

Skattefinansiert egenandelsordning for tannhelse – betalingsvillighet blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell og ansatte i Nordland fylkeskommune

Henrik Schmidt



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

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2019

**Skattefinansiert egenandelsordning for
tannhelse – betalingsvillighet blant
fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell
og ansatte i Nordland fylkeskommune**

© Henrik Schmidt

2019

Skattefinansiert egenandelsordning for tannhelse – betalingsvillighet blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell og ansatte i Nordland fylkeskommune

Henrik Schmidt

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: De siste årene har det pågått en diskusjon i det offentlige rom om det skal innføres en egenandelsordning for tannhelsetjenester. Det har blitt gjennomført en del spørreundersøkelser for å kartlegge om befolkningen ønsker en slik ordning og hvor mange som er villige til å betale mer skatt. Ingen av disse undersøkelse tok med seg hvor mye innføringen av en slik ordning vil koste. Med bakgrunn i et anslag fra Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2015, ble det i denne studien gjennomført en spørreundersøkelse om fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell og ansatte i Nordland fylkeskommune er villige til å betale 0,9 % mer skatt for en egenandelsordning for tannhelsetjenester der alle kostnader over 2.500 kroner dekkes av staten. Målet var å undersøke om det er forskjell i betalingsvilligheten blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell og blant ansatte i Nordland fylkeskommune, og om betalingsvilligheten er forskjellig blant yrkesgruppene i den offentlige tannhelsetjenesten.

Metode: Det ble gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle ansatte i Nordland fylkeskommune og til alt fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell. Det ble gjort enkel deskriptiv statistikk og gjennomført kji kvadrat test for å finne forskjell i andeler mellom gruppene.

Resultater: Andelen blant ansatte i Nordland fylkeskommune som svarte at de er villige til å betale mer skatt for en slik egenandelsordning er 62,9 %, mens andelen blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell er 42,3 %. Forskjellen i betalingsvilligheten er signifikant. Andelen som er villig til å betale mer skatt til en slik egenandelsordning blant tannhelsesekretærene er 48,8 %, blant tannpleiere 38,5 % og blant tannleger 36,8 %. Forskjellen i betalingsvilligheten mellom tannhelsesekretærer og tannpleiere og tannhelsesekretærer og tannleger er signifikant, mens forskjellen mellom tannpleiere og tannleger ikke er signifikant.

Konklusjon: En signifikant høyere andel av ansatte i Nordland fylkeskommune er villig til å betale 0,9 % mer skatt for en egenandelsordning enn fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell. En mulig forklaring for denne signifikante forskjellen kan være at tannhelsepersonell vet at mange kan unngå tannbehandlingsbehov ved å følge forebyggingsrådene og ta vare på egen munnhelse. Blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell er andelen av tannhelsesekretærer som er villige til å betale 0,9 % mer

skatt for en egenandelsordning signifikant høyere enn andelen av tannpleiere og tannleger. Dette er i tråd med tidligere undersøkelser som har avdekket at andelen er lavere blant personer med utdanning på universitets- og høyskolenivå. Det er ingen signifikant forskjell i betalingsvilligheten blant tannpleiere og tannleger. Fagforeningspolitiske synspunkter om egenandelsordning for tannhelse er gjenkjennelig i betalingsvilligheten blant yrkesgruppene i den offentlige tannhelsetjenesten i denne undersøkelsen.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling.....	2
2	Bakgrunn	3
2.1	Tannhelsetjenesten i Norge	3
2.1.1	Helsevesenet i Norge.....	3
2.1.2	Historisk bakgrunn for den offentlige tannhelsetjenesten.....	3
2.1.3	Den norske tannhelsemodellen.....	4
2.1.4	Ressurser og finansiering	6
2.1.5	Tannhelse	8
2.2	Etterspørsel etter helsetjenester	8
2.2.1	Klassisk konsumentteori	9
2.2.2	Grossman-modell	10
2.2.3	Modell med både kurative og forebyggende helsetjenester	10
2.3	Etterspørsel etter helseforsikring	11
2.3.1	Atferdsrisiko.....	12
2.3.2	Ugunstig utvalg	12
2.3.3	Risikoseleksjon.....	13
2.3.4	Korreksjon for markedssvikten	13
2.4	Dagens egenandelsordning for helsetjenester.....	14
2.5	Politikk for betaling av tannhelsetjenester.....	15
2.5.1	Stortingspartiens politikk.....	16
2.5.2	Fagforeningenes politikk.....	18
2.6	Spørreundersøkelser om betaling av tannhelsetjenester	19
2.7	Provenyeffekt av egenandelsordning for tannhelsetjenester	20
3	Data, Materialer.....	21
3.1	Data.....	21
3.2	Materialer.....	21
4	Metode.....	23
4.1	Studiedesign.....	23
4.2	Dataanalyse.....	23

5	Resultat.....	24
5.1	Deskriptiv analyse	24
5.2	Kji kvadrat test.....	26
5.3	Svarprosent og feilmargin	27
6	Diskusjon.....	28
7	Konklusjoner	31
	Litteraturliste	32

1 Introduksjon

Mens behandling i spesialisthelsetjenesten på sykehus i utgangspunktet er gratis, er behandling i primærhelsetjenesten hos fastlegene omfattet av en egenandelsordning med et egenandelstak. Med unntak for enkelte former for tannbehandling er tannhelsetjenester ikke omfattet av en egenandelsordning. Tannbehandling for voksne er det helseområdet i Norge med høyest privat finansiering.

De siste årene har det pågått en diskusjon i det offentlige rom om tannhelsetjenester skal bli en del av egenandelsordningen på lik linje som de fleste andre helsetjenester. Spesielt Landsorganisasjonen i Norge (LO) har kjørt en del kampanjer for å rette fokus mot dette. LO tilbyr også en privat tannhelseforsikring gjennom sitt fordelsprogram for medlemmene (LO favor) som et supplement til de norske velferdsordningene og de refusjonsordningene som gis av det offentlige. Aksjonen "Tannhelse inn i egenandelsordningen" initiert av Fagforbundet Ung har mer enn 109.000 følgere på Facebook. Et annet eksempel er Forbundet Tenner og Helse, som jobber for at det innføres egenandelsordning for tannbehandling på samme måte som for annen legebehandling.

Det har blitt utført en del spørreundersøkelser for å kartlegge hvor stor andelen av befolkningen er som ønsker en egenandelsordning for tannhelse og hvor stor andelen er som er villig til å betale mer skatt. Men ingen av disse undersøkelsene tok med seg hvor mye en skattefinansiert egenandelsordning vil koste.

I forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2015 anslå Helse- og omsorgsdepartementet at kostnaden for å innføre en egenandelsordning for tannhelsetjenester der alle kostnader over 2.500 kroner dekkes av staten, vil være 13.900 millioner kroner. Gitt at innføringen hadde blitt finansiert gjennom en økning av trygdeavgiften, så hadde trygdeavgiften på lønnsinntekt økt fra 8,2 % til 9,1 %. Dette hadde medført en skatteøkning på 0,9 %.

Tannhelsepersonell vet at mange kan unngå tannbehandlingsbehov ved å følge forebyggingsrådene og ta vare på egen munnhelse. Samtidig er det forskjellige synspunkter om en egenandelsordning for tannhelsetjenester blant helsepersonellens fagforeninger. Slike holdninger og synspunkter kan ha innvirkning på betalingsvilligheten.

1.1 Problemstilling

Problemstilling til oppgaven er følgende:

1. Er betalingsvilligheten blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell forskjellig fra betalingsvilligheten blant ansatte i Nordland fylkeskommune?
2. Er betalingsvilligheten forskjellig blant yrkesgruppene i den offentlige tannhelsetjenesten?

Kapittel 2 gir oversikt over tannhelsetjenesten i Norge, grunnleggende teori for etterspørsel etter helsetjenester og etterspørsel etter helseforsikring, dagens egenandelsordning for helsetjenester, politikk for betaling av tannhelsetjenester, resultater fra tidligere spørreundersøkelser om betaling av tannhelsetjenester og provenyeffekten av en egenandelsordning for tannhelsetjenester.

I kapittel 3 beskrives hvordan data ble innsamlet og hvilke spørreskjemaer som ble brukt.

Kapittel 4 inneholder en beskrivelse av studiedesignet og av de statistiske analysene som ble brukt.

I kapittel 5 presenteres resultatene, og i kapittel 6 drøftes disse.

Kapittel 7 oppsummerer hovedresultatene av denne studien.

2 Bakgrunn

2.1 Tannhelsetjenesten i Norge

2.1.1 Helsevesenet i Norge

Det norske helsevesenet er et universelt system med adgang for alle innbyggere. Helsevesenet er hovedsakelig offentlig finansiert gjennom skattebetaling. Deler av finansieringen er organisert i folketrygden, som er en obligatorisk trygdeordning for alle som er bosatt i Norge. I tillegg til å gi økonomisk stønad ved sykdom, svangerskap og fødsel, arbeidsløshet, alder, uførhet, dødsfall og tap av forsørger, dekker folketrygden også utgifter til medisinsk behandling og rehabilitering samt til arbeidsrettede tiltak. Folketrygden finansieres ved medlemsavgift, arbeidsgiveravgift og tilskudd fra staten (Folketrygdloven, 1997).

Behandling i spesialisthelsetjenesten på sykehus er i utgangspunktet gratis, mens pasienter i primærhelsetjenesten selv skal betale en tredjedel av utgiftene til fastlegebesøk (Kravitz mfl., 2014). I 2011 var ca. 84 % av helseutgiftene offentlig finansiert, mens de resterende 16 % var privatfinansiert. Nesten hele den private finansieringen kommer fra brukerbetaling, som står for ca. 15 % av den totale finansieringen av helseutgiftene (Welling Hansen og Houlberg, 2012).

