

Ei holete refusjonsordning?

**1,4
mrd.
kroner utbetalt
i tannlegerefusjon
i 2014**

Den vaksne befolkninga må hovudsakleg betale for tannhelsetenester sjølv. Unntaket er at Folketrygda ved gitte sjukdomar og lidingar dekkar tannbehandling heilt eller delvis. Ordninga er universell og skal gi refusjonar etter behov, uavhengig av sosioøkonomisk status. I 2014 blei 1,4 milliardar kroner utbetalt i refusjonar. Stønadmottakarar og personer med låg utdanning fekk refusjon oftare enn andre, og beløpa var høgare enn gjennomsnittet for befolkninga. Ein klar sosial samanheng i bruk av ordninga er likevel vanskeleg å påvise.

Er du barn, ung, bebuar på ein institusjon eller mottakar av heimetenester? Då har du krav på gratis tannbehandling i den offentlege tannhelsetenesta. Alle andre må betale for tannbehandling sjølve i privat sektor. Dette vil stort sett dreie seg om den vaksne befolkninga over 21 år. Unntaket frå regelen om eigenbetaling for tannhelsetenester blant vaksne, er at personar med bestemte sjukdomar og lidingar kan få heil eller delvis økonomisk støtte til behandling gjennom ei refusjonsordning i Folketrygda (sjå tekstboks om refusjonar).

For å få refusjon må du sjølv oppsøke tannlegen for å bli vurdert og starte opp med behandling. Elles skal refusjonsordninga vere universell og lik for alle. Det betyr at refusjonane skal bli gitt etter pasienten sitt behov for behandling, og uavhengig av sosioøkonomiske faktorar som til dømes utdanning, inntekt og mottak av stønader (sjå tekstboks med omgrep og definisjonar).

Refusjonar frå Folketrygda for utgifter til tannlege

Den vaksne befolkninga over 21 år skal i utgangspunktet betale for tannbehandling sjølve. Unntaket frå denne regelen er at Folketrygda gir heil eller delvis økonomisk stønad til personar med særlege tannbehandlingsbehov. Stønaden blir yte som ein refusjon etter fastlagde takstar. I 2014 var det 15 ulike lidingar og sjukdomstilstandar, såkalla innslagspunkt, som gav rett til refusjon for undersøking og behandling. Desse er:

- Varig og sjeldan medisinsk tilstand som fører til behov for tannbehandling
- Leppe-kjeve-ganespalte
- Svulstar i munnhola, tilgrensande ved eller i hovudregionen som følgje av kreft eller kreftbehandling
- Infeksjonsførebyggjande tannbehandling der infeksjonsspreiing frå munnhola kan føre til ein alvorleg og livstruande risiko for pasienten
- Sjukdomar og unormalitetar i munn og kjeve, som til dømes behandling av dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur
- Tannkjøtsjukdom
- Tannutviklingsforstyrringar som kjem av medfødde tilstandar, og som har vesentleg betydning for funksjon og estetikk
- Feil- og forstyrringar i bitt
- Slitasje- og syreskader
- Munntørrheit som følgje av sjukdom og medisinbruk
- Allergiske reaksjonar mot tannrestaureringsmaterialar
- Tannskade ved yrkesskade
- Tannskade ved fritidsulykker
- Sterkt nedsett evne til eigenomsorg og tannpleie som følgje av varig sjukdom eller varig nedsett funksjonsevne
- Heilt eller delvis tanntap i underkjeven, utan moglegheit til bruk av laustsitjande protese

Det blei utbetalt om lag 1,4 milliardar kroner i refusjonar til den vaksne befolkninga i 2014.



