

Kostnader for pasienter behandlet hos SiO Tannlege i 2012-2017 - Bør refusjonsordningen endres?

Maryam Pervaiz



MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn,
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2017

© Maryam Pervaiz

2017

Kostander for pasienter behandlet hos SiO Tannlege i 2012-2017- Bør refusjonsordningen endres?

Maryam Pervaiz

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus tilbyr tannlegetjenester til studenter til rimelige priser. SiO Tannlege kan ha rimelige priser fordi de får tilskudd fra semesteravgiften. Prisene ligger ca. 20-30 % under markedspris. Til tross for de lave prisene er det noen studenter som har høye utgifter i forbindelse med tannlegebesøk. Det finnes ikke noen konkrete tall for hvordan tannbehandlingskostnadene til studentene fordeler seg. Vi vet ikke hvor mange av studentene som har høye kostnader og hva som er gjennomsnittskostnadene. I denne oppgaven skal jeg se nærmere på dette. Jeg kommer med forslag til refusjonsordning og ser på kostnadene forbundet med forslagene.

Metode: Tall fra elektronisk pasientjournal ble tatt ut for år 2012- juni 2017. Det ble gjort enkel deskriptiv statistikk med blant annet gjennomsnittsberegning for hvert år, samt kategorisering av kostnadene for å se fordelingen av kostnadene. Det ble også gjort en journalundersøkelse på 179 pasienter som hadde tannbehandlingskostnader over 5000kr i 2016. Gjennom journalundersøkelsen ble behandlingsprofilen og kostnadene til denne gruppen analysert.

Resultater: Gjennomsnittskostnadene for tannbehandling var under 1600 kr i alle årene. I perioden 2012-juni 2017 hadde mellom 50 og 69 % av studentene under 1000 kr som utgifter til tannbehandling. Mellom 25 og 38 % av studentene har kun hatt kostnader forbundet med generell sjekk av tennene, det vil si at de mest sannsynlig har hatt null hull. Nærmere 5 % av studentene har hatt utgifter over 5000 kr. Journalundersøkelsen viste at den vanligste behandlingen i gruppen som ble undersøkt var fylling, nærmere 83 % av gruppen har fått denne behandlingen. Deretter følger rotfylling og krone, 45 og 29 %. To refusjonsalternativer ble foreslått, alternativ 1 var refusjon av alle utgifter over 5000 kr mot at pasientene forbedret munnhygien sin. Alternativ 2 var at utgifter til fyllinger, rotfylling og krone ble refundert. Alternativ 1 hadde kostet 1 230 000 kr og alternativ 2 hadde kostet 1 030 000 kr i 2016 for SiO.

Konklusjon: De aller fleste studentene ser ut til å ha god tannhelse og lave utgifter forbundet med tannlegebesøk. Allikevel er det en liten gruppe som har høye utgifter, det utgjør 5 % av alle de som oppsøkte SiO Tannlege i denne perioden. For denne gruppen bør man ha en refusjonsordning som kan refundere noe av kostnadene de har forbundet med tannlegebesøk. Alternativ 1 er et helhetlig alternativ og anbefales, men med forslag om at man utelater dekning av behandling som bleking og annet som kun går på estetikk.

Forord og takk

Med min bakgrunn som tannlege og gjennom jobben ved Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus har jeg fått anledning til å behandle mange studenter. Dette har gitt meg fantastisk innsikt om studenters tannhelse. Gjennom mitt virke som student tannlege har jeg også fundert eller sagt på annen måte stilt noen hypoteser om hvordan det står til med tannhelsen til unge studenter. Men ikke hatt anledning til å systematisk studere og analysere data som har vært tilgjengelig om studenters tannhelse. Gjennom denne masteroppgaven har jeg fått muligheten til å teste ut noen av disse hypotesene ved å se teori sammen med empiri. Jeg må si at hele prosessen fra ide til oppgave tema, undersøkelser og bearbeidelse av stoffet har vært spennende og lærerikt. Siden det finnes lite forskning på dette området fra før av, håper jeg mitt lille bidrag kan øke innsikt og forståelse for studentenes tannhelse. Samtidig bidra til tiltak som kan være til nytte for studentene.

Jeg vil takke min veileder Tron Anders Moger for god veiledning og støtte gjennom prosessen med oppgaveskriving. Videre vil jeg takke medstudenter for inspirerende og gode samtaler som gav meg nye innfallsvinkler til oppgaven. Jeg vil også takke min arbeidsgiver SiO for å ha gitt meg permisjon for å delta på dette erfaringsbaserte helseadministrasjonsstudiet (MHA) og skrive masteroppgaven. Til slutt vil jeg takke min kjære mann og familie for all moralsk støtte gjennom studiet og til innspurten av masteroppgaveskrivingen.

Oslo, november 2017

Maryam Pervaiz

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	VI
1 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling.....	2
2 Bakgrunn	4
2.1 SiO sitt tannhelsetilbud.....	4
2.2 Finansiering av tannhelsetjenesten i Norge	5
2.3 Tannhelse og bruk av tjenester blant unge voksne	8
2.4 Studentenes inntekter.....	9
2.5 Studenter bruk av tannhelsetjenester.....	12
3 Metode.....	15
3.1 Innhenting av data	15
3.2 Analyse av data.....	15
3.3 Alternativer for refusjonsordning	17
4 Resultater.....	19
4.1 Fordeling av tannhelsekostnader 2012-2017	19
4.2 Behandlingsprofilen til pasienter med tannhelsekostnader over 5000 kr i 2016.....	22
4.3 Kostnader ny refusjonsordning SiO	23
5 Diskusjon.....	25
6 Konklusjon	32
7 Litteraturliste	33

1 Innledning

Den offentlige tannhelsetjenesten tilbyr gratis tannbehandling til alle norske borgere fra 0-18 år (ref. Lov om tannhelsetjenesten). Personer mellom 19-20 år har tilbud hos det offentlige hvor de kun betaler 25 % av offentlige takster. De over 20 år må dekke alle kostandene for tannbehandling selv, med mindre de oppfyller vilkårene for dekning av tannbehandlingsutgifter via Helfo. Studenter over 20 år er således normalt ikke dekket av det offentlige tannhelsetilbud.

Det finnes lite forskning på tannhelsetilstanden hos den voksne befolkningen, men en del rapporter basert på brukerundersøkelser utført av SSB og Norsk Gallup etc. viser blant annet at personer i aldersgruppen 21-24 år går sjeldent til tannlegen sammenliknet med andre aldersgrupper. Nesten seks av ti studenter har vært hos tannlege de siste 12 månedene. I løpet av de siste to årene har over 80 % vært hos tannlegen (SSB, 2011). Generelt viser forskningen at personer med lav inntekt oppsøker sjeldnere tannlegen.

Studentene har tilbud om tannbehandling hos Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO) som er samskipnad for 26 studiesteder. Studenter i høyere utdanning ved SiO sine medlemsinstitusjoner (høgskole / universitet) må hvert semester betale semesteravgift til SiO. Semesteravgiften er på 600kr, og er med på å finansiere tilbudene til SiO. SiO tilbyr blant annet helsetjenester for studenter, herunder fastlege, psykolog og psykiatertjeneste, psykomotoriske fysioterapeuter, vaksinetilbud, helsesøster, rådgivningstilbud og tannhelsetjeneste til studentvennlige priser.

SiO Helse Tannlege har reduserte priser på tannlegetjenester for studenter fordi de får tilskudd fra semesteravgiften, disse prisene ligger ca. 20 – 30 % under markedspris. Tilbudet er til studenter under 40 år som kan få tannbehandling til rimelige priser. SiO har en refusjonsordning for kostnader knyttet til tannbehandling utført hos SiO Tannlege som overstiger 4000kr pr behandling. I praksis gjelder denne ordningen for svært få pasienter da prisene hos SiO tannlege er så lave at refusjon ikke utløses enkelt. Den utløses kun ved to typer behandlinger som ikke er så vanlige på såpass unge pasienter.

SiO vurderer å endre refusjonsordningen og utforme den slik at de som har størst behov og størst kostnader til tannbehandling skal få refundert en andel av kostandene. Dette er i samsvar myndighetenes ønske om å hjelpe de som trenger det mest. (St melding 35)

Det viser seg at studenter til tross for subsidierte priser har store tannhelseproblemer. Det finnes ikke noe data pr i dag på hva gjennomsnittskostnadene for tannbehandling er pr student behandlet hos SiO Tannlege. Jeg har jobbet med denne pasientgruppen (studenter) i flere år og har ofte møtt på pasienter med stort behandlingsbehov, som har latt være å gå til tannlegen på flere år. Disse har et stort oppsamlet behov når de kommer til oss og får dermed høye utgifter til tannbehandling. Med begrensede inntekter som student står de ofte i en svært utfordrende situasjon.

Det overordnede temaet for denne oppgaven er å kartlegge studentenes kostnader til tannhelse og alternativer for utforming av refusjonsordningen. I denne oppgaven vil jeg beskrive typiske studentgrupper og deres tannhelsesituasjon/tilstand. En typisk student defineres som en person mellom 18-30 år og har beskjeden økonomi. Det bemerkes at den typiske student har studier som hovedbeskjeftigelse. Som nevnt vil oppgaven se på hvor store utgifter studentene har til tannbehandling dvs. faktiske kostnader. Formålet er å finne ut hva gjennomsnittskostnadene er per student per år, basert på tall innhentet fra elektronisk pasientjournal. Det vil også gi en oversikt over hvordan kostnadene fordeler seg og om det endrer seg fra år til år. Jeg ønsker å se kostandene studentene har i forbindelse med tannbehandling opp mot inntektene deres. I tillegg har jeg valgt å gjøre en journalundersøkelse på de pasientene som i 2016 hadde utgifter over 5000kr. For denne gruppen har jeg sett på behandlingstyper ved å undersøke hver enkelt pasientjournal. Dette brukes til å diskutere hvordan refusjonsordningen bør utformes ut i fra en avveining med hensyn til tannlegetilbud for studenter og SIO sin økonomi.

1.1 Problemstilling

Problemstilling til oppgaven er følgende:

Hvordan utforme en hensiktsmessig refusjonsordning for pasienter med store tannbehandlingsbehov og -kostnader hos SiO Helse Tannlege? - som også virker stimulerende for videre forebygging av tannhelseproblemer.

Herunder besvare følgende spørsmål:

Hva er gjennomsnittskostnadene for tannbehandling pr pasient per år som oppsøker SiO Helse Tannlege?