2.1.2 Historisk bakgrunn for den offentlige tannhelsetjenesten

I 1910 ble den første offentlige tannhelsetjenesteordning for barn etablert i Oslo. Tannhelsen blant barn var ifølge skolelærerne så dårlig, at det gikk utover undervisningen (Cortsen og Fredslund, 2013). Politisk var det vilje for å inkludere tannhelsetjenesten i sykekassenes ansvarsområde, men blant annet Den norske tannlegeforening var bekymret for om prinsippene om fri tannlegevalg og fri prisfastsettelse kunne opprettholdes i et slikt system. I 1917 ble det derfor laget en lov som medførte at fylkene hadde et medansvar for finansiering av tannhelsetjenesten, samtidig ble det innført et gratis tannbehandlingstilbud til skolebarn (Holst, 2004).

Det viste seg at tilbudet ble svært ulikt fordelt mellom fylkene, noe som skyldtes blant annet tannlegemangel i utkantsområdene. Derfor ble det i 1949 innført, at tannlegene skulle fordeles

nasjonalt etter en landsplan, hvor for eksempel nyutdannede tannleger ble beordret til å besette offentlige stillinger som ikke hadde nok søkere (NOU 2005:11). Under denne folketannrøktloven var tannbehandling for barn gratis, mens voksne var betalende pasienter og bare kunne få behandling hvis det var tid til det (Cortsen og Fredslund, 2013).

I tannhelsetjenesteloven fra 1984 fikk fylkeskommunene fullt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, og flere prioriterte grupper ble omfattet av vederlagsfri tannbehandling. Den offentlige tannhelsetjenesten ble dermed formalisert i 1949 og er i dag implementert i tannhelsetjenesteloven fra 1984 (Nihtilä, 2010).

2.1.3 Den norske tannhelsemodellen

Den norske tannhelsemodellen består av en offentlig tannhelsetjeneste med hovedansvar for et oppsøkende tilbud til prioriterte grupper, og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester i et marked med fri konkurranse, fri prissetting og fri etableringsrett. Tannhelsetjenester for voksne over 20 år er det helseområdet i Norge med høyest privat deltakelse, både når det gjelder tilbud og finansiering. 75 % av alle tannleger har privat praksis, og de fleste behandlinger betales vanligvis fullt ut av pasienten (Ekornrud og Jensen, 2013).

Fylkeskommunens ansvar er regulert i tannhelsetjenesteloven, og fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Den skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Videre skal den spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, som omfatter tannhelsetjenester som utføres på prioriterte grupper. De prioriterte gruppene er barn og ungdom til og med det året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie og ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret skal selv betale en egenandel tilsvarende 25 % av Helse- og omsorgsdepartementets fastsatte takster, mens de øvrige prioriterte gruppene får vederlagsfri behandling med unntak av kjeveortopedisk behandling (Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten, 1984).

Generell ytes det som nevnt ikke tilskudd til tannbehandling av voksne, så pasienter over 20 år betaler i utgangspunktet selv for deres tannbehandling. Men grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov har etter folketrygdlovens § 5-6 rett til stønad. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom definerer 15 tilstander hvor det ytes stønad til dekning av utgifter i forbindelse med tannbehandling (tabell 1). Frikort for egenandelstak 2 dekker godkjente egenandeler ved tannbehandling ved sykdommer og anomalier i munn og kjeve og periodontitt (HELFO, 2019).

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig
4. Infeksjonsforebyggende tannbehandling 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

Tabell 1: Oversikt over tilstander/tilfeller hvor det ytes stønad til dekning av utgifter til tannbehandling etter folketrygdlovens § 5-6.

2.1.4 Ressurser og finansiering

Norge har, med 101 per 100.000 innbyggere, flest aktive tannleger blant de skandinaviske landene. I tillegg kommer 14 tannpleiere og 18 tannteknikere per 100.000 innbyggere (OECD, 2016).

Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene finansieres gjennom statlige rammetilskudd. Fylkeskommunene forvalter tilskuddet selv, og den offentlige tannhelsetjenesten er i konkurranse med for eksempel videregående skoler og vedlikehold av fylkesveier, som også skal dekkes av rammetilskuddet fra staten. Den offentlige tannhelsetjenesten er ramme-finansiert med et årlig budsjett, som skal gå til å dekke utgiftene. Tannhelsetjenester til de prioriterte gruppene definert i tannhelsetjenesteloven utføres i hovedsak av offentlig ansatt tannhelsepersonell, men kan også utføres av privatpraktiserende tannleger som har en avtale med den offentlige tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenester til voksne over 20 år utføres for langt de fleste (ca. 90 %) av privatpraktiserende tannleger, mens den offentlige tannhelsetjenesten utfører tannhelsetjenester til ca. 10 % av voksne over 20 år. Omtrent 75 % av tannlegene er privatpraktiserende/privatansatt og 25 % offentlig ansatt (Prop. 71 L (2016-2017)).

Norges totale helseutgifter utgjorde i 2016 ca. 10,5 % av bruttonasjonalproduktet (BNP), og tannbehandlingsutgifter ca. 0,5 % av BNP. De offentlig finansierte tannbehandlingsutgifter utgjorde i 2016 1,5 % av de totale helseutgifter i Norge, og private utgifter til tannbehandling utgjorde 3,7 % av de totale helseutgifter (OECD, 2016). Tabell 2 inneholder en oversikt over de totale tannbehandlingsutgifter i Norge for 2015. De totale utgifter var på 16.400 millioner kroner, hvorav 11.500 millioner kroner (70 % av de totale utgifter) var egenbetalinger (Bilde mfl., 2018).

Offentlig tilskudd	Den offentlige tannhelsetjenesten	NOK 2,3 mrd.
	Refusjon etter folketrygdlovens § 5-6	NOK 2,3 mrd.
	Refusjon til fengselsinnsatte og asylsøkere	NOK 0,2 mrd.
	Refusjon til pasienter med dårlig økonomi (NAV)	NOK 0,1 mrd.
I alt offentlig tilskudd		NOK 4,9 mrd.
Egenbetaling		NOK 11,5 mrd.
I alt forbruk 2015		NOK 16,4 mrd.

Tabell 2: Finansiering av tannhelsetjenesten i Norge 2015 (Bilde mfl., 2018).

Tabell 3 inneholder en oversikt over behandlerressurser og helseutgifter i de skandinaviske landene (OECD, 2016), (Kravitz mfl., 2015). I Skandinavia har Norge flere aktive tannleger per 100.000 innbyggere enn Danmark og Sverige, mens Danmark og Sverige har flere tannpleiere per 100.000 innbyggere enn Norge. Tannbehandlingsutgifter i % av brutto-nasjonalprodukt (BNP) ligger på mellom 0,5 og 0,6 i Skandinavia.

	Norge	Danmark	Sverige
Antall aktive tannleger per 100.000 innbyggere (OECD, 2016)	101	74	84
Antall tannpleiere per 100.000 innbyggere (Kravitz mfl., 2015)	18	42	40
Helseutgifter i % av BNP (OECD, 2016)	10,5 %	10,4 %	10,9 %
Tannbehandlingsutgifter i % av BNP (OECD, 2016)	0,5 %	0,5 %	0,6 %
Tannbehandlingsutgifter i % av totale helseutgifter (OECD, 2016)	5,2 %	4,4 %	5,5 %

Tabell 3: Behandlerressurser og helseutgifter i Skandinavia (OECD, 2016), (Kravitz mfl., 2015).

2.1.5 Tannhelse

Generelt er tannhelsen i Skandinavia god i internasjonal sammenheng. DMFT er en indikator som viser tannhelsetilstand i en populasjon. DMFT står for “decayed, missing, filled teeth”, og er summen av antall tenner som har eller har hatt behov for behandling, eller som har gått tapt på grunn av sykdom. Tabell 4 inneholder en oversikt over DMFT blant 12-åringer i Skandinavia (WHO, 2013), som viser at tannhelsen blant 12-åringer i Norge er litt dårligere enn i Danmark og Sverige.

	Norge	Danmark	Sverige
DMFT blant 12-åringer	1 (2013)	0,6 (2012)	0,8 (2011)

Tabell 4: DMFT blant 12-åringer i Skandinavia (WHO, 2013).

2.2 Etterspørsel etter helsetjenester

Analyser av helsemarkeder skiller seg fra det man betrakter i standard økonomisk teori. God helse er det man har betalingsvillighet for, og det får man gjennom å kjøpe helsetjenester og ved å gjøre en egeninnsats. Dermed er etterspørselen etter helsetjenester en avledet etterspørsel fra etterspørselen etter god helse. I tillegg til å kjøpe kurative helsetjenester som legetjenester og medisin ligger en stor del av begrepet god helse i forebyggende arbeid, som blant annet handler om sunt kosthold, fysisk aktivitet og å avstå fra alkohol og tobakk (Ringdal, 2010).

Grossman-modellen (Grossmann, 1972) og modellen beskrevet av Hey og Patel (1983) er spesielle helseøkonomimodeller. I Grossman-modellen blir helse sett på som en kapitalbeholdning individene kan investere i med egen produksjon og kjøp av medisinske varer og tjenester. Derimot fokuserer modellen fra Hey og Patel på avveiningen mellom forebyggende og kurative helsetjenester.