Trond E Kornrud

er statsvitar og seniorrådgivar i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.
(trond.ekornrud@ssb.no)



Othilde Skjøstad

er samfunnsøkonom og førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.
(othilde.skjostad@ssb.no)

Omgrep og definisjonar

Sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status er eit omgrep som nyttast som mål på sosial ulikskap. Omgrepet er samansett av fleire ulike faktorar. Dei mest vanlege faktorane er inntekt, utdanning og yrke (Skirbekk, 2015). Personar med høg sosioøkonomisk status vil difor omfatta personar med høg utdanning og høg inntekt, medan personar med låg sosioøkonomisk status vil omfatta personar med låg utdanning, låg inntekt og som er stønadsmottakarar.

Utdanning

Som mål på utdanning nyttast ein person sitt høgaste fullførte utdanningsnivå. Grupperinga av utdanningsnivå er her todelt: høg utdanning er utdanning på universitets- og høgskulenivå, medan låg utdanning er utdanning på vidaregåande skule- eller grunnskulenivå.

Inntekt

Som mål på inntekt nyttast inntektsomgrepet inntekt etter skatt per forbrukseining. Inntekt etter skatt per forbrukseining er ikkje ein person si eiga inntekt, men er ein berekna storleik som tek omsyn til at personar som bur saman har nokre stordriftsfordelar av dette. Inntekt etter skatt per forbrukseining blir rekna ut ved hjelp av ein såkalla ekvivalensskala. Det mest vanlege ekvivalensskalaen i bruk er den såkalla EU-skalaen.

Grupperinga av inntekt tek utgangspunkt i EU-skalaen, og er todelt: låg inntekt EU(60) og ikkje låg inntekt. Låg inntekt er her definert som inntekt etter skatt per forbrukseining lågare enn 60 prosent av medianinntekta, etter at hushaldsinntekta er rekna om til forbrukseiningar etter EU-skalaen. Alle personar med ei inntekt lågare enn dette blir rekna som personar med låg inntekt. Alle personar med inntekt høgare enn dette rekna som personar som ikkje har låg inntekt.

Stønadsmottak

Som mål på stønadsmottak nyttast ni ulike stønader og ytingar. Desse er sosialhjelp, grunn- og hjelpestønad, uførepensjon, tidsavgrensa uførepensjon, førebels uførepensjon, bustønad, rehabiliteringspengar- og attføringspengar, overgangsstønad og kvalifiseringsstønad. Grupperinga av stønadsmottak er todelt: mottar ein eller fleire stønader og mottar ikkje ein eller fleire stønader.

Sosioøkonomiske faktorar påverkar tannhelse

Sosioøkonomiske faktorar som utdanning, inntekt og mottak av stønader kan likevel tenkjast å påverke kven som mottar refusjonar. Tidlegare analysar viser at det er sosiale forskjellar i tannhelse blant vaksne. Personar med høg utdanning og høg inntekt går oftare til tannlegen, har betre eigenvurdert tannhelse og eit mindre udekt behov for tannhelsetenester enn personar med lågare utdanning og inntekt (Ekornrud & Jensen, 2010a, 2010b, 2013, 2014).

Sidan tannhelse er dårlegare blant personar med låg sosioøkonomisk status, er det grunn til å anta at dei løyser ut fleire og høgare refusjonar enn personar med høg sosioøkonomisk status (Ekornrud & Jensen, 2010a, 2010b, 2013, 2014) (sjå tekstboks med omgrep og definisjonar). På den andre sida er det naudsynt å oppsøke tannlegen for å få avdekt sjukdomar og starta behandling som kan gi refusjon. Sidan personar med låg sosioøkonomisk status går sjeldnare til tannlegen, kan dei få utført mindre behandling som utløyser refusjonar enn personar med høg sosioøkonomisk status (Ekornrud & Jensen, 2010a, 2010b, 2013, 2014). Det vil då vere sosiale forskjellar blant mottakarane av tannhelserefusjonar. Når målet med refusjonsordninga er å gi økonomisk støtte til dei som treng det mest, vil i så tilfelle refusjonsordninga ikkje fungere etter hensikta.