Hva slags behandlingsprofil har pasienter med høyest tannbehandlingskostnader ved SiO Helse Tannlege i år 2016? (journalundersøkelse)

Hva vil det koste for SiO å legge om sin refusjonsordning?

2 Bakgrunn

2.1 SiO sitt tannhelsetilbud

Siden 2005 har Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus hatt tilbud om tannhelsetjeneste i 2005. Det ble opprettet en tannklinikk med to tannlegestoler som skulle tilby student-tannbehandling til rimelige priser. Studenter mellom 18 og 40 år. To uker etter oppstarten var timebøkene til de to tannlegene fylt opp flere måneder frem i tid.

Tannhelseavdelingen skulle drives til selvkost, altså tjene inn alle utgifter selv. De fikk ikke noe tilskudd fra semesteravgiften. Fra 2012 ble det besluttet i hovedstyret at tannhelseavdelingen skulle få tilskudd fra semesteravgiften slik at de kunne redusere prisene sine med 20 %. Dette førte til rimeligere tannbehandling for studenter og forverret situasjonen med sprengt kapasitet hos tjenesten. I 2014 ble prisene redusert ytterligere 20 %. Dagens priser ligger ca. 20 – 30 % under markedspris avhengig av typen behandling.

Fra 2013 ble åpningstidene utvidet ved at det ble startet med kveldsklinikk 2 dager i uken. Kveldsklinikken ble senere utvidet til 4 kvelder i uken i 2014.

I 2016 ble det igangsatt et pilotprosjekt med dobbel kapasitet, 4 tannlegestoler, for å sjekke om det reduserte køene hos tannhelsetjenesten. I skrivende stund er ikke pilotprosjektet avsluttet, prosjektperioden er forlenget til juli 2018.

Bakgrunnen for pilotprosjektet er at tannhelseavdelingen måtte stenge for inntak av nye pasienter regelmessig for å rekke å ferdigbehandle de pasientene som var allerede tatt inn. Det var vanskelig å få time hos tannhelseavdelingen. Dette ble sett på som et omdømmeproblem for hele SiO Helse.

Fra 2013 ble det innført en refusjonsordning for de studentene som hadde tannbehandlingsutgifter som oversteg 3000kr pr behandling hvis behandlingen var blitt utført hos SiO Tannlege. Kostnader over 3000kr ble refundert. Svært få studenter kvalifiserte til å få refundert pengene gjennom denne refusjonsordningen da denne gjaldt i praksis kun ved to typer behandlinger. Grunnen til dette er at de mest vanlige behandlingene som ble utført på studenter er rimeligere. Grensen på 3000 kr ble oppjustert til 4000kr i 2016, da prisene også ble oppjustert 20-25 %.

Administreringen av refusjonsordningen er forholdsvis enkel, studentene fyller ut skjema og sender dette inn sammen med kvitteringer to ganger i året. De som har rett til refusjon får pengene refundert.

2.2 Finansiering av tannhelsetjenesten i Norge

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som i hovedsak yter tannhelsetjenester til grupper av befolkningen definert i lov om tannhelsetjenesten primært under 18 år og ander med særskilte behov. Den offentlige tannhelsetjenesten er statlig finansiert, og tilbyr gratis eller delvis subsidierte tjenester til prioriterte grupper. Dette gjelder personer med spesielle sykdommer og lidelser som kan få refundert sine behandlingsutgifter.

Den voksne befolkningen som faller utenfor er i hovedsak henvist til å benytte seg av tjenester i privat sektor, som de må betale for selv. Den private tannhelsetjenesten er markedsstyrt med fri etablering og fri prissetting og tilbyr tannhelsetjenester i markedet (befolkningen).

Lov om folketrygd skal bidra til å gi økonomisk trygghet for hele befolkningen ved blant annet å kompensere for særlige utgifter ved sykdom og skade. Kapittel 5 i loven omhandler stønad ved helsetjenester, herunder tannbehandling. Utgangspunktet er at den voksne del av befolkningen skal selv betale for behandling hos tannlege og tannpleier. Hensikten med folketrygdlovens regler om tannbehandling er å gi hel eller delvis støtte til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Folketrygden yter stønad til spesielle pasientgrupper og spesielle behandlinger. Stønadsordningene kjennetegnes ved definerte tiltak, forskrifter og takster. Folketrygdens stønadsordninger for tannhelsehjelp er begrenset til spesielle behandlingstyper og pasientgrupper. Stønad til tannbehandling gjennom folketrygdloven er stadig blitt utvidet til å favne om nye grupper og omfatter i dag 15 kategorier eller innslagspunkt:

1 Sjeldne medisinske tilstander

2 Leppe-kjeve-ganespalte

3 Svulster i munnhulen, tilgrensende vev og hoderegionen for øvrig.

4 Infeksjonsforebyggende behandling ved særlige medisinske tilstander

5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve

6 Periodontitt

7 Tannutviklingsforstyrrelser

8 Bittanomalier

9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon

10 Hyposalivasjon

11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer

12 Tannskade ved godkjent yrkesskade

13 Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade

14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne

15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Studenter som har en av diagnosene vil få utgifter til tannbehandling dekket av folketrygden.

I motsetning til utgifter til annen helsebehandling dekker trygdesystemet ikke utgifter til tannbehandling. Årsaken til dette er politisk. På begynnelsen av 1900-tallet bestemte politikerne å prioritere offentlig tannpleie. Dette gikk på bekostning av trygd til vanlig tannbehandling. Det har ikke vært foretatt noen seriøs politisk gjennomgang av spørsmålet om generell trygd til tannbehandling siden 1914. (Holst, 2004) Offentlige ressurser ble brukt på systematisk tannbehandling til barn og unge, istedenfor en mindre målrettet refusjon til alminnelig tannbehandling. Denne holdningen og ikke minst dets konsekvenser har overlevd i politikken og i profesjonen og dermed for brukere av tannhelsetjenester (Holst & Grytten, 1997).

Spørsmålet om det er behov for økt offentlig finansiering til tannhelsetjenester er blitt stilt flere ganger. Det er flere argumenter for trygd til tannbehandling, deriblant omfordeling av velferd, reduksjon av privatøkonomisk risiko, stimulering av etterspørsel og fordelings- og leveringseffektivitet. I 1982 skrev Dorthe Holst en doktorgrad om temaet, der hun konkluderte med at generelle trygdeordninger for tannhelsetjenester på den tiden ikke kunne

begrunnes ut ifra de nevnte fire forhold. (Holst, 1982). Det har skjedd en utvikling innen tannhelse siden 1982, derfor så Holst på denne problemstillingen på nytt i 2004. Den basale funksjonen til trygden er reduksjon av risiko. Mye av dagens tannbehandling er forutsigbar, forekommer regelmessig og medfører relativt begrensede utgifter. For slike ofte forekommende og forutsigbare utgifter vil tilskudd fra trygd representere en reduksjon i pris, mens tilskudd til mindre forutsigbare og sjeldnere behandlinger som kirurgiske inngrep, rotbehandlinger og større protetiske erstatninger representerer en reduksjon i både pris og risiko. Holst viser til at de fleste voksne har relativt beskjedne utgifter til tannbehandling (Holst & Grytten, 1997) og at den økonomiske risikoen er liten og forutsigbar for de aller fleste i befolkningen.

For dem med store utgifter til tannbehandling stiller det seg annerledes. Ca. 600 000 mennesker hadde i 1995 utgifter til tannbehandling som oversteg det som ble ansett som urimelige egenandeler i helsevesenet. På bakgrunn av dette hevder Holst at en utvidet generell trygd ikke kan begrunnes med at befolkningen som helhet har stor økonomisk risiko eller spesielt store utgifter til tannbehandling (Holst, 2004). Det utelukker imidlertid ikke at det kan være hensiktsmessig å etablere trygdestønad for dem som faktisk i enkelte år har store utgifter. Ønskes det i tillegg en sosial profil kan betingelsene for trygdeytelse knyttes til kombinasjonen av lav inntekt og høye utgifter til tannbehandling. Det forutsetter også at det kan utarbeides kriterier med tilstrekkelig treffsikkerhet. Det presiseres at slike spesifikasjoner vil få administrative konsekvenser og merkostnader (Holst & Grytten, 1997).

Legeforeningen kom i 2011 med en høringsuttalelse om tannhelsetjenesten. De sier at den begrensede offentlige finansieringen for voksne kan medføre at tilgangen til tannhelsetjenester er avhengig av den enkeltes økonomiske situasjon, og at enkeltes levekår virker inn på deres mulighet til å ta vare på egen tannhelse og dermed helse generelt. Legeforeningen mener derfor at tannhelsetjenesten i større omfang bør bli offentlig finansiert eventuelt med begrensede egenandeler fra pasienter, slik at de som har behov også får tilgang til tannhelsetjenesten (Den norske legeforening, 2011).

Vi vet lite om pasientgruppene med høye utgifter til tannbehandling, enda mindre vet vi om pasientgruppen som ikke går til tannlege regelmessig. Vi kan ha antakelser om hva årsaken til at de unnlater å gå til tannlegen er, men det finnes ingen vitenskapelige data om dette. Det er langt fra sikkert at alle pasienter med stort behandlingsbehov oppsøker tannlege, selv om de økonomiske barrierene blir fjernet. Det kan være andre årsaker til at de ikke går til tannlegen.

Det kan være fysiske barrierer som dårlig tilgjengelighet, vanskelige adkomstmuligheter for funksjonshemmede, psykiske barrierer som tannlegeskrekk eller det kan være språkbarrierer for ikke-vestlige innvandrere for eksempel. De prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten betaler ikke noe for behandlingen. Dette tilsvarer altså en trygdeordning med null i egenandel, og pasientene skulle da ikke ha noen økonomiske barrierer for å oppsøke tannlege for å få nødvendig tannbehandling. Erfaringer fra den offentlige tannhelsetjenesten sier imidlertid at gratis behandling ikke er tilstrekkelig til å sikre tilgjengeligheten til tannlege for grupper av pasienter som er definert som trengende (Helsetilsynet, 2004).

2.3 Tannhelse og bruk av tjenester blant unge voksne

I stortingsmelding nr 35 står det at regjeringens mål er sosial utjevning i tannhelse. Det innebærer tiltak rettet mot de som trenger det mest. Dette er både de som av ulike grunner ikke oppsøker tannhelsetjenester, eller som oppsøker kun i akutte situasjoner. Det gjelder også de som av økonomiske grunner ikke ser seg i stand til å finansiere tannbehandling som anses nødvendig. Regjeringen vil gjennomgå egenandelsordninger, særlig for de som har eller kan få høye egenandeler i et sosialt utjevningsspektiv. Kunnskapen om tannhelsen i befolkningen, om innholdet i tjenestene, om kostnader og innbyggernes egenbetaling er begrenset.