2.2.1 Klassisk konsumentteori

Klassisk konsumentteori beskriver hvordan rasjonelle aktører med full informasjon tilpasser seg priser og inntekt. For å undersøke hvordan etterspørselen endres ved inntekts- og prisendringer er det nyttig å se på de respektive elastisitetene. Inntektselastisiteten er et mål på hvordan etterspørselen endres når inntekten endres, og beskriver hvor mange prosent etterspørselen endres når inntekten øker med én prosent. Er inntektselastisiteten positiv kalles godet et normalt gode, og er den negativ kalles det et mindreverdige gode. Når inntektselastisiteten er større enn én har vi med et inntektselastisk gode å gjøre, som betyr at godet vil få en større budsjettandel når inntekten øker, og det kalles da et luksusgode. Er inntektselastisiteten for et gode mindre enn én kalles det et nødvendighetsgode. Priselastisiteten viser hvordan en prisforandring på én prosent påvirker etterspørselen. Etterspørselen etter et gode kalles elastisk når den prosentvise endringen i etterspørsel er større enn den prosentvise endringen i pris. Når den prosentvise endringen i etterspørsel er like stor som den prosentvise endringen i pris kalles etterspørselen etter et gode nøytralelastisk. Uelastisk kalles etterspørselen etter et gode når den prosentvise endringen i etterspørsel er mindre enn den prosentvise endringen i pris (Rødseth, 1997).

Markedet for helsetjenester skiller seg fra standardmarkeder det vanligvis fokuseres på i klassisk konsumteori. Konsumenten vet for eksempel ikke hvordan helsen vil være i framtiden og har ikke fullstendig informasjon om alle mulige virkninger og bivirkninger av en behandling. Aktøren kan, for eksempel, ha større tiltro til den dyre behandlingen, selv om en mindre kostnadskrevende behandling har minst like god effekt. Et annet eksempel er tilsynelatende rasjonelle konsumenter som utsetter seg for avhengighetsskapende forbruk av et gode som skader helsen, for eksempel sigarettøyking og alkoholmisbruk.

Asymmetrisk informasjon og tilbudsindusert etterspørsel kjennetegner markedet for helsetjenester. Tilbudsindusert etterspørsel vil si at det er behandleren som skaper etterspørsel etter helsetjenester ved å anbefale behandling som pasienten i utgangspunktet ikke var klar over at han trengte og som pasienten kanskje heller ikke trenger. Asymmetrisk informasjon kan være at pasient, behandler og forsikrer har forskjellig informasjon om risiko for sykdom/skade og effekt av behandling, som også kan betegnes som prinsipal-agent-problemer. En prinsipal (pasienten) delegerer avgjørelser om egen helse til en agent (behandleren) som ofte også står for selve behandlingen (Ringdal, 2010).

2.2.2 Grossman-modell

I Grossman-modellen skiller etterspørselen etter helse seg fra den tradisjonelle tilnærmingen til konsumgoder hovedsakelig på fire måter. For det første ønsker konsumenten ikke helsegoder, men god helse. Dermed er etterspørselen etter helsegoder en avledet etterspørsel. For det andre konsumerer konsumenten ikke bare helse passivt fra markedet, men produserer det også ved å bruke egen tid på helsebringende aktiviteter og medisinske varer og tjenester som innsatsfaktorer i produksjonen. For det tredje varer helse i mer enn én periode, og kan dermed betraktes som et kapitalgode. Og for det fjerde kan helse behandles både som et konsumgode og et investeringsgode. Konsumenten får en direkte nytteeffekt av bedre helse fordi han har glede av å være frisk i seg selv (konsumgode). God helse gjør at konsumenten får mer tid til å jobbe og tjene penger slik at han kan tjene andre goder i markedssektoren (investeringsgode), (Folland mfl., 2004).

Ifølge Grossman (1972) er helsekapital forskjellig fra andre typer humankapital. Humankapital i tradisjonell forstand, for eksempel utdanning, øker produktiviteten i markedssektoren som brukes til å tjene penger så man kan kjøpe varer og tjenester. Helsekapital øker i tillegg tiden man kan bruke i denne markedssektoren. Ved å ha høy helsekapitalbeholdning reduserer man sannsynligheten for å bli syk og bruker mer tid på å jobbe slik at man kan konsumere mer av alle goder eller ha mer fritid. Avveilingen mellom fritid og arbeid, samt tiden og pengene som går med å investere i egen helse, er viktige faktorer som bestemmer individets etterspørsel etter helsetjenester. Alder, inntekt, utdanning og usikkerhet er flere underliggende faktorer som bestemmer ønsket helsebeholdning og etterspørsel etter helsetjenester i denne modellen.

2.2.3 Modell med både kurative og forebyggende helsetjenester

Modellen beskrevet av Hey og Patel (1983) belyser etterspørsel etter helsetjenester fra et annet perspektiv enn Grossman-modellen. Denne modellen ser på etterspørselen av kurative versus forebyggende helsetjenester, og er opptatt av å finne det optimale forholdet mellom utgifter på forebyggende helsetjenester for å forhindre at man blir syk dersom man er frisk, og den optimale mengden av kurative helsetjenester til å behandle sykdom om man er syk.

Hvis prisen på forebyggende helsetjenester øker, fører det til en reduksjon av etterspørselen etter disse tjenestene. I tillegg vil det bli mindre attraktivt å bli frisk hvis man allerede er syk

og etterspørselen etter kurative helsetjenester vil også synke. Dersom det blir dyrere med kurative helsetjenester, vil etterspørselen etter forebyggende helsetjenester øke fordi det nå er dyrere å bli syk. Effekten på etterspørselen etter kurative helsetjenester har to motstridende effekter. Det blir dyrere å kjøpe tjenestene i dag, mens det samtidig blir mer attraktivt å bli frisk i senere perioder av livet.

Dersom effektiviteten av de forebyggende helsetjenester øker, vil det føre til en økning i etterspørselen etter både forebyggende og kurative helsetjenester fordi den forventede nytten av å være frisk sammenlignet med å være syk øker. Dersom effektiviteten av de kurative helsetjenester øker, blir det mindre attraktivt å foreta preventive handlinger, altså vil etterspørselen etter preventive helsetjenester reduseres (Ringdal, 2010).

2.3 Etterspørsel etter helseforsikring

Økonomisk teori om helse og forsikring tar utgangspunkt i at individet står overfor to typer risiko. For det første er det en risiko for å bli syk, men sannsynligheten for sykdom er usikker. For det andre er det en risiko for å ikke bli frisk, som medfører en risiko for inntektsbortfall og tapt arbeidsevne. Dette gir grunnlag for et forsikringsbehov. Mens helseforsikring gir forsikring mot utgifter ved sykdom, er sykelønn og uføretrygd forsikringer mot inntektstap. Formålet med helseforsikring er altså å sikre individer mot risiko og tap ved sykdom. De økonomiske tapene assosiert med dårlig helse kan være betydelige for den enkelte. En helseforsikringsordning har en risikoutjevningseffekt ved at den aggregerer finansiell risiko over ulike individer (pooling) og over tid (forhåndsbetaling), for å unngå dette. Derfor er kjøp av forsikring en form for risikostyring (Hagen og Schroyen, 2009).

Grunnlaget for etterspørsel etter helseforsikring er størrelsen på potensielt tap kombinert med risikoaversjon. En risikonøytral person vil være indifferent mellom å tegne forsikring og betale behandlingskostnadene selv, hvis forsikringspremien tilsvarer forventet behandlingsutgift. Derimot vil en risikoavers person foretrekke å tegne forsikring siden vedkommende vurderer nytten av det sikre beløpet han sitter igjen med når forsikringspremien er betalt større enn den forventede nytten av å delta i lotteriet (Arrow, 1963, Rees, 1989, Cutler og Zeckhauser, 2000).

Markedet for helseforsikring er preget av informasjonsskjevheter. Forsikringstakeren vet mer om egen helsetilstand enn forsikringsselskapet, noe som kan resultere i markedssvikt og at forsikringsselskapene får problemer med atferdsrisiko og ugunstig utvalg. Dette gir forsikringsselskapene insentiver til å drive risikoseleksjon (Arrow, 1963).

2.3.1 Atferdsrisiko

I markedet for helseforsikring risikerer man både ex ante og ex post atferdsrisiko. Ved egne handlinger kan individet redusere sannsynligheten for at det individet er forsikret mot, skal inntreffe. Gitt forsikring innebærer ex ante risikoatferd at individet får reduserte insentiver til å forebygge sykdom. Ex post atferdsrisiko innebærer at individet endrer atferd og overkonsumerer helsetjenester når sykdom inntreffer, gitt forsikring (Hagen og Schroyen, 2009). Pauly (1968) beskriver ex post atferdsrisiko som et resultat av rasjonell økonomisk atferd. Den personlige gevinsten ved overforbruk av helsetjenester er mye større enn den ekstra kostnaden ved økt premie, og dermed er det rasjonelt å overforbruke.

Problemer knyttet til atferdsrisiko er ikke et særskilt problem for helseforsikring, men et generelt fenomen ved forsikringer. Derfor står den offentlige helseforsikringsordning overfor samme utfordringer når det gjelder atferdsrisiko (Pedersen, 2007). Dersom det private tilbudet og den offentlige forsikringen ikke koordineres, vil et marked for supplerende privat helseforsikring på toppen av en obligatorisk helseforsikring kunne gi problemer knyttet til atferdsrisiko. Slike problemer kan oppstå når den private helseforsikringen reduserer den forsikredes insentiver til forebyggende og aktsom atferd. Kostnadene ved de økte helseskadene dette vil kunne resultere i, vil til en viss grad kunne bli veltet over på det offentlige sosialforsikringssystemet. Private tilbydere av helseforsikring vil ikke ta hensyn til de høyere helsekostnadene for det offentlige, men kun ta i betraktning de atferdsrisikokostnadene som faller på selskapet. Når en tredjepart bærer en del av kostnadene i den private kontrakten, gir dette insentiver til overforsikring (Hagen og Schroyen, 2009).

2.3.2 Ugunstig utvalg

Forsikringstakeren har mer informasjon om sykdomssannsynlighet og fremtidig behov for helsetjenester enn forsikringsselskapet. Dermed er ugunstig utvalg et resultat av asymmetrisk informasjon. Informasjonsfordelen kan individet utnytte til å kjøpe forsikring til en pris som er lavere enn den aktuarisk nøytrale premien. Aktuarisk nøytral premie vil si at prisen på

forsikringen tilsvarer forventet skadeutbetaling. Er premien aktuarisk nøytral tjener forsikringsselskapet følgelig ingen profitt. Å identifisere reell risiko er nødvendig for å kunne sette en aktuarisk nøytral premie. Siden det er kostbart å identifisere slik risiko, begrenses informasjonsinnsamlingen som oftest i praksis til at de fleste tilbydere av private helseforsikringer krever helseattest og priser forsikringen basert på informasjon om blant annet røyking og alder (Eeckhoudt mfl., 2005).