Denne artikkelen freistar å svare på om refusjonsordninga fungerer etter hensikta (sjå tekstboks om rapporten som artikkelen bygger på). Er det slik at det først og fremst er dei som har størst behov som får refusjon, eller er det slik at kor høg utdanning du har og kor høg inntekt du har også spelar ei viktig rolle? Svara på desse spørsmåla kan bidra til å kaste lys over sosial ulikskap i tannhelse i Noreg.

Alder og refusjon

I 2014 blei det utbetalt om lag 1,4 milliardar kroner i refusjonar til den vaksne befolkninga over 21 år. Personane som fekk refusjon utgjør om lag 10 prosent av heile den vaksne befolkninga (Ekornrud, Skjøstad, & Texmon, 2015) (sjå tabell 1 for oversikt over utbetalte beløp for utvalde innslagspunkt). Alder og behov er to svært viktige faktorar for å forklare kven som mottar refusjon.

Samla sett aukar delen som mottar refusjon med alder fram til om lag 70 år. Dette kan forklarast med at tannhelse naturleg svekkast med alderen. Etter 70 år blir refusjonsdelen redusert. Grunnen til det er at mange i dei eldste aldersgruppene er institusjonsbebuarar eller heimetenestemottakarar. Desse har krav på gratis tannhelsetenester, og er ikkje omfatta av refusjonsordninga.

Sosiale forskjellar, men ingen klar sosial samanheng

Det er ikkje mogleg å påvise ein klar samanheng mellom mottakarane sin sosiale og økonomiske status og delen som mottar refusjon (Ekornrud et al., 2015). Ein grunn til dette er at fordelinga av refusjonar etter ulike sosioøkonomiske faktorar ikkje er eintydig og fordi bakanforliggende faktorar og mekanismar dreg i ulike retningar. Funn frå rapporten vil difor presenterast og nyanserast vidare basert på kunnskap om eigenvurdert tannhelse, bruken

Tabell 1. Utvalde innslagspunkt, mottakar-del i befolkninga og utbetalte beløp. Personar over 21 år. Prosent. 2014

	Mottakardel i befolkninga	Utbetalte beløp (mrd. kr)
Alle innslagspunkt	9,4	1,4
Infeksjonsførebyggjande tannbehandling der infeksjonsspreiing frå munnhola kan føre til ein alvorleg og livstruande risiko for pasienten	0,3	0,1
Sjukdomar og unormaliteter i munn og kjeve, som for eksempel behandling av dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur	2,9	0,2
Tannkjøtsjukdom	4,0	0,5
Slitasje- og syreskader	0,8	0,2
Munntørreheit som følgje av sjukdom og medisinerbruk	0,5	0,1

Kjelde: KUHR (Kontroll- og utbetaling av helserefusjonar).

av tannlegetenester og udekt behov for tannlegetenester (Ekornrud & Jensen, 2010a, 2010b, 2013, 2014).

Låg utdanning – høg refusjonsdel

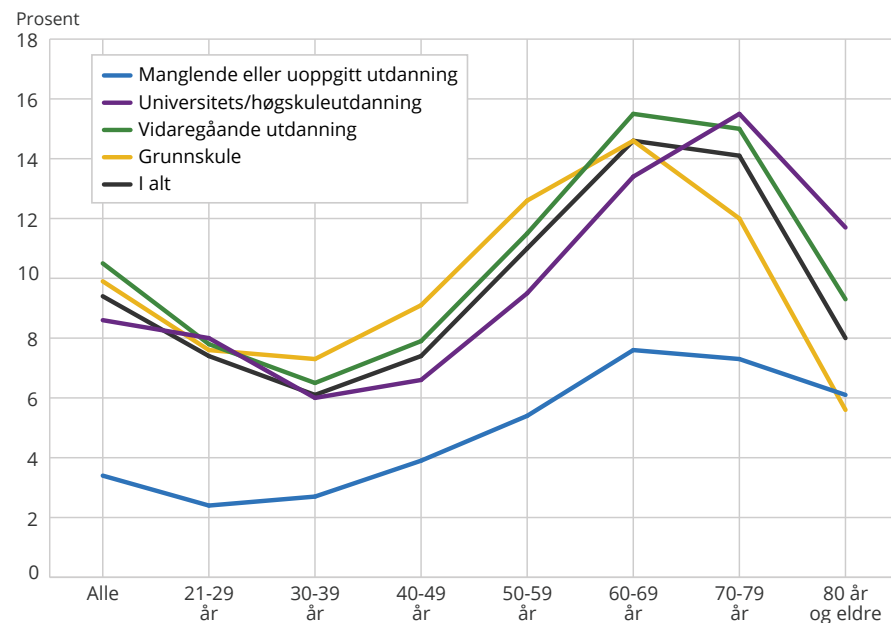
Den største delen av refusjonsmottakarane hadde låg utdanning. Ein grunn til det kan vere at personar med høg utdanning har betre helse og betre eigen-vurdert tannhelse enn personar med lågare utdanning (Krokstad, Kunst, & Westin, 2002) og (Ekornrud & Jensen, 2010a). Difor vil personar med ulikt utdanningsnivå ha ulikt behov for tannbehandling i ulike aldersgrupper.