På Helsenorge.no er sin nettside det en kvalitetsindikator for tannhelse for 18-åringer. Indikatoren viser andel 18- åringer som er undersøkt eller behandlet siste år som har ni eller flere tenner med hull eller fyllinger, eller som er trukket på grunn av karies. 18-åringene er siste årskull som får tilbud om gratis undersøkelse og behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Derfor gir tannhelsetilstanden på dette kullet en siste indikasjon på om den offentlige tannhelsetjenesten har lykket med blant annet det forebyggende arbeidet, slik at disse pasientene oppnår så få og små fyllinger som mulig.

Generelt er tannhelsen blant 18-åringer i Norge god. Mens 18-åringer i 2001 i gjennomsnitt hadde fem tenner som har vært skadet av karies, har antallet sunket til 3,7 tenner i 2016. Men det er fortsatt en liten gruppe som har store problemer med karies. For å utjevne sosial ulikhet i tannhelse er det viktig å være opptatt av dem som har mest karies. De er utsatt for mange

problemer med tannhelsen videre i livet. På landsbasis hadde 9,6 % av undersøkte eller behandlede 18-åringer ni eller flere tenner med hull, fyllinger eller tenner som er trukket på grunn av karies i 2015. Dette er en nedgang fra 9,9 % i 2014, og fortsetter den positive utviklingen som er observert de siste årene.

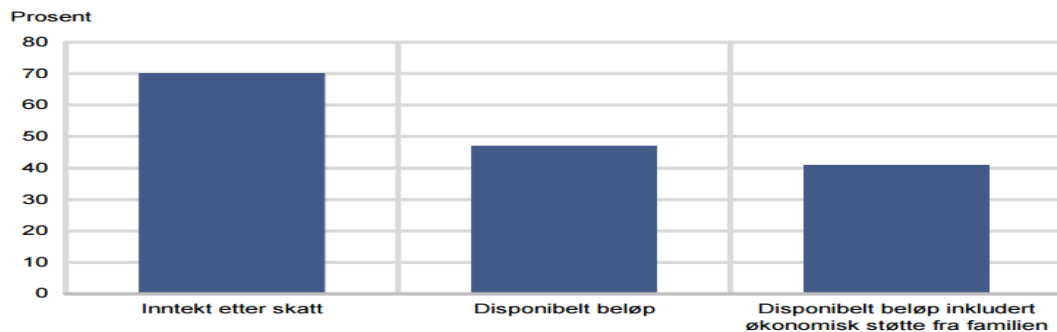
Det er geografiske forskjeller når det gjelder andel undersøkte 18-åringer med dårligst tanntilstand. Akershus og Buskerud har lavest andel 18-åringer med dårligst tanntilstand med 6,4 %. Finnmark har høyest andel med 14,8 %. Dette må kunne karakteriseres som god tannhelse. Disse 18-åringene bør ha de beste forutsetninger for å kunne beholde den tannfriske tilstanden langt opp i voksenalder. De vil selv kunne mestre dette med egen innsats, gjennom bruk av fluortannkrem og tannrengjøring, i kombinasjon med riktig kosthold. Regelmessig friskhetskontroll hos tannpleier eller tannlege ca. hver 18. eller 24. måned vil bekrefte at de selv holder seg tannfriske. I tannhelsekontroller kan eventuelt symptomfri sykdomstilstand i tidlig fase bli oppdaget (Helsenorge.no).

Undersøkelser av selvrapportert tannhelse, viser at opplevelse av tannhelse følger den sosioøkonomiske gradienten på lik linje som for helse. Ser man tannhelse i forhold til inntektsnivå er det en sosial gradient i befolkningen, slik at de med høyest inntekt også har best selvrapportert tannhelse. Ulikhetene korrelerer med utdanning og inntekt. Bildet er mer komplekst når det gjelder objektiv registrering av tannhelse, fordi registreringen gjøres på bakgrunn av tannsykdom og mottatt tannbehandling tidligere i livet. Registreringen kan relateres til sosioøkonomiske faktorer som har hatt innvirkning på tannstatus, men den kan også være et resultat av behandlingsteknikker, tilgjengelighet på tannhelsetjenester, eventuelt tannbehandlingsangst mv., som i mindre grad er sosioøkonomisk betinget. Kunnskap om hvilke bakenforliggende faktorer og hvilken kombinasjon av faktorer som er med på å forklare voksenbefolkningens tannstatus, er mangelfull (St meld 35).

2.4 Studentenes inntekter

Studenter er i en spesiell økonomisk situasjon, og for mange av studentene vil denne økonomiske situasjonen endre seg etter endt studietid. Man forventer ikke at studenter skal ha like høy inntekt som vanlige lønsmottagere, men de skal likevel ha nok til å sikre seg et minimum livsgrunnlag. Selv om inntektstillene viser at yrkesinntekt utgjør drøyt halvparten av studentenes disponibelt beløp, oppgir syv av ti studenter at støtten fra Lånekassen er viktigste kilde til livsopphold. Ved måling av lavinntekt brukes en såkalt ekvivalensskala som

tar høyde for større husholdningers stordriftsfordeler. I 2010 var medianinntekten i befolkningen 295 500 kroner, det vil da si at en enslig person som har en inntekt på mindre enn 177 300 kroner blir definert med lavinntekt.



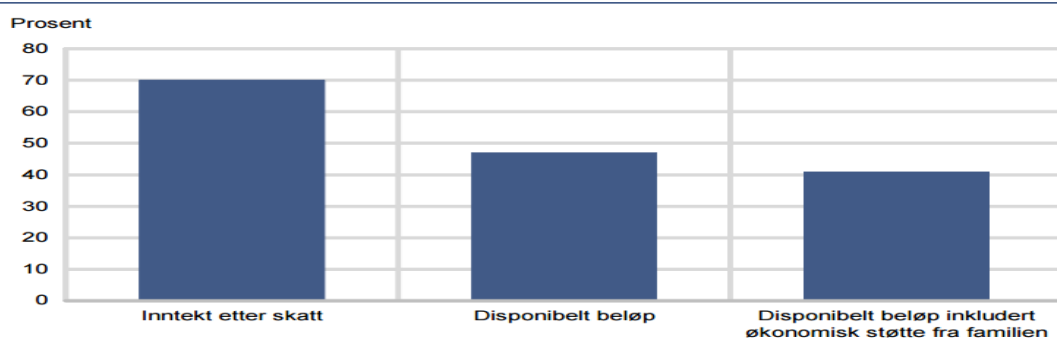
Figur 1. Andel studenter med inntekt under EU-skalaen for lavinntekt i 2010 (Kilde: SSB, 2010)

Figur 1 viser at 70 % av studentene havner under lavinntektsgrensen hvis en definerer lavinntekt ut fra inntekt etter skatt. Økonomiske overføringer fra familien er med på å øke velferdsnivået for studenter noe, og inkluderes denne støtten synker andelen av studentene som har lavinntekt til 41 %. 94 % av studentene hadde arbeidsinntekter, og disse inntektene utgjorde 53 % av studentenes disponible beløp.

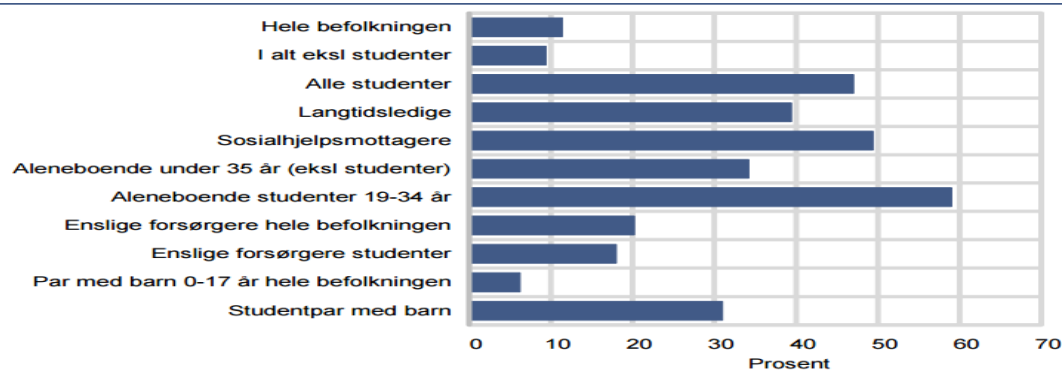
	Brutto yrkesinntekt			Samlet støtte fra Lånekassen (stipend og lån)			Disponibelt beløp (inntekt etter skatt inkludert studielån)			I utvalget
	Gj.snitt	Median	Andel med beløp	Gj.snitt	Median	Andel med beløp	Gj.snitt	Median	Andel med beløp	
I alt	113 800	87 000	94	74 000	88 300	91	168 600	159 700	100	2 161
Kjønn										
Menn	117 500	84 800	92	74 200	88 300	88	167 300	155 500	100	935
Kvinner	111 100	88 200	96	73 800	88 300	93	169 500	161 800	100	1 226
Alder										
19-21 år	74 300	64 300	93	71 700	88 300	94	133 100	132 100	100	711
22-24 år	107 400	90 100	96	79 400	88 300	95	169 100	163 900	100	859
25-34 år	170 800	140 900	93	67 900	62 400	81	210 400	194 800	100	591
Husholdningstype										
Enslige	103 900	78 300	95	74 700	88 300	95	162 800	154 800	100	1 243
Enslige som bor hos foreldre ..	101 200	86 000	89	66 300	69 100	69	130 200	131 200	100	218
Enslige forsørgere	113 100	69 400	86	81 000	102 500	91	312 900	340 900	100	35
Par uten barn	123 800	99 400	97	73 500	88 300	92	174 400	167 800	100	542
Par med barn	197 300	169 200	87	77 600	88 300	77	228 000	212 200	100	123
Arbeid per uke										
Arbeider ikke	71 500	49 000	86	73 400	88 300	93	139 000	130 800	100	864
1-9 timer i uka	93 900	80 000	99	77 000	88 300	96	161 400	160 000	100	536
10-34 timer i uka	152 900	132 900	100	73 000	88 300	89	199 500	190 300	100	705
35 timer eller mer i uka	385 900	393 200	96	45 700	43 800	29	303 800	298 800	100	56
Antall semestre										
1-3 semestre	82 900	65 500	93	59 400	45 200	92	129 300	125 300	100	468
4-6 semestre	102 600	82 300	94	82 300	88 300	95	170 300	162 800	100	887
7 semestre el. mer	144 000	114 700	95	73 000	88 300	85	189 900	176 200	100	797
Utdanningsinstitusjon										
Universiteter	104 300	77 700	93	72 600	88 300	90	159 500	148 900	100	1 155
Høyskoler	123 800	96 400	95	70 900	88 300	91	174 200	164 400	100	833
BI og Campus Kristiania	127 700	98 000	97	97 600	71 800	92	201 800	195 400	100	173
Studiebrøk										
Heltid	106 700	84 500	94	74 500	88 300	93	165 400	158 800	100	2 054
Deltid	245 200	235 700	98	53 200	44 500	47	229 900	217 100	100	107
Boforhold										
Studentbolig	90 900	69 500	91	72 400	88 300	94	148 400	141 900	100	323
Eier	179 800	137 100	94	72 800	88 300	83	216 400	204 700	100	375
Leier	102 000	81 600	96	75 500	88 300	96	165 300	158 400	100	1 261

