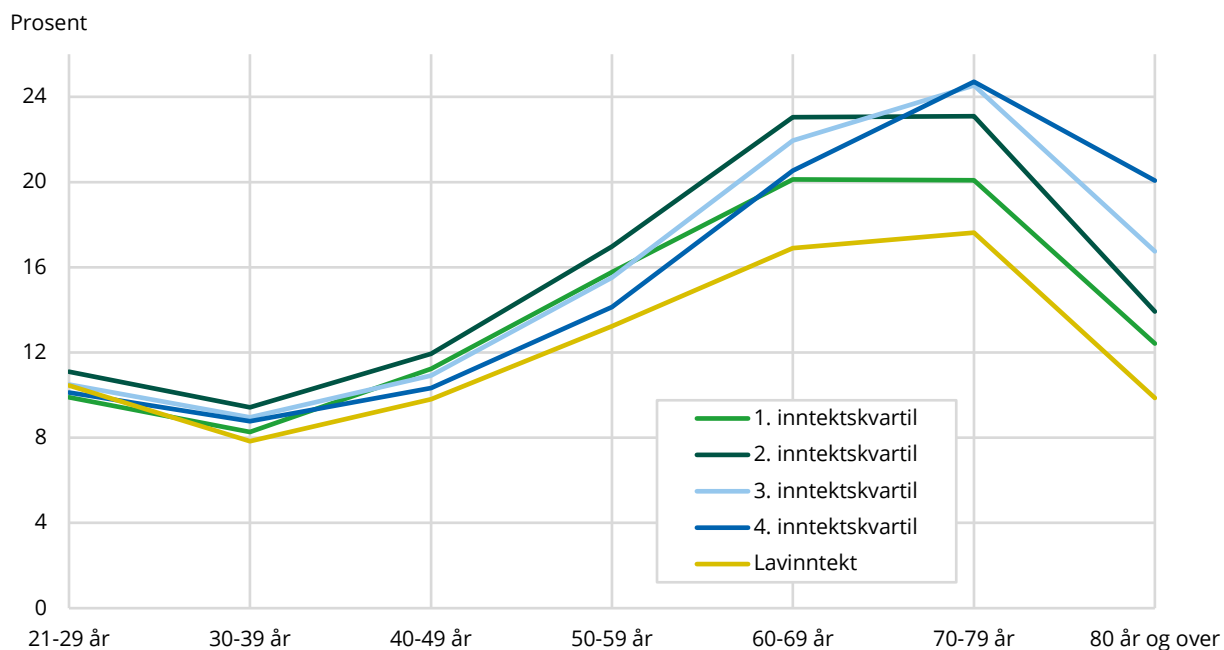
Kilder: KUHR, befolkningsregisteret i SSB og inntektsregisteret i SSB

**Tabell 5.4 Andel mottakere av tannhelserefusjoner, gjennomsnittsbetøp per mottaker og gjennomsnittsbetøp per bosatt, etter alder og inntektskvartil<sup>1</sup>, i hvh. prosent og kroner. 2021**

Størrelse	Kategori	Relativt til							80 år eller eldre	
		alle	Alle aldre	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	
Andel mottakere	Alle	100,0	14,5	10,4	8,9	11,1	15,6	21,4	23,1	15,8
(prosent)	1. inntektskvartil	94,0	13,7	9,9	8,3	11,2	15,8	20,1	20,1	12,4
	2. inntektskvartil	104,9	15,2	11,1	9,4	11,9	17,0	23,0	23,1	13,9
	3. inntektskvartil	102,0	14,8	10,5	9,0	10,9	15,5	21,9	24,5	16,7
	4. inntektskvartil	99,1	14,4	10,1	8,8	10,3	14,1	20,5	24,7	20,1
Gjennomsnittlig	Alle	100,0	3 244	2 304	2 665	3 091	3 374	3 573	3 620	3 586
betøp (NOK)	1. inntektskvartil	113,2	3 672	2 196	3 000	3 840	4 178	4 136	3 743	3 646
	2. inntektskvartil	102,0	3 308	2 352	2 794	3 127	3 435	3 634	3 719	3 654
	3. inntektskvartil	94,5	3 067	2 410	2 507	2 739	2 978	3 367	3 568	3 500
	4. inntektskvartil	91,0	2 952	2 248	2 370	2 608	2 837	3 171	3 477	3 572
Beløp per bosatt	Alle	100,0	472	240	236	343	526	765	836	566
(NOK)	1. inntektskvartil	106,5	502	217	248	431	659	832	752	453
	2. inntektskvartil	107,0	504	261	263	373	583	837	859	509
	3. inntektskvartil	96,4	455	253	225	299	462	739	876	586
	4. inntektskvartil	90,2	425	227	208	269	401	651	859	717

<sup>1</sup>Kvartilene er identifisert for hvert kjønn og hver aldersgruppe og for personinntekt.

Kilder: KUHR, befolkningsregisteret i SSB og inntektsregisteret i SSB

**Figur 5.3 Andel mottakere av tannhelserefusjoner, etter alder og inntektsnivå<sup>1</sup>. Prosent. 2021**

<sup>1</sup> De fem inntektsnivåene i figuren er:

- Fire inntektsnivåer representerer inntektskvartiler, spesifikk etter kjønn og aldersgruppe, der hver populasjon er delt inn i fire like store grupper etter personinntekt
- Lavinntekt er her definert som alle med husholdningsinntekt som er lavere enn 60 prosent av medianinntekten for husholdene (EUs definisjon eller EU60).

Kilder: KUHR, befolkningsregisteret i SSB og inntektsregisteret i SSB

Også når befolkningen var delt inn i (alders- og kjønnsspesifikke) inntektskvartiler, var det systematiske forskjeller på de gjennomsnittlige refusjonsbeløpene etter inntekt, med høyest beløp i laveste inntektskvartil og synkende beløp med økende inntekt. Dette gjaldt som gjennomsnitt for alle aldre, men det gjaldt også for de fleste aldersgruppene og særlig for de middelaldrende, mens det var noe utjevning for de eldste aldersgruppene. Det betyr igjen at det var gruppen med de høyeste inntektene som hadde lavest nivå for utgifter til tannhelserefusjoner per bosatt, mens første og annet inntektskvartil hadde omtrent samme nivå fordi forskjellene mellom de to gruppene i andel mottakere og gjennomsnittsbøpene nesten utliknet hverandre.

#### 5.4. Nærmere om forskjeller i bruksmønstre mellom menn og kvinner

Hittil i kapitlet er det vist noen hovedtrekk ved bruk av ordningen for tannhelserefusjoner når vi grupperer den voksne befolkningen etter ulike sosioøkonomiske kjennetegn og alder. Her skal vi se at i tillegg er det noen forskjeller mellom kjønnene når det gjelder variasjonen etter alder og de sosioøkonomiske kjennetegnene. Tabell 5.5 gir en oppsummering når det gjelder andel mottakere i de ulike gruppene etter kjønn og alder, men der aldersinndelingen bare er i to grupper etter det skillet ved ca. 60 år som vi har sett i bruken av ordningen når vi så på variasjonen over den mer detaljerte aldersinndelingen. To tabeller med samme struktur viser variasjonen i gjennomsnittsbøp per mottaker og gjennomsnittsbøp per bosatt etter samme inndeling i grupper (hhv. tabell C1.1 og C1.2 i vedlegg C). Videre er hver av disse tabellene delt inn i en øvre og nedre del, der den øvre gir de direkte verdiene (andel mottakere, gjennomsnittsbøp), mens den nedre delen angir nivået for den enkelte gruppe relativt til alle med samme kjønn og aldersgruppe.

Når vi ser på de enkelte variablene i tabell 5.5, er det klare forskjeller i mønstrene mellom kvinner og menn for flere av gruppene etter sosioøkonomiske kjennetegn.

**Tabell 5.5 Andel mottakere av tannhelserefusjoner, etter kjønn, to aldersgrupper og ulike sosioøkonomiske variabler. Prosent. 2021**

Kategori	Begge kjønn			Menn			Kvinner		
	Alle aldre	21-59 år	60 år og eldre	Alle aldre	21-59 år	60 år og eldre	Alle aldre	21-59 år	60 år og eldre
<b>Mottakeres andel av bosatte i gruppen</b>									
Alle grupper	14,4	11,4	20,7	13,3	10,3	20,2	15,4	12,5	21,1
Innvandrere	11,3	10,2	18,9	10,0	8,7	18,3	12,8	11,7	19,5
Lav utdanning	14,9	12,5	18,8	13,2	10,9	18,0	16,8	14,6	19,4
Middels utdanning	16,0	12,3	21,9	14,6	11,1	21,2	17,6	14,0	22,5
Høy utdanning	13,1	10,8	20,6	12,8	9,9	20,3	13,4	11,4	20,9
Manglende/uoppgitt	6,7	6,1	12,1	5,5	5,0	11,3	8,2	7,5	12,8
Mottakere stønad	17,1	14,8	22,3	14,8	12,6	20,1	18,8	16,4	23,7
Uføre m.m.	18,3	15,7	23,0	15,8	13,3	20,6	19,9	17,4	24,7
Økonomisk sosialhjelp	12,1	11,7	16,8	11,0	10,6	15,4	13,4	13,0	18,7
Bostøtte m.m.	11,2	11,1	11,4	9,4	9,3	10,2	11,9	12,0	11,8
Lavinntekt (EU60)	11,1	10,1	14,4	9,1	8,3	13,0	12,8	11,9	15,0
1. inntektskvartil	13,7	11,3	18,6	12,1	9,8	17,2	15,2	12,9	19,9
2. inntektskvartil	15,2	12,4	21,3	14,2	11,1	21,1	16,3	13,8	21,5
3. inntektskvartil	14,8	11,5	21,9	13,9	10,6	21,5	15,7	12,4	22,2
4. inntektskvartil	14,4	10,9	21,9	13,7	10,2	21,6	15,1	11,5	22,3
<b>Mottakeres andel relativt til alle med samme alder og kjønn</b>									
Innvandrere	79	89	91	75	85	91	83	94	92
Lav utdanning	104	110	91	99	106	89	109	117	92
Middels utdanning	111	108	106	110	108	105	114	112	106
Høy utdanning	92	95	100	96	96	101	87	91	99
Manglende/uoppgitt	46	53	59	41	49	56	53	60	60
Mottakere stønad	119	130	108	111	122	100	122	131	112
Uføre m.m.	127	138	111	119	129	102	129	139	117
Økonomisk sosialhjelp	84	103	81	83	103	76	87	104	89
Bostøtte m.m.	78	97	55	71	90	51	77	96	56
Lavinntekt (EU60)	77	89	69	68	81	64	83	95	71
1. inntektskvartil	95	100	90	91	96	85	99	103	94
2. inntektskvartil	106	109	103	107	108	105	106	110	102
3. inntektskvartil	103	101	106	105	103	107	102	99	105
4. inntektskvartil	100	95	106	103	99	107	98	92	105

Kilder: KUHR, NAV, befolkningsregisteret, utdanningsregisteret og inntektsregisteret i SSB

Også innvandrergruppen er med i denne tabellen, og her bekreftes det at forskjellene fra tilsvarende aldersgrupper er noe større for menn enn for kvinner, slik vi også så i kapittel 4. Når det gjelder utdanningsgruppene, var forskjellen mellom dem større blant kvinner enn blant menn i aldersgruppen under 60 år. Det vil si at det også var større forskjell i andel mottakere mellom grunnskoleutdannede menn og kvinner enn det generelt var mellom menn og kvinner i samme aldersgruppe. Blant de høyt utdannede var lå andel refusjonsmottakere blant menn og kvinner nærmere hverandre.

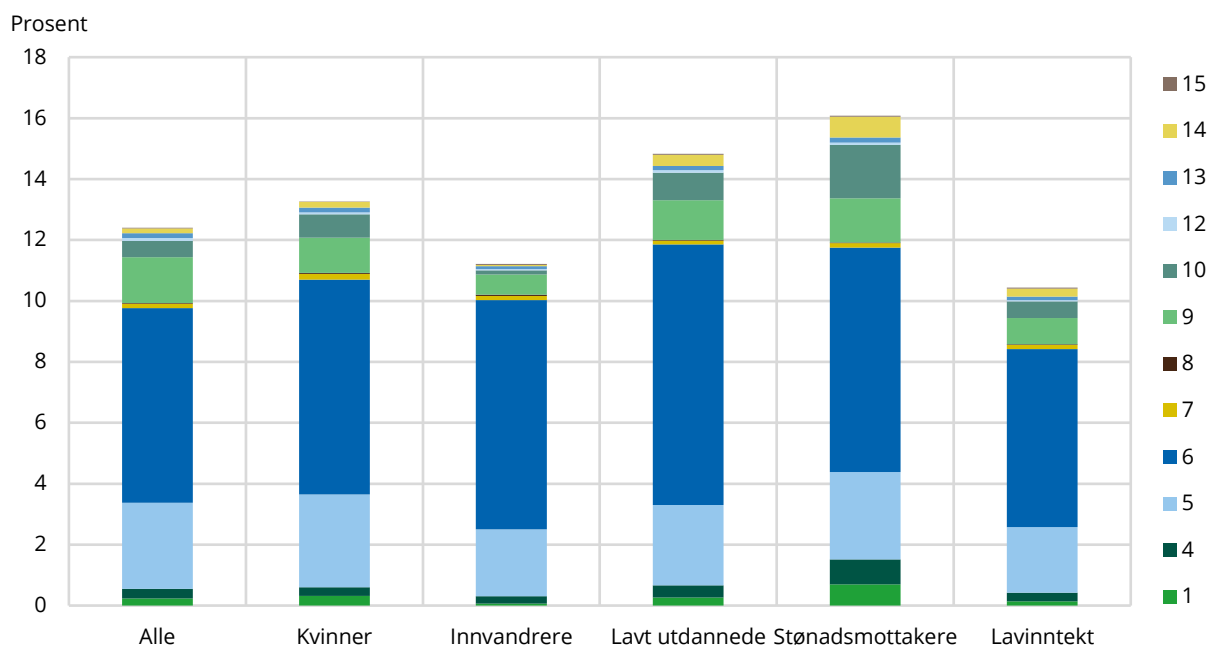
For lavinntektsgruppen (etter EU60) var det i særlig grad menn som hadde en betydelig lavere andel mottakere av refusjoner, mens dette i langt mindre grad gjaldt kvinnene. Mellom inntektskvartilene var det derimot større likhet i mønstrene for menn og kvinner. Også når det gjelder stønads-mottakerne, var det noe mer likhet i mønstrene for menn og kvinner.

### 5.5. Sammensetningen av innslagspunkt blant ulike grupper av mottakere

I de foregående avsnittene i dette kapitlet er det identifisert noen grupper som i særlig grad er underrepresentert eller overrepresentert blant mottakerne av tannhelserefusjoner, og i dette avsnittet ser vi i hvilken grad mottakerne i disse gruppene har en sammensetning etter innslagspunkt som avviker fra jevngamle i den voksne befolkningen ellers. Siden sammensetningen av innslagspunktene varierer mye med alder (se figurene 4.4 og 4.5 foran), må dette tas hensyn til i en sammenlikning av ulike grupper etter sosioøkonomiske kjennetegn, særlig siden også sammensetningen etter alder varierer betydelig mellom disse gruppene. Derfor er sammenlikningen her gjort for en utvalgt aldersgruppe: 40-59 år. Dette er eldre enn det er relativt mye bruk av ordningen, samtidig som de er for unge til at avgangen til den offentlige tannhelsetjenesten har funnet sted i særlig grad. Det er beregnet gjennomsnittstall for femårsperioden 2017-2021 for å få et bedre tallgrunnlag bak innslagspunkt med få brukere, og sammenlikningen er dessuten gjentatt for periodene 2011-2013 og 2014-2016, se tabell C1.3 i vedlegg C bak. Basert på samme aldersgruppe og periode er sammensetningen etter innslagspunkt for de utvalgte gruppene illustrert i figur 5.4 og tabell 5.6, med noe ulike mål.

I figuren ser vi hvordan refusjoner etter de ulike innslagspunktene bidro til at den samlede andel som mottakere av refusjoner utgjorde i perioden 2017-2021, varierte mellom gruppene. Aller tydeligst kommer dette fram blant dem som var mottakere av sosiale ytelser. I denne aldersgruppen (og perioden) lå den samlede andel refusjonsmottakere blant disse betydelig over nivået blant alle i samme aldersgruppe (se delkapittel 5.2). Men det som bidrar ekstraordinært til den høye andelen mottakere av tannhelserefusjoner, er innslagspunktene som er forbundet med andre typer helseutfordringer enn bare tannhelsen. Dette gjelder særlig 1 (sjeldne medisinske tilstander), 4 (infeksjonsforebygging ved særskilte situasjoner under alvorlig sykdom), 10 (hyposalivasjon, ofte en følge av medisinbruk) og 14 (nedsatt evne til egenomsorg). Bidragene til denne gruppens mottak av tannhelserefusjoner fra innslagspunkt som er knyttet til ordinære og utbredte tannhelseproblemer, som 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) og 6 (periodontitt) var derimot ikke særlig mye større enn blant jevngamle ellers.

**Figur 5.4 Andel mottakere av tannhelserefusjoner i ulike grupper etter demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn, etter innslagspunkt<sup>1</sup>. Alder 40-59 år. Gjennomsnitt 2017-2021. Prosent**



Innslagspunktene 2,3,11 og restgruppen (16) er utelatt fra figuren, da deres andeler er for små til å utgjøre synlige bidrag. Kilder: KUHR, NAV, befolkningsregisteret, utdanningsregisteret og inntektsregisteret i SSB

Som omtalt i delkapittel 5.2, utgjør mottakere av ytelser på grunnlag av helse en stor andel av stønadsmottakerne samlet, noe som betyr at middelaldrende (40-59 år) med særlig dårlig helse er samlet i denne gruppen og er ganske utslagsgivende for resultatene for gruppen samlet. Når det gjelder deres rettigheter til tannhelserefusjoner, kan situasjonen for mange av disse mottakerne være at de veiledes om dette fra annet helsepersonell som de nødvendigvis må ha kontakt med. Og for de fleste av de nevnte innslagspunktene refunderes dessuten hele honorartaksten (1, 4 og 14), slik at de økonomiske konsekvensene ved bruk av tannhelsetjenestene er langt mindre belastende enn ved bruk av tannhelsetjenester ellers. Selv om de færreste i gruppen som mottar sosiale ytelser har høy inntekt, kan mange uføre kan ha opptjening i folketrygden som holder dem utenfor gruppene med særlig lav inntekt (EU60). Derimot har den delen av stønadsmottakerne som bare mottar ytelser på økonomisk grunnlag, langt mindre bruk av tannhelserefusjoner og trolig har disse et mønster som faller sammen med den rene lavinntektsgruppen.

Sammensetningen av innslagspunkt blant de middelaldrende med bare grunnskoleutdanning, hadde noen likhetstrekk med stønadsmottakerne, idet det samlede nivået var klart høyere enn blant jevngamle samlet. Også noen av innslagspunktene som tilsier dårlig helse (særlig 14) var mye brukt, men ikke så mye som blant stønadsmottakerne. Derimot bidro innslagspunkt 6 (periodontitt) mye til at det samlede nivået lå såpass høyt blant lavt utdannede i denne alderen, mens innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) bidro omtrent som blant de jevngamle samlet.

For innvandrerne er bildet et helt annet. Blant dem er andelen som refusjonsmottakerne utgjør i denne aldersgruppen noe lavere enn i aldersgruppen samlet, men sammensetningen etter innslagspunkt er ganske avvikende. Og i denne gruppen er det først og fremst andelen som skyldes andre helseproblemer som er lav. Dette harmonerer med en oppfatning og erfaring om at innvandrere samlet har noe bedre helse enn den øvrige befolkningen, da de gjennomgående har relativt god helse ved ankomst til landet (Texmon 2022, Tømmerås et al. 2022). Blant de middelaldrende innvandrerne bidrar imidlertid en ganske omfattende bruk av innslagspunkt 6 (periodontitt) til at den samlede bruken av tannhelserefusjoner i denne aldersgruppen er såpass tett oppunder nivået for alle i aldersgruppen.

De middelaldrende i den rene lavinntektsgruppen (ifølge EU60) er den som ved siden av kvinnene har en sammensetning etter innslagspunkt som er mer lik alle jevngamle, men her er mottaket etter de ulike innslagspunktene gjennomgående noe lavere.

Som nevnt bidrar tabell 5.6 til å formidle det samme som figur 5.4, men på en slik form at verdiene for de små innslagspunktene kommer tydeligere fram. Her oppgis relative tall i forhold til en referansegruppe, som er der nivået for aldersgruppen 40-59 år for hvert innslagspunkt. I tabellen bekreftes konklusjonene fra figuren, men særlig for de små innslagspunktene blåses tallene veldig opp, som ved innslagspunkt 1 og 4, som jevnt over er ganske sjeldne og brukes ved alvorlig sykdom, der verdiene er mellom to og tre ganger nivået blant alle jevngamle. Også bruken av innslagspunkt 14 var ekstraordinært høyt, med fire ganger nivået blant alle jevngamle. På den annen side er bruken av refusjon for innslagspunkt 6 (periodontitt) moderat høyere (115 mot 100) og det andre store innslagspunktet, 5, jevnstort med øvrige. Det eneste innslagspunktet som er brukt klart mindre enn blant alle i samme aldersgruppe, er 12 (tannskade ved yrkesskade), men et innslagspunkt som tannutviklingsforstyrrelser var på om lag samme nivå.

Som det også framgikk av figur 5.4 var bruken av innslagspunktene som indikerer dårlig helse også noe mer brukt for gruppen med grunnskoleutdanning, men verdiene var langt fra like høye som i gruppen av stønadsmottakere. Her var refusjon for periodontitt brukt mer, slik det også framgikk av figur 5.4. For innvandrere var det lavere nivåer for de fleste innslagspunktene unntatt 6 (periodontitt), 8 (bittanomalier) og 15 (ved manglende tenner i underkjeve), der de to siste er innslagspunkt som var mindre utbredt ellers i aldersgruppen. For de to sistnevnte kan forklaringen

være at noen innvandrere har hatt dårligere tilgang til tannhelsetjenester i hjemlandet og dermed har behov som ellers ikke er så utbredt i befolkningen ellers.

Kvinner i alder 40-59 år hadde noe mer bruk av de sykdomsrelaterte innslagspunktene, men i tillegg mer bruk av innslagspunkt 6 (periodontitt). Særlig lav bruk var det av innslagspunkt 12 (tannskade ved yrkesskade) blant dem.

**Tabell 5.6 Andel mottakere av tannhelserefusjoner, etter kjønn, ulike persongrupper og innslagspunkt. Alder 40-59 år. Gjennomsnitt 2017-2021, Relative tall i prosent (100=alle i samme aldersgruppe)**

Innslagspunkt	Kvinner	Innvan- drere	Lavt utdannede	Stønads- mottakere	Lav- inntekt
Alle	107	90	120	130	84
1 Sjeldne medisinske tilstander	135	26	114	297	59
2 Leppe-kjeve-ganespalte	89	83	133	192	100
3 Svulster i munnhulen	91	69	116	157	80
4 Infeksjonsforebygging ved sykdom	94	79	128	263	90
5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	108	77	93	101	76
6 Periodontitt	110	118	134	115	91
7 Tannutviklingsforstyrrelser	135	103	85	98	96
8 Bittanomalier	125	130	90	120	78
9 Patologisk tap erosjon/attrisjon	77	44	87	96	58
10 Hyposalivasjon	143	24	167	326	102
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering	130	64	105	170	87
12 Tannskade ved yrkesskade	63	46	92	77	40
13 Tannskade ved annen ulykke	102	62	92	115	75
14 Nedsatt egenomsorg	116	29	221	411	161
15 Tanntap; uten egne tenner underkjeve	96	208	276	314	279
16 Uspesifisert	121	63	110	154	80

Kilder: KUHR, NAV, befolkningsregisteret, utdanningsregisteret og inntektsregisteret i SSB

## 5.6. En sammenlikning av mønstre for bruk av tannhelserefusjoner etter sosioøkonomiske variable

Når vi har sett på grupperinger etter utdanning, inntekt og etter status mht. sosiale stønader, er det flere likheter når det gjelder hvordan mottak av tannhelserefusjoner varierer mellom dem:

- Blant de eldre (70 år og over) er det et fellestrekk at gruppene med høyest status (de med hhv. høyest utdanning<sup>10</sup>, høyest inntekt eller fravær av sosiale stønader) har en større andel mottakere av tannhelserefusjoner sammenliknet med gruppene med lavere status.
- De relative forskjellene øker med alder blant de eldste slik at de stort sett er en del større blant dem over 80 år enn blant dem mellom 70 og 80 år.
- I aldersgruppene til og med 60-årene er det stort sett motsatt, ved at gruppene med lavest status har noe større tilbøyelighet til å motta refusjoner, noe som gjelder utdanning og mottak av stønader, men bare fra 2. kvartil for inntekt.

Unntak og nyanser i dette fellesmønsteret er først og fremst:

- For inntekt er det svært lavt tilbøyelighet til å motta refusjoner blant dem i alder under 70 år med særlig lav inntekt (EU60), men også de i laveste inntektskvartil ligger under noen av de andre inntektskvartilene når det gjelder andel mottakere av refusjoner.
- *Forskjellene* mellom gruppene i alder opp til 60 år varierer mye, da det ikke er særlig stor forskjell mellom utdanningsgruppene og mellom dem med inntekt over første kvartil. Derimot er det større forskjell mellom noen av stønadsmottakerne og de øvrige i samme alder og mellom dem med lavinntekt og andre.

<sup>10</sup> For utdanning skjer skiftet mellom det midlere og det høyeste nivået.



Forklaringene i det første kulepunktet over er at siden de eldre med høy utdanning og inntekt og som ikke mottar sosiale stønader har bedre generell helse enn sine jevngamle med lavere utdanning og inntekt eller som mottar sosiale stønader. Derfor bruker de i mindre grad de kommunale helse- og omsorgstjenestene som ville gitt adgang til den offentlige tannhelsetjenesten. Det er også i tråd med dette at forskjellene øker med alder og altså er større blant dem over 80 år enn blant de øvrige eldre.