2.3.3 Risikoseleksjon

Risikoseleksjon er det motsatte av ugunstig utvalg. Ved å bedrive risikoseleksjon ønsker forsikringsselskapene å tiltrekke seg lavrisikoindivider på den ene siden, og å avvise eller gjøre seg lite attraktivt for høyrisikoindivider på den andre siden. Selskapene i Norge står i dagens marked fritt til å avvise kunder som faller utenfor aldergrensene selskapet setter eller som har en spesifisert sykdomshistorie. Når høyrisikoindivider får høyere pris på forsikring, vil forsikringen for disse anses som mindre attraktivt. Selv hvis myndighetene velger å gripe inn og forby forsikringsselskapene å avvise høyrisikoindivider eller å prise forsikringer etter risiko, vil likevel mer subtile former for risikoseleksjon forekomme. Et eksempel er markedsføring rettet mot unge, friske mennesker (Thomson og Mossialos, 2004).

2.3.4 Korleksjon for markedssvikten

I et uregulert marked for helsetjenester bidrar flere forhold til markedssvikt. Derfor preges markedet for helsetjenester i de fleste industrialiserte land av utstrakt offentlig forsikringsordning, slik at det offentlige i hovedsak står for produksjon og finansiering av helsetjenester. Myndighetens oppgave er todelt. For det første skal de korrigere for grunnleggende markedssvikt, for det andre skal de sørge for en ønsket omfordeling av godene. Økonomisk utjevning er blant flere formål i sosialforsikrings- og skattesystemet (Folland mfl., 2007).

Ved utforming av en helseforsikringskontrakt bør problemene knyttet til ugunstig utvalg og atferdsrisiko minimeres eller i beste fall elimineres. Ved å gjøre helseforsikring obligatorisk er problemet med å differensiere mellom de ulike risikogrupperne i en befolkning løst. I den offentlige forsikringen kan ex post atferdsrisiko forebygges ved å innføre egenandeler og ved å rasjonere etterspørselen med ventetid. Private helseforsikringer kan forebygge ex post atferdsrisiko ved å inkludere klausuler i kontrakten som begrenser forsikringen til å dekke kun

medisinsk nødvendige helsetjenester og ved å innføre økt risikodeling i form av egenandeler (Thomson og Mossialos, 2004).

En obligatorisk forsikringsordning kan være både offentlig og privat, og det mest vanlige er at det offentlige administrerer den. Obligatorisk forsikring sikrer at det i markedet for helseforsikring oppnås en poolinglikevekt der alle risikotypene tilbys samme kontrakt. Alle betaler etter evne og får etter behov. Poolinglikevekten sikrer at risikoene samles, det betyr at ingen individer alene bærer den finansielle risikoen ved sykdom. Poolinglikevekten har tre omfordelende funksjoner, nemlig fra rike til fattige, fra friske til syke og fra den produktive til den ikke produktive fasen i livssyklusen (Thomson og Mossialos, 2004).

2.4 Dagens egenandelsordning for helsetjenester

I hovedsak dekkes behandlingskostnadene i helsetjenestene av det offentlige. Å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til særlig prioriterte områder er hovedbegrunnelsen for egenbetaling i helsesektoren. En egenandel på behandlingskostnader vil gjøre det dyrere å bli syk og dermed oppmuntre til mer forebyggende aktiviteter for å redusere sjansen for å bli syk (Godager, 2014). Videre begrunnes egenbetaling med at det vil bidra til å dempe etterspørselen fra personer med mindre problemer, slik at personer med større behov lettere kan få dekket sine behov (St.prp. nr. 1 (2006-2007)).

I Norge finnes det 2 frikortordninger, en for egenandelstak 1 og en for egenandelstak 2. Frikortordningene gjelder for ulike helsetjenester. Frikortordningen for egenandelstak 1 omfatter egenandeler fra fastlege, psykolog, poliklinikk, røntgeninstitutt, pasientreiser samt medisiner, næringsmidler og medisinsk utstyr på blå resept. Egenandelstak er 2.369 kroner i 2019. Frikortordningen for egenandelstak 2 omfatter egenandeler fra undersøkelse og behandling hos fysioterapeut, enkelte former for tannbehandling, opphold ved godkjent rehabiliteringsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet i regi av Oslo universitetssykehus. Egenandelstak er 2.085 kroner i 2019. Pasienter får automatisk tilsendt frikort innen 3 uker etter at egenandelbetalingen har kommet over egenandelstaket. Det som har blitt betalt for mye, blir automatisk tilbakebetalt (helsenorge.no, 2019).

2.5 Politikk for betaling av tannhelsetjenester

Stortingspartiene har forskjellig politikk for betaling av tannhelsetjenester, og kapittel 2.5.1 viser en oversikt over disse.

Aktuelle fagforeninger for fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell er Fagforbundet (LO) og Tannhelsesekretærenes Forbund (Parat), Norsk tannpleierforening (Delta) og Den norske tannlegeforening. Kapittel 2.5.2 viser en oversikt over fagforeningenes politikk for betaling av tannhelsetjenester

2.5.1 Stortingspartiernes politikk

Tabell 5 viser en oversikt over stortingspartiernes politikk for betaling av tannhelsetjenester:

Arbeiderpartiet	<p>Innføre gratis offentlig tannhelsetjeneste opp til man er 21 år, og halv pris til man er 25 år.</p> <p>Innføre skjermingsordninger på tannhelseutgifter til personer med svak økonomi og dårlig tannhelse, og utrede hvilke ordninger som best møter dette behovet.</p> <p>Forbedre ordningene for refusjon gjennom folketrygden til spesielle diagnoser. Arbeiderpartiet har mål om en gradvis utvidelse av den offentlige tannhelsetjenesten, og vil særlig skjerme grupper med spesielle diagnoser, svak økonomi og dårlig tannhelse for store tannlegeutgifter.</p>
Høyre	<p>Øke støtten til de gruppene som har høye tannhelseutgifter og tannhelseutgifter som er knyttet til sykdom. Veldig mange har tilleggsutfordringer knyttet til rus og psykiatri.</p> <p>Øke støtten til tannbehandling til dem som har store tannhelseutgifter og dårlig økonomi.</p> <p>Styrking av ny stønadsordning til tannløse, til tannbehandling ved munntørrehet, og til tortur- og voldsutsatte og pasienter med odontofobi.</p> <p>Tannhelsehjelp til personer med medisinske sykdommer eller lidelser, og som har store tannhelseproblemer.</p>
Fremskrittspartiet	<p>Bedre refusjonsordningene for sykdomsrelatert tannbehandling, og på sikt redusere kostnadene til egenandeler på lik linje med øvrig helsebehandling.</p> <p>Fjerne egenandel på nødvendig tannregulering av barn.</p>
Senterpartiet	<p>Vil ha gratis tannhelsebehandling fram til 21 år.</p> <p>Vil utvide Folketrygdens ansvar for å dekke utgifter til tannhelse til flere grupper med spesielle behov i tillegg til de grupper som så langt har kommet inn under slike ordninger.</p>
Sosialistisk Venstreparti	<p>At tannhelse skal bli en del av folketrygden. SV vil fase inn en refusjon av alle tannlegeutgifter over 2.500 kroner etter statlig fastsatte takster.</p> <p>Utvide gratis tannhelse til fylte 20 år, og fase inn billigere behandling i offentlig regi for de under 30.</p>
Venstre	<p>Gjennomgå refusjonsordningene for å inkludere lavinntektsgrupper og innføre en høykostnadsbeskyttelse.</p>
Kristelig Folkeparti	<p>Den offentlige tannhelsetjenesten må sikres tilstrekkelig finansiering for å ivareta de lovpålagte oppgavene de har. Det må legges til rette for godt samarbeid mellom privat og offentlig tannhelsetjeneste for å ivareta den øvrige befolkningens behov for tannhelsetjenester.</p>
Miljøpartiet De Grønne	<p>Sikre et sterkt offentlig finansiert helsevesen, der private aktører kun er et supplement.</p>
Rødt	<p>Gratis tannhelsetjeneste for alle til og med året man fyller 25 år. I dag gjelder dette til fylte 18 år.</p> <p>Egenandelstak for tannhelse på 2.000 kroner for alle over 25 år. 40 prosent av alle utgifter over dette beløpet skal refunderes. Dette vil redusere tannlegeregninga betydelig for 1,1 millioner nordmenn.</p> <p>På lengre sikt jobbe for at tannhelse skal sidestilles med andre helsetjenester og være gratis for alle – uten egenandeler.</p>

Tabell 5: Stortingspartiernes politikk for betaling av tannhelsetjenester (2019).

Sosialistisk Venstreparti og Rødt har vedtatt en helt konkret politikk når det gjelder innføring av en egenandelsordning for tannhelse. Mens Sosialistisk Venstreparti har som politikk at tannhelse skal bli en del av folketrygden og det innføres en egenandelsordning hvor alle tannlegeutgifter over 2.500 kroner refunderes, vil Rødt innføre et egenandelstak for tannhelse på 2.000 kroner der 40 % av overskytende utgifter refunderes, og på lengre sikt skal jobbe for at tannbehandling blir gratis for alle. Fremskrittspartiet vil på sikt redusere tannbehandlingsutgifter til egenandeler på lik linje med øvrige helsetjenester.

Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet og Venstre ønsker i varierende grad å bedre refusjonsordningene og å øke støtten til tannbehandling til personer med svak økonomi og dårlig tannhelse.