Tabell 1. Brutto yrkesinntekt, samlet støtte fra Lånekassen (stipend og lån) og disponibelt beløp etter ulike bakgrunns kjennetegn. Median og gjennomsnitt. Prosent og kroner (Kilde: SSB, 2010)

Ved måling av lavinntekt brukes en såkalt ekvivalensskala som tar høyde for større husholdningers stordriftsfordeler. I 2010 var medianinntekten i befolkningen 295 500 kroner, det vil da si at en enslig person som har en inntekt på mindre enn 177 300 kroner blir definert med lavinntekt.



Figur 2 Andel studenter med inntekt under EU skalaen for lavinntekt (Kilde: SSB, 2010)



Figur 3 Andel med årlig lavinntekt EU-skala, blant ulike grupper (Kilde: SSB, 2010)

2.5 Studenter bruk av tannhelsetjenester

Nesten seks av ti studenter har vært hos tannlege de siste 12 månedene (SSB, 2010). I løpet av de siste to årene har over 80 % vært hos tannlegen. Av alle som hadde vært hos tannlege siste 12 måneder, var det 8 % som hadde vært hos en tannlege knyttet til studenthelsetjenesten. Dette tilsvarer 5 % av alle studenter. I 2010 hadde SiO Tannlege kun 2 tannlegestoler og kapasiteten var sprengt dermed var det ikke mange studenter som kom gjennom nåløyet. Dette viser at et flertall av studentene er henvist til å søke behandling hos private aktører. Videre ser vi at selv om relativt sett fåtall av studenter bruker SIO sin tannhelse tilbud er det stort udekket behov hos studentene. En kapasitetsøkning vil medføre at flere studenter vil kunne få tannhelse hjelp.

De som ikke hadde vært hos tannlege siste 12 måneder fikk spørsmålet: ”Har du noen gang i løpet av de siste 12 måneder hatt behov for å gå til tannlege uten å gjøre det?” I alt 13 % av alle studenter hadde hatt behov for tannlegehjelp siste 12 måneder, men latt være å oppsøke tannlege. Det var færre med udekket behov for tannlege blant de yngste studentene (19-21 år), blant enslige som bor hos foreldre og blant relativt ferske studenter (1-3 semestre). Andelen med udekket tannlegebehov var størst blant par med barn, og blant studenter med lang fartstid (7 semestre eller mer).

De fleste som hadde et udekket behov for tannlegehjelp, om lag to av tre, oppga økonomiske årsaker til at de hadde latt være å gå. Andre grunner som ble oppgitt var at man ikke hadde tid på grunn av arbeid eller omsorgsforpliktelser, at man var redd for å gå til tannlege, eller at man ville vente og se om problemet gikk over av seg selv. Sett i forhold til samtlige studenter var det 8 % som ikke hadde råd til nødvendig tannlegebehandling. Det var ingen forskjell mellom menn og kvinner.

	Mindre enn ett år siden	Ett til to år siden	Mer enn to år siden	Tallet på personer	Andel med udekket behov for tannlegehjelp	Andel med økonomiske grunner til udekket behov
Alle	58	23	18	2 178	12	8
Kjønn						
Menn	53	25	22	942	12	8
Kvinner	63	22	15	1 236	12	8
Alder						
19-21 år	63	29	9	716	9	5
22-24 år	54	22	24	863	14	10
25-34 år	59	19	22	599	13	9
Husholdningstype						
Enslige	57	25	18	1 255	12	8
Enslige som bor med foreldre	65	22	13	221	9	5
Enslige forsørgere	69	14	17	35	9	6
Par uten barn	57	22	21	544	13	9
Par med barn	60	19	21	123	15	11
Antall semestre						
1-3 semestre	64	27	9	469	8	6
4-6 semestre	58	24	19	895	13	8
7 eller flere semestre	57	21	23	805	13	10
Uoppgitt	:	:	:	9	:	:
Utdanningsinstitusjon						
Universiteter	58	24	18	1 167	11	7
Høyskoler	58	24	19	836	14	10
BI og Campus Kristiania ...	65	19	16	175	11	8

Tabell 2. Studenter etter når de sist var hos tannlege, andel med udekket behov for tannlegehjelp, og andel med økonomiske grunner til udekket behov, etter kjønn, alder, familiefase, antall semestre og utdanningsinstitusjon (Kilde SSB, 2010)

Det finnes tilsvarende tall fra en annen undersøkelse som er gjort blant studenter i Norge. Studentenes helse og trivselsundersøkelse (SHOT) er Norges største undersøkelse som kartlegger studentenes helse og trivsel i bred forstand, med hovedvekt på psykososiale forhold.

Målgruppen i SHOT er heltidsstudenter under 35 år med norsk statsborgerskap. Universitet og høyskoler tilknyttet 10 samskipnader deltok i undersøkelsen. Disse representerer 71 % av alle studenter i målgruppen. Det var totalt 13363 respondenter.

Resultatene fra SHOT viste at 35 % ikke går regelmessig til tannlege eller sjeldnere enn annethvert år. Det er flere menn enn kvinner som ikke går regelmessig eller sjeldnere enn annethvert år til tannlege. Andelen øker med studieansiennitet. Sistnevnte kan ikke sees uavhengig av alder. Etter hvert som studentene blir eldre øker avstanden i tid til den gang de regelmessig ble kalt inn til kontroll og undersøkelse.

Det kan være mange grunner til at studenter sjelden oppsøker tannlegen. Rapporten viser til at økonomi oppgis å være den hyppigste årsaken til manglende tannlegebesøk, og det gjelder for begge kjønn, men i større grad for kvinner. Dobbelt så mange kvinner oppgir tannlegeskrekke som årsak til sjeldne besøk. Mannlige studenter med sjeldne tannlegebesøk mener i noe større grad at tannhelsen deres er så god og at de ikke har behov for å oppsøke tannlege

jevnlig/hyppig. Andelen som oppgir økonomi som en mer vesentlig årsak øker med alder fram til studentene er i midten av 20- årene. En skulle anta at det reelle behovet for å oppsøke tannlege gradvis øker i takt med alder (Truls Nedregård, 2014).

Grytten, Skau og Holst publiserte resultater fra en nasjonal intervjuundersøkelse med over 5000 deltakere i 2014. Formålet med studien var å kartlegge etterspørselen, forbruket og tilgjengeligheten til tannhelsetjenester i den norske befolkningen 20 år og eldre. Den viste at 88 % av den voksne befolkningen hadde vært hos tannlege i løpet av de to siste årene, og 77 % hadde vært der i løpet av siste året. Gjennomsnittskostnader for dem som hadde vært hos tannlegen siste året var ca. 3 200 kroner. Utgiftene var lavest for aldersgruppen 20–39 år (ca. 2 600 kroner) og høyest for de over 80 år (ca. 4 300 kroner). Disse forskjellene gjenspeiler forskjeller i behandlingsprofiler mellom aldersgrupper – det utføres klart mest fyllings-, krone- og broterapi, og rotfyllingsbehandling blant de eldste

3 Metode

3.1 Innhenting av data

Jeg innhentet tillatelse fra lokalt personvernombud om å få lov til å bruke data lagret i elektronisk pasientjournal (EPJ).

Rådata hentet ut ifra elektronisk pasientjournal ble bearbeidet inn i Excel, for deretter å bli analysert i SPSS. Rådataene inneholdt pasientnavn og pasientnummer, kolonnen med pasientnavn ble slettet umiddelbart etter innhenting fra EPJ. Kolonnen med pasientnummer ble beholdt fordi etter sortering av dataene skulle det gjøres en journalundersøkelse. År 2016 ble valgt for journalundersøkelsen fordi det var det siste komplette året. For å gjøre dette trengte jeg pasientnummer for å søke de pasientene opp i EPJ. For å få tilgang til pasientjournal i EPJ trenger man egen innlogging. Så uvedkommende kan ikke få tilgang til pasientjournalen ved hjelp av pasientnummeret, de trenger også innlogging til EPJ. Kun ansatte ved Tannhelseavdelingen ved SiO har innlogging til EPJ.

Formålet med å hente ut tall fra elektronisk pasientjournal var blant annet å beregne gjennomsnitt tannbehandlingskostander for studenter (pasientgruppe). Jeg har valgt å gå fem år tilbake i tid. fra 2012 og frem til første halvdel av 2017. Dette for å få et representativt bilde og for å kunne sammenlikne fra år til år og se etter eventuelle endringer.

Dataene ble ekstrahert for et år av gangen. Rådataene består av opplysninger om honorar /tannbehandlingskostander innbetalt til SiO, om de har fått Helfo-refusjon, hatt utgifter til tanntekniker og hvordan honoraret er innbetalt (bank, kort eller kontant).

Datainnsamlingen startet mai 2017. Journalundersøkelsen ble utført fra mai 2017 til juli 2017. Etter å ha sortert tallene fra 2016 i intervaller gikk jeg inn i hver enkel journal og registrerte pasientens kjønn og behandlingsprofilen til pasienten inn i et Excel ark.

3.2 Analyse av data

Kostnadene ble kategorisert i følgende intervaller 0-1000, 1000-2000, 3000-4000, 4000-5000, 5000-6000, 6000-7000, 7000-8000 og 8000 og oppover. Kategoriseringen ble gjort for to variabler: honorar og reelle kostnader. Honorar viser utgifter til tannbehandling slik det er

registrert i EPJ. I reelle kostnader er eventuelle refusjoner fra Helfo trukket fra honoraret, og de viser dermed de faktiske kostnadene studentene har hatt. Ved å se på begge variablene ønsker jeg å kartlegge om det er noe forskjell mellom disse to og eventuelt hvor stor denne forskjellen er. Videre om dette gir utslag i intervallene dataene er kategorisert i.