Delen som mottar refusjon følgjer i hovudsak den same alderstrenden uavhengig av utdanningsnivå. Det er likevel fleire viktige skilnader mellom dei ulike utdanningsnivåa. Først og fremst aukar delen refusjonsmottakarar med universitets- og høgskuleutdanning fram til 70-79 år, medan den fell for alle andre utdanningsnivå etter 60-69 år (sjå figur 1). Tidlegare studiar har vist at personar med lågare utdanning har relativt dårlegare helse enn personar med høgare utdanning (Jensen, 2009). Forventa levealder er også lågare blant personar med låg utdanning enn blant personar med høgare utdanning (Folkehelseinstituttet, 2015). Vidare er det påvist at bruken av pleie- og omsorgstenester aukar mot slutten av livet, særleg i dei siste fem åra før død (Gabrielsen, 2013).

Desse funna gjer det rimeleg å anta at personar med grunnskuleutdanning blir institusjonsbebuarar eller heimetenestemottakarar tidlegare enn personar med høgare utdanning. Sidan institusjonsbebuarar og heimetenestemottakarar har krav på gratis tannhelsetenester, vil difor ein høg del av dei eldre med grunnskuleutdanning ikkje vere omfatta av refusjonsordninga.

For det andre fell delen refusjonsmottakarar med grunnskuleutdanning etter 60-69 år relativt meir enn dei andre utdanningsgruppene. Grunnen til dette vil vere motsett. Grunna relativt betre helse og høgare forventa levealder vil personar med universitets- og høgskuleutdanning bli institusjonsbebuarar eller heimetenestemottakarar seinare enn personar med lågare utdanning. Dermed vil ein høg del av dei eldste som mottar refusjon ha relativt høg utdanning. Det er likevel grunn til å understreke at det ikkje finst konkrete studiar som har sett på mottakarar av kommunale heimetenester og institusjonstenester etter utdanningsnivå og alder.

Figur 1. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter alder og utdanningsnivå. 2014



Kjelde: KUHR (Kontroll- og utbetaling av helserefusjonar).