Kristelig Folkeparti og Miljøpartiet De Grønne har ingen konkret politikk for betaling av tannhelsetjenester, men vil sikre tilstrekkelig finansiering.

2.5.2 Fagforeningenes politikk

Tabell 6 viser en oversikt over fagforeningenes politikk for betaling av tannhelsetjenester:

Fagforbundet Ung	Arbeide for at tannhelse blir en del av egenandelsordningen.
LO	Arbeide for at alle helsetjenester, herunder tannhelsetjenester, skal være gratis, eller kun med små egenandeler.
Parat	Mens tjenestene i helsesektoren i all hovedsak dekkes av det offentlige med egenandeler fra pasientene/brukerne, er tannhelsetjenesten delt mellom en offentlig og en privat del. Parat mener at vi fortsatt skal ha et offentlig tannhelsetilbud og dette tilbudet bør være forankret på regionalt nivå.
Norsk tannpleierforening	Støtten til unge i alderen 20-25 år bør utvides slik at de får dekket utgifter til undersøkelse og veiledning. Forebyggende innsats gir mest samfunnsnytte.
Den norske tannlegeforening	Privat og offentlig tannhelsetjeneste må vektlegge forebyggende arbeid og ta en sentral plass i folkehelsearbeidet gjennom økt samhandling med den øvrige helsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten må sikres tilstrekkelig finansiering for å kunne ivareta lovpålagte oppgaver og bevare de sterke fagmiljøene forankret på regionalt nivå. Folketrygdens stønadsordning må revideres og styrkes, og nye grupper må inkluderes. Begrensede offentlige midler må målrettes slik at de når fram til dem som har størst behov for offentlig støtte for å opprettholde god tannhelse. Folketrygdens stønadstakster må være reelle, med lave egenandeler for pasientene, og stønaden må gis fra første krone.

Tabell 6: Oversikt over fagforeningenes politikk for betaling av tannhelsetjenester (2019).

Fagforbundet Ung arbeider for at tannhelse blir en del av egenandelsordningen, mens LO arbeider for at tannhelsetjenesten skal være gratis eller kun med små egenandeler. Parat har ingen politikk om betaling av tannhelsetjenester, men påpeker at tannhelsetjenesten er delt mellom en offentlig og privat del og mener at det fortsatt skal være et offentlig tannhelsetilbud.

Norsk tannpleierforening mener at støtten til unge mellom 20 og 25 år bør utvides slik at de får dekket utgifter til undersøkelse og veiledning, og at forebyggende innsats gir mest samfunnsnytte. Den norske tannlegeforening mener også at forebyggende arbeid må vektlegges, og at den offentlige tannhelsetjenesten må sikres tilstrekkelig finansiering for å kunne ivareta lovpålagte oppgaver. Samtidig mener de at folketrygdens stønadsordning må

revideres, styrkes og nye grupper inkluderes slik at offentlige midler målrettes til dem som har størst behov for offentlig støtte for å opprettholde god tannhelse.

Mens Fagforbundet Ung og LO arbeider for universelle ordninger for hele befolkningen, arbeider Den norske tannlegeforening for å målrette offentlige midler til dem med størst behov for offentlig støtte og vektlegger forebyggende arbeid. Norsk tannpleierforening har størst fokus på forebyggende arbeid og arbeider for å øke støtten til undersøkelse og veiledning for unge voksne.

2.6 Spørreundersøkelser om betaling av tannhelsetjenester

I 2016 utførte Sentio en spørreundersøkelse for Fagforbundet Ung. I undersøkelsen ble et tilfeldig utvalg av 1.000 personer spurt om de ønsker at tannhelse skal bli en del av egenandelsordningen. 86 % svarte ja, og 78 % sa seg svært eller noe villig til å betale mer skatt for en slik ordning (Grymyr, 2016).

I 2018 utførte Opinion en spørreundersøkelse for FriFagbevegelse og dagsavisen, og et representativt utvalg av 1.003 personer ble spurt om tannhelse bør bli en del av helsetilbudet på lik linje med andre helsetjenester. 89 % svarte ja, og 50 % svarte at de i en ganske eller svært stor grad er villige til å betale mer skatt for at tannhelse helt eller delvis blir dekket av det offentlige (Birkelund, 2018).

På vegne av ABC Nyheter gjennomførte Norstat en spørreundersøkelse i 2019. Et representativt utvalg av 1.018 personer ble spurt om staten bør ta regningen for tannbehandling for hele befolkningen. 71 % svarte ja, og det var små variasjoner når det kommer til inntekt, alder og bosted. Når det gjelder utdanningsnivå var det imidlertid slik at andelen som svarte ja var mye høyere blant personer med lite utdanning (grunnskolenivå) sammenlignet med personer med høy utdanning (universitet-/høyskolenivå), (Brækhus, 2019).

2.7 Provenyeffekt av egenandelsordning for tannhelsetjenester

Høsten 2015 stilte Finanskomiteen og Sosialistisk Venstrepartis fraksjon i forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2015 spørsmål om hva som er provenyeffekten av å innføre en egenandelsordning for tannhelsetjenester der alle kostnader over 2.500 kroner dekkes med henholdsvis 25, 50, 75 og 100 %. Kostnaden for å innføre en slik ordning der alle kostnader over 2.500 kroner dekkes med 100 % ble av Helse- og omsorgsdepartementet anslått til 13.900 millioner kroner (Svar på spørsmål 49 fra Finanskomiteen/SVs fraksjon, 2015).

Inntektene fra trygdeavgiften var på 129.807 millioner kroner i 2015 (Prop. 1 S (2016 – 2017)). Trygdeavgiften på lønnsinntekt har vært på 8,2 % siden 2015 (Skatteetaten, 2019). Hvis en innføring av en egenandelsordning i 2015 der alle kostnader over 2.500 kroner dekkes hadde blitt finansiert gjennom en økning av trygdeavgiften, så ville proportsatsen ha økt til 9,1 %. Basert på denne beregningen ble spørsmålet i undersøkelsen utformet på følgende måte: “Antar at det skal innføres en egenandelsordning for tannhelse der alle utgifter over 2.500 kroner i kalenderåret dekkes av staten (gjelder alle typer tannbehandling). Ordningen skal finansieres gjennom en økning av trygdeavgiften og medfører at proportsatsen på lønnsinntekt økes fra 8,2 til 9,1. Med en årslønn på 300.000 kroner vil skatten dermed øke med 2.700 kroner, med en årslønn på 600.000 kroner med 5.400 kroner og med en årslønn på 800.000 kroner med 7.200 kroner for hele året. Er du villig til å betale mer skatt for en slik egenandelsordning for tannhelse?”

3 Data, Materialer

3.1 Data

Data ble innsamlet gjennom en elektronisk spørreundersøkelse (Nettskjema) som ble distribuert via fylkestannlegene til alle fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer/-assistenter, tannpleiere og tannleger (tannhelsepersonell) og via etatsjefene i Nordland fylkeskommune til alle fylkeskommunalt ansatte unntatt tannhelsepersonell.

Tabell 7 viser en oversikt over antall ansatte i de forskjellige gruppene og dermed antall potensielle respondenter (SSB, 2019):

	Antall personer
Fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer/-assistenter i Norge	1.653
Fylkeskommunalt ansatte tannpleiere i Norge	577
Fylkeskommunalt ansatte tannleger i Norge	1.409
Ansatte i Nordland fylkeskommune unntatt tannhelsepersonell	3.135

Tabell 7: Antall personer i de forskjellige respondentgrupper (SSB, 2019).

3.2 Materialer

Spørreundersøkelsen ble gjennomført med Nettskjema, som er et verktøy for utforming og gjennomføring av spørreundersøkelser på nett og utvikles og driftes av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved UiO. Skjemaene til spørreundersøkelsen var anonyme, og ingen personopplysninger ble behandlet. Det ble heller ikke lagret nettidentifikatorer som for eksempel e-postadresse eller IP-adresse. Dermed var prosjektet ikke meldepliktig i forhold til personvernet.

Figur 1 viser spørreskjemaet som ble sendt til fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell i Norge, mens figur 2 viser spørreskjemaet som ble sendt til ansatte i Nordland fylkeskommune unntatt tannhelsepersonell.

Egenandelsordning for tannhelse - spørreundersøkelse blant fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger

Spørsmål 1 *

Antar at det skal innføres en egenandelsordning for tannhelse der alle utgifter over 2 500 kroner i kalenderåret dekkes av staten (gjelder for alle typer tannbehandling).

Ordningen skal finansieres gjennom en økning av trygdeavgiften og medfører at prosentsatsen på lønnsinntekt økes fra 8,2 til 9,1.

Med en årslønn på 300 000 kroner vil skatten dermed øke med 2 700 kroner, med en årslønn på 600 000 kroner med 5 400 kroner og med en årslønn på 800 000 kroner med 7 200 kroner for hele året.

Er du villig til å betale mer skatt for en slik egenandelsordning for tannhelse?

Ja

Nei

Spørsmål 2 *

Hvilken yrkesgruppe tilhører du?

Tannhelsesekretær/-assistent

Tannpleier

Tannlege

Figur 1: Spørreskjemaet sendt til fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell i Norge.

Egenandelsordning for tannhelse - spørreundersøkelse blant ansatte i Nordland fylkeskommune

Spørsmål 1 *

Antar at det skal innføres en egenandelsordning for tannhelse der alle utgifter over 2 500 kroner i kalenderåret dekkes av staten (gjelder for alle typer tannbehandling).

Ordningen skal finansieres gjennom en økning av trygdeavgiften og medfører at prosentsatsen på lønnsinntekt økes fra 8,2 til 9,1.

Med en årslønn på 300 000 kroner vil skatten dermed øke med 2 700 kroner, med en årslønn på 600 000 kroner med 5 400 kroner og med en årslønn på 800 000 kroner med 7 200 kroner for hele året.