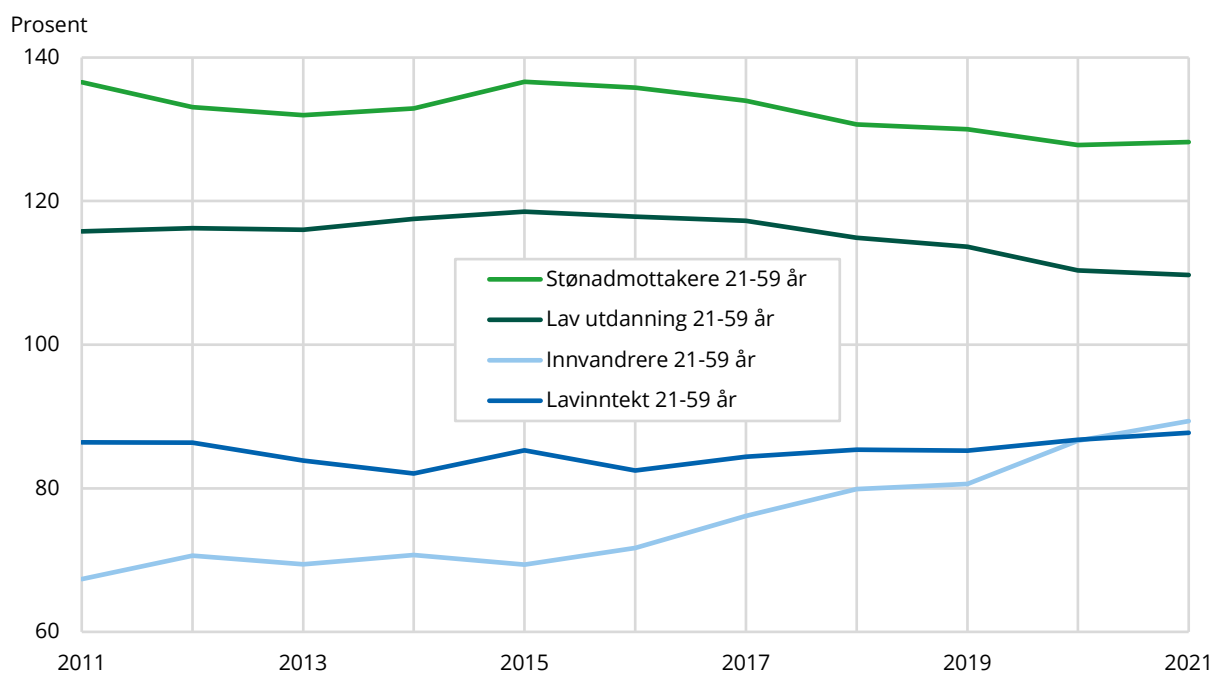
På den annen side reflekterer det trolig et større behov for tannhelsetjenester i den yngre voksne eller middelaldrende befolkningen når de med lavere til middels inntekter, lav utdanning eller som mottar sosiale stønader også mottar tannhelserefusjoner i noe større grad enn sine andre jevngamle. Det kan likevel stilles spørsmål om den noe større andelen av refusjonsmottakere i *tilstrekkelig* grad tilfredsstillere deres større behov for tjenester, særlig når det tas i betraktning at de med lav score på de sosioøkonomiske variablene oppsøker tannlegene i mindre grad enn andre (Ekornrud og Jensen 2010a).

Det som det i enda større grad er grunn til å stille spørsmål ved, er den lave andel mottakere blant lavinntektsgruppen, der det i utgangspunktet er liten grunn til å anta at de har mindre grunn til å motta tannhelsetjenester enn befolkningen ellers. Blant mottakere av sosiale ytelser under 60 år er det et flertall med ytelser som skyldes helseproblemer, som uføretrygd, grunn- og hjelpestønad og arbeidsavklaringspenger. Blant dem er det en relativt stor andel som også er mottakere av tannhelserefusjoner. Det framkommer imidlertid at disse har en sammensetning av innslagspunkt som avviker fra den sammensetningen vi ser for jevnaldrende mottakere samlet. Det kan tyde på at deres noe høye bruk av ordningen kommer av at de i noe større grad har de sykdommene som gir tilgang til tjenesten. Gruppen med lavinntekt har derimot en sammensetning etter innslagspunkt som i befolkningen ellers, men bruker den noe mindre etter alle innslagspunktene.

## 5.7. Stabile mønstre gjennom perioden

I dette kapitlet er det for det meste tatt utgangspunkt i registrering av tannhelserefusjoner i 2021, men også for hele perioden 2017-2021 når det gjaldt sammensetningen etter innslagspunkt.

**Figur 5.5 Andel som mottar tannhelserefusjoner, etter år. Ulike grupper etter sosioøkonomisk status. 2011-2021. Prosent. 100=Alle i alder 21-59 år**



Kilde: KUHR, NAV, befolkningsregisteret, utdanningsregisteret og inntektsregisteret i SSB

I figur 5.5 vises derimot noen utvalgte indikatorer for hele perioden 2011-2021, der vi bruker relative tall for andel mottakere og hvor andelen mottakere i hvert år settes lik 100 prosent. Linjene i diagrammet representerer da den relative bruken av tannhelserefusjoner i hvert år og kontrollerer følgelig for at selve nivået har økt mye gjennom perioden. På grunn av samspillet med alder har vi sett på den ene av de to store aldersgruppene, det vil si mottakere og ikke mottakere av tannhelserefusjoner mellom 21 og 59 år.

Av figuren framgår det at de sosioøkonomiske gruppernes under- eller overrepresentasjon i gruppen av refusjonsmottakere har vært relativt stabile. Dette gjelder også for de komplementære gruppene som ikke er vist i figuren, f.eks. gruppene med midlere eller høy utdanning. Det kjennetegnet som skiller seg klart fra en slik konklusjon, er innvandrerne. For dem har forskjellen fra referansegruppen blitt redusert gjennom perioden, slik at de beskrivelsene som er gitt med bakgrunn i 2021-tall har gitt mer beskjedne forskjeller. Men her var det i noen grad tatt med tall for 2014 i den mer detaljerte beskrivelsen foran (delkapittel 5.2).

## 6. Bruken av tannhelserefusjoner etter regionale kjennetegn

Dette kapitlet omfatter delen av analysen vår som viser bruken av tannhelserefusjoner og gjennomsnittlige utbetalte beløp etter regionale kjennetegn. Nærmere bestemt ser vi på sammenhengen mellom regionale inndelinger og mottak av tannhelserefusjoner i hvert enkelt observerte år. Kapitlet er delt i seks delkapitler, der mønstrene for hvordan bruken av ordningen og gjennomsnittlig utbetalte beløp varierer etter fylker blir presentert i 6.1 og 6.2. I delkapittel 6.3 blir tilsvarende resultater presentert etter kommunesentralitet. I delkapitlene 6.4 og 6.5 presenteres resultater av mottakere og utbetalte beløp for hvert enkelt innslagspunkt etter kommunesentralitet. Delkapittel 6.6 oppsummerer hovedfunnene fra kapitlet.

I hvert av delkapitlene ser vi både på hvor stor andel av den bosatte befolkningen i fylker og kommunegrupper etter sentralitet som har mottatt tannhelserefusjoner i løpet av et år, samt på det gjennomsnittlige beløpet disse brukerne har mottatt. I analysen er det lagt vekt på å presentere hovedresultat og sammenligninger mellom de ulike regionale inndelingene for 2021, samt utviklingen i perioden 2014-2021. Resultatene for alle innslagspunkt samlet blir presentert for både fylker og kommunesentralitet, mens resultatene for de 15 enkelte innslagspunktene blir presentert etter kommunesentralitet.

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, og kan derfor også påvirke utløsning av tannhelserefusjoner.

Det er den private tannhelsetjenesten som i all hovedsak skal tilby tjenester til den voksne befolkningen. Den private tannlegedekningen i Norge varierer mellom sentrale og mindre sentrale strøk. Tannlegedekningen er høyest i mest sentrale kommuner og reduseres med synkende sentralitet (jf. tabell C1.3 i vedlegg C). Fylker uten store byer har lavest dekningsgrad for private tannleger (jf. tabell C1.2 i vedlegg C). Nord-Norge er landsdelen med lavest dekningsgrad, og særlig er tilgangen til private tannleger lav i gamle 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 ulik tilgang til tannlegetjenester kan demografiske forskjeller mellom ulike geografiske inndelinger forklare forskjeller i bruken av tannhelserefusjoner.

I 2021 ble det totalt for hele landet utbetalt 1,95 milliarder kroner i tannhelserefusjoner til voksne personer 21 år og eldre. Fordelt etter fylke var Viken og Oslo fylkene med størst samlet refusjonsutbetaling med hhv. 476 og 269 millioner kroner, som til sammen utgjorde 38 prosent av de totale refusjonsutgiftene. Nordland og Troms og Finnmark var de to fylkene med lavest utbetalte refusjonsbeløp med hhv. 86 og 83 millioner kroner, og utgjorde til sammen i underkant av 9 prosent av de totalt utbetalte refusjonsbeløpene.

Fordelt etter sentralitet er det i sentrale og mellomsentrale kommunene at totalt utbetalte beløp er størst. Til sammen ble det i de sentrale og mellomsentrale kommunene utbetalt 1,7 milliarder kroner i refusjoner, mens tilsvarende tall for nest minst sentrale og minst sentrale kommuner var 243 millioner kroner.

## 6.1. Større andel refusjonsmottakere blant bosatte 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 andelen refusjonsmottakere varierer mellom fylker.

Tabell 6.1 viser hvordan andelen som mottok tannhelserefusjoner (i prosent av bosatte i de ulike fylkene) varierer etter fylker i perioden 2014-2021. Andelen refusjonsmottakere i 2021 er størst blant bosatte i Vestfold og Telemark fylke og Agder fylke, mens andelen er minst blant bosatte i Innlandet fylke og Trøndelag fylke. Mens det var 15,4 prosent som fikk refusjoner blant bosatte i Vestfold og Telemark, var tilsvarende andel 12,5 prosent i Innlandet. For øvrig så viser grunnlagstallene at andelen kvinner som mottok tannhelserefusjoner er større enn andelen menn i alle fylkene.

**Tabell 6.1 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter fylke. Prosent. 2014-2021**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Hele landet</b>	<b>10,3</b>	<b>11,5</b>	<b>12,1</b>	<b>12,8</b>	<b>13,1</b>	<b>13,5</b>	<b>12,9</b>	<b>14,4</b>
03 Oslo	10,2	10,9	11,5	12,5	12,8	13,4	13,1	14,5
30 Viken	10,4	11,5	12,1	12,7	13,0	13,4	12,9	14,4
34 Innlandet	8,2	9,5	10,3	11,1	11,4	12,2	11,4	12,5
38 Vestfold og Telemark	11,5	13,3	13,6	14,4	14,4	14,8	13,8	15,4
42 Agder	12,0	13,2	13,4	14,0	13,6	13,8	13,3	15,1
11 Rogaland	11,3	12,0	12,7	13,3	13,5	13,8	13,1	14,3
46 Vestland	10,5	11,6	12,2	12,8	13,1	13,4	12,7	14,5
15 Møre og Romsdal	9,7	11,0	11,8	12,7	12,9	13,7	13,4	14,4
50 Trøndelag	10,1	11,1	11,6	12,4	12,7	13,5	12,9	13,9
18 Nordland	10,0	11,5	12,3	13,2	13,5	13,8	12,8	14,7
54 Troms og Finnmark	9,4	11,1	11,8	12,7	13,0	13,3	12,8	14,3

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Andelen som mottar tannhelserefusjoner i 2021 varierer noe blant bosatte i de ulike fylkene. Mye tyder på at den private tannlegedekningen har betydning for variasjonen mellom fylkene. Grunnlagstallene fra KUHR viser at 80 prosent av tannleger og tannlegespesialister, som kom med refusjonskrav til HELFO, jobbet i den private tannhelsetjenesten i 2021. 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 tannlegjetjenester bidrar til å påvirke andelen av bosatte som får refusjoner ved tannbehandling i de ulike fylkene. Sammenligninger av den private tannlegedekningen i de to fylkene som har størst og minst andel refusjonsmottakere blant bosatte, viser at Vestfold og Telemark er et av fylkene med høyest dekningsgrad for private tannleger, mens Innlandet er et av fylkene med lavest dekning av private tannleger.

Oslo er fylket med klart høyest privat tannlegedekning i landet. Det skulle derfor være grunn til å anta at andelen refusjonsmottakere er større i Oslo sammenlignet med resten av landet. Andelen som mottok refusjoner blant befolkningen i Oslo var 14,5 prosent i 2021, som er like over landsgjennomsnittet på 14,4 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 tannlegjetjenester 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. Samtidig som den generelle helsetilstanden blant innvandrerbefolkningen er bedre enn den øvrige befolkningen. Resultater for innvandreres bruk av tannhelserefusjoner, presentert i kapittel 4, viser at det er et underforbruk av refusjoner blant innvandrere sammenlignet med resten av befolkningen. En annen forklaring på

andelen refusjonsmottakere blant bosatte i Oslo er mindre enn det er rimelig å anta, 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 de er bosatt i.

Troms og Finnmark er fylket med lavest privat tannlegedekning i landet. Andelen refusjonsmottakere i Troms og Finnmark var 14,3 prosent i 2021, som er like under landsgjennomsnittet. Grunnlagstallene viser imidlertid at andelen refusjonsmottakere samlet for det nye fylket Troms og Finnmark dekker over nokså store interne forskjeller mellom de to gamle fylkene Troms og Finnmark. Selv om en større andel av den voksne befolkningen i Finnmark bruker den offentlige tannhelsetjenesten sammenlignet med resten av landet, 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 av personell og ledige offentlige stillinger, fører til at befolkningen ikke får utført nødvendig behandling i tilstrekkelig grad. Å oppsøke tannlege er, som tidligere nevnt, en forutsetning for å bli vurdert og starte behandling for de fleste av sykdommene og lidelsene som gir refusjon over folketrygden.

## **6.2. Mindre forskjeller mellom fylkene i andel refusjonsmottakere og gjennomsnittlige utbetalte beløp i løpet av perioden 2014-2021**

Som vist i tabell 6.1, har andelen refusjonsmottakere økt i samtlige fylker i perioden 2014-2021. Innlandet har den største prosentvise endringen, med en økning på rundt 53 prosent, mens Agder har den minste endringen, med en økning på 26 prosent. Samtidig som det er nokså tydelige forskjeller mellom bosatte i fylkene med størst og minst andel mottakere av tannhelserefusjoner i hele perioden, har forholdstallene mellom fylkene med størst og minst andel refusjonsmottakere blitt mindre mellom 2014 og 2021.

Når det gjelder refusjonsmottakere i ulike aldersgrupper, så viser grunnlagstallene for fylkene stort sett de samme mønstrene, som vist i kapittel 4 og figur 4.1 for landet totalt. Andelen som mottar tannhelserefusjoner, er minst blant aldersgruppen 30-39 år og stiger med alder fram til og med aldersgruppen 70-79 år for alle fylkene. Unntaket er Troms og Finnmark fylke hvor andelen som mottar refusjoner synker mellom aldersgruppene 60-69 år og 70-79 år. I aldersgruppen 80 år og eldre synker andelen refusjonsmottakere for samtlige fylker. Det er samtidig en klar tendens til forskyvning i aldersprofilen i alle fylker mellom 2014 og 2021. Det betyr at økningen i andelen refusjonsmottakere fortsatte fram til 70-79 år i 2021, var det en nedgang for tilsvarende aldersgruppe i 2014. Dette er først og fremst et uttrykk for en eldre befolkning i fylkene enn en endring i hvilke innslagspunkt som befolkningen mottar refusjoner for.

Tabell 6.2 viser hvordan gjennomsnittlig beløp per behandlet pasient varierer etter fylker i perioden 2014-2021. Tabellen viser at Innlandet og Agder er de to fylkene med høyest gjennomsnittlige beløp i 2021, med henholdsvis 3 605 kroner og 3 476 kroner. Trøndelag og Vestland er fylkene med lavest gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp, med henholdsvis 2 761 kroner og 2 949 kroner.

**Tabell 6.1 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter fylke. Løpende priser. Kroner. 2014-2021**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Hele landet</b>	<b>3 621</b>	<b>3 532</b>	<b>3 409</b>	<b>3 329</b>	<b>2 655</b>	<b>2 993</b>	<b>2 869</b>	<b>3 243</b>
03 Oslo	3 380	3 322	3 280	3 310	2 591	3 000	2 920	3 341
30 Viken	3 593	3 507	3 458	3 401	2 684	3 127	3 025	3 416
34 Innlandet	3 696	3 582	3 605	3 633	3 023	3 415	3 223	3 605
38 Vestfold og Telemark	4 025	3 898	3 646	3 477	2 908	3 070	3 029	3 423
42 Agder	4 301	3 952	3 797	3 635	2 747	3 194	3 041	3 476
11 Rogaland	3 346	3 366	3 171	3 042	2 589	2 811	2 720	3 007
46 Vestland	3 175	3 168	3 051	3 072	2 459	2 779	2 619	2 949
15 Møre og Romsdal	3 951	3 954	3 801	3 690	2 896	3 205	3 038	3 364
50 Trøndelag	3 375	3 303	3 158	3 030	2 314	2 574	2 451	2 761
18 Nordland	4 293	4 176	3 718	3 435	2 735	2 954	2 811	3 087
54 Troms og Finnmark	3 802	3 432	3 387	3 189	2 529	2 819	2 516	3 086

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

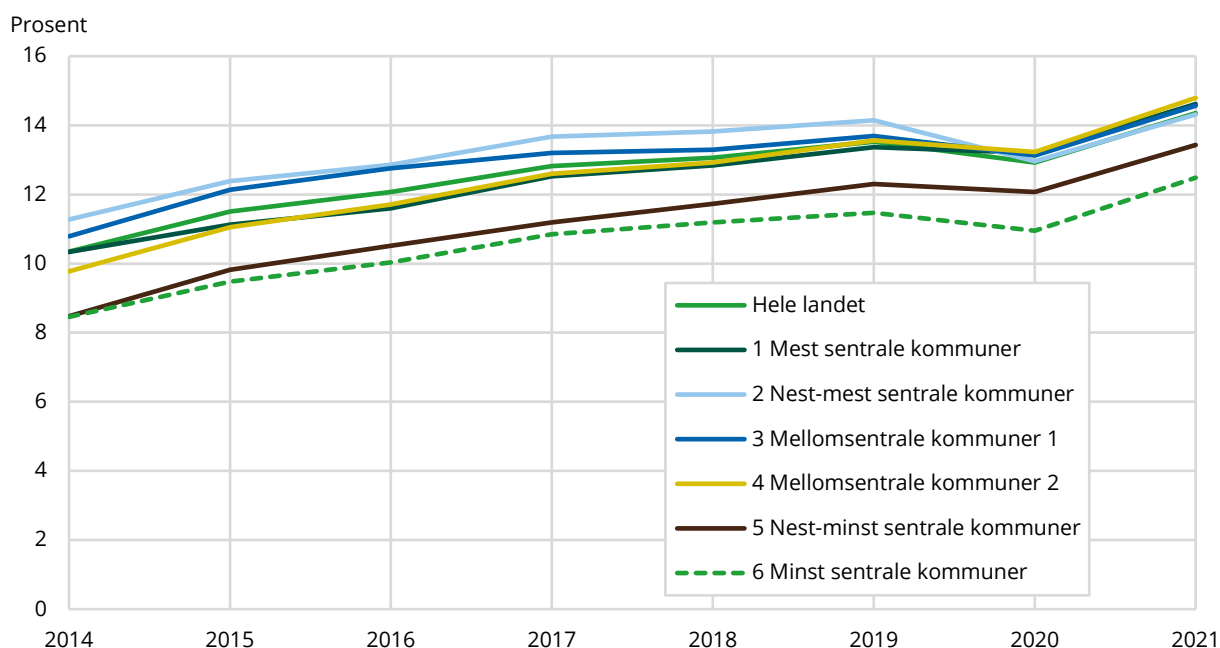
Gjennomsnittlige utbetalte beløp per behandla pasient har gått ned i samtlige fylker mellom 2014 og 2021. Nordland har den største prosentvise nedgangen i perioden 2014-2021, med 28 prosent, mens Oslo har den minste nedgangen med 1,2 prosent. Samtidig som det er tydelige forskjeller mellom fylkene med høyest og lavest gjennomsnittlig beløp per behandla pasient gjennom hele perioden, så har differansen mellom fylkene med høyest og lavest gjennomsnittsbetøp blitt mindre mellom 2014-2021. Mens differansen mellom fylkene med høyest og lavest gjennomsnittsbetøp var på 1 126 kroner i 2014, var tilsvarende differanse 844 kroner i 2021. Forholdstallet mellom fylkene med høyest og lavest gjennomsnittsbetøp har også blitt mer likt mellom 2014 og 2021.

### 6.3. Økning i andel mottakere og reduksjon i gjennomsnittlige beløp i perioden 2014-2021 for alle grupper for kommunesentralitet

Sentralitet gir et mål for kommunens sentralitet basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser (Høydahl 2017). 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). SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk for 2021, viser at dekningsgraden fordelt etter sentralitet både for tannleger totalt (offentlig og privat sektor) og private tannleger i forhold til innbyggere 21 år og eldre, er høyest i mest sentrale kommuner og lavest i minst sentrale kommuner (jf. Tabell C1.3 Vedlegg C). Forskjellene i dekningsgrad er størst mellom sentrale og mindre sentrale kommuner dersom man ser på dekningsgraden for private tannleger.

Figur 6.1 viser andelen personer 21 år og eldre (målt i prosent av bosatte i de ulike gruppene for sentralitet) som mottar refusjoner ved tannbehandling etter kommunesentralitet i perioden 2014-2021. For 2021, så viser resultatene at andelen mottakere er størst blant bosatte i de fire gruppene med sentrale og mellomsentrale kommuner og minst blant de bosatte i de to gruppene med minst sentrale kommuner. Når det gjelder utviklingen i perioden 2014-2021, så har andelen mottakere økt nokså jevnt blant bosatte i alle gruppene for kommunesentralitet. Unntaket er en liten nedgang mellom 2019 og 2020 for alle grupper for sentralitet, som etter all sannsynlighet skyldes korona-pandemien og delvis nedstenging av tjenesten deler av året.

**Figur 6.1** Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet, 2014-2021

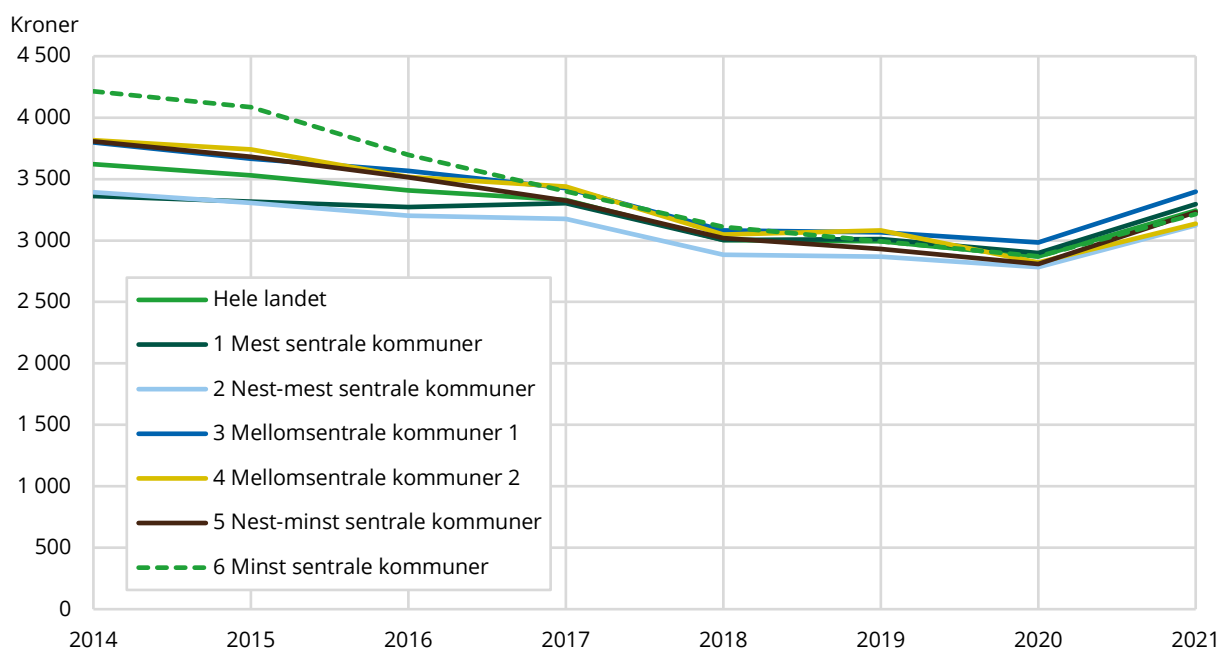


Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

I *minst sentrale kommuner* har andelen refusjonsmottakere blant bosatte økt fra 8,5 prosent til 12,5 prosent, mens i *nest minst sentrale kommuner* har andelen økt fra 8,5 til 13,4 prosent mellom 2014 og 2021. I de to gruppene for mellomsentrale kommuner har det også vært en økning i andelen refusjonsmottakere blant bosatte i perioden. Mens det i *mellomsentrale kommuner 1* var en økning fra 10,8 prosent i 2014 til 14,6 prosent i 2021, viser tilsvarende tall for *mellomsentrale kommuner 2* en økning fra 9,8 prosent til 14,8 prosent. For *nest mest sentrale kommuner* har andelen økt fra 11,3 prosent til 14,3 prosent, mens i *mest sentrale kommuner* har andelen økt fra 10,3 til 14,6 prosent.

Ser man på den prosentvise endringen andel mottakere i perioden 2014-2021, så viser tallene at den største prosentvise økningen er blant de mindre sentrale og mellomsentrale kommuner, mens den er minst blant sentrale kommuner. Den største prosentvise endringen i perioden har vært i *nest minst sentrale kommuner*, med en økning på 58 prosent. Tilsvarende har den minste prosentvise endringen vært i *nest mest sentrale kommuner*, med en økning på 27 prosent. Resultatene viser samtidig at det er nokså tydelige forskjeller i andelen mottakere blant bosatte etter kommunesentralitet gjennom hele perioden, nærmere bestemt mellom sentrale og mellomsentrale kommuner på den ene siden og nest minst og minst sentrale kommuner på den andre siden. Videre er forholdstallet i andelen mottakere mellom *mest sentrale kommuner* og *minst sentrale kommuner*, relativt uendret i perioden.

Figur 6.2 viser utviklingen i perioden 2014-2021 for gjennomsnittlig beløp per behandlet pasient etter kommunesentralitet. Gjennomsnittlig utbetalte beløp per behandlet pasient er redusert i perioden 2014-2021 i alle gruppene for kommunesentralitet. Den største nedgangen i perioden, målt i både absolutte tall og prosent, er for *minst sentrale kommuner* der gjennomsnittlig beløp per pasient var 4 214 kroner i 2014 og 3 216 kroner i 2021, som tilsvarer en nedgang på 998 kroner eller i underkant av 24 prosent. Den minste nedgangen var i *mest sentrale kommuner* der gjennomsnittlig beløp var 3 362 kroner i 2014 og 3 297 kroner i 2021, som tilsvarer en nedgang 65 kroner eller om lag 2 prosent.

**Figur 6.1 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandlet pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kommunesentralitet. Løpende priser. 2014-2021**

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

De store endringene i gjennomsnittlig utbetalte beløp i perioden 2014-2021 for mest sentrale og minst sentrale kommuner, har ført til at forskjellen mellom de to kommunegruppene er blitt visket ut. Mens gjennomsnittlige utbetalte beløp i 2014 var 852 kroner høyere i *minst sentrale kommuner* sammenlignet med i *mest sentrale kommuner*, viser figuren at gjennomsnittlige beløp i 2021 var 81 kroner lavere i *minst sentrale kommuner* sammenlignet med i *mest sentrale kommuner*. Forskjellene mellom sentralitetsinndelingene med høyest og lavest gjennomsnittlig utbetalt beløp har også blitt mindre mellom 2014 og 2021, både målt i absolutte tall og forholdstall. Mens den absolutte differansen var 852 kroner i 2014, var tilsvarende tall 274 kroner i 2021.