Datagrunnlag og populasjon

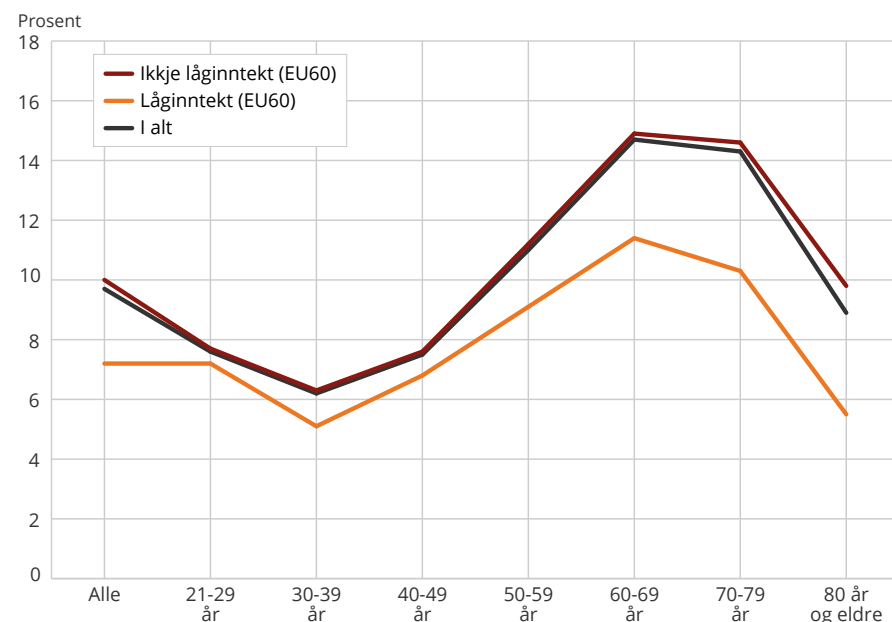
Fleire datakjelder er nytta for å svare på relevante problemstillingar. Informasjon om utbetalte refusjonar er henta frå KUHR-databasen (Kontroll- og utbetaling av helserefusjonar). KUHR-data gir mellom anna informasjon om mottak av refusjon, utbetalte beløp og innslagspunkt.

KUHR-data har blitt kopla med opplysningar frå SSB sine statistikkregister om inntekt, utdanning, mottak av trygdestønader og befolkningsopplysningar om talet på busette i Noreg.

Opplysningar om tannhelserefusjonar, utdanningsnivå og befolkninga i Noreg er frå 2014. Opplysningar om inntekt og mottak av trygdestønad er frå 2013.

Populasjonen er heile den vaksne befolkninga i alderen 21 år og eldre.

Figur 2. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter alder og inntekt. Inntekt etter skatt per forbrukseining, 2014



Kjelde: KUHR (Kontroll- og utbetaling av helserefusjonar).

Utbetalte refusjonsbeløp kan gi ein indikasjon på behovet for behandling. Gjennomsnittlig utbetalte refusjonsbeløp var høgare blant personar med låg utdanning enn blant personar med høg utdanning. Dette tyder på at pasientar med låg utdanning hadde større behov for meir omfattande og kostnadskrevjande behandling enn dei med høgare utdanning. Det kan også tyde på at personar med låg utdanning har dårlegare helse og tannhelse enn personar med høg utdanning.

Låg inntekt – låg refusjonsdel og høge beløp

Den største delen av refusjonsmottakarane hadde ikkje låg inntekt (sjå figur 2). Likevel var det gjennomsnittlege refusjonsbeløpet per behandla pasient høgare blant dei som hadde låg inntekt enn blant dei som ikkje hadde låg inntekt.

Sidan utbetalte beløp kan gi ein indikasjon på behovet for behandling, tyder dette på at pasientar med låg inntekt hadde større behov for behandling enn personar med høgare inntekt. Grunna betre tannhelse og høgare bruk av tannhelsetenester, kan personar med høgare inntekt ha betre føresetnader for å førebyggje tannhelseproblem på eiga hand enn personar med låg inntekt (Ekornrud & Jensen, 2010a, 2010b).

Ei anna årsak til at gjennomsnittlege refusjonsbeløp per behandla pasient var høgare blant dei med låg inntekt kan vere at eigenbetalinga for tannhelsetenester er eit stort problem blant dei med låg inntekt (Ekornrud & Jensen, 2010b). Dersom ein let vere å gå til tannlege grunna dårleg økonomi får ein heller ikkje moglegheit til å starta behandling, som gir refusjonar. Gitt at behovet for tannhelsetenester i utgangspunktet er det same i alle inntektsgrupper, vil inntekt i så tilfelle vere ein svært viktig forklaringsfaktor for bruken av tannhelsetenester.