Er du villig til å betale mer skatt for en slik egenandelsordning for tannhelse?

Ja

Nei

Figur 2: Spørreskjemaet sendt til ansatte i Nordland fylkeskommune unntatt tannhelsepersonell.

4 Metode

4.1 Studiedesign

Denne studien er en spørreundersøkelse og bruker kvantitativ metode.

I juni 2019 ble alle fylkestannleger kontaktet for å informere om spørreundersøkelsen og innhente deres samtykke til å videresende en e-post med link til spørreundersøkelsen til alle fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger. 16. juni 2019 ble det sendt en e-post med link til spørreundersøkelsen til alle fylkestannleger, som de ble bedt om å distribuere videre til alt fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell i sine respektive fylker. Spørreundersøkelsen var åpen til og med 14. juli 2019.

Likedan ble etatsjefene i Nordland fylkeskommune kontaktet i juni 2019 for å informere om spørreundersøkelsen og innhente deres samtykke til å videresende en e-post med link til spørreundersøkelsen til alle fylkeskommunalt ansatte unntatt tannhelsepersonell. 16. juni 2019 ble det sendt en e-post med link til spørreundersøkelsen til alle etatsjefene, som de ble bedt om å distribuere videre til alle fylkeskommunalt ansatte unntatt tannhelsepersonell.

Denne spørreundersøkelsen var også åpen til og med 14. juli 2019.

4.2 Dataanalyse

Svarene på spørsmålene i spørreundersøkelsene ble lastet opp fra Nettskjema og lagt inn i Excel (versjon 16051.11929.20300.00).

Dataene ble lagt inn manuelt i SPSS (versjon 25). Det ble brukt en gruppe-variabel (tannhelsesekretær, tannpleier, tannlege, fylkeskommunalt ansatt) for å kunne legge inn dataene som aggregerte tall.

For analysene av svarene på spørsmålene ble deskriptive statistiske metoder brukt (antall, andeler). Videre ble det brukt kji kvadrat test for å finne forskjell i andeler mellom grupper.

5 Resultat

5.1 Deskriptiv analyse

Tabell 8 viser en oversikt over antall svarene og andeler (prosentfordeling) i de forskjellige gruppene:

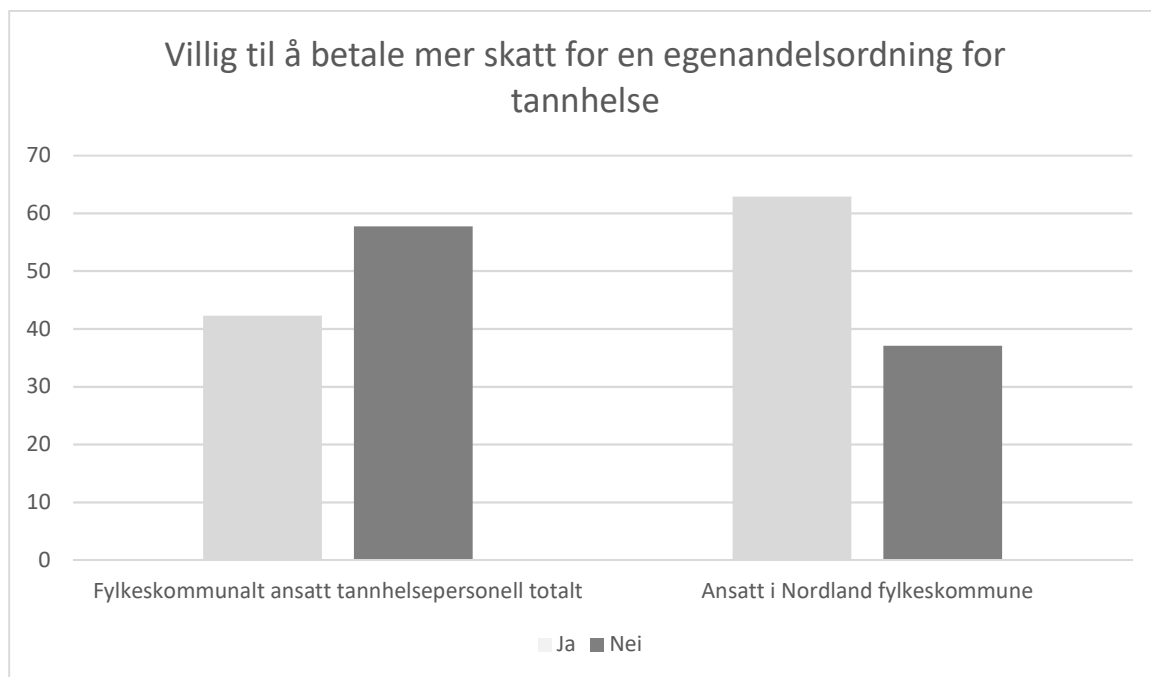
Gruppe	Totalantall svar	Ja	Nei
Fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell totalt	1.017	430 (42,3 %)	587 (57,7 %)
Tannhelsesekretær	434	212 (48,8 %)	222 (51,2 %)
Tannpleier	192	74 (38,5 %)	118 (61,5 %)
Tannlege	391	144 (36,8 %)	247 (63,2 %)
Ansatt i Nordland fylkeskommune	507	319 (62,9 %)	188 (37,1 %)

Tabell 8: Oversikt over antall svar og andeler i de forskjellige gruppene.

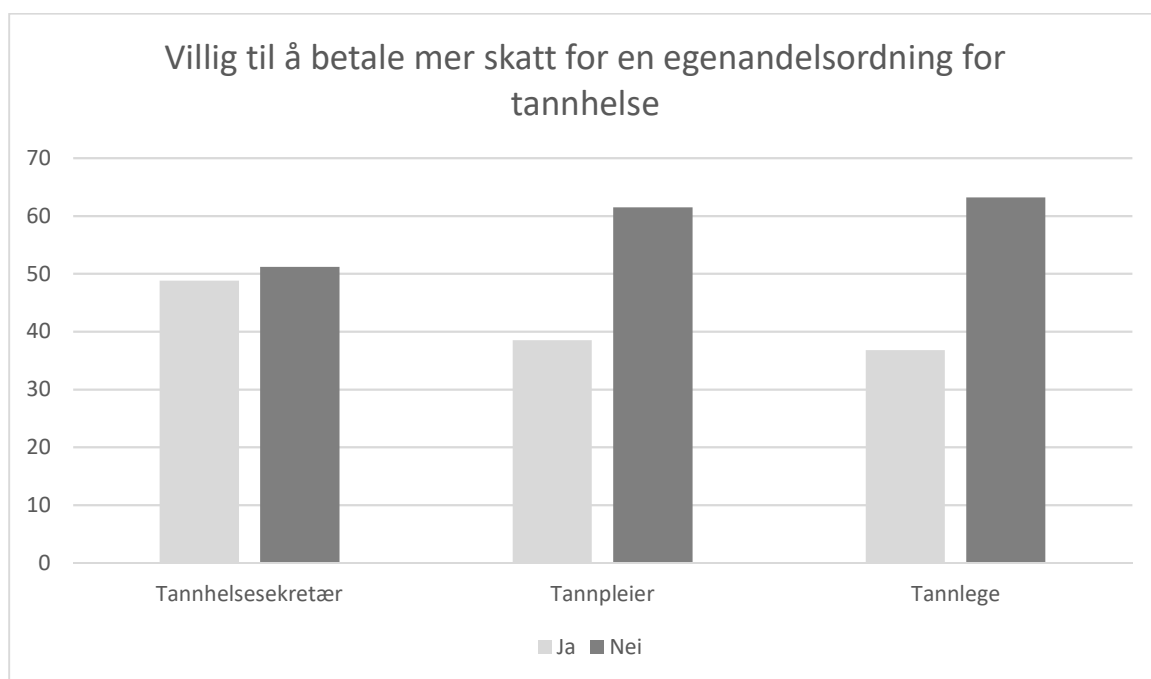
62,9 % av respondentene som er ansatt i Nordland fylkeskommune svarte at de er villige til å betale mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse. Blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell totalt svarte 42,3 % at de er villige til å betale mer skatt for en slik ordning.

Blant fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer svarte 48,8 % at de er villige til å betale mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse, mens andelen var 38,5 % for fylkeskommunalt ansatte tannpleiere og 36,8 % for fylkeskommunalt ansatte tannleger.

Figur 3 viser den prosentvise svarfordelingen blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell og ansatte i Nordland fylkeskommune, mens figur 4 viser den prosentvise svarfordelingen blant yrkesgruppene i den offentlige tannhelsetjenesten.



Figur 3: Prosentvis svarfordeling blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell og ansatte i Nordland fylkeskommune..



Figur 4: Prosentvis svarfordeling blant yrkesgruppene i den offentlige tannhelsetjenesten.

5.2 Kji kvadrat test

Tabell 9 viser resultatet av kji kvadrat testen for å analysere forskjell i andeler mellom gruppene:

Gruppe	p-verdi
Ansatt i Nordland fylkeskommune fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell totalt	< 0,001
Ansatt i Nordland fylkeskommune tannhelsesekretær	< 0,001
Ansatt i Nordland fylkeskommune tannpleier	< 0,001
Ansatt i Nordland fylkeskommune tannlege	< 0,001
Tannhelsesekretær tannpleier	0,017
Tannhelsesekretær tannlege	0,001
Tannpleier tannlege	0,688

Tabell 9: Resultat av kji kvadrat test.

Analysen viser at det er signifikant forskjell ($p < 0,001$) mellom ansatte i Nordland fylkeskommune og offentlig ansatt tannhelsepersonell totalt når det gjelder villighet til å betale mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse. Det er også en signifikant forskjell mellom tannhelsesekretærer og tannpleiere ($p = 0,017$) og mellom tannhelsesekretærer og tannleger ($p = 0,001$). Når det gjelder tannpleiere og tannleger, så er det ingen signifikant forskjell mellom disse når det gjelder villighet til å betale mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse ($p = 0,688$).