Resultatene fordelt etter kommunesentralitet viser mange av de samme resultatene som fordelt etter fylke. Andelen som tar imot refusjoner ved tannbehandling er størst i sentrale og mellom-sentrale områder der den private tannlegedekningen er høy. Når det gjelder gjennomsnittlig utbetalte beløp per behandlet pasient, viser resultatene også de samme tendensen som etter fylker; Det har vært en nedgang i beløpene for alle kommunesentraliteter og forskjellene mellom sentralitetsinndelingene med høyest og lavest gjennomsnittlig utbetalte beløp har blitt mindre i perioden 2014-2021.

#### 6.4. Flere får refusjoner etter ulike innslagspunkt i sentrale og mellom-sentrale kommuner

Tabell 6.3 viser hvordan andelen personer som fikk refusjon for tannbehandling varierer etter sentralitet og ulike innslagspunkt i 2021. Figuren viser at andelen refusjonsmottakere (i prosent av bosatte i de ulike sentralitetsinndelingene) for innslagspunkt samlet er størst i de sentrale og mellom-sentrale kommunene, og minst i de mindre sentrale kommunene. Andelen mottakere er aller størst blant mellom-sentrale kommuner 2 og minst blant minst sentrale kommuner med hhv. 14,8 prosent og 12,5 prosent. Samtidig viser tallene for 2021 at forskjellen i andelen refusjonsmottakere mellom sentrale og mellom-sentrale kommuner er relativt små, mens forskjellen mellom sentrale og mellom-sentrale sammenlignet med nest minst og minst sentrale kommuner er relativt større. Dette taler for at det er i områder med god tilgang til tannlegetjenester at flest benytter seg av refusjonsordningen.



Tabellen viser også at andelen som mottar tannhelserefusjoner fordelt etter sentralitet og innslagspunkt, varierer i 2021. Den største andelen personer mottar refusjon etter innslagspunktene 6 (periodontitt) og 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) for alle sentralitetsinndelinger. For innslagspunkt 6 (periodontitt) er det ingen tydelige forskjeller i andel mottakere i bosatte etter sentralitet, mens for innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) er andelen refusjonsmottakere størst blant bosatte i mest sentrale kommuner og minst blant bosatte i minst sentrale kommuner.

**Tabell 6.2 Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Prosent. 2021**

Innslagspunkt	Hele landet	1 Mest sentrale	2 Nest-mest sentrale	3 Mellom-sentrale	4 Mellom-sentrale	5 Nest-minst sentrale	6 Minst sentrale
		kom-muner	kom-muner	kom-muner <sup>1</sup>	kom-muner <sup>2</sup>	kom-muner	kom-muner
<b>Alle</b>	<b>14,35</b>	<b>14,62</b>	<b>14,31</b>	<b>14,57</b>	<b>14,79</b>	<b>13,43</b>	<b>12,48</b>
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	0,23	0,17	0,21	0,26	0,26	0,24	0,24
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	0,07	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,06
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,40	0,36	0,39	0,42	0,42	0,45	0,39
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	3,82	4,88	3,89	3,74	3,32	3,08	2,51
Punkt 6 Periodontitt	6,90	6,69	6,88	6,97	7,31	6,69	6,45
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,18	0,26	0,18	0,18	0,14	0,12	0,11
Punkt 8 Bittanomalier	0,20	0,22	0,22	0,18	0,22	0,19	0,16
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	1,38	1,27	1,38	1,42	1,55	1,31	1,24
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørighet)	0,73	0,33	0,66	0,84	1,05	0,86	0,95
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	0,08	0,06	0,07	0,09	0,09	0,09	0,08
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,17	0,20	0,18	0,17	0,14	0,11	0,11
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,14	0,10	0,12	0,17	0,16	0,16	0,10
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04
Punkt 161	0,02	0,00	0,03	0,02	0,02	0,03	0,04

<sup>1</sup> innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: KUHR og Statistisk sentralbyrå

Periodontitt er innslagspunktet som størst andel personer mottok tannhelserefusjoner blant bosatte i både mindre sentrale og mer sentrale kommuner. Samtidig er det relativt små forskjeller i andel mottakere blant *mest sentrale kommuner* og *minst sentrale kommuner*. Andelen som mottok refusjoner for periodontitt var størst blant bosatte i *mellomsentrale kommuner* 2 og minst blant bosatte i *minst sentrale kommuner* med hhv 7,3 og 6,5 prosent. Innslagspunkt 5 (Sykdommer og anomalier i munn og kjeve) er innslagspunktet med nest størst andel voksne refusjonsmottakere, både blant bosatte i mindre sentrale og mer sentrale kommuner. Andelen mottakere øker med sentralitet. Mens omtrent 2,5 prosent av de bosatte mottok tannhelserefusjoner for innslagspunkt 5 i *minst sentrale kommuner*, var tilsvarende tall i overkant av 3,8 prosent i *mest sentrale kommuner*.

For de andre innslagspunktene er det ingen entydige og klare tendenser for andel refusjonsmottakere blant bosatte etter sentralitet i 2021. Andelen varierer i størrelse etter ulike sentralitetsinndelinger avhengig av hvilke innslagspunkt man ser på. For noen av innslagspunktene er andelen mottakere blant bosatte størst i sentrale kommuner og minst i minst sentrale kommuner. Dette gjelder blant annet for innslagspunkt 7 (Tannutviklingsforstyrrelser), 8 (Bittanomalier), 9 (Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon) og 13 (Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade).

For andre innslagspunkt er derimot resultatene motsatt der andelen refusjonsmottakere er størst blant bosatte i minst sentrale kommuner og minst blant bosatte i de mest sentrale kommunene. Dette gjelder blant annet innslagspunkt 1 (Sjelden medisinsk tilstand) og 10 (Hyposalivasjon (munntørrhet)). Samtidig er forskjellen i andelen mottakere blant bosatte relativt liten mellom mest sentrale og minst sentrale kommuner for de fleste innslagspunkt, og for flere av innslagspunktene er det i mellomkategoriene for sentralitet at andelen mottaker av refusjon blant bosatte er størst.

Grunnlagsdata for 2021 viser for øvrig at de generelle alderstendensene for mottak av tannhelserefusjoner er de samme også når det gjelder kommunesentralitet. Andelen som får tannhelserefusjoner stiger med økende alder opp til 80 år, før den flater ut og starter å falle igjen. Unntaket er blant de nest minst og minst sentrale kommunene hvor andelen mottakere synker allerede fra og 70 år. Andelen refusjonsmottakere i de to eldste aldersgruppene (70-79 år og 80 år og eldre) er jevnt over større i sentrale og mellomsentrale kommuner i forhold til i de mindre sentrale kommunene. For de ulike innslagspunktene er alderstrendene stort sett de samme innenfor alle de ulike sentralitetsinndelingene som for landet totalt.

### **Utviklingen i andelen refusjonsmottakere etter ulike innslagspunkt i perioden 2014-2021**

Når det gjelder utviklingen i andel refusjonsmottakere etter ulike innslagspunkt i perioden 2014-2021, så viser grunnlagstallene at andelen mottakere blant bosatte har økt for de aller fleste innslagspunktene for alle kommunesentraliteter. Unntakene er innslagspunkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale, innslagspunkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade og innslagspunkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne hvor det har vært en nedgang i andel refusjonsmottakere stort sett for blant bosatte for alle grupper for kommunesentralitet.

Grunnlagstallene viser for øvrig at forskjellene, målt i forholdstallet mellom sentralitetsgruppene med størst og minst andel mottakere, har blitt mindre for 10 av 15 innslagspunkter mellom 2014 og 2021. Dette inkluderer blant annet det største innslagspunktet, periodontitt (punkt 6). Hvilken kommunegruppe for sentralitet som har størst og minst andel mottakere for de enkelte innslagspunktene varierer imidlertid mellom 2014 og 2021. Eksempelvis så viser tallene for det største innslagspunktet (periodontitt), at andelen mottakere i 2014 var størst blant bosatte i *nest mest sentrale kommuner* og minst blant *nest minst sentrale kommuner*, mens i 2021 var andelen størst blant bosatte i *mellomsentrale kommuner 2* og minst blant bosatte i *minst sentrale kommuner*. Det er samtidig en generell tendens at andelen mottakere etter ulike innslagspunkt er størst blant bosatte i sentrale og mellomsentrale kommuner og minst blant bosatte i *minst sentrale kommuner*.

### **6.5. Gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp etter ulike innslagspunkt**

Tabell 6.4 viser hvordan gjennomsnittsbeløpene for personer som fikk refusjon til tannbehandling varierer etter sentralitet og innslagspunkt i 2021. De gjennomsnittlige beløpene per behandlet pasient totalt er høyest i *mellomsentrale kommuner 1* og lavest i *nest mest sentrale kommuner* (henholdsvis 3 398 kroner og 3 124 kroner). En sammenligning av *mest sentrale kommuner* og *minst sentrale kommuner* viser samtidig at de gjennomsnittlige refusjonsbeløpene per pasient er lavere i minst sentrale kommuner sammenlignet med mest sentrale kommuner for 12 av 15 av innslagspunktene.

De gjennomsnittlig utbetalte beløpene per pasient varierer etter sentralitet for de ulike innslagspunktene i 2021. For de aller fleste innslagspunktene er gjennomsnittlige beløp høyere i sentrale og mellomsentrale kommuner enn i mindre sentrale kommuner. Samtidig er det unntak hvor de gjennomsnittlige utbetalte beløpene er høyere i mindre sentrale kommuner.

**Tabell 6.3 Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbeløp per behandla pasient i befolkninga 21 år og eldre, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Løpende priser. Kroner. 2021**

Innslagspunkt	Alle kom- muner	1 Mest sen- trale kom- muner	2 Nest- mest sen- trale kom- muner	3 Melloms- sen- trale kom- muner <sup>1</sup>	4 Melloms- trale kom- muner <sup>2</sup>	5 Nest- minst sen- trale kom- muner	6 Minst sen- trale kom- muner
<b>Alle</b>	<b>3 244</b>	<b>3 297</b>	<b>3 124</b>	<b>3 398</b>	<b>3 138</b>	<b>3 229</b>	<b>3 216</b>
Punkt 1 Sjelden medisinsk tilstand	5 331	5 348	5 673	5 387	5 044	5 076	4 850
Punkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte	8 561	3 906	7 696	8 788	16 950	10 393	5 333
Punkt 3 Svulster i munnhulen, tilgrensa vev, eller i hoderegionen ellers	8 469	7 899	8 790	8 917	9 049	7 300	6 673
Punkt 4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	6 219	6 818	6 127	6 371	6 036	5 683	5 401
Punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	1 737	1 763	1 715	1 708	1 768	1 783	1 688
Punkt 6 Periodontitt	2 851	3 295	2 729	2 972	2 530	2 637	2 629
Punkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser	7 688	7 771	7 515	7 916	7 449	7 860	7 075
Punkt 8 Bittanomalier	2 235	2 171	2 372	2 344	1 883	2 214	2 612
Punkt 9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	4 230	4 341	4 079	4 359	4 147	4 203	4 288
Punkt 10 Hyposalivasjon (munntørrhet)	5 777	6 913	5 941	5 869	5 379	5 489	5 067
Punkt 11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	5 204	4 083	7 481	5 529	3 762	4 000	2 000
Punkt 12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	7 909	8 811	7 622	7 518	8 055	8 035	8 301
Punkt 13 Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	6 104	6 621	5 738	6 127	5 815	6 342	6 107
Punkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	10 708	10 727	11 205	11 716	8 674	10 313	10 574
Punkt 15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	36 389	33 984	35 367	37 173	37 772	36 022	37 233
Punkt 16 <sup>1</sup>	1 490	833	1 765	832	2 044	1 309	1 139

<sup>1</sup> 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 2 (Leppe-kjeve-ganespalte) stort sett etter alle sentralitetsinndelinger. For innslagspunkt 15 er de gjennomsnittlige beløpene høyest i *mellomsentrale kommuner 2* (37 772 kroner) og lavest i *mest sentrale kommuner* (33 984 kroner). For innslagspunkt 14 er de gjennomsnittlig utbetalte beløpene høyest i *mellomsentrale kommuner 1* og lavest i *mellomsentrale kommuner 2* (med henholdsvis 11 716 kroner og 8 674 kroner). For innslagspunkt 2 er gjennomsnittlig beløp klart høyest i *mellomsentrale kommuner 2* med 16 950 kroner og lavest i *mest sentrale kommuner* med 3 906.

For det største innslagspunktet (periodontitt), målt både i andelen mottakere og totalt utbetalte beløp, er de gjennomsnittlige utbetalte beløpene høyest i *mest sentrale kommuner* og lavest i *mellomsentrale kommuner 2*, med henholdsvis 3 295 kroner og 2 530 kroner. Bortsett fra i mest sentrale kommuner er det imidlertid små forskjeller i gjennomsnittlige beløp mellom de ulike sentralitetsinndelingene for dette innslagspunktet.

### Utviklingen i gjennomsnittlige refusjonsbeløp etter ulike innslagspunkt i perioden 2014-2021

Når det gjelder utviklingen i gjennomsnittlige utbetalte refusjonsbeløp per behandlet pasient i perioden 2014-2021 for de enkelte innslagspunktene, så viser grunnlagstallene at det har vært en nedgang i utbetalte beløp for 14 av de 15 innslagspunktene. Unntaket er innslagspunkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve hvor det har vært en liten økning. Nedgangen for 14 av 15 av innslagspunktene gjelder stort sett for alle sentralitetsinndelinger, og er stort sett størst for de de nest minst og minst sentrale kommunene.

Når det gjelder forskjellene mellom sentralitetsinndelingene med høyest og lavest utbetalte gjennomsnittbeløp i perioden 2014-2021, så viser grunnlagstallene at disse er blitt mindre både samlet og for 10 av 15 av innslagspunktene. Dette gjelder både dersom man sammenligner absolutte tall og forholdstall. For innslagspunktene hvor forskjellene har blitt større, er det snakk om relativt små endringer mellom 2014 og 2021. Unntaket er for innslagspunkt 2 Leppe-kjeve-ganespalte hvor differansen mellom høyeste og laveste gjennomsnittlige utbetalte beløp etter kommune grupper for sentralitet har økt fra 1 277 kroner i 2014 til 13 044 kroner i 2021. Det er viktig å understreke at dette er et lite innslagspunkt målt i andelen av bosatte som mottar refusjoner, og vil være mer sensitivt for endringer i pasientgrunnlaget fra et år til et annet sammenlignet med for andre større innslagspunkt.

## 6.6. Oppsummering

Dette kapitlet har vist at andelen som mottar tannhelserefusjoner er størst blant befolkningen 21 år og eldre i sentrale områder i 2021. Fordelt etter fylker er andelen som mottar refusjoner størst blant bosatte i sentrale fylker i Sør-Norge med høy privat tannlegedekning. Fordelt etter kommunesentralitet er andelen som mottar refusjon størst blant bosatte i de sentrale og mellomsentrale kommunene, og minst i de minst sentrale kommunene. Dette støtter hypotesen om at tilgang til tannleger spiller en viktig rolle for å få utløst tannhelserefusjoner. I sentrale områder med høy privat tannlegedekning er andelen som får nytte godt av ordningene større enn i mindre sentrale områder med lavere privat tannlegedekning.

Samtidig er de generelle aldersmønstrene for mottak av refusjoner tilsvarende like blant alle inndelinger etter fylker og kommunesentralitet i 2021. Det kan tyde på at selv om god tilgang til tannleger spiller en viktig rolle, vil behandlingsbehovet i de ulike aldersgruppene, samt innretningen av refusjonsordningen knyttet til de ulike innslagspunktene være mer styrende for hvem som utløser tannhelserefusjoner enn regionale forskjeller i tilgang til tannleger.

Når det gjelder utviklingen i perioden 2014-2021, viser resultatene at andelen refusjonsmottakere samlet for alle innslagspunkt har økt blant bosatte etter alle sentralitetsinndelinger og fylker. Samtidig har de relative forskjellene i refusjonsmottakere mellom fylkene med størst og minst andel og kommunene i sentrale og mindre sentrale strøk blitt noe mindre mellom 2014 og 2021. Utviklingen i andelen mottakere for de enkelte innslagspunktene viser stort sett de samme tendensene; Det har vært en økning i andelen mottakere for stort sett alle innslagspunkt og inndelinger for kommunesentralitet mellom 2014 og 2021. Samtidig har den relative forskjellen mellom sentralitetsinndelingene med størst og minst andel mottakere blant bosatte blitt mindre for flertallet av innslagspunkt.

Når det gjelder gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp samlet for alle innslagspunkt, så har disse gått ned for alle fylker og sentralitetsinndelinger mellom 2014 og 2021. Samtidig har både den absolutte og relative forskjellen mellom fylkene og gruppene for kommunesentralitet med høyest og lavest gjennomsnittlig utbetalte beløp gått ned mellom 2014 og 2021. Eksempelvis er den tydelige forskjellen i gjennomsnittlig utbetalte beløp mellom mest sentrale og minst sentrale kommuner i 2014 blitt visket ut i 2021. For de gjennomsnittlige utbetalte beløpene for de enkelte innslagspunktene er tendensen stort sett den samme for alle sentralitetsinndelinger i perioden; Det har vært en nedgang i gjennomsnittlige beløp for 14 av 15 innslagspunkt, og forskjellen mellom sentralitetsinndelingene med høyest og lavest gjennomsnittlige utbetalte beløp er blitt mindre for 10 av 15 av innslagspunktene mellom 2014 og 2021, både målt i absolutte tall og forholdstall.

Siden det ikke finnes opplysninger i den studerte populasjonen om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for tannhelsetjenester etter regionale kjennetegn, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottok refusjoner etter ulike regionale inndelinger samsvarer med det faktiske behovet innenfor de ulike regionale inndelingene.

## 7. Refusjonsmottakernes behandlingsforløp gjennom perioden 2011-2021

I de foregående kapitlene er mottakere av tannhelserefusjoner, beløp og mottakernes sammensetning studert med utgangspunkt i hver enkelt årgang med opplysninger om tannhelserefusjoner. I dette kapitlet følges mottakerne derimot fra år til år i den perioden vi har informasjon om dem.

### 7.1. Antall forløp og varigheten av dem

Det samlede antallet pasientforløp som er registrert under refusjonsordningen i 2011-2021, var på 1,85 millioner. Det betyr at 38 prosent av de samtidig bosatte over 20 år var registrert i KUHR med en eller flere tannhelserefusjoner i løpet av de 11 årene.

I utarbeidingen av forløp kommer det til nytte at vi har informasjon om i alt 11 årganger med sammenliknbart datamateriale. For selv om kvaliteten var svak, særlig i 2011-årgangen (se avsnitt 3.2), vil det likevel være en betydelig andel av mottakerne i 2012 som også er registrert med mottak i det foregående året. På den måten blir ikke omfanget av nye mottakere i årene 2012-2014 overvurdert i samme grad som det ville vært uten å bruke 2011-årgangen.

I tabell 7.1 ser vi tilgangen av nye pasienter i hvert av de observerte årene. Til sammenlikning er alle med refusjon i de enkelte årene vist i den midterste kolonnen. Bortsett fra i det første året, der alle nødvendigvis er «nye», er det samlede antall mottakere langt flere enn det antallet de «nye» utgjør. Dette er et uttrykk for at en stor andel mottakere av tannhelserefusjoner er registrert med refusjon i flere år. I denne tabellen kommer dette også til uttrykk ved at «avgangen» av mottakere, dvs. de som ikke er registrert i noe senere år, stort sett er betydelig lavere enn tilgangen av nye pasienter.

**Tabell 7.1 Antall unike mottakere av tannhelserefusjoner 2011-2021, etter året de registrert med refusjon første gang. Antall mottakere i det enkelte år 2011-2021. Andel unike mottakere av alle voksne bosatte<sup>1</sup>**

År	Antall nye mottakere	Økning nye, prosent	Antall med refusjon totalt	Økning alle prosent	Antall mottakere i siste år
2011	199 750		199 750		41 064
2012	185 363		284 974		60 681
2013	205 001		370 464		89 105
2014	179 595		403 891		92 438
2015	171 522	-4,5	454 881	12,6	107 564
2016	167 758	-2,2	482 738	6,1	123 780
2017	161 852	-3,5	517 242	7,1	144 890
2018	149 466	-7,7	531 740	2,8	161 256
2019	144 873	-3,1	555 938	4,6	197 465
2020	130 186	-10,1	535 683	-3,6	225 343
2021	150 037	15,2	601 817	12,3	601 817
Sum	1 845 403				
Antall bosatte i perioden	4 815 964				
Andel med mottak	38,4				

<sup>1</sup> Alle voksne bosatte er her definert som alle som i perioden 2011-2021 var registrert som bosatt og samtidig fylte minst 21 år i løpet av ett eller flere av årene.

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Imidlertid er det ikke bare i det første året den tilsynelatende tilgangen er kunstig høy, Når «tilgangen» utgjorde så stor andel av mottakerne i de påfølgende årene, skyldtes dette i noen grad at den ikke var reell, det vil si at noen av disse har mottatt refusjon som bare var behandlet manuelt i 2011, mens andre har mottatt refusjon før 2011. Et ekstra høyt antall nye mottakere i 2013 skyldes at KUHR-materialet dette året har med personer over 75 år som bare fikk refusjon for undersøkelse, noe som ikke er praktisert før eller senere. Men alt i alt var det større tilgang av nye mottakere og lave tall for avgang i første halvdel av perioden, da ordningen vokste.

Først i den siste halvdel av perioden har det vært et lavere og mer stabilt nivå på tilgangen av nye mottakere, på mellom 145 000 og rundt 168 000 når vi ser bort fra pandemiåret 2020. I disse årene utgjorde tilgangen mellom 25 og 35 prosent av alle med refusjon i det enkelte år. Noe mer stabilitet i tilganger, men også flere avganger ble det etter hvert som stadig flere hadde vært innom ordningen. Men i de siste årene er selvsagt «avgangen» kunstig høy, ved slutten på perioden for observasjon.

**Tabell 7.2 Antall unike mottakere av tannhelse refusjoner 2011-2021, etter året de registrert med refusjon første gang og fordelt etter antall år de mottok refusjon. To mål for varighet<sup>1</sup>**

År	Gjennomsnittlig varighet	Gjennomsnittlig antall år	Fordeling av refusjonsmottakere etter antall år med mottak						
			I alt	1 år	2 år	3 år	4-6 år	7-10 år	11 år
2011	6,9	5,0	100,0	20,6	15,5	10,5	19,1	23,8	10,5
2012	5,7	3,9	100,0	27,1	19,3	12,1	19,2	22,2	-
2013	4,7	3,3	100,0	33,8	20,2	11,8	17,9	16,3	-
2014	4,2	2,9	100,0	35,0	22,5	12,5	18,4	11,6	-
2015	3,5	2,5	100,0	40,0	23,9	12,5	17,2	6,4	-
2016	3,0	2,3	100,0	42,6	24,1	11,9	21,5	-	-
2017	2,5	2,1	100,0	47,6	24,1	11,5	16,8	-	-
2018	2,0	1,8	100,0	53,3	24,3	11,1	11,3	-	-
2019	1,7	1,6	100,0	60,1	24,2	15,6	-	-	-
2020	1,3	1,3	100,0	68,5	31,5	-	-	-	-
2021	1,0	1,0	100,0	100,0	-	-	-	-	-
Alle	2,2	2,7	100,0						
Alle 2015-17	5,0	3,9	100,0	24,5	19,6	12,6	23,7	20,1	2,4

<sup>1</sup> Varighet er definert som antall år fra første til siste registrerte mottak, inkludert start og sluttåret. Antall år er antallet kalenderår det er registrert mottak.

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Ser vi nærmere på varigheten av forløpene når de sorteres etter første året mottakerne er registrert i KUHR, er det nødvendigvis sterk sammenheng med startåret og antall år de ulike kullene av mottakere er observert. Derfor er andelen korte forløp sterkt overrepresentert i materialet, og særlig har det liten hensikt å studere forløpene til mottakere som har kommet inn i ordningen de siste årene. På den annen side er 2011-kullet observert i hele 11 år, og over 10 prosent av dem som kom inn i ordningen så tidlig, mottok også en refusjon i 2021. Men i dette kullet er det grunn til å anta at de lange forløpene er overrepresentert, da graden av elektroniske krav sannsynligvis kan ha økt utover i 2011, slik at det særlig var dem med bare en refusjon i dette året som ikke har kommet med i materialet. Også 2013-kullet er de med bare mottak i ett år overrepresentert, på grunn av de ekstraordinære refusjonene for undersøkelse blant eldre dette året.

For å unngå den sterke overrepresentasjonen av korte forløp, er en alternativ populasjon studert nærmere i dette kapitlet, «alle 2015-2017», som er avgrenset ved dem som mottok refusjon i minst ett av årene 2015-2017. Disse har, gitt at de fremdeles er bosatt, vært under observasjon i minimum fire år etter 2017 og gitt at de var over 20 år og bosatt i landet, i minst fire år før 2015. Dermed er de korte forløpene neppe overvurdert, mens de middels lange muligens er overrepresentert på bekostning av de aller lengste, slik det ser ut når vi sammenlikner med 2012-kullet. På den annen side består alle som er observert i 2015-2017 av nær 900 000 mottakere, om lag det halve av den komplette populasjonen. I gjennomsnitt mottok disse refusjon i 3,9 år, som også gjaldt 2012-kullet, mens den komplette populasjonen hadde et gjennomsnittlig antall år med refusjon på 2,2 år. mens den gjennomsnittlige varigheten var 5,0 år mot 5,7 år i 2012-kullet. I 2015-2017-populasjonen var det, som i 2012-kullet, om lag en av fire som bare hadde mottatt refusjon i ett år mens noe over halvparten var mottakere i tre år eller mer, hvorav bare en ubetydelig andel hadde mottatt refusjon i alle 11 årene.

## 7.2. Kostnader for hele behandlingsforløp

Organiseringene av refusjonsmaterialet i hele behandlingsforløp gir også et nytt perspektiv når kostnadene til de ulike kategorier av mottakere skal studeres. Tabell 7.3 viser de samlede

kostnadene for de ulike kullene av mottakere, og i denne tabellen er det i stor grad ulikheter i antall mottakere som forklarer forskjellene mellom kullene. I 2011-kullet har også de samlede utgiftene vært særskilt store på grunn av den høye andelen mottakere med lange forløp som er registrert for dem. I 2013-kullet er det betydelig lavere utgifter, selv om dette kullet var stort, noe på grunn av innslaget av eldre med bare refusjon for undersøkelse i dette året. Ellers blir utgiftene mer like når de også klassifiseres etter varighet, men som det kom fram i tabell 7.2, var det en del variasjon i disse fordelingene og dermed antall mottakere bak tallene i tabell 7.3. Spesielt for det siste året var at de 150 000 nye som utgjorde 2021-kullet mottok et betydelig høyere beløp enn det de nyankomne i årene før gjorde første år, selv om de ikke var så mange flere enn i f.eks. 2018- og 2019-kullet. Når det gjelder samlede utgifter, er det blitt utbetalt 15,7 milliarder løpende kroner til voksne mottakere gjennom refusjonsordningen gjennom de 11 årene fram til 2021. Når det gjelder de to populasjonene vi ser nærmere på her, utgjorde utvalget med utgangspunkt i registrerte mottak i 2015-2017 hele 73 prosent av utgiftene til den samlede populasjonen på 1,85 millioner mottakere, selv om de var noe under halvparten i størrelse.