Kategoriseringen av tallmaterialet ble gjort for å se hvordan tannbehandlingskostnadene fordeler seg. Kategoriseringen var også nødvendig for pragmatisk å finne passende innslagspunkt for de foreslåtte refusjonsordningene, for å unngå at de blir for dyre, omfatter for få studenter, eller krever for mange journalgjennomganger.

Gjennomsnitt og standardavvik for kostandene hvert år er også oppgitt. Standardavvik er tatt med for å vise spredningen av verdiene, og dette er ofte stort for kostnadsdata. Dette er inkludert for å se om kostnader og differansen mellom reelle kostnader og honorar er konstant over tid eller endrer seg. Kapasiteten til å ta imot pasienter har vært sprengt hos SiO i store deler av perioden, så det kan ha vært tilfeldig hvilke studenter som får behandling, og dette kan variere fra år til år.

I tillegg oppgis andelen som har fått Helfo-refusjon, har hatt kostnader til tanntekniker, og generell sjekk med to røntgenbilder og rens for hvert år. Andelen som har fått Helfo-refusjon viser hvor vanlig det er å ikke betale hele beløpet fra egen lomme. Kostnader til tanntekniker gir en indikasjon på andelen som har fått gjort omfattende behandlinger som krone og bro, dette er ofte kostbare behandlinger som vil bidra til å øke kostnadene. Det er et ønske fra styret til SiO at man skal prioritere å tilby flest mulig studenter en generell sjekk for å sette fokus på tannhelsen til studentene, og informere om hvordan ivareta tannhelsen sin på best mulig måte. Dette indikerer hvor mange som hadde «null hull» da de ble undersøkt, dermed ikke større kostnader til tannbehandling.

Fra de kategoriserte kostnadene fant jeg at 5000 kr var et passende innslagspunkt for å utforme alternativer for refusjonsordninger. Dette er basert på honorar og ikke reelle kostnader, da jeg ønsker å få frem de totale kostandene som inkluderer både det pasientene betaler av egen lomme og beløpet de får refundert via Helfo. Et innslagspunkt på 5000 kr kan også begrunnes ved at det også er brukt i Grytten, Skau og Holst (2014). Dette omfattet 179 pasienter i 2016.

I journalundersøkelsen registrerte jeg manuelt følgende variabler: kjønn, undersøkelse, to røntgenbilder og rens av tennene (Us, BW og rens), konsultasjon, antall hull behandlet,

rotfylling, krone, stiftkrone, bro, ekstraksjon, kirurgisk fjerning (fjerning av visdomstenner ved operasjon), bittskinne, blekeskinne, røntgenbilder og bedøvelse. Kostnader for hver av disse variablene ble registrert. De deskriptive resultatene fra journalundersøkelsen inkluderer for hver behandling: antall og andel, gjennomsnittlig antall undersøkelser per pasient, totalkostnader med minimums- og maximumsverdi for å vise spredningen samt prosentandelen av totalkostnadene over alle 179 pasientene

Det er noen få variabler som ble registrert men som senere ble utelatt fra resultattabellen, selv om pasientene har hatt kostnader forbundet med disse. Følgende variabler er utelatt: tannkjøtt sykdommer fordi denne sykdommen sjelden opptrer i denne aldersgruppen, profylakse som rens av tenner, akutte behandlinger fordi det som oftest er midlertidige behandlinger og etterfølges alltid av permanent behandling. Andre behandlinger av midlertidig karakter er også utelatt. Disse er likevel inkludert i totalkostnadene for hele gruppen, derfor vil summen ikke bli 100 % når man summerer opp andelene i tabellen.

I tillegg oppgir jeg en tabell som viser fordelingen av Helfo-refusjonsbeløp og andelen det utgjør av totalkostnaden for hver enkelt pasient. Dette gjøres for å kartlegge hvor mange i gruppen som har reelle utgifter ved at de betaler ut ifra egen lomme og hvor mange som får dekket store deler av kostnadene gjennom Helfo.

3.3 Alternativer for refusjonsordning

Som skrevet tidligere i oppgaven har studentene behov for nødvendig tannhelsehjelp men primært på grunn av økonomiske årsaker utelater mange å gå til tannlegen. Dette taler for at deler av tannhelsetilbudet bør subsidieres. En refusjonsordning kan utformes på flere ulike måter avhengig av hva man ønsker å oppnå. Prisene hos SiO tannlege er allerede subsidiert gjennom semesteravgiften, dermed kan blant annet generell sjekk med fokus på råd som skal forebygge tannhelseproblemer tilbys til en svært god pris. De øvrige behandlingene tilbys også til en gunstig pris, men hos pasienter med stort behandlingsbehov vil det allikevel utgjøre betydelige kostnader.

Refusjonsordningen som eksisterer i dag hos SiO Tannlege subsidierer i praksis kun de to dyreste enkeltbehandlingene som pasientene kan få utført hos SiO Tannlege, stiftkrone og bro. Ordningen er meget gunstig for de få som får utført denne type behandling, ulempen er at i en så ung populasjon, er det de færreste som får stiftkrone og brobehandling. Basert på

resultatene fra journalundersøkelsen vil jeg derfor foreslå to alternative refusjonsordninger for pasienter med tannbehandlingskostnader over 5000 kr. Kostnadene som SiO vil få ved hvert alternativ ble beregnet ved å summere kostnadene for de relevante behandlingene i hvert alternativ.

4 Resultater

4.1 Fordeling av tannhelsekostnader 2012-2017

Tabell 3 og 4 nedenfor viser resultatene fra år 2012 og frem til 30. juni 2017. Andelen pasienter som har hatt reelle utgifter under 1000kr var lavest i 2016, med 52,9 %. Det var også det året da flest pasienter ble behandlet. I de andre årene var andelen over 60 %. Andelen med reelle tannlegekostnader over 8000 kr var høyest i 2015 med 1,8 %, lavest i 2013 med 0,9 % og tilsvarte 1,6 % i 2016. Gjennomsnittskostnadene for tannbehandling varierte fra 1349 kr for honorar og 1222 kr for reelle kostnader i 2012 til kr 1774 kr for honorar og 1546 kr for reelle kostnader i 2016. Likevel er det ikke en åpenbar trend i utviklingen av gjennomsnittskostnadene i tidsperioden sett under ett og det er heller ingen entydig økning i forskjell mellom honorar og reelle kostnader.

I 2013 hadde 756 (37 %) studenter kostnader til tannbehandling som var begrenset til undersøkelsesprisen. I 2014 sank andelen til 639 (35,3 %), mens det var liten økning i både 2015 og 2016 på henholdsvis 662 (32 %) og 738 (27 %). Hvis en ser på andelen som har fått Helfo-refusjon så har det økt jevnt siden 2012. Dette er den eneste variabelen som har en konsekvent økning gjennom perioden Tannteknikerutgifter har vært lave, under 8 % i hele perioden. Lavest var det i 2012, 52 (2,9 %) stykker hadde tanntekniske utgifter mens det høyeste antallet ble registrert i 2015 137 (6,6 %). Dette viser at det er en liten andel av pasientene som har fått laget protetiske erstatninger.

Variabel	2012 Honorar	2012 Reelle kostnader	2013 Honorar	2013 Reelle Kostnader	2014 Honorar	2014 Reelle Kostnader
Antall pasienter	1828		2055		1836	
0-1000	62,5 (1146)	63,8 (1167)	62,5 (1286)	63,5 (1304)	67,3 (1236)	69,4 (1274)
1000-2000	19,4 (355)	19,4 (355)	18,4 (378)	19,7 (404)	14,0 (256)	15,3 (280)
2000-3000	7,1 (130)	7,3 (134)	7,3 (150)	7,8 (160)	6,3 (116)	5,8 (107)
3000-4000	4,1 (75)	3,9 (72)	5,8 (119)	4,6 (95)	5,8 (106)	4,4 (81)
4000-5000	3,0 (55)	2,2 (41)	2,7 (56)	2 (41)	2,2 (41)	1,9 (34)
5000-6000	1,7 (31)	1,6 (29)	0,9(19)	0,8 (18)	1,6 (29)	1,2 (22)
6000-7000	0,4 (8)	0,5 (9)	0,8 (17)	0,5 (11)	0,8 (14)	0,7 (12)
7000-8000	0,3 (5)	0,3 (5)	0,6 (12)	0,6 (12)	0,6 (11)	0,4 (8)
8000 og over	1,3 (23)	0,9 (16)	0,9 (18)	0,5 (10)	1,5 (27)	1,0 (18)
Gj snitt kostnader	1349	1222	1291	1177	1316	1126
Standardavvik	2175	1511	1622	1399	2191	1621
Helfo-refusjon	2,8 (52)		6,9 (142)		13,3 (244)	
Tannteknikerutgifter	8,1 (147)		2,8 (58)		7,3 (134)	
Antall med kun us* pris som kostnad**	38,3 (700)	38,5(703)	36,4 (748)	37 (756)	33,4 (613)	34,8(639)
Antall med utgifter over 5000kr	3,7(67)	3,2 (59)	3,2(66)	2,5 (51)	4,4(81)	3,3 (60)

Tabell 3. Deskriptiv statistikk 2012- 2014, tallene er oppgitt i prosent, antall i parentes *us: undersøkelse, 2 røntgenbilder og rens **Prisen av us i 2012: 400 og 500, 2013: 400, 2014:

Variabel	2015 Honorar	2015 Reelle kostnader	2016 Honorar	2016 Reelle Kostnader	2017 tom 30.6.17 Honorar	2017 tom 30.6.17 Reelle Kostnader
Antall pasienter	2086		2736		2362	
0-1000	63,1 (1317)	64,6 (1348)	51,2 (1402)	53,5 (1463)	57,6 (1360)	60,2 (1421)
1000-2000	15,4 (322)	16,9(352)	21,3 (583)	23,0 (628)	21,9 (516)	22,8 (539)
2000-3000	7,0 (145)	6,7 (139)	9,5 (260)	9,6 (263)	8,3 (195)	7,2 (171)
3000-4000	5,8(122)	4,4 (91)	7,0 (192)	5,2 (141)	5,5 (131)	4,2 (99)
4000-5000	2,6 (54)	2,1 (43)	3,8 (104)	3,0 (81)	2,8 (65)	2,3 (54)
5000-6000	1,8(38)	1,4 (30)	2,2 (60)	1,6 (44)	1,4 (33)	1,2 (29)
6000-7000	1,4 (30)	1,0 (21)	1,1 (29)	0,9 (27)	0,8 (19)	0,5 (12)
7000-8000	0,6 (12)	0,5 (10)	1,0 (28)	0,9 (25)	0,3 (8)	0,4 (10)
8000 og over	2,2 (46)	1,8 (37)	2,3 (63)	1,6 (44)	1,5 (35)	1,1 (27)
Gj snitt kostnader	1529	1328	1774	1546	1434	1286
Standardavvik	2505	2105	2807	2074	1803	1636
Helfo-refusjon	15,8 (329)		16,6 (454)		16,2 (383)	
Tannteknikerutgifter (%)	6,6(137)		4,2 (116)		2,6 (62)	
Antall med kun us* pris som kostnad**	30,0 (625)	31,7 (662)	25,8 (705)	27,0 (738)	29,0 (686)	31,0 (727)
Antall med utgifter over 5000kr	6,1(126)	4,7 (98)	6,6(180)	5,1 (140)	4,0(95)	3,4 (78)

Tabell 4. Deskriptiv statistikk 2015 – 2017 (tom 30.6.17), tallene er oppgitt i prosent, antall i parentes *us: undersøkelse, 2 røntgenbilder og rens **Prisen av us i 2015: 320, 2016: 435 2017: 435

140 pasienter hadde i 2016 reelle utgifter til tannbehandling som oversteg 5000 kr, det utgjør 5,1 %. Antallet var lavest i 2013 med 51 pasienter (2,5 %). Forskjellen mellom honorar og reelle kostnader for pasienter med utgifter over 5000 kr er liten de første årene, under 1 %. Dette øker litt de siste årene, men da øker samtidig andelen som får Helfo-refusjon.

4.2 Behandlingsprofilen til pasienter med tannhelsekostnader over 5000 kr i 2016

Av de 179 pasientene i journalundersøkelsesgruppen var 96 kvinner og 83 menn i alderen 18-40 år. Honorar utgjorde i snitt 8559 kr og de reelle kostnadene var i snitt 6878 kr. 62 pasienter (35 %) hadde utgifter til tanntekniker i denne gruppen mens 81 (45 %) fikk Helfo-refusjon.

Tabell 5 nedenfor viser hvor mye Helfo-refusjon pasientene i denne gruppen fikk og hvor mange prosent det utgjorde av de totale utgiftene til tannbehandling i gruppen som hadde tannbehandlingsutgifter over 5000 kr. Tallene viser at det er få pasienter som får full dekning, men de få som har fått, har fått over 5000 kr av sine kostnader refundert. De aller fleste har fått dekket mindre enn 25 %. Dette viser at kun et mindretall får støtte fra Helfo selv om de har store utgifter til tannbehandling, og pasientene må dekke kostnadene av egen lomme.

	Antall	90-100 % dekning	50-89 % dekning	25-49 % dekning	0 – 24 % dekning
0-999	19				19
1000-1999	25			6	19
2000-2999	17			14	3
3000-3999	5		2	3	
4000-4999	3		3		
5000-5999	3	1	2		
6000-6999	1		1		
7000-7999	2	1	1		
8000 og oppover	6	4	2		

Tabell 5. Helfo-refusjon hos gruppen med kostnader over 5000 kr

Tabell 6 nedenfor viser at i denne gruppen er undersøkelse og fyllingsterapi den vanligste behandlingen. 73,5 % hadde generell sjekk, mens hele 83,4 % fikk fyllingsterapi. Rotfylling følger deretter med 45,3 % og kronebehandling med 29,3 %. Røntgen og bedøvelse er en del av mange de andre behandlingene, derfor er andelen høy. De høyeste kostnadene er knyttet til fyllingsterapi 515 585 kr, rotfylling 228 565 kr og 282 648 kr for kronebehandling.

Gjennomsnittskostnaden for pasienter som fikk fyllingsterapi var 3414 kr, og de hadde i snitt 5,3 hull hver. For rotfylling var gjennomsnittet 1,15 og kostnadene var i gjennomsnitt på 2787 kr. Pasientene i denne gruppen fikk laget i snitt 1,38 krone og hadde utgifter på i snitt 5436 kr.

Variabel	% (Antall)	Gj snitt type behandling	Gj snitt kostnader (min-max)	Kostnader	% av totalkostnadene for høykostnadgruppe (1 532 056)
US, BW og rens	73,5 (133)	1,0	460 (320-1090)	61 230	4,0
Konsultasjon	40,3 (73)	1,2	421 (150-1400)	30 725	2,0
Hull	83,4 (151)	5,3	3414 (360-36230)	515 585	33,7
Rotfylling	45,3 (82)	1,2	2787 (525 – 15060)	228 565	14,9
Krone	29,3 (53)	1,4	5436 (2000 – 23590)	282 648	18,4
Stiftkrone	2,2 (4)	1,0	4941 (4500 – 5180)	19 764	1,3
Bro	3,3 (6)	1,2	8847 (2185 – 12 560)	53 080	3,5
Ekstraksjon	18,2 (33)	1,5	1086 (650- 3100)	35 850	2,3
Kirurgisk fjerning	14,9 (27)	1,4	2847 (900 -4370)	76 865	5,0
Bittskinne	7,2 (13)	1,1	3137 (1835 -5900)	40 775	2,7
Blekeskinne	1,7 (3)	1,1	2700 (2700-2700)	8100	0,5
Røntgen	66,9 (121)	2,4	166 (70 – 560)	20 075	1,3
Bedøvelse	91,7 (166)	4,7	336 (28 – 2520)	55 728	3,6

Tabell 6. Behandlingsprofilen og deskriptiv statistikk til gruppen med kostnader over 5000 kr
US, BW og rens=undersøkelse, to røntgenbilder og rensing av tennene

4.3 Kostnader ny refusjonsordning SiO

Basert på resultatene fra journalundersøkelsen vil jeg skissere to ulike alternativer for ny refusjonsordning for SiO Tannlege.

Alternativ 1

Refundere alle utgiftene over 5000kr til nødvendig tannbehandling mot at pasientene forbedrer tannhelsevanene sine med særlig fokus på munnhygiene. I et behandlingsforløp hvor kostnadene overstiger 5000 kr vil pasientene besøke tannlegen jevnlig, da har tannlegen muligheten til å kontrollere munnhygien og om de har fulgt de individuelle rådene de får under førstegangsundersøkelsen om ivaretagelsen av egen tannhelse. Ved å legge forbedret munnhygiene som betingelse for refusjon vil det stimulere pasientene til ivaretagelse av egen tannhelse og dette vil i det lange løp forebygge mer tannhelseproblemer. Med god munnhygiene vil pasientene være i stand til å ivareta og vedlikehold tennene. Forbedret

munncygiene er enkelt å etterkontrollere, og tannlegen må journalføre god etterlevelse av råd om forbedret munncygiene for at refusjonen skal bli utløst.

I 2016 hadde dette alternativet kostet SiO 1 230 000 kr. Dette vil i praksis videreføre refusjonsordningen til SiO som gjelder for bro i dag, men ikke for stiftkrone da utgiftene til stiftbehandling ligger under innslagspunktet 5000 kr. Administrasjonskostnader tas ikke med her fordi tidligere erfaring tilsier at administrasjon av refusjonsordning ikke er særlig ressurskrevende.

Alternativ 2

Et annet alternativ vil være å refundere utgifter over 5000 kr til fyllingsterapi, rotbehandling og kronebehandling mot at pasientene forbedrer munncygiene. Dette utgjorde i 2016 520 000 kr for fyllingsterapi, 230 000 kr til rotbehandling og 280 000 kr til kronebehandling. Samlede utgifter for SiO hadde blitt 1 030 000 kr, altså noe lavere enn for alternativ 1. Disse tre behandlingstypene utgjør hovedparten av de behandlingene pasienter med kostander over 5000 kr får utført hos SiO Tannlege.

5 Diskusjon

Resultatene fra denne studien viser at reelle gjennomsnittskostnader for tannbehandling var 1600 kr i alle år i perioden 2012 – juni 2017. Gruppen med høye reelle kostnader holder seg stabilt under 5 %. Som skrevet tidligere i oppgaven finnes det lite data å sammenlikne mine tall med. Grytten har gjort en liknende undersøkelse og mine funn samsvarer med hans. Grytten finner at drøye 5 % av befolkningen har tannbehandlingskostnader over 10 000 kr (Grytten 2014). Det er forventet at de eldre aldergruppene har høyere kostnader forbundet med tannlegebesøk sammenliknet med de yngre gruppene. Gryttens undersøkelse er gjort på pasienter som har benyttet seg av private tannleger med markedsstyrte priser, mens SiO sine priser er lavere på grunn av tilskuddet fra semesteravgiften. En ting som er interessant å merke seg er at gjennomsnittskostnadene for tannbehandling holder seg relativt stabile fra år til år (Tabell 2 og 3), selv om prisene er blitt justert både ned og opp i denne perioden.

SSB sin rapport fra 2010 viser at i gjennomsnitt har hver student 168 600 kr disponibel inntekt pr år, og sett opp mot gjennomsnittskostnader under 1600 per år virker ikke dette mye. Men det gjelder de studentene som har lite behandlingsbehov og har stort sett friske tenner. For de 5 % av pasientene som har tannbehandlingskostnader som overstiger 5000 kr årlig, utgjør det en betydelig sum. I SSB sin rapport fra 2015, fremkommer det at i aldersgruppen 21- 29 år fikk 7,4 % Helfo-refusjon og i alderen 30-39 år fikk 6,1 % Helfo-refusjon i 2014. Dette samsvarer med SiO sine tall hvis vi slår sammen aldersgruppen 21-29 med 30 -39. For 2014 var det 13,5 % som fikk refundert utgiftene sine fra Helfo, mens i de to årene før lå det på 6,9 % (2013) og 8 % (2012). I årene som fulgte økte refusjonen til 15, 9 % (2015), 16,7 % (2016) og 16.6 % (frem til juni 2017). Det er vanskelig å vite grunnen til denne trenden, men noe kan tilskrives at behandlerne har fått opplæring i bruk av Helfo sine takster og dermed har brukt de mer og mer.