5.3 Svarprosent og feilmargin

Tabell 10 viser en oversikt over svarprosentene og feilmarginene for de forskjellige gruppene:

Gruppe	Svarprosent	Feilmargin (95 % konfidensnivå)
Fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell totalt	27,9 %	± 2,6 %
Tannhelsesekretær	28,7 %	± 4 %
Tannpleier	33,2 %	± 5,8 %
Tannlege	27,8 %	± 4,2 %
Ansatt i Nordland fylkeskommune	16,2 %	± 4%

Tabell 10: Oversikt over svarprosent og feilmargin i hver gruppe.

Svarprosenten blant ansatte i Nordland fylkeskommune var 16,2 % (feilmargin ± 4 %) mot 27,9 % (feilmargin ± 2,6 %) blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell totalt. Blant tannhelsesekretærer var svarprosenten 28,7 % (feilmargin ± 4 %), blant tannpleiere 33,2 % (feilmargin ± 5,8 %) og blant tannlegene 27,8 % (feilmargin ± 4,2 %).

6 Diskusjon

Spørreundersøkelsen gjennomført i denne studien viser at 62,9 % blant fylkeskommunalt ansatte i Nordland og 42,3 % blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell i Norge er villige til å betale mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse. Andelen som er villige å betale mer skatt i denne studien er lavere enn andelen i spørreundersøkelsen gjennomført av Sentio i 2016, hvor 78 % var svært eller noe villig til å betale mer skatt (Grymyr, 2016). Dette kan ha sammenheng med at spørsmålsformuleringen i denne studien er helt konkret på hvor mye skatten skal økes og at en større andel ikke er villige til å betale så mye mer skatt basert på egenvurdert behov for tannbehandling. Befolkningens inntektsnivå har i dag bare en liten og tilnærmet ubetydelig effekt på etterspørselen og forbruket av tannhelsetjenester (Grytten og Holst, 2012). Den siste befolkningsundersøkelse om innbyggernes betaling for tannbehandling ble utført i 2013 og viste at de gjennomsnittlige utgiftene for dem som hadde vært hos tannlegen siste året var 3.237 kroner. Personer i aldersgruppen 20 – 39 år hadde de laveste utgiftene, i gjennomsnitt 2.575 kroner. De høyeste utgiftene, i gjennomsnitt 4.270 kroner, hadde personer på 80 år og over. 65 % av befolkningen hadde utgifter under 2.000 kroner (Grytten mfl., 2014). For alle yrker og sektorer var median månedslønn 41.200 kroner i 2018. Median månedslønn for ansatte i kommuneforvaltningen var 41.250 kroner i 2018 (SBB, 2019). Med utgangspunkt i median månedslønn for ansatte i kommuneforvaltningen vil dermed skatten for hele året øke med 4.455 kroner ved innføring av en egenandelsordning for tannhelse. Garantiårslønn for fylkeskommunalt ansatte tannhelseassistenter med 0 år ansiennitet er 301.500 kroner og for tannhelsesekretærer med 0 år ansiennitet 350.800 kroner per 1. juli 2019 (KS, 2019). Skatteøkningen vil være henholdsvis 2.714 kroner og 3.157 kroner ved innføring av en egenandelsordning for tannhelse. Median månedslønn for fylkeskommunalt ansatte tannpleiere var 39.840 kroner og for fylkeskommunalt ansatte tannleger 57.830 kroner i 2018 (SSB), og skatteøkningen for hele året vil være henholdsvis 4.303 kroner og 6.246 kroner ved innføring av en egenandelsordning for tannhelse. Ulikhet i inntektsnivå vil med nødvendighet gjøre at 0,9 % økt skatt gir større skatteøkning for de med høy lønn.

Denne studien viser at det er en signifikant forskjell i andelen som er villige til å betale mer skatt blant fylkeskommunalt ansatte i Nordland og fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell i Norge. Mens andelen blant fylkeskommunalt ansatte i Nordland er 62,9 %, er andelen blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell i Norge 42,3 % og dermed betydelig lavere. En

mulig forklaring for denne signifikante forskjellen kan være at tannhelsepersonell vet at mange kan unngå tannbehandlingsbehov ved å følge forebyggingsrådene og ta vare på egen munnhelse. En studie fra Sveits undersøkte munnhelsevaner blant tannlegestudenter og studenter fra andre disipliner. Studien avdekket markant bedre munnhelsevaner blant tannlegestudenter og konkluderte med at kunnskap og profesjonelle relasjoner har en tydelig effekt på kvaliteten og intensiteten av munnhelsevaner (Kirchhoff og Fillipi, 2015). En studie fra Kuwait undersøkte holdninger til og gjennomføring av munnhelsevaner blant tannlege-, medisin-, farmasi- og helsefagstudenter og fant, at tannlegestudenter hadde bedre munnhelsevaner enn de andre gruppene (Dena, 2016).

Blant fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer er 48,8 % villige til å betale mer skatt. Dette er signifikant høyere enn blant fylkeskommunalt ansatte tannpleiere og tannleger, hvor andelen er henholdsvis 38,5 % og 36,8 %. Medianlønn for fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer er en del lavere enn for tannpleiere og betydelig lavere enn for tannleger. En årsak til denne markante forskjellen i betalingsvilligheten kan være lønnsforskjellene, som medfører at beløpet som tannpleiere og tannleger skal betale for en egenandelsordning vil være en del høyere enn for tannhelsesekretærer. Spørreundersøkelsen gjennomført av Norstat viste at det var små variasjoner når det kommer til inntekt, alder og bosted, men at det var en betydelig forskjell når det gjelder utdanningsnivå. Andelen som svarte at staten bør ta regningen for tannbehandling for hele befolkningen var mye høyere blant personer med utdanning på grunnskolenivå enn blant personer med utdanning på universitets- og høyskolenivå (Brækhus, 2019). Dette er samfallende med resultatet i denne studien, siden tannhelsesekretærutdanning gjennomføres på videregående skole mens tannlege- og tannpleierutdanning gjennomføres på universitet/høyskole.

Fagforbundet Ung (2019) og LO (2019), som en del tannhelsesekretærer er organisert i, arbeider for at tannhelse blir en del av egenandelsordningen. Den norske tannlegeforening (2019) og Norsk tannpleierforening (2019) arbeider for mer forebyggelse og en revisjon av folketrygdens stønadsordning, slik at stønaden når fram til dem som har størst behov for offentlig støtte for å opprettholde god tannhelse. Så mens LO og Fagforbundet Ung arbeider for en universell egenandelsordning, arbeider Norsk tannpleierforening og Den norske tannlegeforening for en ordning som ivareta de som har størst behov for offentlig støtte. Resultatet av denne studien tyder på at fagforeningenes holdninger til en egenandelsordning

for tannhelse er gjenkjennelig i tannhelsepersonellets svar om betalingsvillighet for en slik ordning.

Det er ingen signifikant forskjell i andel blant tannpleiere (38,5 %) og blant tannleger (36,8 %) som er villige til å betale mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse, selv om det er en betydelig forskjell i medianlønn for disse to grupper. Blant aktuelle fagforeninger for tannhelsepersonell er Norsk tannpleierforening mest tydelig på at forebyggelse gir mest samfunnsnytte. I forbindelse med betaling av tannhelsetjenester foreslår foreningen å utvide støtten til unge i alderen 20 - 25 år slik at de får dekket utgifter til undersøkelse og veiledning (Norsk tannpleierforening, 2019). Resultatet av denne studien tyder på at fagforeningens holdning til at forebyggelse gir mest samfunnsnytte er godt forankret blant tannpleierne, og dermed gjenkjennelig i svaret deres om betalingsvillighet for en universell egenandelsordning for tannhelse.

En svakhet med elektroniske spørreundersøkelser er at svarprosenten ofte kan være noe lavere enn ved datainnsamling ved hjelp av andre metoder, som for eksempel telefonundersøkelser. Svarprosentene og feilmarginene for denne undersøkelsen er oppgitt i kapittel 5.3. Blant fylkeskommunalt ansatte var svarprosenten 16,2 %, blant fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer 28,7 %, blant fylkeskommunalt ansatte tannpleiere 33,2 % og blant fylkeskommunalt ansatte tannleger 27,8 %

Rent statistisk har svarprosenten betydning i den grad man skal generalisere de avgitte svar til hele gruppen. Her må man stille spørsmål om det er grunn til å tro at personer med bestemte erfaringer eller standpunkter i større grad enn andre har unnlatt å svare. En lav svarprosent i seg selv innebærer ikke nødvendigvis at svarene ikke kan ha gyldighet til målgruppen som helhet, siden dette også omhandler representativiteten av utvalget. Denne undersøkelsen henvendte seg til alle i målgruppene, og dermed skiller de som ikke har besvart undersøkelsen seg ikke vesentlig fra de som har besvart undersøkelsen. Skjevheter kan derimot forekomme når ikke alle besvarer undersøkelsen, som innebærer at man må regne med at resultatene er beheftet med en viss usikkerhet.

En teknikk for å forbedre responsraten er å sende ut påminnelser til de som ikke har besvart undersøkelsen. Siden dette var en anonym undersøkelse som ble distribuert gjennom fylkestannlegene og etatsjefene i Nordland fylkeskommune, var det ikke mulig å bruke denne teknikken.

7 Konklusjoner

Denne undersøkelsen viser at en signifikant høyere andel av ansatte i Nordland fylkeskommune (62,9 %) er villige til å betale 0,9 % mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse enn fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell (42,3 %). En mulig forklaring for denne signifikante forskjellen kan være at tannhelsepersonell vet at mange kan unngå tannbehandlingsbehov ved å følge forebyggingsrådene og ta vare på egen munnhelse.