**Tabell 7.3 Samlet beløp av tannhelsefusjoner til voksne mottakere 2011-2021, etter året mottaker ble registrert med refusjon første gang og etter antall år mottakerne er registrert med refusjon. Millioner kroner**

År	Antall år med refusjon											
	Alle	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år	7 år	8 år	9 år	10 år	11 år
2011	3 414,8	102,6	182,5	210,9	229,2	226,1	236,9	252,3	282,4	340,5	510,5	841,0
2012	2 402,4	132,2	217,6	225,2	218,1	205,8	212,0	205,4	223,8	303,7	458,7	-
2013	2 143,8	159,6	243,9	245,9	219,6	210,7	193,7	208,1	270,4	391,9	-	-
2014	1 803,1	193,1	269,5	237,9	210,8	186,4	177,8	212,2	315,4	-	-	-
2015	1 451,6	196,8	262,9	223,2	179,3	158,6	162,6	268,2	-	-	-	-
2016	1 243,1	189,4	260,1	196,4	164,6	155,4	277,1	-	-	-	-	-
2017	1 018,7	205,6	223,4	177,7	152,6	259,4	-	-	-	-	-	-
2018	758,8	179,5	201,5	153,0	224,9	-	-	-	-	-	-	-
2019	615,4	192,2	192,3	230,8	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	472,6	193,3	279,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2021	400,0	400,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum alle	15 724,0	2 144,2	2 332,8	1 901,1	1 599,1	1 402,5	1 260,1	1 146,1	1 091,9	1 036,1	969,2	841,0
Sum alle 2015-17	11 507,5	591,8	1 090,4	1 139,0	1 134,1	1 273,5	1 213,3	1 131,0	1 088,1	1 036,1	969,2	841,0

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

**Tabell 7.4 Gjennomsnittsbetøp per unike voksne mottaker av tannhelsefusjoner 2011-2021, etter året mottaker ble registrert med refusjon første gang og etter antall år mottakerne er registrert med refusjon**

År	Antall år med refusjon											
	Alle	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år	7 år	8 år	9 år	10 år	11 år
2011	17 095	2 498	5 901	10 071	14 800	18 641	22 509	25 171	27 959	30 210	31 473	39 914
2012	12 960	2 628	6 069	10 034	14 606	18 523	22 265	24 308	26 031	28 485	33 962	-
2013	10 457	2 303	5 883	10 164	14 263	18 003	20 317	22 903	24 079	29 934	-	-
2014	10 040	3 075	6 679	10 589	15 009	18 187	20 139	22 314	27 751	-	-	-
2015	8 463	2 866	6 418	10 420	14 318	17 557	20 533	24 373	-	-	-	-
2016	7 410	2 651	6 440	9 868	13 584	16 286	19 322	-	-	-	-	-
2017	6 294	2 670	5 728	9 555	13 125	16 587	-	-	-	-	-	-
2018	5 077	2 255	5 543	9 227	13 268	-	-	-	-	-	-	-
2019	4 248	2 207	5 477	10 190	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	3 630	2 167	6 812	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2021	2 666	2 666	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gjennomsnitt alle	8 521	2 533	6 117	10 048	14 142	17 661	20 770	23 843	26 445	29 582	32 604	39 914
Gjennomsnitt 2015-2017	12 971	2 726	6 280	10 180	14 301	17 609	20 754	23 839	26 449	29 582	32 604	39 914

<sup>1</sup>Den ene populasjonen består av forløpene til alle registrerte mottakere i 2011-2021, det andre av alle som er registrert med mottak midt i perioden, men med hele deres forløp gjennom perioden ved 2011-2021.

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Ser vi derimot på gjennomsnittsbetøp per mottaker i hele deres behandlingsforløp, utgjøres forskjellene i stor grad av antallet år med refusjoner, som vi f.eks. ser i det fallende gjennomsnittet

for de senere kullene av mottakere. For 2015-2017-populasjonen svarer et gjennomsnitt på 12,9 tusen kroner at de hadde et midlere gjennomsnitt per år på 3 300 kroner i de 3,9 årene de var mottakere. Men i både denne og i den komplette populasjonen er det ganske lave gjennomsnittlige utbetalinger til mottakere som bare var innom ordningen i ett år. Både for forløpene som gikk gjennom 2 år og særlig blant dem som var mottakere i tre eller fire år, var utbetalingene per år klart høyere. For lengre forløp var de årlige utbetalingene i gjennomsnitt noe lavere.

### 7.3. Mange kombinasjoner av innslagspunkt

For å sammenlikne utgiftene til de enkelte mottakerne når vi betrakter deres samlede behandlingsforløp, er det av interesse å studere hvordan forløpene er fordelt etter innslagspunkt. Imidlertid er det ikke noe en-til-en-forhold mellom mottakere og innslagspunkt, og i tabell 7.5 vises hvordan behandlingsforløpene fordeles etter hvor mange ulike innslagspunkt som er med (se også tabellnote til tabell 7.6 bak). Også i tabell 7.5 sammenliknes de to populasjonen vi har omtalt i de to foregående delkapitlene. Når hele materialet tas med, er om lag 80 prosent av mottakerne som har fått refusjon etter bare ett innslagspunkt. Men for den reduserte populasjonen, som ikke har noen klar overrepresentasjon av korte forløp, gjaldt dette under 70 prosent. Dette innebærer at nesten en av tre mottakere av tannhelserefusjoner har fått dette etter to eller flere innslagspunkt.

De aller fleste mottakerne med mer en ett innslagspunkt har bare ett annet innslagspunkt i tillegg. Andelen med flere enn to innslagspunkt er altså liten i begge populasjonene, med hhv. 2,6 og 4,7 prosent i den komplette og den reduserte populasjonen. Men i begge populasjonen er det i størrelsesorden 4 000 mottakere som har fått refusjoner etter fire eller flere innslagspunkt.

**Tabell 7.5 Behandlingsforløp, etter antall innslagspunkt per forløp. To utvalg av forløp<sup>1</sup>**

Antall innslagspunkt	Alle mottakere	Fordeling alle mottakere	Mottakere m/refusjon 2015-17	Fordeling mottakere 2015-17
1	1 467 011	79,5	611 575	68,9
2	330 130	17,9	233 180	26,3
3	43 921	2,4	38 251	4,3
4	4 068	0,2	3 873	0,4
5	257	0,0	253	0,0
6	16	0,0	16	0,0
	1 845 403	100,0	887 148	100,0

<sup>1</sup>Det ene utvalget består av forløpene til alle registrerte mottakere i 2011-2021, det andre av alle som er registrert med mottak midt i perioden, men med hele deres forløp gjennom perioden 2011-2021.

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB4 000

For å få et bedre overblikk over mottakernes bruk av refusjoner er de brukte kombinasjonene av innslagspunkt nærmere kartlagt og særlig har det vært et poeng å få fram hvordan varigheten av behandlingene varierer med innslagspunkt.

Tabell 7.6 er ganske omfattende, og den er bygget opp slik:

- Kolonnene gir tall for begge populasjonene, men flest tall for den populasjonen, der korte forløp ikke er overrepresentert, og der det også angis fordelinger etter varighet.
- Vertikalt er det flere blokker, der den øverste gir summer og gjennomsnitt for kategoriene under.
- Når det gjelder kombinasjoner av innslagspunkt, er det ikke tatt hensyn til i hvilken rekkefølge de er brukt og heller ikke om de opptrer med vekslinger seg imellom i flere omganger.
- Kombinasjoner mellom et eller flere innslagspunkt og kategori 16 (annet) er ikke tatt med.



**Tabell 7.6 Ulike behandlingsforløp, etter kombinasjoner av innslagspunkt per forløp. Gjennomsnittlig antall år med refusjoner og fordeling etter antall år. To utvalg av forløp<sup>1</sup>**

Innslagspunkt	Alle		Alle 2015-2017-				
	Antall	Gj.snitt	Antall	Gj.snitt	1-2 år	3-6 år	7-11 år
<b>Alle</b>	<b>1 845 403</b>	<b>2,7</b>	<b>887 148</b>	<b>3,9</b>	<b>44,0</b>	<b>36,3</b>	<b>19,7</b>
Alle med ett innslagspunkt	1 467 011	2,2	611 575	3,4	55,9	27,6	16,5
To Innslagspunkt inkl. 06	197 176	4,7	144 143	5,3	15,4	52,8	31,8
To Innslagspunkt uten 06	132 954	3,4	89 037	3,9	30,0	58,6	11,4
Alle med tre innslagspunkt	43 921	5,8	38 251	6,1	-	60,6	39,4
Alle med fire eller flere innslagspunkt	4 341	7,3	4 142	7,4	-	38,0	62,0
<b>Ett innslagspunkt</b>							
01 Sjeldne medisinske tilstander	9 208	4,6	5 818	6,1	13,6	41,3	45,1
02 Leppe-kjeve-ganespalte	875	1,4	450	1,7	85,1	12,9	2,0
03 Svulster i munnhulen	4 050	1,8	1 219	3,1	64,4	20,4	15,2
04 Infeksjonsforebygging ved sykdom	29 267	2,7	13 317	4,1	44,5	30,8	24,6
05 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	701 431	1,4	239 032	1,6	86,5	13,4	0,1
06 Periodontitt	449 412	3,6	241 901	5,2	25,2	39,6	35,2
07 Tannutviklingsforstyrrelser	18 444	1,8	6 811	2,7	63,4	28,8	7,8
08 Bittanomalier	32 659	1,7	11 058	2,3	67,8	30,0	2,3
09 Patologisk tap erosjon/atrisjon	113 972	1,9	47 399	2,6	62,0	32,5	5,5
10 Hyposalivasjon	36 195	3,2	18 718	4,7	27,9	46,4	25,7
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering	406	1,3	132	1,5	87,9	12,1	0,0
12 Tannskade ved yrkesskade	12 216	1,5	4 328	1,8	80,9	18,0	1,1
13 Tannskade ved annen ulykke	23 396	1,3	7 590	1,6	87,9	11,7	0,4
14 Nedsatt egenomsorg	15 488	2,4	10 802	2,8	60,5	31,0	8,4
15 Tanntap; uten egne tenner underkjeve	3 602	1,3	1 914	1,5	99,1	0,9	0,0
16 Uspesifisert	16 390	1,0	1 086	1,4	92,5	4,7	2,8
<b>To innslagspunkt: Kombinasjoner med periodontitt</b>							
0106 Sjeldne medisinske tilstander			1 390	7,2	3,8	36,2	60,0
0406 Infeksjonsforebygging ved sykdom			6 465	6,1	10,5	47,5	42,1
0506 Sykdommer og anomalier i munnog kjeve			89 099	5,1	17,8	54,2	28,0
0607 Tannutviklingsforstyrrelser			2 308	5,5	14,2	52,1	33,7
0609 Patologisk tap erosjon/atrisjon			21 316	5,7	11,7	51,3	37,0
0610 Hyposalivasjon			10 726	6,3	6,9	46,8	46,2
0612 Tannskade ved yrkesskade			1 578	5,4	15,1	53,2	31,7
0613 Tannskade ved annen ulykke			3 847	5,3	16,2	51,5	32,3
0614 Nedsatt egenomsorg			3 341	5,2	13,7	58,0	28,3
0615 Tanntap; uten egne tenner underkjeve			1 976	4,2	24,7	59,2	16,1
0699 Periodontitt sammen m. '02, '03, '08 eller 11			2 097	5,4	15,8	51,6	32,6
<b>To innslagspunkt: Kombinasjoner uten periodontitt</b>							
0509			31 867	3,6	31,9	61,2	6,9
0510			9 266	4,7	16,4	62,5	21,0
0508			6 546	3,2	38,2	59,2	2,6
0513			5 809	2,9	44,1	55,1	0,8
0507			4 655	3,3	37,9	58,0	4,1
0514			3 881	3,5	32,6	61,2	6,1
0405			3 221	3,5	37,3	54,3	8,4
0910			3 200	5,5	11,1	56,1	32,8
9999 Alle andre kombinasjoner av to			20 592	4,4	26,0	54,6	19,5
<b>Tre innslagspunkt</b>							
050609			10 437	6,2	-	59,6	40,4
050610			4 522	6,7	-	49,7	50,3
050613			1 784	5,8	-	68,3	31,7
040506			1 624	6,2	-	58,1	41,9
060910			1 326	7,2	-	39,9	60,1
999999 Alle andre kombinasjoner av tre			18 558	5,9	-	64,7	35,3
<b>Fire eller flere innslagspunkt</b>							
05060910			733	7,8	-	39,6	60,4
99999999 Alle andre kombinasjoner av fire			3 409	7,3	-	30,3	69,7

<sup>1</sup>Det ene utvalget består av forløpene til alle registrerte mottakere i 2011-2021, det andre av alle som er registrert med mottak midt i perioden, men med hele deres forløp gjennom perioden ved 2011-2021.

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Tabell 7.6 inneholder to typer informasjon. Den ene er informasjon om hvordan varigheten av forløpet, målt i antall år med refusjoner, varierer både med innslagspunkt og med antall innslagspunkt som inngår i forløpet. Ser vi på forløpene med bare ett innslagspunkt, var den gjennomsnittlige lengden oppunder tre og et halvt år i den reduserte populasjonen (mot 2,2 år i den komplette). Ett av innslagspunktet som skiller seg ut med lange forløp er periodontitt, med i gjennomsnitt på 5,2 år i den reduserte populasjonen (mot 3,6 år i den komplette). Ved siden av dette er det mottakere med refusjon ved annen sykdom som har hatt lange forløp, som innslagspunkt 1 (sjeldne medisinske tilstander) med 6,1 år, 4 (infeksjonsforebygging ved sykdom) med 4,7 år og 10 (hyposalivasjon) med 4,1 år, det siste ofte på grunn av medisinbruk.

Når vi ser bort fra restgruppe 16, som ofte er engangsutbetalinger, er 15, 11, 12 og 13 eksempler på innslagspunkt der mottakerne har fått refusjoner under to år i gjennomsnitt, også i populasjonen der de korte forløpene ikke er overrepresentert. Men disse innslagspunktene (12,13 og 15) gjelder situasjoner der den typiske behandlingen vil bestå av engangs reparasjon eller restaurering etter skadede eller manglende tenner eller engangs utskifting av materiale som har gitt allergisk reaksjon (11). Et annet innslagspunkt som ofte utløser korte forløp, på rundt halvannet år i gjennomsnitt i begge populasjonene, er 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve). Dette innslagspunktet kan ha et noe bredere sett av kriterier enn en del av de andre, men en stor andel av mottakerne har fått refusjon for fjerning av visdomstenner, ved ekstraksjon eller operasjon av anlegg, noe som kan forklare et stort innslag av engangsutbetalinger.

De to andre innslagspunktene der det gjennomsnittlige antall år med mottak av refusjoner til voksne er under to år, er 2 (leppe-kjeve-ganespalte) og 8 (bittanomalier). Disse faller inn under en annen kategori, for felles for dem er varighetene og beløpene tilsier at det som oftest vil være at dette stort sett er avslutning av langvarige behandlinger som mottakerne har gjennomgått før de fylte 21 år. Forskjellen mellom dem er at leppe-kjeve-ganespalte er en sjelden tilstand, som normalt er oppdaget ved fødselen og der det har foregått en medisinsk (kirurgisk) behandling og oppfølging gjennom de berørtes barndom. Både de lave varighetene og de lave beløpene tilsier at det er en ubetydelig del av dette som foregår hos tannlege etter at disse pasientene var 20 år, muligens bare kontroller. På den annen side er behandling av bittanomalier hyppig forekommende blant barn og ungdom (Texmon 2021), og der refusjoner etter 20-årsalderen gjelder dem som har kommet sent i gang eller for de alvorligste tilfellene.

Ellers viser tabellen at varigheten av forløpene øker med antall innslagspunkt som inngår. Men når vi ser på forløp der periodontitt inngår i kombinasjon med ett annet innslagspunkt, er disse klart lengre enn andre kombinasjoner av to innslagspunkt, med 5,3 mot 3,9 år med refusjoner. Behandling mot periodontitt medfører en klar forlengelse av forløpene, også ved innslagspunkt som ellers har utløst mer kortvarige behandlinger, som 12 og 13, der refusjon er gitt etter ulykker. Selv om studien av forløp ikke er systematisk når det gjelder rekkefølge, er det et klart inntrykk at refusjon for periodontitt gis etter refusjon for annet innslagspunkt.

I tabellen er det tatt med mange kombinasjoner av innslagspunkt, også for å illustrere det store mangfoldet. Som ventet var innslagspunkt 6 (periodontitt) registrert sammen med alle de andre innslagspunktene i hos de mottakerne som har en kombinasjon av to innslagspunkt, og det er flere forløp i kombinasjon med periodontitt enn forløp med to andre innslagspunkt. Når vi ser på alle med bare periodontitt og alle med kombinasjoner der dette inngår i den minste populasjonen (i tabell 7.6), er det i alt om lag 406 000 av dem som har hatt en refusjon med dette innslagspunktet. Dette svarer til 46 prosent av disse mottakerne, men av dem er det ikke mer enn 60 prosent som bare var registrert med dette innslagspunktet.

#### 7.4. Ulike forløp blant menn og kvinner

I tabellene i dette delkapitlet ser vi på hvilken måte tannhelsefusjoner varierer mellom menn og kvinner når hele behandlingsforløp tas i betraktning, og de to tabellene gir et utsnitt av størrelsene fra de foregående avsnittene, men for menn og kvinner separat.

I den første tabellen (7.7) sammenliknes antall forløp og hvor stor andel mottakerne utgjør av den voksne befolkningen av menn og kvinner i de samme årene. Mens det i gjennomsnitt var 38,3 prosent av den samlede befolkningen som hadde mottatt refusjon, gjaldt det 36,4 prosent av mennene og 40,3 prosent av kvinnene, noe som betyr at kvinnenes tilbøyelighet til å ha mottatt refusjon var 10 prosent nivået for menn. Dette er en noe mindre forskjell enn når vi studerte mottakene i de enkelte år. Men som tabellen også viser, var de gjennomsnittlige antall år med refusjoner noe høyere blant kvinnene enn blant mennene. Dette gjelder enten vi ser på antall år med refusjoner eller antall år fra første til siste registrerte refusjon.

**Tabell 7.7 Ulike behandlingsforløp, etter gjennomsnittlig antall år med kombinasjoner av innslagspunkt per forløp. Gjennomsnittlig antall år med refusjoner og fordeling etter antall år. To utvalg av forløp<sup>1</sup>**

Startår	Antall mottakere			Gjennomsnittlig antall år med refusjon			Gjennomsnittlig antall år fra start til slutt		
	Begge kjønn	Menn	Kvinner	Begge kjønn	Menn	Kvinner	Begge kjønn	Menn	Kvinner
2011	199 750	91 682	108 066	5,0	4,8	5,2	5,0	6,8	7,1
2012	185 363	87 775	97 585	3,9	3,8	4,0	3,9	5,6	5,8
2013	205 001	96 682	108 319	3,3	3,2	3,3	3,3	4,7	4,8
2014	179 595	86 009	93 586	2,9	2,9	3,0	2,9	4,1	4,2
2015	171 522	82 310	89 212	2,5	2,5	2,6	2,5	3,4	3,5
2016	167 758	81 053	86 705	2,3	2,3	2,4	2,3	3,0	3,1
2017	161 852	78 196	83 656	2,1	2,0	2,1	2,1	2,5	2,6
2018	149 466	72 607	76 859	1,8	1,8	1,8	1,8	2,0	2,1
2019	144 873	70 044	74 829	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7
2020	130 186	62 861	67 325	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
2021	150 037	72 798	77 239	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sum	1 845 403	882 017	963 381	2,6	2,6	2,7	3,5	3,5	3,6
Bosatte	4 814 964	2 423 972	2 390 149						
Andel med mottak	38,3	36,4	40,3						
Alle 2015-17	887 148	418 387	468 761	3,9	3,8	4,0	5,0	4,9	5,1

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Forskjellen i det gjennomsnittlige antall år i den reduserte populasjonen er i størrelsesorden 5 prosent, og det innebærer at disse observasjonene, dvs. kombinasjonen av andel med mottak og lengden på forløpene harmonerer med at andel mottakere var om lag 15 prosent høyere blant kvinnene enn blant mennene når vi så på de enkelte årene.

Ser vi på utgiftene, var disse i gjennomsnitt høyere blant menn enn blant kvinner når vi studerte de enkelte årene, men forskjellen har avtatt gjennom perioden når de enkelte årene studeres. Når det gjelder gjennomsnittsbetrag for hele forløp blant menn og kvinner, var det svært liten forskjell, siden forløpene altså er lengre blant kvinnene.

**Tabell 7.8 Samlet utgift for alle behandlingsforløp og gjennomsnittsbetøp per forløp, etter året for første refusjoner. To utvalg av forløp<sup>1</sup>. Begge kjønn, menn og kvinner**

Startår	Samlet betøp			Gjennomsnittsbetøp per forløp		
	Begge kjønn	Menn	Kvinner	Begge kjønn	Menn	Kvinner
2011	3 414,8	1 560,3	1 854,4	17 095	17 019	17 160
2012	2 402,4	1 158,4	1 243,9	12 960	13 198	12 747
2013	2 143,8	1 036,8	1 107,0	10 457	10 723	10 220
2014	1 803,1	891,2	911,9	10 040	10 362	9 744
2015	1 451,6	714,6	737,0	8 463	8 682	8 261
2016	1 243,1	625,0	618,0	7 410	7 711	7 128
2017	1 018,7	510,6	508,1	6 294	6 529	6 074
2018	758,8	383,5	375,3	5 077	5 282	4 882
2019	615,4	309,1	306,3	4 248	4 412	4 094
2020	472,6	243,5	229,1	3 630	3 873	3 403
2021	400,0	204,0	195,9	2 666	2 803	2 537
Sum	15 724,0	7 637,0	8 087,0	8 521	8 659	8 394
Sum 2015-17	11 507,5	5 481,7	6 025,7	12 971	13 102	12 855
Forholdstall alle	100	48,6	51,4	100	101,6	98,5
Forholdstall 15-17	100	47,6	52,4	100	101,0	99,1

<sup>1</sup>Den ene populasjonen består av forløpene til alle registrerte mottakere i 2011-2021, det andre av alle som er registrert med mottak midt i perioden, men med hele deres forløp gjennom perioden ved 2011-2021.

Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

## 8. Refusjonsbeløpenes fordeling blant mottakerne

I de foregående kapitlene er framstillingen basert på gjennomsnittstall for de ulike kategoriene av refusjonsmottakere. Men fra de tidligere studiene av tannhelserefusjoner (Ekorndrud et al. 2015 og 2017) er det også kjent at fordelingen av refusjoner er svært skjev, ved at det store flertallet brukere av ordningen mottar beskjedne beløp, mens det er et ganske lite antall som mottar større beløp. I dette kapitlet ser vi på noen mål for fordeling av utgifter til mottakerne *innenfor* de gruppene som er studert. Også på dette området er gjennomgangen til dels en oppfølging av de tidligere studiene, men hvor vi her har kunnet følge utviklingen gjennom en lengre periode. I tillegg er forløpsperspektivet trukket inn.

### 8.1. Utviklingen gjennom hele perioden

Som det framgår av rapporten, dekker ordningen med tannhelserefusjoner et bredt spekter av tilstander som medfører behov for svært ulike behandlinger, selv om mottakerne av refusjoner har til felles at deres behov er vurdert som større enn i befolkningen ellers. De gjennomsnittlige beløpene per mottaker varierer derfor betydelig med innslagspunktet som ligger til grunn for behandlingen slik vi så av tabell 3.2 foran, men i tabellen under ser vi at det samme gjelder for median utgift.

**Tabell 8.1 Median utgift per mottaker, etter innslagspunkt og år. Løpende kroner. 2011-2021**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Absolutte tall										
1 Sjeldne medisinske tilstander	1 576	2 345	2 365	2 853	2 700	3 140	3 013	2 675	2 615	2 315	2 630
2 Leppe-kjeve-ganespalte	2 194	4 290	3 588	3 203	2 415	1 935	1 685	1 340	1 120	1 130	1 650
3 Svulster i munnhulen	2 085	3 485	3 630	4 470	4 145	4 445	4 719	3 968	3 333	3 490	4 835
4 Infeksjonsforebygging	1 965	2 875	2 875	3 200	3 145	3 225	3 150	2 975	3 030	2 825	2 985
5 Sykd./anomalier munn/kjeve	1 115	1 320	1 375	1 420	1 400	1 400	1 400	1 420	1 400	1 410	1 500
6 Periodontitt	785	1 190	1 190	1 200	1 060	1 190	1 220	1 245	1 255	1 190	1 365
7 Tannutviklingsforstyrrelser	4 690	4 925	4 890	4 580	3 645	3 390	3 093	3 130	2 895	2 865	2 720
8 Bittanomalier	494	482	476	494	476	521	548	544	525	504	520
9 Patol. tap erosjon/attrisjon	1 953	1 943	1 800	2 540	2 355	2 255	2 090	2 050	2 020	1 980	2 100
10 Hyposalivasjon	2 032	2 365	2 635	3 514	3 385	3 370	3 155	3 160	3 170	2 985	3 270
11 Allergisk reaksj. materiale	3 470	3 940	3 010	3 705	2 940	3 020	3 360	2 808	2 870	2 600	3 270
12 Tannskade yrkesskade	3 249	4 572	3 860	4 365	4 045	4 155	3 565	3 585	3 400	3 440	3 590
13 Tannskade annen ulykke	3 880	3 870	3 655	3 615	3 470	3 300	3 110	3 090	2 830	2 858	2 945
14 Nedsatt egenomsorg	2 440	2 540	5 930	6 923	7 043	6 835	6 660	4 195	4 465	4 153	4 885
15 Uten tenner underkjeve	-	-	-	42 050	32 520	33 385	31 610	31 890	32 493	33 140	34 200
16 Uspesifisert	835	885	800	1 108	255	255	205	210	200	1 300	1 340
Median alle innslagspunkt	1 080	1 350	1 285	1 450	1 410	1 410	1 415	1 440	1 435	1 350	1 545
Median alle innslagspunkt menn	1 080	1 350	1 295	1 455	1 420	1 410	1 420	1 440	1 435	1 350	1 530
Median alle innslagspunkt kvinner	1 080	1 350	1 275	1 445	1 410	1 410	1 410	1 435	1 440	1 345	1 560
Gjennomsnittsbetaling alle innslagspunkt	2 705	3 267	3 125	3 621	3 532	3 409	3 329	3 004	2 993	2 869	3 243

Kilde: KUHR

Når vi sammenlikner medianen for alle innslagspunktene samlet med gjennomsnittsbetaling i hvert av årene (nederst i tabell 8.1), bekreftes den betydelige forskjellen mellom gjennomsnittlige utbetalinger og medianbetaling som ble observert for årene 2014-2016 (Ekorndrud et al. 2017). Her ser vi at dette gjelder for hele perioden. De første årene økte både gjennomsnitt og median, bortsett fra i 2013, da det var et særlig stort innslag av undersøkelser (se avsnitt 3.3). Men forholdstallet mellom gjennomsnitt og median lå stabilt på om lag 2,5.