Slik det fremgår av tabell 3 og 4 er det 1/3 eller mindre som har kun undersøkelsespris som kostnad, dette viser at nærmere 2/3 del av pasientene som oppsøker SiO Tannlege har behandlingsbehov. Dette kan tolkes som om kun 1/3 av de som oppsøkte SiO Tannlege har hatt «null hull» og ingen behandlingsbehov og dermed hatt kostnader kun til en generell sjekk av tennene. Sett på bakgrunn av det som er omtalt i avsnitt 2.3 om antall hull hos 18- åringer i 2015 som ligger på 9,6 %, kan dette virke som en drastisk utvikling og økning i hull hos unge voksne. Men dette må sees i sammenheng med SiO sin begrenset kapasitet og vanskelig

tilgjengelighet, som kan ha ført til en seleksjon av pasienter i den forstand at kun de med store smerter og/eller stort behandlingsbehov har oppsøkt og klart å få time hos SiO Tannlege. Det er viktig å poengtere at jeg ikke har sett på diagnoser her, mens tallene omtalt i avsnitt 2.3 er basert på diagnoser.

Hvis man ønsker å hjelpe de med størst behandlingsbehov og store utgifter og samtidig ikke ønsker at refusjonsordningen blir for dyr, er det derfor lurt å legge innslagspunktet for refusjonsordningen over 3000 kr. Med utgifter under 3000 kr har disse pasientene mest sannsynlig fått utført fyllingsterapi og annen mindre komplisert behandling. Med kun 1/3 av pasientene som har kun undersøkelsespris som utgift hos tannlegen, er det et godt argument for videreføring av SiO sin subsidierte undersøkelsespris med fokus på forebygging. Formålet skal være å forbedre tannhelsen hos denne gruppen.

Tabellene viser at antall pasienter som har hatt utgifter til tanntekniker holder seg lavt. Dette er gledelig fordi dette gir en pekepinn om hvordan det står til med tannhelsen til studenter. Studentene har ikke så dårlige tenner at de må ha dyre protetiske behandlinger. Samtidig viser resultatene fra journalundersøkelsen at utgifter til kronebehandling utgjør 18 % av totalkostnadene og nærmere 30 % av gruppen fikk denne behandlingen. Krone er en kostbar behandling og da er det naturlig at totalkostnadene for den enkelte blir høye. Kronebehandling kommer ofte i etterkant av en rotfyllingsbehandling, og tabell 6 viser at 45 % av gruppen fikk denne behandlingen i 2016. Rotfylling utgjør 15 % av totalkostnadene. Både rotfylling og kronebehandlinger er kompliserte og avanserte behandlinger som man ofte forventer at man trenger i godt voksen alder. Når en så ung gruppe har fått disse behandlingene er det en indikator på at disse studentene har dårligere tenner enn det en skulle forvente i den alderen. Men jeg har i denne undersøkelsen ikke sett på diagnosene og har dermed ikke fasitsvar, jeg har kun sett på kostnadene og det kan kun gi indisier om hvordan det står til med tannhelsen til studentene.

Journalundersøkelsen viser også at 83 % fikk fyllingsterapi, dette er den vanligste behandlingen i gruppen. Grytten fant også det samme i undersøkelsen sin, men han undersøkte hele aldergruppen 20-39 år som helhet, og ikke sortert etter de som hadde kostnader over 5000 kr (Grytten 2014). Dette er også noe man antar er vanligst i en så ung pasientgruppe.

Gjennom denne studien har vi fått konkret informasjon om hvordan tannhelsekostnadene fordeler seg blant studentene. Det er gledelig at det er en liten gruppe som har store kostnader og at de aller fleste har tannbehandlingskostnader under 1000 kr. Videre viser tallene at andelen som har hatt utgifter under 1000 kr varierer mellom 51 og 69 %, og at 80-90 % av pasientene ligger innenfor de tre laveste intervallene (mellom 0- 3000 kr). Vi kan nå bruke denne informasjonen til å utforme en refusjonsordning slik at vi får hjulpet de som har de største tannhelseproblemene og dermed de største kostnadene forbundet med tannlegebesøk. Jeg har valgt å bruke 5000 kr som innslagspunkt siden jeg brukte det til journalundersøkelsen, og bruker resultatene derifra til å foreslå alternativer for refusjonsordning og beregne kostnader. Innslagspunktet kan legges høyere eller lavere alt ettersom man ønsker å dekke færre eller flere studenter.

Jeg har skissert to alternativer til refusjonsordning, som kan erstatte SiO sin nåværende refusjonsordning. Fordelen med alternativ 1 med 100 % refusjon av utgifter over 5000 kr er at det vil hjelpe studentene som har høye utgifter til tannbehandling, flere studenter vil kunne ta seg råd til tannbehandling når de vet at de får refundert utgifter over 5000 kr. Jeg har også lagt inn en betingelse om forbedret munnhygiene for å få refundert utgiftene, dette vil motivere pasientene til å forbedre og/eller optimalisere munnhygien. Dette er et forebyggende tiltak som vil på sikt forbedre tannhelsen og redusere kostandene til pasientene. Ulempen med denne ordningen er at det ikke skilles mellom de ulike behandlingene. Ved at man får refundert alt over 5000 kr kan det medføre at noen pasienter tar seg råd til dyrere behandlinger fordi de vet at de får kostnadene refundert. Dette gjelder spesielt protetiske behandlinger som krone. Erfaring tilsier at mange pasienter lar være å få laget krone på grunn av utgiftene selv om det anbefales av tannlegen. På den ene siden er det positivt at de får utført anbefalt behandling men på den andre siden kan det også være risiko for overbehandling. Forskning som jeg kommenterer nedenfor viser at dette ikke er noe stort problem. Med dette alternativet vil pasientene også få refundert utgifter til for eksempel estetisk behandling som tannbleking eller hvis noen får laget fasetter, som er en kostbar behandling.

Den største fordel med alternativ 2 er at den er begrenset til tre typer behandlinger, det er de tre behandlingstypene som journalundersøkelsen viste var mest vanlig hos pasienter med kostander over 5000 kr. En annen fordel vil være at pasientene får refusjon for kompliserte og dyre behandlinger som rotfylling og krone. Med begrensede økonomiske ressurser kan

pasienter noen ganger stå ovenfor vanskelige valg som for eksempel om de skal beholde en tann og påkoste den rotbehandling og kronebehandling eller trekke den. Trekking er et mye rimeligere alternativ enn rotbehandling og kronebehandling. Det er synd hvis unge pasienter må trekke opptil flere tenner på grunn av økonomi, for de pasientene vil dette alternativet være gunstig da den vil spesifikk dekke de type behandlingene. Ulempen er at pasientene ikke får dekket utgifter til andre type behandlinger som også er kostbare, for eksempel fjerning av visdomstenner.

En kan også velge å ha ulike varianter av dette alternativet, spesielt hvis man ønsker å redusere kostnadene forbundet med refusjonen. De andre betingelsene i alternativ 1 består men istedenfor å refundere 100 % av kostandene over 5000 kr, refunderes 75 % eller 50 % av utgifter over 5000 kr. Dette vil koste SiO 923 336 kr og 615 558 kr. En kan også velge å legge inn en begrensning på estetisk behandling for alternativ 1, slik at refusjonen utløses kun for behandling som er viktig for både funksjon og estetikk.

Videre er spørsmålet om man ønsker å finansiere/refundere for protetisk behandling som kroner? Skal man refundere uavhengig av hvilken tann behandlingen er utført på eller kun behandling på tenner som er vesentlig for funksjon og estetikk? Det er ulike oppfatninger både blant pasienter og fagfolk om hva som er nødvendig tannbehandling (Eriksen et al 2004). Disse forskjellene betyr ikke nødvendigvis at tannlegene gjør unødvendig behandling eller at dette er uønskede variasjoner, men er heller et uttrykk for den kliniske delen av tannlegefagets egenart. I samme kliniske situasjon kan det være flere fullverdige behandlingsalternativ og disse kan ha store kostnadsforskjeller. Kostnadsforskjellene vil ikke alltid reflektere forskjeller i tannhelsegevinst (Grytten, 2010). Det er vanskelig å legge generelle føringer for dette, i en klinisk situasjon vil det alltid være flere faktorer å ta hensyn til og tannlegen må gjøre en skjønnsmessig vurdering i hvert enkel tilfelle. Men kostnadene for en refusjonsordning må være forutsigbare for SiO og da må det legges inn noen betingelser i refusjonsordningen slik at en kan ha kontroll over kostnadene.

En ting som er viktig å presisere er at uansett hvilke refusjonsalternativ en går for her så vil kapasiteten være uendret. SiO Tannlege har 4 tannlegestoler som de utnytter maksimalt ved å drifte de 12 timer i døgnet, så kapasiteten er allerede maksimalt utnyttet. En vil ikke klare å behandle flere pasienter, hvis ikke Hovedstyret gjør et vedtak om at de ønsker å øke kapasiteten. Tilbud og etterspørsel etter helsetjenester påvirkes av finansieringen og således prisen på slike tjenester ved at dersom egenandelene senkes, øker etterspørselen. Dette følger

av teori om tilbud og etterspørsel at det konsumeres mer av en vare når prisen blir lavere. Grytten viser dette i et eksempel i artikkelen om trykdepolitiske problemstillinger (Grytten, 2010). Et lavt innslagspunkt gir større etterspørsel enn om innslagspunktet legges høyt. Den økte etterspørselen etter tannhelsetjenester som følge av økt finansiering/refusjon kan bli betydelig fordi det for mange pasienter ikke fins noen tydelig øvre grense for hvor mye tannbehandling de kan konsumere. I praksis betyr det at det brukes mer tid på en pasient som vil gå på bekostning av en annen som kanskje ikke får behandling.

Et mulig scenario kan derfor være at flere med dårligere tenner oppsøker SiO Tannlege og utløser refusjonen, og at dette vil gå på bekostning av andre pasienter som ikke får behandling. Hvis disse høykostnadspasientene plutselig dobler seg et år, vil dette bli dyrt for SiO, og da må SiO gjøre en vurdering på om de ønsker å subsidiere denne gruppen uavhengig av hva det koster dem eller om de ønsker å ha mer kontroll over kostnadene og justere refusjonsordningen deretter. Det er lagt til grunn for refusjonsalternativene at omtrent 5 % av de behandlede pasientene vil havne i høykostnadsgruppen. En refusjonsordning kan oppleves attraktiv av pasientene og tiltrekke seg flere pasienter med stort behandlingsbehov, men dette vil være en risiko som SiO må ta i betraktning. På den annen side, studenter med svært dårlige tenner er antagelig en liten gruppe sammenlignet med studenter med normal tannhelse, det er tilfeldig hvilke studenter som får behandling hos SiO, og kapasiteten er begrenset. Dette kan bety at refusjonsordningene ikke medfører så mye større kostnader for SiO enn mine estimater.