Stønadmottak – høg refusjonsdel og høge beløp

Den største delen av refusjonsmottakarane var i tillegg stønadmottakarar (sjå figur 3). Fleire forhold kan bidra til å forklare dette. Det er grunn til å tru at det generelle behovet for behandling er større i denne gruppa. Årsaka til det er at stønadmottakarar har dårlegare eigenvurdert tannhelse og eit høgare udekt behov for tannlegetenester enn personar som ikkje mottar stønader (Ekornrud & Jensen, 2010a). I tillegg var dei gjennomsnittlege refusjonsbeløpa per behandla pasient høgare blant stønadmottakarar enn blant dei som ikkje var stønadmottakarar. Dette indikerer at det reelle behovet for behandling i denne gruppa er høgare enn delen som fekk refusjon. Det inneber at delen som fekk refusjon blant stønadmottakarane kanskje skulle ha vore endå høgare.

Ei godt fungerande refusjonsordning?

Funna viser at den største delen av refusjonsmottakarane hadde låg utdanning, at den største delen som fekk refusjon ikkje hadde låg inntekt, og at den største delen refusjonsmottakarar i tillegg var stønadmottakarar. Funna er altså motstridande når det gjeld fordelinga av refusjonar etter sosioøkonomiske faktorar. Det er difor ikkje mogleg å påvise ein klar sosial samanheng mellom sosioøkonomisk status og delen som mottar refusjon. Det finst heller ikkje god nok informasjon om det faktiske behandlingsbehovet i den vaksne

Artikkelen er basert på rapporten «Utgifter til behandling hos tannlege. Ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar» (Ekornrud, Skjøstad, & Texmon, 2015).

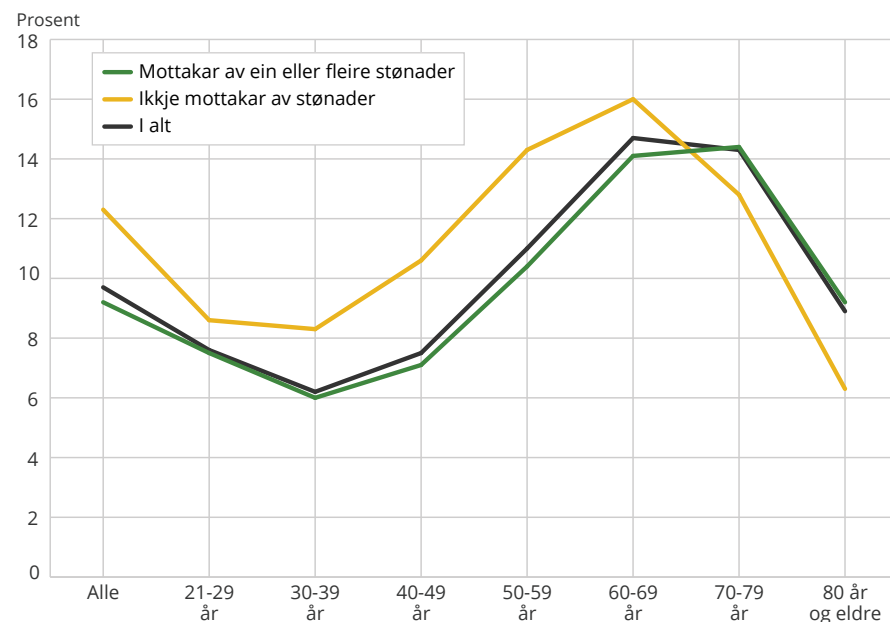
befolkninga til å kunne gjere dette. Dermed er det også umogeleg å konkludere med om refusjonsordninga fungerer etter hensikta.

Refusjonsordninga fungerer etter hensikta dersom refusjonane blir gitt etter pasienten sitt behov for behandling, og uavhengig av sosioøkonomiske faktorar som utdanning, inntekt og mottak av stønader. Sjølv om funna er motstridande når det gjeld fordelinga av refusjonar etter sosioøkonomiske faktorar, viser resultatane at gjennomsnittlege utbetalte refusjonsbeløp er høgare i alle gruppene med låg sosioøkonomisk status. Det tyder på at det er eit høgare behandlingsbehov i desse gruppene.