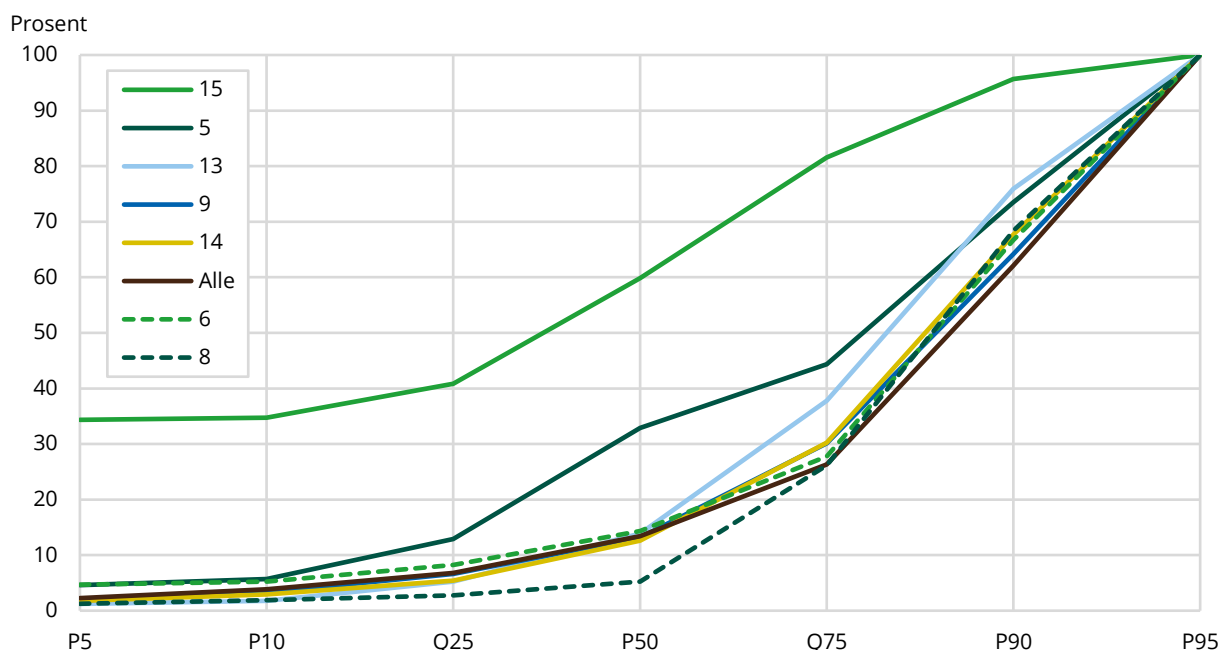
I perioden etter 2014 har de gjennomsnittlige utbetalte beløpene gått ned, men som vi ser i tabell 8.1, har medianen av utbetalingene derimot vært mer stabil. Følgelig sank forholdstallet mellom

gjennomsnitt og median til 2,1 på slutten av perioden. Dette er i tråd med at innstrammingene som ordningen ble gjenstand for gjennom denne perioden, i stor grad gjaldt dyre behandlinger under noen av innslagspunktene (se avsnitt 3.3). For eksempel medførte endringene for innslagspunkt 14 til lavere antall og beløp til en gruppe mottakere som hadde ganske høye beløp i perioden rundt 2014. Og selv om det har vært stabilt høye utbetalinger per mottaker under innslagspunkt 15, ble disse færre i løpet av denne perioden, noe som også kan ha bidratt til reduserte gjennomsnittstall.

Ser vi på de to siste årene, gikk både median og gjennomsnitt ned i 2020 og opp igjen i 2021. Som vi så i kapittel 3, gikk det samlede antall pasienter ikke så mye ned som det samlede utbetalte beløpene fra 2019 til pandemiåret 2020. Dette er et uttrykk for at det ble utført mindre arbeid per pasient i 2020, da kapasiteten i tjenesten var forbigående lavere i starten av pandemien. I 2021 har vi sett at både antall pasienter og beløp har gått mye opp, men også gjennomsnitt og median av beløpene per mottaker. Den økte medianen kan tyde på at det da ble noe mer arbeid med den «lettere» delen av pasientene enn i et «normalår», men det store hoppet for gjennomsnittsbeløpet mellom 2020 og 2021 tyder på at også omfanget av større behandlinger økte i 2021. Men at spredningen i beløpene var større tidligere i perioden, bekreftes også i figur 8.2 bak, der vi sammenlikner spredningen for refusjonene til kvinner og menn i 2014 og 2021.

Av innslagspunktene er det særlig 15 som skiller seg ut med høye refusjoner, både i gjennomsnitt og karakterisert ved median utgift. Dette er en svært avgrenset gruppe, der tannløs underkjeve er kombinert med manglende evne til å nyttiggjøre seg ordinær protese, noe som utløser refusjon til erstatning med fester til kjevekammen. Alle mottakere under dette innslagspunktet får derfor refundert et høyt beløp, slik at median og gjennomsnitt ligger på samme nivå. I figur 8.1 se vi derfor at dette innslagspunktet skiller seg mye ut fra de øvrige når vi ser på hele fordelingen av beløp. Her ser vi at også innslagspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) har en betydelig mindre spredning enn de øvrige innslagspunktene, med en median som i 2021 lå nærmere de høyeste beløpene enn for de andre innslagspunktene. Når de årlige medianene for dette innslagspunktet sammenliknes med gjennomsnitt (i tabell 3.2 foran), ligger de to størrelsene ganske nær hverandre.

**Figur 8.1 Fordeling<sup>1</sup> av utbetalte beløp, etter utvalgte innslagspunkt og for alle mottakere. Prosent av nivået i 95-persentil for hvert innslagspunkt. 2021**



<sup>1</sup>Skalaen deler x-aksen inn i persentiler og kvartiler, der den minste er beløpsgrensen for de laveste 5 prosent av utbetalte beløp (P5) og den høyeste er beløpsgrensen for de 5 prosent høyeste (P95). 100 prosent på y-aksen svarer til av nivået i 95-persentilen for hvert innslagspunkt. Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

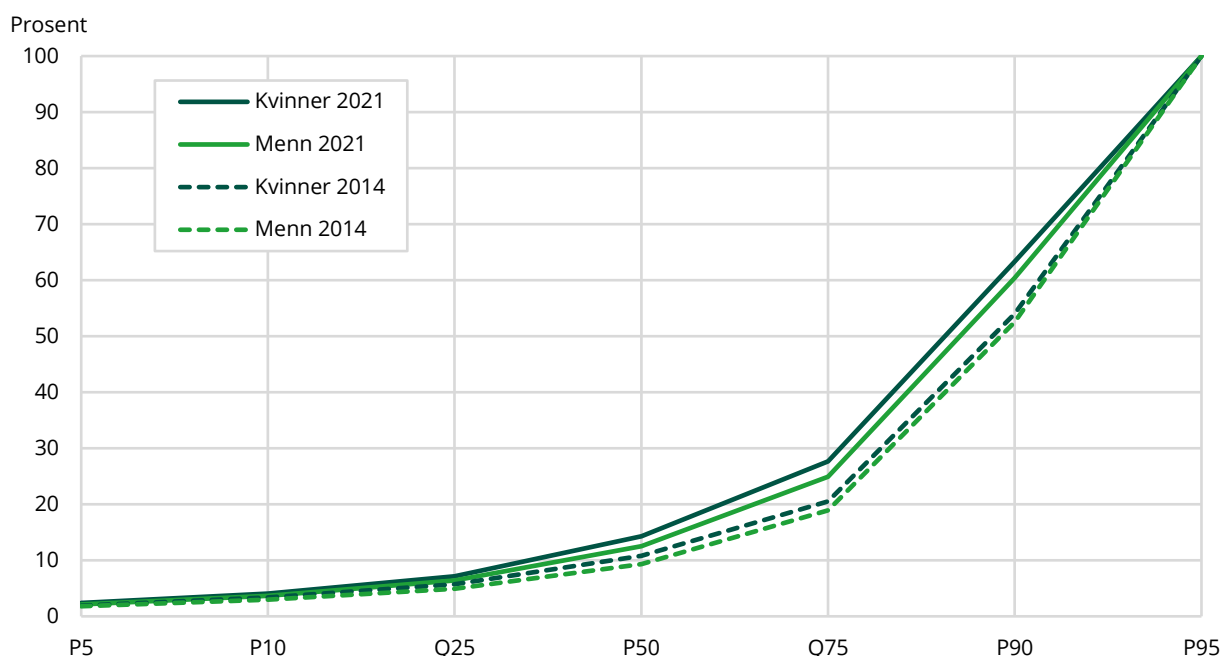
I den andre enden av skalaen er bittanomali (innslagspunkt 8), der gjennomsnittsbetøpene (i tabell 3.2 foran) har ligget ganske jevnt på i størrelsesorden 2 200-2 400 kroner gjennom hele perioden, mens medianen bare har ligget rundt 500 kroner. Typisk for dette innslagspunktet er at en stor andel av de voksne mottakerne har vært i avslutningsfasen av en behandling som ble påbegynt før året de fylte 21 år, slik at det for en del av disse bare er kontroller som har blitt gjennomført i den perioden de har kommet inn blant de voksne mottakerne. Men for en mindre gruppe med alvorlige bittavvik blir det gitt refusjon til voksne pasienter, slik at det på dette området er to svært ulike grupper av mottakere. Også for periodontitt (innslagspunkt 6) har det vært stor spredning av betøpene, noe som henger sammen med at det under dette innslagspunktet også gis refusjon for restaureringer etter tapte tenner når tankkjøtsbetennelsen har medført manglende f este (6b).

## 8.2. Median utgift til tannhelserefusjoner i ulike befolkningsgrupper

En sammenstilling av gjennomsnittlige utbetalte beløp og medianer gjennom en tiårsperiode tyder på at spredningen i de årlige utbetalingene til mottakere av tannhelserefusjoner har gått noe ned etter 2014. Her illustreres dette også ved en sammenlikning av hele frekvensfordelingen for menn og kvinner i 2014 og 2021 i figur 8.2. For begge kjønn lå medianen og tredje kvartil klart lavere i 2014 enn i 2021 når det er de 5 prosent største betøpene som er referanse for hvert av årene.

Et annet trekk ved fordelingen av beløp, i begge årene, er at spredningen var noe mindre for kvinner enn for menn. I figuren kommer dette fram ved at f.eks. medianen og tredje kvartil var høyere for kvinnene enn for mennene, når de begge måles i relasjon til de høyeste betøpene. Forskjellen mellom kjønnene var noe klarere i 2021 enn i 2014, og i 2021 var også absoluttverdien for medianen blant kvinner høyere enn for menn, selv om deres gjennomsnittlige beløp stadig var lavere enn mennenes, som i årene før.

**Figur 8.2** Fordeling<sup>1</sup> av utbetalte beløp, etter kjønn. 2014 og 2021



<sup>1</sup>Skalaen deler x-aksen inn i persentiler og kvartiler, der den minste er beløpsgrensen for de laveste 5 prosent av utbetalte beløp (P5) og den høyeste er beløpsgrensen for de 5 prosent høyeste (P95). 100 prosent på y-aksen svarer til av nivået i 95-persentilen for hvert kjønn og hvert år. Kilde: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

For inndelinger av mottakerne etter alder og etter ulike sosioøkonomiske kjennetegn er bildet ganske sammensatt, også med hensyn til fordelingene av utbetalte beløp. Den veksten med stigende alder som vi så for gjennomsnittsbetøpene, er langt mer beskjeden når vi ser på medianen, og særlig gjelder dette kvinnene. Dette indikerer at det er en vesentlig andel mottakere med lave

utbetalinger i alle aldersgrupper og at det er innslaget av de høyeste beløpene som særlig øker med alder.

At medianen for utbetalte beløp ikke stiger så sterk med alder, gjelder når alle mottakerne, samt når menn og kvinner med mottak av tannhelserefusjoner i 2021 betraktes hver for seg. Når vi ser på ulike grupper når de er delt inn etter ulike sosioøkonomiske kjennetegn, endres dette bildet. Særlig mottakere av sosiale stønader skiller seg ut. I gjennomsnitt har refusjonsbeløpene til denne gruppen ligget oppunder 30 prosent over nivået for de voksne mottakerne samlet (tabell 5.2 foran). Men mottakerne i denne gruppen har en sammensetning etter innslagspunkt som medfører at ganske mange mottakere har relativt høye beløp og at innslaget av småbeløp er mindre enn i andre grupper. Følgelig er medianen for utbetalte beløp særlig høy for denne gruppen mottakere av refusjoner, og den stiger mer med alder enn i de fleste andre gruppene.

Også blant mottakerne av refusjoner i gruppen med lavinntekt (EU60) var beløpene i gjennomsnitt noe høyere enn i den voksne befolkningen som helhet. Særlig gjaldt dette blant de eldre i denne gruppen (tabell 5.3 foran), og i tabell 8.2 ser vi at dette også gjelder for medianen av beløpene til denne gruppen. Også i gruppen med bare grunnskoleutdanning, samt den lille gruppen som mangler utdanningsopplysninger eller som ikke har utdanning, var det noe høyere medianbeløp enn i den voksne befolkningen samlet, men som i for lavinntektsgruppen gjaldt dette i størst grad blant de middelaldrende mottakerne. Innvandrere hadde derimot høyere medianbeløp i alle aldersgruppene over 50 år.

Både i gruppen med lavinntekt og blant innvandrere, som har noe lavere andel mottakere i aldersgruppene under 60 år, kan det se ut til at beløpene blir større når de først kommer til behandling og at derfor er relativt færre med små utbetalinger.

**Tabell 8.2 Median av utbetalte tannhelserefusjoner til voksne mottakere, etter aldersgruppe og inndeling i grupper etter ulike demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn. 2021. Norske kroner**

	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	1 545	1 510	1 510	1 510	1 545	1 580	1 580	1 570
Alle menn	1 530	1 485	1 470	1 485	1 525	1 585	1 605	1 610
Alle kvinner	1 560	1 565	1 535	1 525	1 575	1 575	1 560	1 555
Innvandrere begge kjønn	1 560	1 450	1 485	1 525	1 670	1 750	1 755	1 770
Ikke innvandrere begge kjønn	1 535	1 525	1 510	1 500	1 530	1 565	1 575	1 560
Grunnskole	1605	1510	1560	1680	1705	1665	1590	1555
Videregående opplæring	1540	1485	1500	1510	1535	1590	1575	1560
Høyere utdanning	1510	1575	1485	1440	1485	1520	1580	1605
Uoppgitt/manglende	1575	1475	1510	1555	1690	1868	1895	1870
Stønadsmottakere	1 820	1 575	1 720	1 860	1 910	1 840	1 900	1 720
Ikke mottakere	1 505	1 510	1 475	1 445	1 485	1 485	1 560	1 560
Lavinntekt (EU60)	1 575	1 510	1 545	1 660	1 820	1 745	1 678	1 575
Ikke lavinntekt	1 535	1 525	1 510	1 500	1 535	1 575	1 575	1 570

Kilde: KUHR, befolkningsregisteret i SSB, utdanningsregisteret i SSB, inntektsregisteret i SSB og NAV

### 8.3. Fordeling av utgiftene på hele behandlingsforløp

Mens vi har sett at innslaget av små utbetalinger er stort i de enkelte årgangene med refusjoner, ser vi i tabell 8.2 hvordan medianen varierer når hele forløp av behandlinger sammenliknes. Som det ble belyst i kapittel 7, består hele populasjonen av mottakere av mange korte forløp fordi en del mottakere bare er fulgt i registeret i ett eller to år, noe som særlig gjelder de som er registrert med sin første refusjon i ett av de siste årene i perioden.



Når alle forløpene inkluderes, blir median utbetaling per forløp ganske lavt, på mellom 2 800 og 2 900 løpende kroner. I en redusert populasjon, der korte forløp ikke er overrepresentert på samme måte, var medianen for utbetalingene nesten det dobbelte, med 5 500 løpende kroner. Av tabellen ser vi også at medianen av utbetalingene var noe høyere blant kvinner enn blant menn, slik det også var på slutten av perioden i studiet av de enkelte årene. Men når det gjelder hele forløp kan dette forklares av at kvinnene i gjennomsnitt hadde noe lengre forløp enn menn.

**Tabell 8.3 Median utgift per mottaker, etter året for første refusjon og antall år i behandlingsforløpet. Løpende kroner. To populasjoner<sup>1</sup>**

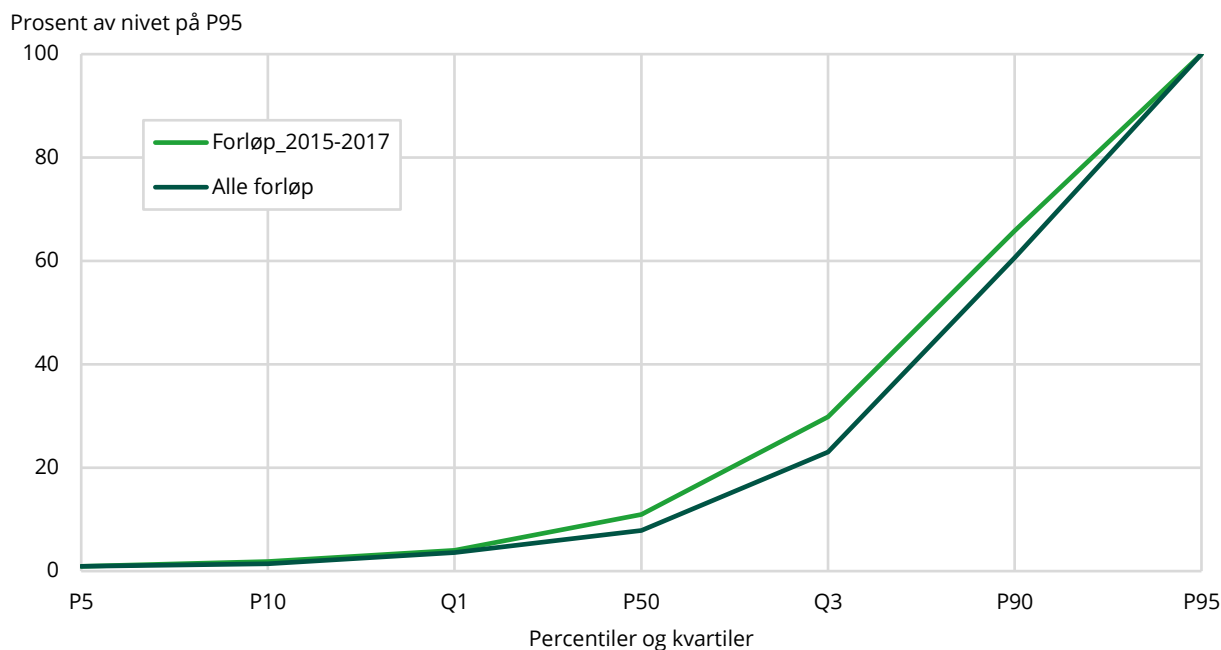
År	Antall år med refusjon											
	Alle	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år	7 år	8 år	9 år	10 år	11 år
2011	7 985	1 135	2 700	4 680	7 585	10 559	13 505	15 820	18 016	19 613	21 954	27 983
2012	5 240	1 335	2 925	4 885	7 855	10 928	13 625	15 698	17 108	19 145	24 020	-
2013	3 855	1 130	2 925	5 020	7 835	10 620	12 755	14 635	15 840	20 675	-	-
2014	3 750	1 425	3 090	5 180	7 940	10 580	12 530	14 433	18 500	-	-	-
2015	3 135	1 420	3 045	5 130	7 930	10 567	13 100	16 015	-	-	-	-
2016	2 880	1 380	3 045	5 016	7 560	9 680	12 440	-	-	-	-	-
2017	2 560	1 400	3 000	5 055	7 700	10 553	-	-	-	-	-	-
2018	2 155	1 370	2 985	5 015	7 975	-	-	-	-	-	-	-
2019	1 855	1 325	2 985	5 735	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	1 720	1 350	3 445	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2021	1 485	1 485	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alle	2 840	1 350	3 010	5 080	7 800	10 520	12 915	15 330	17 290	19 910	22 900	27 983
Alle menn	2 805	1 350	3 060	5 290	8 170	10 865	13 230	15 430	17 355	20 130	22 895	27 855
Alle kvinner	2865	1350	2970	4910	7515	10 265	12660	15260	17260	19756	22908	28045
Pop. 2	5 515	1 400	3 010	5 025	7 765	10 475	12 875	15 325	17 301	19 910	22 900	27 983
Pop. 2, menn	5 485	1 400	3 050	5 260	8 200	10 840	13 205	15 425	17 358	20 130	22 895	27 855
Pop. 2, kvinner	5 545	1 400	2 975	4 840	7 431	10 190	12 635	15 250	17 270	19 756	22 908	28 045

<sup>1</sup>Den ene populasjonen består av forløpene til alle registrerte mottakere i 2011-2021, det andre av alle som er registrert med mottak midt i perioden, men med hele deres forløp gjennom perioden ved 2011-2021.

Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

Selv når refusjonene til hver enkelt pasient settes sammen til behandlingsforløp som kan strekke seg over mange år, er det en svært skjev fordeling av de utbetalte beløpene. Blant samtlige 1,85 millioner mottakere som er registrert i KUHR med en tannhelserefusjon i perioden 2011-2021, var det en god del som bare var registrert med ubetydelige løp. I populasjonen av mottakere som er registrert med refusjon i minst ett av årene 2015-2017, er det ikke noen klar overrepresentasjon av korte forløp, slik det er i den komplette populasjonen. Men også i denne populasjonen er om lag én av fire registrert med refusjon i ett år. I de to populasjonene var median utbetaling til mottakere som bare er registrert i ett år hhv. 1 350 og 1 400 kroner. Med økende antall år i forløpet synker andelen som utelukkende består av små samlede beløp, slik at både gjennomsnittsbetøp (i tabell 7.4) og median går mye opp.

I figur 8.3, som illustrerer fordelingen av beløp i de to populasjonene, er det en tydelig forskjell mellom dem.

**Figur 8.3 Fordeling<sup>1</sup> av utbetalte beløp. To populasjoner av mottakere<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Skalaen deler x-aksen inn i persentiler og kvartiler, der den minste er beløpsgrensen for de laveste 5 prosent av utbetalte beløp (P5) og den høyeste er beløpsgrensen for de 5 prosent høyeste (P95). 100 prosent på y-aksen svarer til av nivået i 95-persentilen for hver populasjon.

<sup>2</sup>Den ene populasjonen består av forløpene til alle registrerte mottakere i 2011-2021, det andre av alle som er registrert med mottak midt i perioden, men med hele deres forløp gjennom perioden ved 2011-2021.

Kilder: KUHR og befolkningsregisteret i SSB

#### 8.4. Oppsummering

Dette kapitlet illustrerer at blant mottakerne av tannhelserefusjoner er det en betydelig andel som bare mottar mindre beløp, og av de årlige utbetalingene lå beløpene til halvparten av mottakerne på om lag 1 400 kroner eller noe lavere fram til 2021, da grensen mellom den nedre og øvre halvdelen av utbetalingene var økt til noe over 1 500. I mesteparten av perioden lå medianen noe lavere blant kvinner enn blant menn, men på slutten av perioden (2019 og 2021) var medianen noe høyere blant kvinnene. Både medianen av beløpene og spredningen av dem varierte mye mellom innslagspunktene. I stor grad er dette et uttrykk for de betydelige forskjellene mellom dem i de gjennomsnittlige utbetalingene, men for et par av innslagspunktene var det noe mindre spredning av beløpene enn for de øvrige. Også når det gjelder beløpene til ulike grupper i befolkningen, reflekterer medianen at også gjennomsnittlige utbetalinger varierer mellom dem. Men når mottakerne bare deles inn etter alder, var det bare beskjedne forskjeller, selv om gjennomsnittet av utbetalingene stiger mer markant med alder.

Når vi studerer utgiftene til de observerte behandlingsforløpene gjennom hele eller deler av perioden 2011-2021, er både gjennomsnittlige og medianen av beløpene større, men spredningen av beløpene var ikke vesentlig endret.

## 9. Avrunding

Refusjonsordningen for tannhelse omfatter et bredt spekter av tilstander eller sykdommer (innslagspunkt) både når det gjelder utbredelse og kostnader. Mens noen av tilstandene er svært sjeldne, forekommer andre i en stor andel av befolkningen. Siden de ulike sykdommene eller tilstandene opptrer i ulike livsfaser har det vært viktig i analysen å belyse hvordan bruken av de enkelte innslagspunkt varierer med alder generelt, men også innenfor de ulike gruppe for sosioøkonomiske status som er studert.

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. Men fordi innslagspunktene er så forskjellige og opptrer i så ulike faser, er det generelt slik at ikke all bruk av refusjonsordningen kan tolkes på bakgrunn av de generelle mønstrene for bruk av tannhelsetjenesten.

### 9.1. Mottak av refusjoner etter alder

Når det gjelder alder, viser resultatene viser at dette og behandlingsbehov etter de ulike innslagspunktene spiler en viktig rolle med hensyn til hvordan refusjonene fordeler seg i befolkningen. Flere av de ulike sykdommene og tilstandene (innslagspunkt) som gir adgang til refusjonsordningen, opptrer hyppigere blant middelaldrende og eldre. Dette gjelder særlig for det mest utbredte innslagspunktet periodontitt (tannkjøttbetennelse), men også for andre innslagspunkt gjelder tilstander som forekommer hyppigere med økende alder. Imidlertid er det andre innslagspunkt som *avtar* med alderen.

Bortsett fra nivåforskjeller er likevel aldersmønstrene stort sett de samme blant de som mottar refusjoner både for innslagspunkt samlet og for de enkelte innslagspunktene uavhengig av om du er mann eller kvinne, hvilken inntekt og utdanning du har, hvorvidt du tar imot stønader eller ikke og om du er bosatt i sentrale strøk eller mindre sentrale strøk. Dette er i tråd med tidligere funn om at tannhelsen svekkes og behandlingsbehovet øker med alderen. Ser man på de samlede utbetalte utgiftene i refusjonsordningen, viser resultatene også at en overvekt av utbetalingene går til eldre mottakere.

### 9.2. Mottak av refusjoner etter sosioøkonomisk status

Når det gjelder refusjonsmottak etter ulike sosioøkonomiske bakgrunnskjenner, er resultatene ikke entydige. Basert på tidligere funn for bruken av tannlegetjenester, egenvurdert tannhelse-tilstand og udekt behov skulle det være grunn til å anta at andelen refusjonsmottakere er størst blant personer med høy sosioøkonomisk status (høy inntekt og utdanning) og minst blant personer med lav sosioøkonomisk status (lav inntekt, lav utdanning og stønadsmottakere). Bakgrunnen for dette er at en viktig forutsetning for å motta refusjoner er å oppsøke tannlegen, bli undersøkt og vurdert og eventuelt motta behandling som utløser refusjoner.