Det er viktig å bemerke at refusjonsordningen hadde blitt billigere andre år, både siden antallet behandlede pasienter og andelen med kostnader over 5000 kr var mindre. Samtidig var 2016 det året behandlingsskapasiteten til SiO ble økt, og under forutsetning om at SiO fortsetter med samme kapasitet, så er det rimelig å anta at antall behandlede pasienter vil fortsette å være lik i årene som kommer. Videre er det viktig at de foreslåtte refusjonsalternativene brukes som grunnmodell, men så kan det gjøres årlige justeringer av for eksempel innslagspunktet i henhold til generell prisvekst i samfunnet. Det samme gjelder for alternativ 2, prisen for fylling, rot og krone må justeres i forhold til konsumprisindeksen om ikke årlig, så jevnlig. Dette er for å unngå at kostnadene til refusjonsordningen blir for store over tid.

Begge alternativene er gjennomførbare, alternativ 2 er billigere enn alternativ 1, det vil være en vurderingssak for SiO om hvilke alternativ de ønsker å gå for. For å få refusjon må

behandlingen ha blitt utført hos SiO Tannlege. På slutten av hvert semester sender de som søker refusjon inn søknad, søknaden kontrolleres mot journalen for å sjekke om betingelsene oppfylles, og refusjon utbetales. Alternativ 1 er et helhetlig alternativ som sikrer pasienten refusjon uavhengig av type behandling som blir utført og anbefales, men med forslag om at man utelater dekning av behandling som bleking og annet som kun går på estetikk.

Egenandeler tenderer til å påvirke helse og økonomi på en sosialt skjev måte ved at personer med lav inntekt og personer som tilhører enkelte sosiale grupper, rammes mest negativt (Stortingsmelding, 2006-2007). Dette taler for at man bør legge innslagspunktet lavt, ved å legge den for høyt vil det ramme studenter med dårlig økonomi og dårlig tannhelse hardt. Grytten har vist gjennom en studie at inntekt ikke er avgjørende for forbruket av tannhelsetjenester når brukeren er hos tannlegen. Det var med andre ord ingen inntekstelasiteter i forbruket at tjenester når folk først gikk til tannlege (Grytten, Holst, & Laake, 1993). I SHOT undersøkelsen fra 2014 ble derimot økonomi oppgitt til å være den hyppigste årsaken til manglende tannlegebesøk.

Holst sammenlignet NSB-ansatte med egne refusjonsavtaler mot ansatte i Postverket og Tollvesenet uten å finne forskjeller i forbruk av tannhelsetjenester (Holst, 1982). NSBs relativt omfattende refusjonssystem for utgifter til tannbehandling hadde altså ikke stimulert til mer etterspørsel og bruk av tjenester, men undersøkelsen sier ikke noe om hvilken type tannbehandling som ble utført og om det var forskjeller i kostnader sammenlignet med pasienter uten slike stønadsordninger. Dette underbygger Gryttens funn om at forbruk av tannhelsetjenester er lite påvirket i forhold til brukers økonomi. NSB-ansattes refusjonsavtaler kan minne om ordningen jeg foreslår for SiO og artikkelen til Holst viser at det ikke stimulerte til mer etterspørsel og bruk av tjenester.

Med en refusjonsordning vil pasientene slippe å ta vanskelig økonomiske valg for å ha muligheten til å få utført tannbehandling. Siden tannlegene hos SiO Tannlege er fast ansatte med fast lønn vil ikke de påvirke behandlingsvalg ut i fra personlige motiver til økonomisk fortjeneste. SiO Tannlege har ingen spesialister dermed vil det ikke være de store kostnadene en kan ha ved rotbehandling av jeksler og innsetting av implantater.

I veilederen fra Helsedirektoratet om god klinisk praksis i tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet 2011) står det følgende: Tannlegenes bruk av skjønn er av stor betydning fordi pasientenes individuelle behov er forskjellige. Det er viktig at pasientene får en

behandling som ivaretar deres interesser på lang sikt. Dette innebærer at en optimal behandling vil variere fra pasient til pasient, avhengig av vedkommende evne til å vedlikeholde og følge opp behandlingen. Dette er forhold som tannlegene må ta hensyn til i planleggingen av behandlingen. Hvilken behandling som er nødvendig, avhenger av mange forhold. God klinisk praksis innebærer at man i betydelig grad må bruke skjønn og vurdere den enkelte pasients tilstand, behov og evne til å følge opp, samt kost–nytte-verdien for pasienten. Det er viktig å skille mellom hva odontologien til enhver tid kan tilby, og hva som er hensiktsmessig og optimalt for det enkelte individ. På grunnlag av alt nevnt ovenfor er det vanskelig å konkludere eller komme med en anbefaling om refusjonsordning. SiO har et hovedstyre med flertall av studenter, dette kan legges frem for dem og de kan velge selv hva de ønsker å bruke semesteravgiften på.

6 Konklusjon

Gjennomgang av tall fra elektronisk pasientjournal over tannbehandlingskostnader for studenter i perioden 2012- juni 2017 viser at gjennomsnittskostnadene for tannbehandling ligger på rundt 1700 kr. Samtidig viser tallene at mellom 25 og 38 % av pasientene som har vært hos SiO Tannlege har kun hatt utgifter til en generell sjekk. Dette er en sterk indikasjon på at disse pasientene har hatt ingen tannbehandlingsbehov, det vil si null hull. En ser også at kostandene holder seg under 1000 kr for 51 – 69 % av pasientene, dette viser at over halvparten av studentene har lave kostander forbundet med tannbehandling. På den andre siden så har nærmere 5 % av studentene tannbehandlingskostnader over 5000 kr. Dette er mye penger for studenter som har i gjennomsnitt 168 600 kr til disposisjon per år. Derfor er det viktig å få til en refusjonsordning for denne gruppen som kan hjelpe disse studentene. Resultater fra journalundersøkelsen viser at fyllingsterapi er den vanligste behandlingen for denne gruppen, 83 % har fått denne behandlingen i denne gruppen.

Av refusjonsalternativene vil jeg anbefale alternativ 1 med 100 % refusjon av utgifter over 5000 kr mot at pasientene forbedrer munnhygien sin. Men jeg ønsker å foreslå å utelate eventuell støtte til tannbleking og annen ren estetisk behandling. Behandling som skal dekkes skal være av vesentlig betydning for både funksjon og estetikk. Dette er et helhetlig alternativ som også har betingelse om at pasientene forbedrer munnhygien, noe som vil forebygge tannhelseproblemer i fremtiden for de pasientene det gjelder. Resultatene viser at antallet som har utgifter over 5000 kr holder seg under 5 %, dette gir forutsigbarhet i forhold til refusjonsutgiftene til SiO. Samtidig som SiO har begrenset kapasitet og det vil også begrense utgiftene til refusjon.

7 Litteraturliste

Den norske legeforening. (2011). Legeforeningens høringsuttalelse om tannhelsetjenesten.

Anders Barstad, Torkil Løwe og Lotte Rustad Thorsen (2012) *Studenters inntekt, økonomi og boutgifter Levekår blant studenter 2010*, Rapporter 38/2012, Statistisk sentralbyrå

Berit Otnes, Lotte Rustad Thorsen og Odd Frank Vaage (2011) *Levekår blant studenter 2010*, Rapporter 36/2011, Statistisk sentralbyrå

Ekornrud, T. og Arne Jensen (2010): *Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk*, Rapporter 2010/29, Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201029/

Ekornrud, T. og Arne Jensen (2010): *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. Tilgjengelig fra http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201051/

Ekornrud T og Arne Jensen (2014) *Låg inntekt og tannhelse*, Rapporter 2014/20, Statistisk sentralbyrå

Ekornrud, T., Skjøstad, O., & Texmon. (2015). *Utgifter til behandling hos tannlege - ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar*. Rapporter 2015/40, Statistisk sentralbyrå

Grytten, J., Holst, D., & Laake, P. (1993). *Accessibility of dental services according to family income in a noninsured population*. Soc Sic Med 1993; 37: 1501-8.

Grytten, J. (2005). *Models for financing dental services. A review*. Community Dent. Health, 22, 75-85.

Grytten, J. (2010). *Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten - en oversikt*. Nor Tannlegeforening Tidende, 120, 308-315.

Grytten, J, Skau I og Holst D (2014) *Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge- behandlingsprofiler og tilgjengeligheten til tannlegen*. Nor Tannlegeforening Tidende, 124, 276-83

Helse- og omsorgsdepartementet, Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2017

<https://www.regjeringen.no/contentassets/3cd4c7b5ad8e4eadb83c88a97a444aab/rundskriv-i-4-2016.pdf>

Helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå, (2017) *Kvalitetsindikatorer for tannhelse*

Helsenorge.no <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikatorer-for-tannhelse>
lest 10.08.2017

Helsedirektoratet (2011) *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten - en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* IS-1589

Helsetilsynet. (2004). Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten. https://http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/tannhelsetjenesten_norge_omfanget_offentlige_tannhelsetjenesten_prioriterte_gruppene_bemanningssituasjonen_tannhelsetjenesten_rapport_052004.pdf.

Holst, D. (1982). Third party payment in dentistry. An analysis of third party payment system and of system determinants. *Doktorgradsavhandling Universitetet i Oslo 1982*.

Holst, D. (1986). Bruk av trygdemidler i tannhelsetjenesten. *Vedlegg nr 1 til NOU 1986:25 Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid*.

Holst, D., & Grytten, J. (1997). Tannbehandling i Norge 1973 til 1995 – fra sykdomsbehandling til tjenesteyting. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 107, 554-559.

Holst, D. (2004). Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år? *Nor Tannlegeforening Tidende*, 114, 168-176.

Holst, D., Grytten, J., & Skau, I. (2005). Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 115, 212-216.

Lov om folketrygd, Folketrygdloven (kapitel 5)

Lov om tannhelsetjenesten, Tannhelsetjenesteloven.

Nedregård Truls, Olsen Rune: Studentenes Helse og trivselsundersøkelse (SHOT) TNS
Gallup 2014

SSB Tannhelse blant voksne, Voksne bruker tannlegetenester ulikt, Samfunnsspeilet 2011/4
oktober 2011.

St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning— Framtidas
tannhelsetjenester