På den eine sida indikerer derfor dei høge gjennomsnittlege refusjonsbeløpa i desse gruppene at refusjonsordninga verker som den skal, at refusjonsutbetalingane er behovsstyrte og at ein får dei refusjonane ein skal sjølv om ein kanskje ikkje oppsøker tannlegen så ofte. På den andre sida indikerer høge refusjonsbeløp i grupper med låg sosioøkonomisk status at behandlingsbehovet i desse gruppene er større enn delen refusjonsmottakarar i dei same gruppene. Det kan bety at delen som får refusjon i desse gruppene burde ha vore enda høgare.

Utan informasjon om den faktiske tannhelsetilstanden og det faktiske behandlingsbehovet i den vaksne befolkninga er det difor ikkje mogleg å fastslå om det var dei som trong refusjon mest som faktisk fekk det. Difor er det verken mogleg å konkludere med at ordninga fungerer etter hensikta, eller med at det er ein klar sosial samanheng som bidrar til sosial ulikskap i tannhelse og i bruken av refusjonsordninga. Likevel viser funna at det finst nokre viktige sosiale forskjellar mellom grupper med ulik sosioøkonomisk status. Resultata viser derimot ikkje korleis refusjonane fordeler seg etter faktisk behandlingsbehov i dei ulike sosioøkonomiske gruppene, og gjeld berre for dei som faktisk har vore hos tannlegen.

Figur 3. Personar 21 år og eldre som mottar refusjonar ved tannbehandling, etter alder og mottak av ein eller fleire stønader. 2014



Kjelde: KUHR (Kontroll- og utbetaling av helserefusjonar).

Litteraturliste

- Ekornrud, T. & Jensen, A. (2010a). *Tannhelse: Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk* (Rapporter 2010/29). Henta frå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelse>
- Ekornrud, T., & Jensen, A. (2010b). *Tannhelsetilstand og tannlegetenester: Analysar av regionale og sosiale skilnader i eigenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetenester og eigenbetaling hos tannlege* (Rapporter 2015/51). Henta frå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelsetilstand-og-tannlegetenester>
- Ekornrud, T., & Jensen, A. (2013). *Udekt behov for tannlegetenester: Internasjonale samanlikningar og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg* (Rapporter 2014/20). Henta frå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/udekt-behov-for-tannlegetenester>
- Ekornrud, T., & Jensen, A. (2014). *Låg inntekt og tannhelse*. (Rapporter 2013/7). Henta frå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/laag-inntekt-og-tannhelse>
- Ekornrud, T., Skjøstad, O., & Texmon, I. (2015). *Utgifter til behandling hos tannlege – ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar* (Rapporter 2015/40). Henta frå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege>
- Folkelheleinstituttet. (2015). *Forventet levealder etter utdanning (LHF)*. Henta frå http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp?study=http%3A%2F%2F10.0.3.22%3A80%2Fobj%2FStudy%2Fforventet-levealder-utdn-NH&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.22%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fforventet-levealder-utdn-NH_C1&mode=cube&v=2&top=yes&language=no
- Gabrielsen, B. (2013). *Omsorgstjenester mot livets slutt*. I J. Ramm (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (Statistiske analyser nr. 137, s. 101-107). Henta frå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldres-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester>
- Jensen, A. (2009). *Sosiale ulikheter i bruk av helsestjenester: En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt* (Rapporter 2009/6). Henta frå <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sosiale-ulikheter-i-bruk-av-helsetjenester>
- Krokstad, S., Kunst, A. E., & Westin, S. (2002). Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (5), 375-380.
- Skirbekk, S. (2015). *Sosial Ulikhet. Store norske leksikon*. Henta frå https://snl.no/sosial_ulikhet