Resultatene viser derimot at det ikke er mulig å påvise en tilsvarende sosial gradient når det gjelder mottak av tannhelserefusjoner som for de generelle mønstrene for bruken av tannhelsetjenesten. Til det er resultatene for motstridende når man sammenligner mottak av refusjoner med ulike sosioøkonomiske bakgrunnskjenner. Forklaringen på dette er sammensatt. En årsak er at bakenforliggende mekanismer knyttet til de ulike innslagspunktene og enkelte av de sosioøkonomiske gruppene bidrar til at resultatene går i litt ulike retninger.

Ett felles hovedtrekk i mottak av tannhelserefusjoner etter utdanning, stønadsmottak og inntekt er at andelen er størst i høystatusgruppene blant de eldste, mens det stort sett er motsatt i aldersgruppene under 60 år. Unntaket fra dette ser vi blant dem med særlig lav inntekt (EU60), der andelen med tannhelserefusjoner er særlig liten, og særlig blant menn. Det samme ser også ut til å gjelde mottakere av sosiale ytelser som ikke er forbundet med helse, for eksempel blant de som mottar økonomisk sosialhjelp.

Blant mottakere av sosiale ytelser under 60 år er det et flertall med ytelser som skyldes helseproblemer, som uføretrygd, grunn- og hjelpestønad og arbeidsavklaringspenger. Blant dem er det en relativt stor andel som også er mottakere av tannhelserefusjoner. Det framkommer imidlertid at disse har en sammensetning av innslagspunkt som avviker fra den sammensetningen vi ser for jevnaldrende mottakere samlet. Det kan tyde på at deres noe høye bruk av ordningen kommer av at de i noe større grad har de sykdommene som gir tilgang til tjenesten. Her er det rimelig å anta at disse blir hjulpet inn i tannhelsetjenesten i kraft av å være mottakere av disse sosiale ytelsene i større grad enn hva som er tilfelle for andre innslagspunkt hvor det å oppsøke tannlege på egenhånd fortsatt er den viktigste forutsetningen for å bli vurdert og bli behandlet for sykdommer eller tilstander som gir refusjoner.

### **9.3. Mottak av refusjoner etter regionale bakgrunnskjennetegn**

Når det gjelder regionale forskjeller, viser resultatene at andelen mottakere er større blant bosatte i sentrale strøk med høy privat tannlegedekning enn blant bosatte i mindre sentrale strøk med lav privat tannlegedekning. Dette funnet støtter antakelsen om at god tilgang til tjenesten er viktig forutsetning å oppsøke tannlege i utgangspunktet, som igjen er nødvendig for å bli vurdert og få gjennomført behandling som kan gi refusjon.

Funn fra tidligere rapporter har vist at personer som bor i spredtbygde strøk har dårligere tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et større udekt behov sammenlignet med personer bosatt i tettbygde strøk. Det skulle derfor være grunn til tro at det faktiske behovet for behandling som kan gi refusjon er større i mindre sentrale kommuner. Siden resultatene i denne rapporten for andelen refusjonsmottakere etter kommunesentralitet viser motsatt tendens kan det være grunn til å reise spørsmål om både organisering og finansiering av tannhelsetjenesten er med og påvirker regionale forskjeller i refusjonsutbetalingene for tannbehandling. Forskjellene både i andelen mottakere og gjennomsnittlig utbetalte beløp har imidlertid blitt noe mindre mellom bosatte i sentrale og mindre sentrale strøk mellom 2014 og 2021.

Som nevnt innledningsvis er mange av innslagspunktene som inngår i refusjonsordningen så forskjellige og opptrer i så ulike faser, at det generelt er slik at ikke all bruk av refusjonsordningen kan tolkes på bakgrunn av de generelle mønstrene for bruk av tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen. I og med at det ikke finnes opplysninger om tannhelsetilstand, bruken av tannlegetjenester og udekt behov for den voksne befolkningen, er det heller ikke mulig å vurdere om andelen som mottar refusjoner innenfor de ulike sosioøkonomiske gruppene og regionale inndelingene er i tråd med det reelle behovet i de respektive gruppene. De gjennomsnittlige refusjonsutbetalingene per behandlet pasient er riktignok høyere i de fleste av gruppene med lav sosioøkonomisk status sammenlignet med resten av befolkningen. Det kan indikere at behovet i disse gruppene kan være større enn den delen som faktisk mottar refusjoner. Det er heller ingenting som skulle tilsi at behovet blant de med særlig lav inntekt og blant de som mottar sosiale ytelser som ikke er helserelaterte, skulle ha et mindre behov for refusjonsmottak enn den øvrige befolkningen.

## Referanser

- Blom, S. (2008): Innvandreres helse 2005/2006, Rapporter 2008/35, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/innvandreres-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](http://www.ssb.no/vis/emner/03/04/rapp_200613/main.html))
- Dzamarija, Minja Tea, Ane Tømmerås, Inger Texmon, Karstein Sørlien (2022): Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse, Rapporter 2022/2, Statistisk sentralbyrå (<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse>)
- 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 2014-2016. En sosioøkonomisk analyse av voksne mottakere av folketrygdrefusjoner, Rapporter 2017/42, Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-2014-2016>.
- 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>.
- 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/>
- Helsedirektoratet (2023). Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. januar 2023, lest 31. januar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til->

[folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade](#)

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](http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=156880)

Høydahl, E.: Ny sentralitetsindeks for kommunene, Rapporter 2017/40, Statistisk sentralbyrå  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ny-sentralitetsindeks-for-kommunene>

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.

Lunde, E., Ramm, J. og Syse A. (2022): Kvinners liv og helse siste 20 år, Rapporter 2022/41, Statistisk sentralbyrå <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/kvinnens-liv-og-helse-siste-20-ar>

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>

Texmon, I. (2021): Hvor mange barn og unge i Norge får kjeveortopedisk behandling? – Dokumentasjon av beregninger, Notater 2021/17, Statistisk sentralbyrå  
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hvor-mange-barn-og-unge-i-norge-far-kjeveortopedisk-behandling>

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> og [www.ssb.no/tannhelse](http://www.ssb.no/tannhelse)

## Vedlegg A: Befolkning 21 år og eldre i perioden 2014-2021, etter ulike bakgrunnskjennetegn

**Tabell A1.1 Bosatte personer 21 år og eldre per 31.12., etter kjønn. 2014-2021. Absolutte tall**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Begge kjønn	3 904 056	3 954 623	3 954 623	4 034 613	4 071 025	4 108 614	4 144 625	4 192 524
Menn	1 951 771	1 979 020	1 979 020	2 020 017	2 038 900	2 058 800	2 078 682	2 105 679
Kvinner	1 952 285	1 975 603	1 975 603	2 014 596	2 032 125	2 049 814	2 065 943	2 086 845

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

**Tabell A1.2 Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter hele landet og sentralitet. 2014-2021. Absolutte tall**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hele landet	3 904 057	3 954 628	3 998 999	4 034 613	4 071 034	4 108 822	4 144 625	4 191 917
1 Mest sentrale kommuner	795 705	811 129	822 020	830 572	841 487	855 934	804 462	813 276
2 Nest-mest sentrale kommuner	915 218	928 397	940 069	1 000 284	1 012 849	1 026 543	1 052 627	1 068 653
3 Mellomsentrale kommuner 1	1 026 256	1 040 454	1 053 902	1 023 082	1 033 900	1 044 403	1 049 336	1 062 858
4 Mellomsentrale kommuner 2	682 692	688 390	694 202	691 624	694 356	696 331	666 800	673 439
5 Nest-minst sentrale kommuner	348 676	350 434	352 458	352 957	353 077	351 155	385 570	387 726
6 Minst sentrale kommuner	135 510	135 824	136 348	136 094	135 365	134 456	185 830	185 965

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

**Tabell A1.3 Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter hele landet og fylker. 2014-2021. Absolutte tall**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alle fylker	3 904 057	3 954 628	3 998 999	4 034 613	4 071 034	4 111 746	4 145 292	4 192 524
03 Oslo	510 788	521 158	527 290	532 024	538 401	548 932	553 331	556 752
30 Viken	873 888	887 844	901 947	914 766	927 260	939 428	951 749	968 236
34 Innlandet	285 949	287 198	288 900	290 521	291 662	292 717	293 727	295 457
38 Vestfold og Telemark	311 410	314 350	317 877	320 476	322 849	325 009	327 850	331 707
42 Agder	218 336	221 261	223 600	226 442	228 522	230 670	233 041	235 847
11 Rogaland	340 279	344 434	346 792	347 855	350 685	354 089	357 402	361 927
46 Vestland	462 844	468 645	473 230	476 043	478 881	482 288	485 668	490 578
15 Møre og Romsdal	197 891	199 752	201 195	202 010	202 881	202 179	203 183	204 942
50 Trøndelag	337 656	341 941	346 431	350 522	354 130	359 448	362 298	367 590
18 Nordland	182 692	183 832	185 355	186 442	187 202	187 634	187 865	188 915
54 Troms og Finnmark	182 324	184 213	186 382	187 512	188 561	189 352	189 178	190 573

Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

**Tabell A1.4 Befolkning 21 år og eldre, etter utdanning. 2014-2021. Absolutte tall**

	I alt	Grunnskole	Videregående utdanning	Universitets/høgskole-utdanning	Manglende eller uoppgitt utdanning
2014	3 904 057	863 594	1 602 395	1 252 954	185 114
2015	3 954 628	857 819	1 607 614	1 302 213	186 982
2016	3 998 999	849 315	1 609 006	1 335 798	204 880
2017	4 034 613	855 577	1 631 838	1 329 706	217 492
2018	4 071 034	844 460	1 633 857	1 358 219	234 498
2019	4 111 746	835 301	1 637 288	1 395 639	243 518
2020	4 145 292	843 930	1 666 101	1 454 499	180 762
2021	4 192 524	836 738	1 679 983	1 498 335	177 468

Kilde: Utdanningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

**Tabell A1.5 Personer 21 år og eldre, etter mottak av stønader. 2014-2021. Absolutte tall**

	I alt	Mottakere av én eller flere stønader	Ikke mottakere av stønader
2014	3 790 717	683 170	3 107 547
2015	3 844 857	676 838	3 168 019
2016	3 844 857	548 677	3 296 180
2017	3 939 691	683 991	3 255 700
2018	3 991 266	688 648	3 302 618
2019	4 035 404	681 614	3 353 790
2020	4 082 440	678 128	3 404 312
2021	4 122 282	687 741	3 434 541

Kilde: Statistisk sentralbyrå

**Tabell A1.6 Personer 21 år og eldre, etter lav inntekt. 2014-2021. Absolutte tall**

	I alt	Lav inntekt (EU60)	Ikke lav inntekt (EU60)
2014	3 790 717	461 725	3 328 992
2015	3 844 857	477 580	3 367 277
2016	3 896 081	485 200	3 410 881
2017	3 939 691	491 052	3 448 639
2018	3 991 266	512 923	3 478 343
2019	4 035 404	520 438	3 514 966
2020	4 082 440	528 685	3 553 755
2021	4 122 282	537 256	3 585 026

Kilde: Statistisk sentralbyrå

**Tabell A1.7 Personer 21 år og eldre, etter inntekt. 2014-2021. Absolutte tall**

	I alt	Under 2G	2G-299 999	300 000-499 999	500 000-999 999	1 mill. og mer
2014	3 790 717	278 532	1 144 221	1 797 995	530 354	39 615
2015	3 844 857	292 789	1 044 626	1 835 999	623 200	48 243
2016	3 896 081	596 803	1 271 505	1 499 711	466 827	61 235
2017	3 939 691	317 801	924 566	1 909 281	729 333	58 710
2018	3 991 266	332 656	845 123	1 935 964	813 286	64 237
2019	4 035 404	336 660	763 975	1 943 130	920 295	71 344
2020	4 082 440	320 096	687 800	1 939 323	1 055 170	80 051
2021	4 122 282	661 582	893 307	1 719 857	765 348	82 188

Kilde: Statistisk sentralbyrå



## Vedlegg B: Forskriften og bruk av innslagspunktene

Grunnprinsippet i refusjonsordningen er at bare en del av utgiftene refunderes av NAV og at pasientene betaler egenandel selv. Det er imidlertid noen unntak fra dette:

- Ved bruk av innslagspunktene 1-4, 7, deler av 8 (svært stort behov), 12, deler av 13 (tannskade hos pasient som lider av sykdommer som kan gi fallskader), 14 (fra og med 2012) og 15 refunderes det etter honorartakst.
- Ved bruk av innslagspunktene 5 og 6 brukes egenandelstak 2-ordningen ved refusjon av beløp utover refusjonstaksten. Dvs. at utgiftene dekkes etter refusjonstakstene, og godkjente egenandeler inngår i egenandelstak 2-ordningen
- For de øvrige innslagspunktene brukes refusjonstakst

### B.1 Konkrete kriterier og endringer i forskrift for tannhelserefusjoner 2011-2021

#### Innslagspunkt 1: Sjelden medisinsk tilstand

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

De til enhver tid gjeldende tilstander som er omfattet framgår av listen for sjeldne medisinske tilstander (SMT-listen). Listen er delt i to, A-listen og B-listen. 12 Listene er uttømmende.

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

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

**1.1.2013:** *Fra og med denne dato gjelder følgende også for dette innslagspunktet: Etter folketrygdloven § 5-6a ytes det også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt utført av tannpleier, jf. forskriftens § 1 andre ledd.*

**1.1.2016:** *Fra og med denne dato gjelder følgende: Eventuell stønad til kjeveortopedisk behandling ytes etter § 1 pkt. 8 hvis ikke vilkårene etter § 1 pkt. 6b, 7c 12 eller 13 er oppfylt.*

#### Innslagspunkt 2: Leppe-kjeve-ganespalte

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

*Det har ikke vært noen endring i forskriften for bruk av innslagspunkt 2, med ett unntak: Det var ikke krav til henvisning for personer over 20 år etter forskriften som gjaldt for 2012.*

**Innslagspunkt 3: Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig**

Dette inkluderer både krefttilstander og lokalt aggressive tilstander (som kjevecyster over et område som strekker seg over mer enn en tann, godartede svulster eller osteomyelitt) og som direkte påvirker munnhule eller kjeve. Apical periodontitt eller mer avgrenset cyste er ikke inkludert.

*Det har ikke vært noen endring i forskriften for bruk av innslagspunkt 3.*

**Innslagspunkt 4: Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander**

Denne bestemmelsen gir stønad til nødvendig infeksjonsforebyggende tannbehandling der infeksjonsspredning fra munnhulen kan innebære en alvorlig og livstruende risiko. Det ytes stønad ved følgende medisinske tilstander og behandlinger:

- a) Hjerteoperasjon
- b) Dialysebehandling
- c) Organtransplantasjon og ved etterfølgende immun-suppressiv behandling
- d) Benmargstransplantasjon
- e) Stamcellebehandling
- f) Høydose cellegiftbehandling
- g) HIV/AIDS
- h) Kreftpasienter med skjelettmetastaser i forbindelse med behandling med høypotente bisfosfonater
- i) Strålebehandling mot kjevene ved kreftsykdom, og ved etablert medikamentassosiert kjeveosteonekrose

Dersom tenner må fjernes som ledd i den infeksjonsforebyggende behandlingen, dekkes også utgifter til nødvendig rehabilitering.

**1.1.2013:** *Fra og med denne dato gjelder følgende også for dette innslagspunktet: Etter folketrygdloven § 5-6a ytes det også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt utført av tannpleier, jf. forskriftens § 1 andre ledd.*

**1.1.2015:** *Fra og med denne dato gjelder følgende tilleggskrav mht. dokumentasjon (i innledningsavsnittet): Det må dokumenteres ved erklæring fra lege/spesialist/ sykehusavdeling at vilkåret er oppfylt.*

**1.1.2018:** *Fra og med denne dato gjelder følgende to presiseringer etter første avsnitt: Tannlege/tannpleier er ansvarlig for at den tannbehandling som det gis stønad for, er en behandling som hindrer infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munnhulen, (og som kan innebære en alvorlig og livstruende risiko for personen. Behandling av marginal periodontitt omfattes ikke av dette punktet. Behandling av marginal periodontitt for personer med rett til stønad etter pkt. 4, dekkes etter takster under pkt. 6 a.*

**1.1.2020:** *Fra og med denne dato er det ikke listet opp spesifikke tilstander i forskriften.*

**Innslagspunkt 5: Sykdommer og anomalier i munn og kjeve**

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

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

Videre gis det stønad til behandling ved temporomandibulær dysfunksjon ytes etter takst 705 og injeksjon i kjeveledd etter takst 706.

Det har ikke vært noen endring i forskriften for bruk av innslagspunkt 5 gjennom perioden.

**Innslagspunkt 6: Periodontitt**

Det ytes stønad ved:

**a) Behandling av marginal periodontitt og periimplantitt**

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

Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene under takstene 501 – 506. Takster i takstgruppe a, h og i kan brukes i tillegg.

**b) Rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt**

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

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

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

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

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

Det ytes stønad til kun én rehabilitering per tapt tann forårsaket av marginal periodontitt. Det kan gjøres unntak fra denne hovedregelen dersom protetisk erstatning og/eller implantat må fjernes/gjøres om som følge av at flere tenner 15 Rundskriv til § 5–6 – Tannbehandling må trekkes på grunn av marginal periodontitt. I disse tilfellene kan det gis stønad til hel- eller delprotese. Bli de tapte tenner erstattet med fast protetik, ytes det kun stønad for de tapte tenner som det tidligere ikke er gitt stønad for.

Utgiftene dekkes etter takstene 510 – 517. Takstene 1 – 4 (undersøkelse og etterkontroll) kan brukes i tillegg.

**1.1.2012:** Etter denne dato gjelder også: Relevante 800-takster kan brukes når kjeve- og ansiktsradiolog står klinisk ansvarlig for røntgenundersøkelsen. Etter denne bestemmelsen ytes det ikke stønad for kirurgisk behandling etter takstene 419, 421-423.

**1.1.2013:** Etter denne dato er det også presisert at stønad ikke gis til behandling av gingivitt. Etter folketrygdloven § 5-6a ytes det fra denne dato også stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt utført av tannpleier, jfr. forskriftens § 1 andre ledd.

**1.1.2014:** Etter denne dato kan takst 401/402 brukes i kombinasjon med takst 514, det vil si når man etter § 5-6, pkt 6b, har til hensikt å erstatte tapte tenner med implantat etter takst 514.

**1.1.2015:** Etter denne dato kan takst 501 brukes 12 ganger per kalenderår. I tillegg kan taksten brukes i kombinasjon med takst 502.

**1.1.2015:** Etter denne dato kan takst 501 brukes 14 ganger per kalenderår. I tillegg kan taksten brukes i kombinasjon med takst 502.

**1.1.2019:** Fra denne dato begrenses bruk av takst 501 til 14 ganger per kalenderår, uansett kombinasjon med takst 502.

**1.1.2020:** Etter denne dato kan også takstene 503 og 504 brukes sammen med 514 etter dette punktet.

### **Innslagspunkt 7: Tannutviklingsforstyrrelser**

Det ytes stønad til behandling av følgende tannutviklingsforstyrrelser:

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

Det ytes kun stønad til behandling av tannutviklingsforstyrrelser som er av vesentlig betydning for funksjon og estetikk. Behandlingsbehovet må ha direkte sammenheng med utviklingsforstyrrelsen.

Ved tannagenesi (punkt 7c) kan det, for personer over 18 år, ytes stønad til kjeveortopedisk behandling, når slik behandling alene eller i kombinasjon med protetisk behandling gir et tilfredsstillende behandlingsresultat. Utgifter til den kjeveortopediske delen av behandlingen dekkes med 75 prosent etter honorartakstene. Ved retensjon av tann/tenner ytes stønad til behandling som har til hensikt å erstatte disse tennene protetisk. Det er en forutsetning at det ikke er mulig å føre tennene frem kjeveortopedisk.

**1.1.2014:** Gjeldende fra og med denne datoen er det et tilleggskrav på punkt 7c, som går ut på at det ved manglende tannanlegg i regionen bak hjørnetennene må dette gjelde anleggene til tre eller flere tenner.

**1.1.2016:** Gjeldende fra og med denne datoen spesifiserer forskriften adgang til å bruke en spesielt kostbar takst (316, som gjelder avansert protetikk) når det mangler anlegg til seks eller flere tenner.

### **Innslagspunkt 8: Bittanomali**

Det ytes omfattende stønad til barn og unge under dette innslagspunktet. I utgangspunktet skal behandling være påbegynt senest i det året en pasient fyller 20 år for at den skal komme innunder refusjonsordningen. Behandling av personer som er 21 år eller mer, omfatter derfor fullføring av behandling av personer som har påbegynt behandling tidligere. Unntak fra dette er pasienter som har svært sterkt behov (innslagspunkt 8a), men som utgjør et lite mindretall av dem som mottar refusjon etter dette innslagspunktet.

*Fra 1.1.2020, gjelder en nokså omfattende endring av forskriften på dette innslagspunktet, men dette gjelder barn og unge som med de minst klare behandlingsbehovene. Forskriften er ikke gjort tilbakevirkende, slik at de fleste voksne som fikk refusjon etter innslagspunkt 8 i 2020 og 2021 fikk det etter det gamle regelverket.*

### **Innslagspunkt 9: Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon**

Tilstanden må være grav for å være stønadsberettiget. Med grav patologisk attrisjon/erosjon menes tilstander som vil være av vesentlig betydning for funksjon og estetikk. For å kunne vurdere om det foreligger grav patologisk attrisjon/erosjon må tilstanden være vurdert over tid, minimum ett år. Tannlegen må før stønadsberettiget behandling påbegynnes, dokumentere tilstandens alvorlighetsgrad.

Behandlingen må planlegges ut fra sykdomsaktivitet, langtidsprognose og være mest mulig vevsbesparende der semipermanent behandling vurderes i første fase.

**1.1.2013:** Gjeldende fra denne dato er det tilført følgende begrensninger i forskriften: a) Dersom kroneterapi velges, må begrunnelse for valget journalføres. b) Det gis ikke stønad til protetisk behandling for tapte tenner med unntak for tap av tenner på grunn av rotfrakturer som følge av attrisjon. Det ytes dermed ikke stønad til bro eller til implantatbasert protetikk utenom unntaksregelen.

**1.1.2018:** Gjeldende fra denne dato gjelder en utvidelse ved at stønad også gis ved tilsvarende grav patologisk slitasje av kroner og/eller innlegg. Fra denne datoen er presiseringen i forrige avsnitt falt bort.

### **Innslagspunkt 10: Hyposalivasjon**

Det ytes stønad til tannbehandling i de tilfeller der hyposalivasjon på grunn av legemiddelbruk eller sykdom har medført økt kariesaktivitet. Stønad ytes kun i de tilfeller der det foreligger dokumentasjon på hyposalivasjon over tid, minimum ett år. Unntak fra observasjonstiden på ett år kan gjøres der det foreligger svært forhøyet kariesaktivitet og dersom verdiene for ustimulert saliva er < 0,10 ml/min og for stimulert saliva er < 0,70 ml/min.

Stønad ytes fortrinnsvis til konserverende tannbehandling for påførte kariesskader. Dersom tenner går tapt, kan også utgifter til protetisk behandling for de tapte tennene dekkes.

Legemidler er den vanligste årsaken til munntørrhet. Det å ta et legemiddel som potensielt kan gi munntørrhet er imidlertid ikke god nok dokumentasjon for å få stønad etter denne bestemmelsen. Hyposalivasjon må dokumenteres ved kliniske funn som underbygger at bruker har tilstanden, og at dette har medført økt kariesaktivitet.

**1.1.2017:** Gjeldende fra denne dato har forskriften følgende presisering i annet avsnitt over: Dersom kroneterapi velges, må begrunnelse for valget journalføres.

### **Innslagspunkt 11: Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer**

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

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

- Det ytes ikke stønad på grunn av lesjoner som skyldes mekanisk irritasjon.
- Stønad begrenses til utskifting av restaureringer/proteser som har direkte kontakt med slimhinnelesjonen.
- Tannlegen må kunne dokumentere at munnslimhinnelesjonen mest sannsynlig ikke opptrer som følge av bakenforliggende sykdom.

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

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

**1.1.2012:** Gjeldende fra denne dato gjelder følgende presisjon: Det er også et vilkår at det rapporteres til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved utfylling og innsending av skjema «Rapportering av uønskede reaksjoner/bivirkninger hos brukere i forbindelse med odontologiske materialer», jfr. takst 8.

**Innslagspunkt 12: Tannskader ved godkjent yrkesskade**

- Stønadsberettiget behandling skal gjenopprette tilstanden før ulykken fant sted. Tidligere skader og defekter som ikke har sammenheng med yrkesskaden er ikke stønadsberettiget etter denne bestemmelsen.
- Det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling når slik behandling alene eller i kombinasjon med protetisk behandling gir et tilfredsstillende resultat.
- Med full godtgjørelse ved yrkesskade/yrkessykdom forstås stønad etter honorartakster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

**1.1.2012:** Gjeldende fra denne dato gjelder følgende presisjon: Tannlegen må kunne dokumentere at yrkesskaden er godkjent av NAV.

**Innslagspunkt 13: Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade**

Stønadsberettiget behandling skal gjenopprette tilstanden før ulykken fant sted. Tidligere skader og defekter som ikke har sammenheng med ulykken er ikke stønadsberettiget etter denne bestemmelsen. Det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling når slik behandling alene eller i kombinasjon med protetisk behandling gir et tilfredsstillende resultat. Innslagspunktet omfatter:

- a) Omfattende tannskade ved ulykke
  - Stønad ytes til behandling av tannskader som er av vesentlig betydning for funksjon og estetikk.
  - Det gis stønad som en engangsyttelse når behandlingen er påbegynt innen ett år etter at ulykken fant sted. Unntak fra ettårsregelen kan gjøres der første gangs behandling ble foretatt før bruker fylte 21 år. Utgiftene dekkes etter refusjonstakstene.
- b) Traumatiske tannskader hos bruker som lider av sykdommer som kan gi fallskader
  - Bestemmelsen omfatter bare skader oppstått under anfall. Dette må dokumenteres.

Der som er spesielt med innslagspunkt 13, er at punkt a dekkes etter refusjonstakst og punkt b etter honorartakst.

**1.1.2012:** Gjeldende fra denne dato: Aldersgrensen i det andre kulepunktet er senket til 20 år.

**1.1.2013:** Gjeldende fra denne dato er følgende utvidelse under punkt b: Innslagspunktet kan også brukes ved re-behandling av tidligere skade.

**Innslagspunkt 14: Manglende evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne**

Det gis stønad til utgifter til tannbehandling til personer som på grunn av varig somatisk eller psykisk sykdom har nedsatt evne til å ivareta sin tannhelse over tid, minimum ett år. Det må dokumenteres at bruker ikke får ytelser etter lov om tannhelsetjenesten før stønadsberettiget behandling påbegynnes.

Stønad ytes fortrinnsvis til konserverende tannbehandling for påførte kariesskader som følge av manglende evne til egenomsorg. Dersom tenner går tapt, kan også utgifter til protetisk behandling dekkes.

Manglende evne til egenomsorg må dokumenteres ved erklæring fra relevant spesialist.

**1.1.2012:** Fra denne dato gjelder følgende oppmyking av det sistnevnte kravet: For pasienter med demens, som ikke får ytelser etter lov om tannhelsetjenesten, kan erklæring fra fastlege framlegges.

**1.1.2013:** Fra denne dato gjelder følgende utvidelse av kriteriene:

- I tillegg til somatisk og psykisk sykdom (første avsnitt) er varig nedsatt funksjonsevne tatt med.

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

- *Presiseringene mht. dokumentasjon fra annet helsepersonell er endret til «relevant lege eller psykolog».*
- *Utgiftene dekkes etter honorartakstene, noe som er en utvidelse fra perioden før 2013.*

**1.1.2014:** Gjeldende fra denne dato er det følgende tillegg i forskriften etter det andre avsnittet: Det må journalføres og dokumenteres hvorfor tenner eventuelt går tapt og hvorfor de ikke kan beholdes. Begrunnet prognose for tenner/tannsett som følge av planlagt behandling skal journalføres.

**1.1.2016:** Gjeldende fra denne dato er det følgende tillegg i det første avsnittet: Det er en forutsetning at pasienten fortsatt har sykdommen/nedsatt funksjonsevne på tidspunktet for undersøkelse og behandling hos tannlege/tannpleier. Dette innebærer at pasienter som tidligere har hatt sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved sykdom eller nedsatt funksjonsevne, men som nå er kommet over dette, og ikke lenger har slik sterkt nedsatt evne til egenomsorg, ikke kan få stønad etter dette punkt.

**1.1.2017:** Gjeldende fra denne dato er det følgende presisering mht. behandlingsalternativer: Dersom kroneterapi velges, må begrunnelse for valget journalføres.

**1.1.2018:** Gjeldende fra denne dato er det gitt følgende presisering av dokumentasjonskrav: Skriftlig erklæring fra lege skal foreligge mht. de nevnte kriteriene og må videre dokumentere hvilken diagnose erklæringen gjelder og forventet varighet av funksjonsnedsettelsen. Erklæringens innhold må videre være tilstrekkelig for at tannlegen kan påvise hvordan tilstanden påvirker pasientens tannhelse.

*Fra og med samme dato er det i tillegg angitt noen situasjoner der pasientene får tilbud om behandling i fylkeskommunene og dermed ikke omfattes av refusjonsordningen:*

- *Personer som har vært utsatt for tortur/overgrep eller som har odontofobi gis tilbud om fobibehandling og tannbehandling av fylkeskommunen over kapittel 770, post 70, og de omfattes derfor ikke av NAVs refusjonsordning.*
- *Personer som er under kommunal rusomsorg eller som mottar legemiddelassistert behandling (LAR) gis tilbud om tannbehandling i fylkeskommunene og omfattes ikke av refusjonsordningen.*

### **Innslagspunkt 15: Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven**

Det ytes stønad til personer med helt tannløs underkjeve som på grunn av slag, allmennsykdommer, anatomi eller andre forhold ikke er i stand til å kunne bruke løstsittende protese. Det ytes stønad til 2 implantater og en dekkprotese festet til disse implantatene. Stønad ytes til personer som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller som ikke fyller andre gjeldende vilkår for trygdens stønad til tannbehandling, (som eksempelvis stønad ved tanntap pga periodontitt.)

Stønad ytes kun etter takstene 424 og 320. Ved behov ytes også stønad etter takstene 419 og 423. Pasienter som faller inn under ovennevnte stønadsordning til protese i underkjeven, og som er tannløs i overkjeven, ytes stønad til nødvendig ny protese i overkjeven etter takst 321. Det ytes ikke stønad til implantatforankring av protese i overkjeven.

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

**1.1.2017:** Gjeldende fra denne dato er det følgende presisering mht. kriteriene (i første avsnitt): Dersom stønadsretten er benyttet fullt ut etter for eksempel tilstand 6 (periodontitt), skal det som hovedregel ikke ytes ny stønad etter tilstand 15. Unntak er bare aktuelt hvis endringer i kjevekammen eller andre forhold

*gjør at pasienten ikke har nødvendig funksjon, slik at tidligere vurdert eller valgt løsning ikke vil fungere. Dette må i så fall dokumenteres før behandling igangsettes.*

### **Andre koder brukt i tillegg til de 15 innslagspunktene: 30, 31, 32 («16. innslagspunkt»):**

Brukt i hele perioden:

Kode 30 ser ut til å være brukt til en kategori mottakere uten at andre helsemessige eller tannhelsemessige kriterier er oppfylt – til pasienter med krigspensjon.

Kode 31 ser ut til å være brukt til undersøkelse, røntgenbilder m.m. når det er gitt refusjon uten at ett av de øvrige innslagspunktene er fastsatt.

**1.7.2013:** Gjeldende fra denne dato er kode 32 innført til bruk ved refusjon for undersøkelse av dem som er 75 år eller eldre.

**1.1.2014:** Kode 32 utgått fra og med denne dato.

## **B.2 Utvikling i beløp og antall mottakere av refusjonsordningen**

I de påfølgende sidene følger noen sett av tabeller, to basert på antall mottakere etter innslagspunkt (B1.1 og B1.4), mens to tilsvarende tabeller angir samlede beløp etter innslagspunkt i tabeller med (parvis) samme struktur (B1.2 og B1.5). B1.3 gjengir den årlige veksten i gjennomsnittsbeløp per mottaker.

Tabellene angir tall for 15 veldefinerte sett av kriterier (selve innslagspunktene), mens kategori 16 samler to restgrupper som er med i refusjonsmaterialet fra KUHR, der den ene (kode 30) ser ut til å være brukt til en spesiell kategori av mottakere, dvs. til pasienter med krigspensjon. Den andre kategorien (kode 31) ser ut til å være brukt til undersøkelse, røntgenbilder m.m. når det er gitt refusjon uten at ett av de øvrige innslagspunktene er fastsatt.

En tredje kategori, som bare finnes i refusjonsmaterialet fra KUHR i 2013, gjelder undersøkelser av personer i alder fra og med 75 år, uten at disse oppfylte noen av kriteriene for de egentlige innslagspunktene.



**Tabell B1.1 Antall voksne mottakere av tannhelsefusjoner, etter Innslagspunkt. Absolutte tall 2011-2021. Årlig prosentvis vekst 2012-2021**

Innslagspunkt	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Absolutte tall</b>											
Totalt	199 750	284 974	370 464	403 891	454 881	482 738	517 242	531 740	555 938	535 683	601 817
1 Sjeldne medisinske tilstander	2 138	3 163	4 031	5 048	5 834	7 404	8 262	7 958	8 230	8 341	9 498
2 Leppe-kjeve-ganespalte	100	115	114	130	341	557	962	480	447	364	303
3 Svulster i munnhulen	966	1 155	1 200	1 589	1 773	1 830	2 020	2 288	2 966	2 885	2 783
4 Infeksjonsforebygging	4 519	6 547	9 337	11 355	13 088	13 504	14 492	14 147	13 610	14 345	16 848
5 Sykd./anomali munn/kjeve	65 170	89 051	100 723	111 080	120 671	126 244	130 352	136 304	141 897	140 338	160 083
6 Periodontitt	91 607	133 903	166 675	192 760	213 838	228 942	249 223	265 997	279 756	263 096	289 321
7 Tannutviklingsforstyrrelser	2 895	4 088	5 045	5 203	5 769	5 822	6 132	6 359	6 725	6 495	7 582
8 Bittanomalier	4 694	5 914	6 522	6 975	7 454	8 164	8 220	8 294	8 595	8 051	8 565
9 Patol. tap erosjon/atrisjon	11 239	17 844	22 979	31 561	39 275	41 118	45 009	44 741	48 073	47 889	57 977
10 Hyposalivasjon	9 922	13 942	16 561	20 217	23 840	24 965	26 107	26 942	27 613	27 160	30 809
11 Allergisk reaksj. tannrest.	135	189	187	213	184	165	162	124	115	124	113
12 Tannskade yrkesskade	1 974	2 642	3 014	3 257	3 321	3 313	3 377	3 395	3 315	3 090	3 315
13 Tannskade annen ulykke	2 779	4 085	4 993	5 707	6 232	6 275	6 530	6 662	7 034	6 602	7 016
14 Nedsatt egenomsorg	1 491	2 186	4 238	6 908	10 176	12 218	14 139	5 547	5 278	4 980	5 722
15 Uten tenner underkjeve	-	-	-	1 732	2 025	1 641	1 368	1 210	1 140	922	949
16 Uspesifisert	121	150	149	156	1 060	576	887	1 292	1 144	1 001	933
<b>Årlig prosentvis vekst</b>											
Totalt		42,7	30,0	9,0	12,6	6,1	7,1	2,8	4,6	-3,6	12,3
1 Sjeldne medisinske tilstander		47,9	27,4	25,2	15,6	26,9	11,6	-3,7	3,4	1,3	13,9
2 Leppe-kjeve-ganespalte		15,0	-0,9	14,0	162,3	63,3	72,7	-50,1	-6,9	-18,6	-16,8
3 Svulster i munnhulen		19,6	3,9	32,4	11,6	3,2	10,4	13,3	29,6	-2,7	-3,5
4 Infeksjonsforebygging		44,9	42,6	21,6	15,3	3,2	7,3	-2,4	-3,8	5,4	17,4
5 Sykd./anomali munn/kjeve		36,6	13,1	10,3	8,6	4,6	3,3	4,6	4,1	-1,1	14,1
6 Periodontitt		46,2	24,5	15,7	10,9	7,1	8,9	6,7	5,2	-6,0	10,0
7 Tannutviklingsforstyrrelser		41,2	23,4	3,1	10,9	0,9	5,3	3,7	5,8	-3,4	16,7
8 Bittanomalier		26,0	10,3	6,9	6,9	9,5	0,7	0,9	3,6	-6,3	6,4
9 Patol. tap erosjon/atrisjon		58,8	28,8	37,3	24,4	4,7	9,5	-0,6	7,4	-0,4	21,1
10 Hyposalivasjon		40,5	18,8	22,1	17,9	4,7	4,6	3,2	2,5	-1,6	13,4
11 Allergisk reaksj. tannrest.		40,0	-1,1	13,9	-13,6	-10,3	-1,8	-23,5	-7,3	7,8	-8,9
12 Tannskade yrkesskade		33,8	14,1	8,1	2,0	-0,2	1,9	0,5	-2,4	-6,8	7,3
13 Tannskade annen ulykke		47,0	22,2	14,3	9,2	0,7	4,1	2,0	5,6	-6,1	6,3
14 Nedsatt egenomsorg		46,6	93,9	63,0	47,3	20,1	15,7	-60,8	-4,8	-5,6	14,9
15 Uten tenner underkjeve		-	-	-	16,9	-19,0	-16,6	-11,5	-5,8	-19,1	2,9
16 Uspesifisert		24,0	-0,7	4,7	579,5	-45,7	54,0	45,7	-11,5	-12,5	-6,8

Kilde: KUHR

**Tabell B1.2 Samlet beløp refusjoner til voksne mottakere, etter Innslagspunkt. 2011-2021. Absolutte tall i millioner NOK (løpende kroner). Årlig prosentvis vekst 2012-2021**

Innslagspunkt	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Absolutte tall</b>											
Totalt	540,2	930,9	1 157,7	1 462,5	1 606,4	1 645,4	1 721,8	1 597,6	1 663,9	1 536,8	1 951,8
1 Sjeldne medisinske tilstander	9,4	17,6	28,7	32,1	45,3	50,2	53,8	41,6	42,5	40,8	50,6
2 Leppe-kjeve-ganespalte	1,0	1,5	1,2	1,4	2,8	3,6	6,0	2,6	2,7	1,7	2,6
3 Svulster i munnhulen	7,3	10,5	32,5	14,8	15,1	15,5	16,3	17,4	19,9	20,6	23,6
4 Infeksjonsforebygging	21,4	41,2	60,2	79,6	89,9	88,6	90,6	85,0	81,3	83,2	104,8
5 Sykd./anomalier munn/kjeve	80,3	126,7	146,7	166,7	176,9	184,4	197,8	215,0	219,2	220,4	278,0
6 Periodontitt	217,2	414,5	498,1	549,7	564,2	581,1	630,8	677,1	726,9	625,3	824,9
7 Tannutviklingsforstyrrelser	28,3	43,3	50,5	51,8	52,3	49,7	48,1	50,5	52,1	50,6	58,3
8 Bittanomalier	10,5	14,2	15,4	16,9	18,3	19,6	19,1	19,4	19,9	17,5	19,1
9 Patol. tap erosjon/attrisjon	71,3	114,6	121,0	176,9	194,0	190,4	192,9	182,6	191,6	191,9	245,2
10 Hyposalivasjon	50,6	78,6	87,6	128,8	142,5	144,4	143,6	147,4	149,1	143,1	178,0
11 Allergisk reaksj. tannrestaur.	0,8	1,3	1,0	1,4	0,9	0,9	1,0	0,6	0,7	0,6	0,6
12 Tannskade yrkesskade	13,8	21,4	22,5	27,3	26,2	27,2	24,0	25,8	25,9	23,7	26,2
13 Tannskade annen ulykke	18,0	28,7	34,7	40,0	41,5	40,0	38,9	38,5	39,0	38,0	42,8
14 Nedsatt egenomsorg	9,9	16,3	57,1	109,1	163,0	190,6	211,3	51,4	52,3	46,2	61,3
15 Uten tenner underkjeve	-	-	-	65,7	72,9	58,9	46,7	41,4	39,8	32,1	34,5
16 Uspesifisert	0,5	0,5	0,6	0,6	0,8	0,4	0,8	1,2	1,1	1,1	1,4
<b>Årlig prosentvis vekst</b>											
Totalt		72,3	24,4	26,3	9,8	2,4	4,6	-7,2	4,2	-7,6	27,0
1 Sjeldne medisinske tilstander		87,4	63,5	11,8	41,3	10,8	7,1	-22,7	2,2	-4,2	24,2
2 Leppe-kjeve-ganespalte		53,6	-21,3	20,7	98,6	30,1	67,6	-57,2	3,6	-36,5	53,0
3 Svulster i munnhulen		43,3	29,4	-54,6	2,0	2,8	5,3	6,7	14,5	3,2	14,6
4 Infeksjonsforebygging		92,2	46,1	32,1	13,0	-1,5	2,3	-6,2	-4,3	2,3	25,9
5 Sykd./anomalier munn/kjeve		57,9	15,8	13,6	6,1	4,2	7,3	8,7	1,9	0,5	26,1
6 Periodontitt		90,8	20,2	10,4	2,6	3,0	8,5	7,3	7,4	-14,0	31,9
7 Tannutviklingsforstyrrelser		53,3	16,5	2,5	0,9	-4,9	-3,1	5,0	3,1	-2,8	15,0
8 Bittanomalier		36,0	8,0	9,8	8,3	7,3	-2,6	1,8	2,3	-12,0	9,5
9 Patol. tap erosjon/attrisjon		60,7	5,6	46,2	9,6	-1,9	1,3	-5,4	4,9	0,1	27,8
10 Hyposalivasjon		55,4	11,4	47,0	10,6	1,3	-0,5	2,7	1,2	-4,0	24,4
11 Allergisk reaksj. tannrestaur.		55,3	-18,1	30,3	-30,7	-0,5	4,6	-37,1	6,4	-8,0	-2,2
12 Tannskade yrkesskade		54,3	5,4	21,2	-3,8	3,5	-11,5	7,3	0,3	-8,4	10,5
13 Tannskade annen ulykke		59,6	20,6	15,4	3,9	-3,8	-2,7	-1,1	1,3	-2,3	12,6
14 Nedsatt egenomsorg		65,4	249,4	91,2	49,4	17,0	10,8	-75,7	1,7	-11,7	32,6
15 Uten tenner underkjeve		-	-	-	11,0	-19,2	-20,8	-11,3	-3,9	-19,3	7,6
16 Uspesifisert		6,5	20,7	-6,9	34,4	-46,0	93,2	49,6	-9,7	5,5	21,9

Kilde: KUHR

**Tabell B1.3 Årlig prosentvis vekst i gjennomsnittsbeløp per mottaker, etter innslagspunkt. 2011-2021. Prosent**

Innslagspunkt	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totalt	20,8	-4,3	15,9	-2,5	-3,5	-2,3	-9,7	-0,4	-4,1	13,0
1 Sjeldne medisinske tilstander	26,7	28,3	-10,8	22,3	-12,7	-4,0	-19,7	-1,1	-5,4	9,1
2 Leppe-kjeve-ganespalte	33,5	-20,6	5,8	-24,3	-20,3	-3,0	-14,1	11,2	-22,0	83,8
3 Svulster i munnhulen	19,8	1,1	1,0	-8,6	-0,4	-4,6	-5,8	-11,6	6,1	18,8
4 Infeksjonsforebygging	32,7	2,5	8,6	-2,0	-4,5	-4,7	-3,9	-0,5	-3,0	7,2
5 Sykd./anomalier munn/kjeve	15,5	2,3	3,0	-2,3	-0,4	3,9	3,9	-2,1	1,7	10,6
6 Periodontitt	30,5	-3,5	-4,6	-7,5	-3,8	-0,3	0,6	2,1	-8,5	20,0
7 Tannutviklingsforstyrrelser	8,6	-5,6	-0,6	-9,0	-5,8	-8,0	1,2	-2,5	0,6	-1,5
8 Bittanomalier	7,9	-2,1	2,7	1,3	-2,0	-3,3	0,9	-1,2	-6,1	3,0
9 Patol. tap erosjon/atrisjon	1,2	-18,0	6,5	-11,9	-6,3	-7,4	-4,8	-2,3	0,5	5,6
10 Hyposalivasjon	10,6	-6,2	20,4	-6,2	-3,2	-4,9	-0,5	-1,3	-2,4	9,6
11 Allergisk reaksj. tannrestaurering	10,9	-17,2	14,4	-19,8	10,9	6,5	-17,8	14,7	-14,6	7,4
12 Tannskade yrkesskade	15,3	-7,6	12,2	-5,7	3,8	-13,2	6,8	2,7	-1,7	3,0
13 Tannskade annen ulykke	8,6	-1,4	1,0	-4,9	-4,4	-6,5	-3,1	-4,1	4,1	5,9
14 Nedsatt egenomsorg	12,8	80,2	17,3	1,4	-2,6	-4,2	-37,9	6,9	-6,4	15,4
15 Uten tenner underkjeve	-	-	-	-5,1	-0,2	-5,0	0,3	2,0	-0,2	4,5
16 Uspesifisert	-14,1	21,5	-11,0	-80,2	-0,5	25,5	2,7	2,0	20,5	30,8

Kilde: KUHR

**Tabell B1.4 Fordeling av antall mottakere av tannhelserefusjoner, etter Innslagspunkt. 2011-2021. Prosent. A: Voksne mottakere. B: Alle mottakere**

Innslagspunkt	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>A: Mottakere over 20 år</b>											
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 Sjeldne medisinske tilstander	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,5	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6
2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
3 Svulster i munnhulen	0,5	0,4	7,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
4 Infeksjonsforebygging v/sykd.	2,3	2,3	2,5	2,8	2,9	2,8	2,8	2,7	2,4	2,7	2,8
5 Sykd./anomalier munn/kjeve	32,6	31,2	27,2	27,5	26,5	26,2	25,2	25,6	25,5	26,2	26,6
6 Periodontitt	45,9	47,0	45,0	47,7	47,0	47,4	48,2	50,0	50,3	49,1	48,1
7 Tannutviklingsforstyrrelser	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
8 Bittanomalier	2,3	2,1	1,8	1,7	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4
9 Patol. tap erosjon/attrisjon	5,6	6,3	6,2	7,8	8,6	8,5	8,7	8,4	8,6	8,9	9,6
10 Hyposalivasjon	5,0	4,9	4,5	5,0	5,2	5,2	5,0	5,1	5,0	5,1	5,1
11 Allergisk reaksjon tannrestaur.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 Tannskade yrkesskade	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
13 Tannskade annen ulykke	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
14 Nedsatt egenomsorg	0,7	0,8	1,1	1,7	2,2	2,5	2,7	1,0	0,9	0,9	1,0
15 Uten tenner underkjeve	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
16 Uspesifisert	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>B: Alle mottakere</b>											
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 Sjeldne medisinske tilstander	0,7	0,8	0,8	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
3 Svulster i munnhulen	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4
4 Infeksjonsforebygging v/sykd.	1,3	1,4	1,7	1,9	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	2,0	2,3
5 Sykd./anomalier i munn/kjeve	20,0	22,0	21,1	22,1	22,1	22,2	21,9	22,3	22,5	23,0	24,2
6 Periodontitt	24,0	27,6	29,0	31,5	32,0	32,6	33,5	34,8	35,2	35,0	35,0
7 Tannutviklingsforstyrrelser	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
8 Bittanomalier	46,4	39,6	34,2	32,8	30,8	30,0	29,0	28,5	27,9	26,9	24,8
9 Patol. tap erosjon/attrisjon	2,7	3,3	3,6	4,5	5,0	5,0	5,2	5,1	5,3	5,5	6,2
10 Hyposalivasjon	2,3	2,5	2,5	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,9	3,0
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 Tannskade ved yrkesskade	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
13 Tannskade ved annen ulykke	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
14 Nedsatt egenomsorg	0,3	0,4	0,6	0,9	1,3	1,5	1,6	0,6	0,6	0,6	0,6
15 Uten tenner underkjeve	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
16 Uspesifisert	0,0	0,0	4,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1

Kilde: KUHR

**Tabell B1.5 Fordeling av beløp til tannhelsefusjoner, etter Innslagspunkt. 2011-2021. Prosent. A: Voksne mottakere. B: Alle mottakere**

Innslagspunkt	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>A: Mottakere over 20 år</b>											
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 Sjeldne medisinske tilstander	1,7	1,9	2,5	2,2	2,8	3,1	3,1	2,6	2,6	2,7	2,6
2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
3 Svulster i munnhulen	1,4	1,1	2,8	1,0	0,9	0,9	0,9	1,1	1,2	1,3	1,2
4 Infeksjonsforebygging	4,0	4,4	5,2	5,4	5,6	5,4	5,3	5,3	4,9	5,4	5,4
5 Sykd./anomalier munn/kjeve	14,9	13,6	12,7	11,4	11,0	11,2	11,5	13,5	13,2	14,3	14,2
6 Periodontitt	40,2	44,5	43,0	37,6	35,1	35,3	36,6	42,4	43,7	40,7	42,3
7 Tannutviklingsforstyrrelser	5,2	4,7	4,4	3,5	3,3	3,0	2,8	3,2	3,1	3,3	3,0
8 Bittanomalier	1,9	1,5	1,3	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	1,0
9 Patol. tap erosjon/atrisjon	13,2	12,3	10,5	12,1	12,1	11,6	11,2	11,4	11,5	12,5	12,6
10 Hyposalivasjon	9,4	8,4	7,6	8,8	8,9	8,8	8,3	9,2	9,0	9,3	9,1
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
12 Tannskade yrkesskade	2,6	2,3	1,9	1,9	1,6	1,7	1,4	1,6	1,6	1,5	1,3
13 Tannskade annen ulykke	3,3	3,1	3,0	2,7	2,6	2,4	2,3	2,4	2,3	2,5	2,2
14 Nedsatt egenomsorg	1,8	1,8	4,9	7,5	10,1	11,6	12,3	3,2	3,1	3,0	3,1
15 Uten tenner underkjeve	0,0	0,0	0,0	4,5	4,5	3,6	2,7	2,6	2,4	2,1	1,8
16 Uspesifisert	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>B: Alle mottakere</b>											
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 Sjeldne medisinske tilstander	1,2	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,3	2,4	2,4	2,5	2,6
2 Leppe-kjeve-ganespalte	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
3 Svulster i munnhulen	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	0,9
4 Infeksjonsforebygging ved sykdom	2,1	2,8	3,5	3,8	4,0	3,9	3,9	3,8	3,6	4,0	4,1
5 Sykd./anomalier i munn/kjeve	8,6	9,5	9,4	8,9	8,9	9,2	9,7	10,9	11,0	12,0	12,4
6 Periodontitt	21,7	28,7	29,1	27,0	25,8	26,1	27,7	31,3	32,7	31,1	33,3
7 Tannutviklingsforstyrrelser	3,1	3,3	3,2	2,7	2,5	2,4	2,2	2,4	2,5	2,7	2,4
8 Bittanomalier	46,0	35,5	32,5	28,6	27,2	26,6	24,9	26,1	24,8	23,4	20,6
9 Patologisk tap erosjon/atrisjon	7,0	7,8	6,9	8,5	8,6	8,3	8,2	8,3	8,5	9,4	9,8
10 Hyposalivasjon	4,9	5,3	5,0	6,1	6,3	6,3	6,1	6,6	6,5	6,9	7,0
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 Tannskade ved yrkesskade	1,5	1,5	1,3	1,4	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1
13 Tannskade ved annen ulykke	1,9	2,0	2,0	2,0	1,9	1,8	1,7	1,8	1,8	1,9	1,7
14 Nedsatt egenomsorg	1,0	1,1	3,3	5,2	7,3	8,4	9,1	2,3	2,3	2,3	2,4
15 Tanntap tenner underkjeve	0,0	0,0	0,0	3,1	3,2	2,5	2,0	1,9	1,7	1,5	1,3
16 Uspesifisert	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1

Kilde: KUHR

## Vedlegg C: Sammensatte tabeller over resultater for flere grupper etter sosioøkonomisk status

Tabellene i dette vedlegget er et supplement til materialet som er presentert i kapittel 5. Oppbygningen av tabellene C1.1 og C1.2 er identisk og svarer til den som er brukt i tabell 5.5 foran. Forskjellene mellom dem er størrelsen som er presentert. Mens tabell 5.5 viste andel med refusjonsmottak i de ulike gruppene, er det gjennomsnittlige beløp per mottaker som vises i tabell C1.1 og gjennomsnittlig beløp per bosatt i hver av persongruppene i tabell C1.2.

**Tabell C1.1 Gjennomsnittlig utbetaling per mottaker av tannhelsefusjoner, etter kjønn, to aldersgrupper og ulike grupper etter sosioøkonomiske kjennetegn. 2021. Beløp i kroner. Prosent (100=alle av samme kjønn og aldersgruppe)**

Kategori	Begge kjønn			Menn			Kvinner		
	Alle aldre	21-59 år	60 år og eldre	Alle aldre	21-59 år	60 år og eldre	Alle aldre	21-59 år	60 år og eldre
<b>Gjennomsnittsbetaling per mottaker etter aldersgruppe og kjønn for:</b>									
Alle grupper	3 243	2 942	3 596	3 357	3 010	3 761	3 144	2 882	3 452
Innvandrere	3 460	3 241	4 234	3 730	3 443	4 670	3 232	3 075	3 832
Lav utdanning	3 699	3 533	3 875	3 832	3 599	4 133	3 590	3 466	3 699
Middels utdanning	3 285	2 956	3 583	3 358	2 974	3 741	3 212	2 936	3 439
Høy utdanning	2 883	2 597	3 360	3 014	2 623	3 518	2 786	2 581	3 206
Manglende/uoppgitt	3 475	3 230	4 588	3 625	3 380	4 888	3 343	3 095	4 370
Mottakere stønad	4 145	3 996	4 365	4 498	4 334	4 739	3 942	3 800	4 150
Uføre m.m.	4 212	4 126	4 321	4 581	4 535	4 637	4 007	3 906	4 140
Økonomisk sosialhjelp	3 815	3 559	6 053	4 004	3 656	7 004	3 617	3 459	5 023
Bostøtte m.m.	3 373	2 954	4 624	3 984	3 262	6 927	3 159	2 835	4 035
Lavinntekt (EU60)	3 388	3 073	4 143	3 585	3 234	4 778	3 267	2 957	3 879
1. inntektskvartil	3 672	3 478	3 922	3 937	3 690	4 256	3 461	3 309	3 657
2. inntektskvartil	3 308	3 014	3 670	3 432	3 108	3 816	3 200	2 934	3 537
3. inntektskvartil	3 067	2 707	3 467	3 126	2 708	3 591	3 015	2 707	3 357
4. inntektskvartil	2 952	2 559	3 364	3 000	2 569	3 462	2 908	2 550	3 277
<b>Gjennomsnittsbetaling relativt til alle med samme alder og kjønn:</b>									
Innvandrere	107	110	118	111	114	124	103	107	111
Lav utdanning	114	120	108	114	120	110	114	120	107
Middels utdanning	101	100	100	100	99	99	102	102	100
Høy utdanning	89	88	93	90	87	94	89	90	93
Manglende/uoppgitt	107	110	128	108	112	130	106	107	127
Mottakere stønad	128	136	121	134	144	126	125	132	120
Uføre m.m.	130	140	120	136	151	123	127	136	120
Økonomisk sosialhjelp	118	121	168	119	121	186	115	120	146
Bostøtte m.m.	104	100	129	119	108	184	100	98	117
Lavinntekt (EU60)	104	104	115	107	107	127	104	103	112
1. inntektskvartil	113	118	109	117	123	113	110	115	106
2. inntektskvartil	102	102	102	102	103	101	102	102	102
3. inntektskvartil	95	92	96	93	90	95	96	94	97
4. inntektskvartil	91	87	94	89	85	92	92	88	95

Kilder: KUHR, befolkningsregisteret, utdanningsregisteret og inntektsregisteret i SSB, NAV

**Tabell C1.2 Gjennomsnittlig utbetaling per bosatt, etter kjønn, to aldersgrupper og ulike grupper etter sosioøkonomiske kjennetegn. 2021. Beløp i kroner. Prosent (100=alle av samme kjønn og aldersgruppe) periode**

For:	Begge kjønn			Menn			Kvinner		
	Alle aldre 21-59 år	60 år og eldre		Alle aldre 21-59 år	60 år og eldre		Alle aldre 21-59 år	60 år og eldre	
<b>Kategori</b>									
<b>Gjennomsnittsbetaling per bosatt etter aldersgruppe og kjønn for:</b>									
Alle kategorier	466	335	743	446	310	759	485	361	729
Innvandrere	392	330	800	371	301	854	414	361	746
Lav utdanning	553	441	730	504	392	745	604	507	719
Middels utdanning	524	363	783	489	330	794	566	410	773
Høy utdanning	379	280	693	385	260	716	374	295	671
Manglende/uoppgitt	232	196	557	200	170	555	272	232	558
Mottakere stønad	708	590	971	665	544	952	740	624	985
Uføre m.m.	769	648	994	725	604	954	799	679	1022
Økonomisk sosialhjelp	460	416	1018	440	388	1077	486	450	940
Bostøtte m.m.	377	328	529	376	302	707	377	340	476
Lavinntekt (EU60)	375	310	595	326	270	621	417	351	583
1. inntektskvartil	502	394	731	476	363	733	528	426	729
2. inntektskvartil	504	373	782	486	345	806	523	404	759
3. inntektskvartil	455	311	758	435	287	772	474	337	746
4. inntektskvartil	425	278	738	411	262	747	440	294	729
<b>Gjennomsnittsbetaling per bosatt relativt til alle med samme alder og kjønn for:</b>									
Innvandrere	84	99	108	83	97	113	85	100	102
Lav utdanning	119	132	98	113	126	98	125	140	99
Middels utdanning	113	109	105	110	106	105	117	114	106
Høy utdanning	81	84	93	86	84	94	77	82	92
Manglende/uoppgitt	50	59	75	45	55	73	56	64	77
Mottakere stønad	152	176	131	149	176	125	153	173	135
Uføre m.m.	165	194	134	162	195	126	165	188	140
Økonomisk sosialhjelp	99	124	137	98	125	142	100	125	129
Bostøtte m.m.	81	98	71	84	98	93	78	94	65
Lavinntekt (EU60)	81	93	80	73	87	82	86	97	80
1. inntektskvartil	108	118	98	107	117	97	109	118	100
2. inntektskvartil	108	112	105	109	111	106	108	112	104
3. inntektskvartil	98	93	102	98	93	102	98	93	102
4. inntektskvartil	91	83	99	92	85	98	91	81	100

Kilder: KUHR, befolkningsregisteret, utdanningsregisteret og inntektsregisteret i SSB, NAV

Også i tabellen på neste side, C1.3 er det samlet informasjon om flere grupper etter sosioøkonomisk status, men i denne er resultatene også brutt ned etter innslagspunkt, men de er ikke brutt ned på kjønn, og det er bare tall for en aldersgruppe (40-59 år). Tabellen svarer til tabell 5.6 under avsnitt 5.5 foran, men det er presentert tall for tre perioder.

**Tabell C1.3 Andel mottakere av tannhelse- og tannhelseresultater, etter kjønn og ulike grupper etter sosioøkonomiske kjennetegn. Alder 40-59 år. Relative tall i prosent (100=alle av samme kjønn, aldersgruppe og periode). Tre perioder: 1=2011-2013, 2=2014-2016, 3=2017-2021**

Kjønn/Innslagspunkt	Kvinner			Innvandrere			Lav utdanning			Stønader			Lavinntekt		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Alle innslagspunkt	109	108	107	87	84	90	118	122	120	133	137	130	82	83	84
1 Sjeldne medisinske tilstander	134	136	135	28	28	26	113	116	114	325	353	297	60	56	59
2 Leppe-kjeve-ganespalte	54	86	89	17	57	83	89	124	133	152	192	192	73	102	100
3 Svulster i munnhulen	85	93	91	51	58	69	111	108	116	191	176	157	65	69	80
4 Infeksjonsforebygging ved sykdom	86	91	94	75	84	79	117	124	128	276	260	263	94	89	90
5 Sykd og anomalier i munn og kjeve	106	108	108	72	70	77	97	95	93	107	99	101	78	76	76
6 Periodontitt	115	112	110	111	112	118	131	136	134	119	119	115	85	88	91
7 Tannutviklingsforstyrrelser	138	135	135	67	81	103	86	76	85	101	95	98	67	82	96
8 Bittanomalier	135	128	125	131	121	130	81	67	90	115	107	120	93	70	78
9 Patologisk tap erosjon/attrisjon	70	74	77	38	39	44	94	90	87	105	96	96	66	59	58
10 Hyposalivasjon	145	144	143	24	23	24	159	168	167	346	355	326	97	99	102
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering	143	145	130	27	44	64	88	87	105	187	193	170	71	47	87
12 Tannskade ved yrkesskade	56	60	63	37	42	46	97	95	92	72	75	77	48	33	40
13 Tannskade ved annen ulykke	96	100	102	51	57	62	93	90	92	120	113	115	75	77	75
14 Nedsatt egenomsorg	114	117	116	24	32	29	173	210	221	417	418	411	150	164	161
15 Tanntap; uten egne tenner underkj	-	103	96	-	199	208	-	257	276	-	358	314	-	250	279
16 Uspesifisert	101	129	121	80	48	63	140	113	110	138	121	154	63	59	80
<b>Menn</b>															
Alle innslagspunkt				85	80	84	112	116	114	127	127	122	76	76	77
1 Sjeldne medisinske tilstander				30	27	24	108	113	113	335	361	314	55	49	56
2 Leppe-kjeve-ganespalte				22	53	83	90	135	126	160	199	211	91	91	112
3 Svulster i munnhulen				42	55	67	113	110	119	187	174	156	68	65	74
4 Infeksjonsforebygging ved sykdom				70	75	69	116	118	125	312	279	282	92	87	82
5 Sykd.og anomalier i munn og kjeve				64	61	70	96	96	94	99	90	93	72	71	72
6 Periodontitt				117	114	115	123	129	125	113	111	109	82	84	87
7 Tannutviklingsforstyrrelser				67	85	102	90	85	92	96	92	90	66	88	98
8 Bittanomalier				102	98	93	74	74	94	99	138	119	66	64	82
9 Patologisk tap erosjon/attrisjon				30	31	35	93	90	88	103	90	92	58	50	49
10 Hyposalivasjon				23	22		158	169	174	396	384	359	89	90	93
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering				10	17	57	112	62	58	141	184	135	0	37	60
12 Tannskade ved yrkesskade				34	36	44	101	99	100	81	79	84	47	34	37
13 Tannskade ved annen ulykke				49	54	58	91	93	95	119	113	117	78	72	72
14 Nedsatt egenomsorg				25	33	30	190	221	234	504	497	501	153	147	152
15 Tanntap; uten egne tenner underkj				-	197	214	-	247	270	-	407	367	-	282	281
16 Uspesifisert				128	60	55	160	120	130	117	100	141	76	60	64
<b>Kvinner</b>															
Alle innslagspunkt				90	89	97	123	127	126	134	140	132	89	90	92
1 Sjeldne medisinske tilstander				28	30	28	115	118	117	295	321	265	66	61	62
2 Leppe-kjeve-ganespalte				0	62	83	87	110	141	178	195	182	0	116	81
3 Svulster i munnhulen				65	61	72	108	105	111	206	182	163	59	74	89
4 Infeksjonsforebygging ved sykdom				80	95	92	119	132	130	257	252	253	95	90	99
5 Sykd. og anomalier i munn og kjeve				81	81	86	98	94	93	110	103	105	84	82	82
6 Periodontitt				109	112	122	136	143	143	118	119	115	91	92	96
7 Tannutviklingsforstyrrelser				71	82	106	83	71	82	94	89	92	71	82	97
8 Bittanomalier				156	142	158	85	63	89	111	87	113	113	76	77
9 Patologisk tap erosjon/attrisjon				54	52	60	96	89	83	123	114	111	80	75	73
10 Hyposalivasjon				26	24	26	158	168	167	297	312	284	106	107	109
11 Allergisk reaksjon tannrestaurering				37	59	70	76	98	136	182	176	171	112	53	105
12 Tannskade ved yrkesskade				40	53	50	89	86	67	73	85	83	44	27	45
13 Tannskade ved annen ulykke				53	61	66	94	86	88	122	113	114	70	84	78
14 Nedsatt egenomsorg				24	32	29	160	201	213	353	358	345	150	181	171
15 Tanntap; uten egne tenner underkj				-	202	201	-	267	281	-	322	277	-	214	276
16 Uspesifisert				22	41	70	119	109	96	152	121	152	47	61	95

Kilder: KUHR, befolkningsregisteret, utdanningsregisteret og inntektsregisteret i SSB, NAV



## Vedlegg D: Tannlegenes bruk av refusjonsordningen

**Tabell D1.1 Antall sysselsatte i tannhelsetjenesten, etter utdanning og sektor. Tannhelsepersonell registrert med refusjonskrav. Absolutte tall og prosentvis endring. 2014, 2020 og 2021**

		2014	2020	2021	Prosentvis økning 2020-2021	Prosentvis økning 2014-2021
Tannleger og tannlegespesialister	Offentlig	1281	1372	1404	2,3	9,6
	Privat	3090	3431	3512	2,4	13,7
	I alt	4371	4803	4916	2,4	12,5
Tannleger og tannlegespesialister	Antall med refusjonskrav	3644	4582	4878	6,5	33,9
Tannpleiere	Offentlig	513	597	605	1,3	17,9
	Privat	441	528	548	3,8	24,3
	I alt	954	1125	1153	2,5	20,9
Tannpleiere	Antall med refusjonskrav	437	785	902	14,9	106,4

Kilde: Statistisk sentralbyrå og KUHR

**Tabell D1.2 Avtalte årsverk tannhelsepersonell per 1000 innbyggere totalt og per 1000 innbyggere 21 år og eldre, etter fylker. 2021**

	Tannleger totalt per 1000 innbyggere	Tannlege- spesialister totalt per 1000 innbyggere	Tannpleiere totalt per 1000 innbyggere	Private tannleger per 1000 innbyggere 21 år og eldre	Private tannlege- spesialister år 1 000 innbyggere 21 år og eldre
Hele landet	0,9	0,1	0,2	0,7	0,1
3000 Viken	0,8	0,1	0,2	0,8	0,1
0300 Oslo	1,1	0,2	0,2	1,0	0,2
3400 Innlandet	0,8	0,1	0,2	0,6	0,1
3800 Vestfold og Telemark	0,9	0,1	0,2	0,8	0,1
4200 Agder	0,9	0,1	0,2	0,7	0,1
1100 Rogaland	0,9	0,1	0,2	0,7	0,1
4600 Vestland	0,9	0,1	0,2	0,7	0,1
1500 Møre og Romsdal	0,9	0,1	0,2	0,7	0,1
5000 Trøndelag Tröndelage	0,8	0,1	0,2	0,6	0,1
1800 Nordland	0,9	0,1	0,3	0,6	0
5400 Troms og Finnmark					
Romsa ja Finnmarku	1,1	0,1	0,4	0,5	0,1

Kilde: Statistisk sentralbyrå

**Tabell D1.3 Avtalte årsverk for tannleger per 1000 innbyggere totalt og per 1000 innbyggere 21 år og eldre, etter sektor (offentlig og privat) og sentralitet. 2021**

	Antall tannlegeårsverk i alt per 1 000 innbyggere	Antall private tannlegeårsverk per 1 000 innbyggere 21 år og eldre	Antall offentlige tannlegeårsverk per 1 000 innbyggere
Hele landet	0,90	0,86	0,25
Nivå 1 Mest sentrale kommuner	1,03	1,16	0,15
Nivå 2 Nest-mest sentrale kommuner	0,96	0,96	0,23
Nivå 3 Mellomsentrale kommuner	0,89	0,82	0,27
Nivå 4 Mellomsentrale kommuner	0,86	0,75	0,29
Nivå 5 Nest-minst sentrale kommuner	0,74	0,55	0,33
Nivå 6 Minst sentrale kommuner	0,54	0,22	0,36

Kilde: Statistisk sentralbyrå

## Figurregister

Figur 3.1	Samlede utgifter til tannlegetjenester i privat og offentlig sektor. Løpende kroner. 2011-2021 <sup>1</sup> .....	17
Figur 3.2	Samlet utgift til tannhelsetjenester gjennom NAV, etter år, utgiftspost og status mht. elektronisk oppgjør registrert i KUHR. 2011-2021. Millioner kroner (løpende).....	19
Figur 3.3	Samlet utgift til tannhelserefusjoner, etter år og to aldersgrupper <sup>1</sup> . 2011-2021. Millioner kroner (løpende).....	20
Figur 3.4	Antall voksne pasienter, etter år og innslagspunkt <sup>1</sup> . 2011-2021 .....	22
Figur 3.5	Samlet utgift til tannhelserefusjoner for voksne, etter år og innslagspunkt <sup>1</sup> . 2011-2021. Millioner kroner (løpende) .....	22
Figur 3.6	Antall pasienter, gjennomsnittsbetøp per mottaker og betøp per bosatt, etter år, 2011-2021. Alle størrelser uttrykt relativt til nivået i 2014 (=100) .....	25
Figur 4.1	Andel med mottak av tannhelserefusjoner, etter kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Prosent.....	29
Figur 4.2	Gjennomsnittsbetøp per mottaker, etter kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Løpende kroner.....	29
Figur 4.3	Andel med mottatt tannhelserefusjon, gjennomsnittsbetøp og betøp per bosatt, etter kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Relative tall i prosent. (Gjennomsnitt for alle aldre i samme år =100) .....	30
Figur 4.4	Antall voksne refusjonsmottakere, etter alder og innslagspunkt. 2021. Absolutte tall ...	31
Figur 4.5	Samlet utgift til tannhelserefusjoner for voksne <sup>1</sup> , etter alder og innslagspunkt. 2021. Millioner kroner.....	31
Figur 4.6	Refusjonsmottakeres gjennomsnittsalder, alle mottakere og etter utvalgte innslagspunkt. Gjennomsnittsalderen i befolkningen over 20 år. 2011-2021 .....	32
Figur 4.7	Andel mottakere, gjennomsnittsbetøp per mottaker og betøp per bosatt, etter kjønn og år. Relative tall, der gjennomsnitt for menn=100. 2011-2021 .....	33
Figur 4.8	Andel med mottatt tannhelserefusjon, etter innvandringskategori, kjønn og alder over 20 år. 2014 og 2021. Prosent.....	35
Figur 5.1	Andel med mottatt refusjon, etter utdanningsnivå og alder over 20 år. Begge kjønn. 2021. Prosent.....	37
Figur 5.2	Andel mottakere av tannhelserefusjoner, etter alder og status mht. ulike stønader <sup>1</sup> . Prosent. 2021.....	41
Figur 5.3	Andel mottakere av tannhelserefusjoner, etter alder og inntektsnivå <sup>1</sup> . Prosent. 2021 ...	44
Figur 5.4	Andel mottakere av tannhelserefusjoner i ulike grupper etter demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn, etter innslagspunkt <sup>1</sup> . Alder 40-59 år. Gjennomsnitt 2017-2021. Prosent.....	46
Figur 5.5	Andel som mottar tannhelserefusjoner, etter år. Ulike grupper etter sosioøkonomisk status. 2011-2021. Prosent. 100=Alle i alder 21-59 år .....	49
Figur 6.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet. 2014-2021 .....	55
Figur 6.2	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbetøp per behandlet pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter kommunesentralitet. Løpende priser. 2014-2021 .....	56
Figur 8.1	Fordeling <sup>1</sup> av utbetalte betøp, etter utvalgte innslagspunkt og for alle mottakere. Prosent av nivået i 95-persentil for hvert innslagspunkt. 2021 .....	70
Figur 8.2	Fordeling <sup>1</sup> av utbetalte betøp, etter kjønn. 2014 og 2021 .....	71
Figur 8.3	Fordeling <sup>1</sup> av utbetalte betøp. To populasjoner av mottakere <sup>2</sup> .....	74

## Tabellregister

Tabell 2.1	Bosatte personer 21 år og eldre per 31.12., etter kjønn og aldersgrupper. Absolutte tall. 2014.....	11
Tabell 2.2	Bosatte personer 21 år og eldre per 31.12., etter kjønn og aldersgrupper. Absolutte tall. 2021 .....	11
Tabell 2.3	Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter kjønn og sentralitet. 2021. Absolutte tall.....	12
Tabell 2.4	Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter kjønn og fylker. 2021. Absolutte tall .....	12
Tabell 2.5	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2021. Absolutte tall .....	12
Tabell 2.6	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønader. 2021. Absolutte tall.....	13
Tabell 2.7	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og lav inntekt. 2021. Absolutte tall.....	14
Tabell 2.8	Personer 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2021. Absolutte tall.....	14
Tabell 3.1	Innslagspunkt som gir rett til tannhelserefusjoner fra folketrygden. 2014-2021 .....	18
Tabell 3.2	Gjennomsnittsbetrag per mottaker av tannhelserefusjoner, etter innslagspunkt og år. NOK. 2011-2021 .....	23
Tabell 4.1	Antall mottakere og samlet betrag refusjoner, etter kjønn og alder. Absolutte tall, prosent fordeling etter alder og relative tall. 2021 og 2014 .....	27
Tabell 4.1	forts. Antall mottakere og samlet betrag refusjoner, etter kjønn og alder. Absolutte tall, prosent fordeling etter alder og relative tall. 2021 og 2014 .....	28
Tabell 4.2	Antall mottakere, samlet betrag refusjoner og antall bosatte, etter innvandringskategori og alder. Absolutte tall og prosent fordeling etter alder. 2021 .....	34
Tabell 5.1	Antall mottakere og samlet betrag refusjoner, etter utdanningsnivå og alder. Absolutte tall, prosent fordeling etter alder og relative tall. 2021 .....	38
Tabell 5.2	Antall mottakere av tannhelserefusjoner og samlet betrag i millioner, etter alder og status mht. stønader. Absolutte tall. Prosent fordeling etter alder. Relative tall for mottakere og betrag. 2021 .....	40
Tabell 5.3	Antall mottakere av tannhelserefusjoner og samlet betrag i millioner, etter alder og status mht. lavinntekt. Absolutte tall. Prosent fordeling etter alder. Relative tall for mottakere og betrag. 2021 .....	43
Tabell 5.4	Andel mottakere av tannhelserefusjoner, gjennomsnittsbetrag per mottaker og gjennomsnittsbetrag per bosatt, etter alder og inntektskvartil <sup>1</sup> , i hhv. prosent og kroner. 2021 .....	43
Tabell 5.5	Andel mottakere av tannhelserefusjoner, etter kjønn, to aldersgrupper og ulike sosioøkonomiske variabler. Prosent. 2021 .....	45
Tabell 6.1	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter fylke. Prosent. 2014-2021 .....	52
Tabell 6.2	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbetrag per behandla pasient i befolkningen 21 år og eldre, etter fylke. Løpende priser. Kroner. 2014-2021 .....	54
Tabell 6.3	Personer 21 år og eldre som mottar refusjoner for tannbehandling, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Prosent. 2021 .....	57
Tabell 6.4	Gjennomsnittlig utbetalt refusjonsbetrag per behandla pasient i befolkninga 21 år og eldre, etter kommunesentralitet og innslagspunkt. Løpende priser. Kroner. 2021 .....	59
Tabell 7.1	Antall unike mottakere av tannhelserefusjoner 2011-2021, etter året de registrert med refusjon første gang. Antall mottakere i det enkelte år 2011-2021. Andel unike mottakere av alle voksne bosatte <sup>1</sup> .....	61
Tabell 7.2	Antall unike mottakere av tannhelserefusjoner 2011-2021, etter året de registrert med refusjon første gang og fordelt etter antall år de mottok refusjon. To mål for varighet <sup>1</sup> .....	62
Tabell 7.3	Samlet betrag av tannhelserefusjoner til voksne mottakere 2011-2021, etter året mottaker ble registrert med refusjon første gang og etter antall år mottakerne er registrert med refusjon. Millioner kroner.....	63

Tabell 7.4	Gjennomsnittsbetrag per unike voksne mottaker av tannhelserefusjoner 2011-2021, etter året mottaker ble registrert med refusjon første gang og etter antall år mottakerne er registrert med refusjon.....	63
Tabell 7.5	Behandlingsforløp, etter antall innslagspunkt per forløp. To utvalg av forløp <sup>1</sup> .....	64
Tabell 7.6	Ulike behandlingsforløp, etter kombinasjoner av innslagspunkt per forløp. Gjennomsnittlig antall år med refusjoner og fordeling etter antall år. To utvalg av forløp <sup>1</sup> .....	65
Tabell 7.7	Ulike behandlingsforløp, etter gjennomsnittlig antall år med kombinasjoner av innslagspunkt per forløp. Gjennomsnittlig antall år med refusjoner og fordeling etter antall år. To utvalg av forløp <sup>1</sup> .....	67
Tabell 7.8	Samlet utgift for alle behandlingsforløp og gjennomsnittsbetrag per forløp, etter året for første refusjoner. To utvalg av forløp <sup>1</sup> . Begge kjønn, menn og kvinner.....	68
Tabell 8.1	Median utgift per mottaker, etter innslagspunkt og år. Løpende kroner. 2011-2021 .....	69
Tabell 8.2	Median av utbetalte tannhelserefusjoner til voksne mottakere, etter aldersgruppe og inndeling i grupper etter ulike demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn. 2021. Norske kroner .....	72
Tabell 8.3	Median utgift per mottaker, etter året for første refusjon og antall år i behandlingsforløpet. Løpende kroner. To populasjoner <sup>1</sup> .....	73
Tabell A1.1	Bosatte personer 21 år og eldre per 31.12., etter kjønn. 2014-2021. Absolutte tall. ....	79
Tabell A1.2	Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter hele landet og sentralitet. 2014-2021. Absolutte tall.....	79
Tabell A1.3	Befolkning 21 år og eldre per 31.12, etter hele landet og fylker. 2014-2021. Absolutte tall.....	79
Tabell A1.4	Befolkning 21 år og eldre, etter utdanning. 2014-2021. Absolutte tall.....	79
Tabell A1.5	Personer 21 år og eldre, etter mottak av stønader. 2014-2021. Absolutte tall. ....	80
Tabell A1.6	Personer 21 år og eldre, etter lav inntekt. 2014-2021. Absolutte tall. ....	80
Tabell A1.7	Personer 21 år og eldre, etter inntekt. 2014-2021. Absolutte tall. ....	80
Tabell B1.1	Antall voksne mottakere av tannhelserefusjoner, etter Innslagspunkt. Absolutte tall 2011-2021. Årlig prosentvis vekst 2012-2021 .....	89
Tabell B1.2	Samlet betrag refusjoner til voksne mottakere, etter Innslagspunkt. 2011-2021. Absolutte tall i millioner NOK (løpende kroner). Årlig prosentvis vekst 2012-2021.....	90
Tabell B1.3	Årlig prosentvis vekst i gjennomsnittsbetrag per mottaker, etter innslagspunkt. 2011-2021. Prosent.....	91
Tabell B1.4	Fordeling av antall mottakere av tannhelserefusjoner, etter Innslagspunkt. 2011-2021. Prosent. A: Voksne mottakere. B: Alle mottakere.....	92
Tabell C1.1	Gjennomsnittlig utbetaling per mottaker av tannhelserefusjoner, etter kjønn, to aldersgrupper og ulike grupper etter sosioøkonomiske kjennetegn. 2021. Betrag i kroner. Prosent (100=alle av samme kjønn og aldersgruppe).....	94
Tabell C1.2	Gjennomsnittlig utbetaling per bosatt, etter kjønn, to aldersgrupper og ulike grupper etter sosioøkonomiske kjennetegn. 2021. Betrag i kroner. Prosent (100=alle av samme kjønn og aldersgruppe) periode .....	95
Tabell C1.3	Andel mottakere av tannhelserefusjoner, etter kjønn og ulike grupper ette sosioøkonomiske kjennetegn. Alder 40-59 år. Relative tall i prosent (100=alle av samme kjønn, aldersgruppe og periode). Tre perioder: 1=2011-2013, 2=2014-2016, 3=2017-2021 .....	96
Tabell D1.1	Antall sysselsatte i tannhelsetjenesten, etter utdanning og sektor. Tannhelsepersonell registrert med refusjonskrav. Absolutte tall og prosentvis endring. 2014, 2020 og 2021 .....	97
Tabell D1.2	Avtalte årsverk tannhelsepersonell per 1000 innbyggere totalt og per 1000 innbyggere 21 år og eldre, etter fylker. 2021 .....	97
Tabell D1.3	Avtalte årsverk for tannleger per 1000 innbyggere totalt og per 1000 innbyggere 21 år og eldre, etter sektor (offentlig og privat) og sentralitet. 2021 .....	97