Blant fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell er andelen av tannhelsesekretærer som er villig til å betale 0,9 % mer skatt for en egenandelsordning for tannhelse signifikant høyere (48,8 %) enn andelen av tannpleiere (38,5 %) og andelen av tannleger (36,8 %). Dette er i tråd med tidligere undersøkelser som har avdekket at andelen er lavere blant personer med utdanning på universitets- og høyskolenivå.

Det er ingen signifikant forskjell mellom andelen av tannpleiere (38,5 %) og andelen av tannleger (36,8 %) som er villige å betale 0,9 % mer skatt for en egenandelsordning. Fagforeningspolitiske synspunkter om egenandelsordning for tannhelse er gjenkjennelige i betalingsvilligheten blant yrkesgruppene i den offentlige tannhelsetjenesten i denne undersøkelsen.

Litteraturliste

Arbeiderpartiet (2019) *Tannhelse og tannlegeutgifter*. Tilgjengelig fra:

<https://www.arbeiderpartiet.no/politikken/tannhelse-og-tannlegeutgifter/> (Hentet: 7. september 2019).

Arrow, K.J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, s. 941-973.

Bilde, L., Halling, C.B., Kill, A. (2018) *Hvad ved vi om brukerbetalning og efterspørgsel efter tandpleje? Del II: Internationale erfaringer med anvendelse af brukerbetalning i voksentandplejen*. København: VIVE.

Birkelund, H. R. (2018) Ni av ti nordmenn vil ha tannhelse inn i det offentlige helsetilbudet, *FriFagbevegelse*, 23. oktober. Tilgjengelig fra: <https://frifagbevegelse.no/magasinet-for-fagorganiserte/ni-av-ti-nordmenn-vil-ha-tannhelse-inn-i-det-offentlige-helsetilbudet-6.158.585343.6c22ca87de> (Hentet: 3. oktober 2019).

Brækhus, L. A. (2019) 7 av 10 mener staten bør betale tannbehandling for alle, *ABC Nyheter*, 14. september. Tilgjengelig fra: <https://www.abcnyheter.no/helse-og-livsstil/helse/2019/09/14/195609456/7-av-10-mener-staten-bor-betale-tannbehandling-for-alle> (Hentet: 3. oktober 2019).

Cortsen, B. og Fredslund, E. (2013) *Voksentandplejen i Danmark. Organisering av voksentandplejen i Danmark i sammenligning med øvrige nordiske land og i forhold til voksenbefolkningens risikoprofil*. København: KORA.

Cutler, D. M., Zeckhauser, R. J. (2000) The anatomy of health insurance, i Culyer, A. J. og Newhouse, J. P. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier, s. 563-643.

Den norske tannlegeforening (2019) *Policydokument om NTFs syn på organisering og finansiering av fremtidens tannhelsetjeneste*. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegeforeningen.no/Viewfile.aspx?id=7761> (Hentet: 3. oktober 2019).

- Dena, A. A. (2016) Assessment of oral health attitudes and behavior among students of Kuwait University Health Sciences Center, *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 6(5), s. 436-446. doi: 10.4103/2231-0762.192943: 10.4103/2231-0762.192943
- Eeckhoudt, L., Gollier, C. og Schlesinger, H. (2005) *Economic and Financial Decisions under Risk*. Princeton: Princeton University Press.
- Ekorndrud, T. og Jensen, A. (2013) *Udekt behov for tannlegetenester – Internasjonale samanlikningar og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg*. Oslo: SSB.
- Fagforbundet Ung (2019) *Handlingsprogrammet for Fagforbundet Ung 2015 – 2017*. Tilgjengelig fra: <https://ung.fagforbundet.no/Vi-mener/Handlingsprogrammet/Politisk-handlingsprogram/?page=0> (Hentet: 3. oktober 2019).
- Folketrygdloven. *Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd*.
- Folland, S., Goodman, A.C. og Stano, M. (2004) *The economics av Health and Health Care*. 4. utg. New York: Prentice Hall.
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom. *Forskrift 16. desember 2014 nr. 1702 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom*.
- Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. *Forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten*.
- Fremskrittspartiet (2019) *Prinsipp- og handlingsprogram 2017-2021*. Tilgjengelig fra: <http://flippage.impleoweb.no/frp/b8188708c47948288727ef8f91683698/FRP-Program-2017-2021.pdf> (Hentet: 7. september 2019).
- Godager, G., Hagen, T.P. og Iversen, T. (2014) *Effekter av egenbetaling som virkemiddel for prioritering*. Rapport 2014:1. Kolbotn: Helseøkonomisk analyse AS.
- Grossman, M. (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal og Political Economy*, 19(2), s. 223-255.

Grymyr, M. (2016) Åtte av ti vil betale mer skatt for billigere tannhelse, *Fagbladet*, 1. mars. Tilgjengelig fra: <https://fagbladet.no/nyheter/atte-av-ti-vil-betale-mer-skatt-for-billigere-tannhelse-6.91.344811.0aac071726> (Hentet: 3. oktober 2019).

Grytten, J. og Holst, D. (2012) Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population of Norway, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40, s. 297-305.

Grytten, J., Skau, I. og Holst, D. (2014) Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge, *Den norske tannlegeforeningens tidende*, 124, s. 276-283.

Hagen, K.P. og Schoyen, F. (2009) Helseforsikring i velferdsstaten – historikk og prinsipper, i Haug, K., Kaarbøe, O.M. og Olsen, T.E. (red.) *Et helsevesen uten grenser?* Oslo: Cappelen akademisk forlag, s. 309-352.

HELFO (2019) *Regelverk for tannlege*. Tilgjengelig fra: <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-tannlege> (Hentet: 25. august 2019).

Helsenorge.no (2019) *Frikort for helsetjenester*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/frikort-for-helsetjenester> (Hentet: 10. oktober 2019).

Hey, J.D. og Patel, M.S. (1983) Prevention or cure? Or: is an ounce of prevention better than a pound of cure? *Journal of Economic Literature*, 2, s. 119-138.

Holst, D. (2004) Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år? *Den norske tannlegeforeningens tidende*, 114(5), s. 168-176.

Høyre (2019) *Tannhelsetjeneste*. Tilgjengelig fra: <https://hoyre.no/politikk/temaer/helse/tannhelsetjeneste/> (Hentet: 7. september 2019).

Kirchhoff, J. og Fillipi, A. (2015) Comparison of oral health behavior among dental students, students of other disciplines, and fashion models in Switzerland. *Swiss Dental Journal*, 125, s. 1337-1344.

Kravitz, A., Bullock, A. og Cowpe J. (2014) *EU Manual of Dental Practice* 5th edition. Wales: Council of European Dentists.

Kristelig Folkeparti (2019) *KrFs stortingsprogram 2017-2021*. Tilgjengelig fra:

<https://www.krf.no/globalassets/vedlegg/politiske-dokumenter/politisk-program/stortingsprogram-krf-2017-2021.pdf> (Hentet: 7. september 2019).

KS (2019) *Mellomoppgjøret 1. mai 2019*. Tilgjengelig fra:

<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/lonn-og-tariff/Endelig-tilbud-kl-23-00-30-04-.pdf> (Hentet: 4. oktober 2019).

LO (2019) *LOs handlingsprogram 2017-2021*. Tilgjengelig fra:

https://www.lo.no/contentassets/b4855a321c3f467fa185f953ed4aa454/los_handlingsprogram_2017-2021-1.pdf (Hentet: 3. oktober 2019).

Miljøpartiet De Grønne (2019) *Arbeidsprogram 2017-2021*. Tilgjengelig fra:

<https://d3n8a8pro7vhm.cloudfront.net/mdg/pages/309/attachments/original/1548161094/Arbeidsprogram-2018.pdf?1548161094> (Hentet: 7. september 2019).

Nihtilä, A. (2010) *A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.

Norsk tannpleierforening (2019) *Politisk enighet om at det trengs ordninger som er mer økonomisk utjevne innenfor tannhelse*. Tilgjengelig fra: <https://delta.no/yrke/norsk-tannpleierforening/politisk-enighet-om-at-det-trengs-ordninger-som-er-mer-okonomisk-utjevne-innenfor-tannhelse> (Hentet: 3. oktober 2019).

NOU 2005: 11. *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest*.

OECD (2016) *Health Statistics*. Tilgjengelig fra: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (Hentet: 25. august 2019).

Parat (2019) *Arbeidslivs- og samfunnspolitisk program*. Tilgjengelig fra:

https://www.parat.com/dm_documents/Arbeidslivs-_og_samfunnspolitisk_dokument_2016-2018_aK4E5.pdf (Hentet: 3. oktober 2019).

Pauly, M.V. (1968) The Economics of Moral Hazard: Comment. *American Economic Review*, 58(1), s. 531-537.

Pedersen, I. (2007) Private helseforsikringer – status og betydning for utvikling i sosiale helseskilnader. *Notatserie i helseøkonomi nr. 13/07*. Bergen: Program for helseøkonomi.

Prop. 1 S (2016-2017). *For budsjettåret 2017. Statsbudsjettet*.

Prop. nr. 71 L (2016-2017). *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*.

Rees, R. (1989) Uncertainty, Information and Insurance, i Hey, J. D. (red.) *Current Issues in Microeconomics*. London: MacMillan.

Ringdal, I. (2010) *Etterspørsel etter helsegoder – en litteraturoversikt og metaregresjonsanalyse*. Oslo: SSB.

Rødseth, A. (1997) *Konsumentteori*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rødt (2019) *Tannhelse*. Tilgjengelig fra: <https://rødt.no/tannhelse> (Hentet: 7. september 2019).

Senterpartiet (2019) *Tannhelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.senterpartiet.no/politikk/politisk-sak/tannhelse> (Hentet: 7. september 2019).

Skatteetaten (2019) *Sats for trygdeavgift*. Tilgjengelig fra: <https://www.skatteetaten.no/satser/trygdeavgift/?year=2015#rateShowYear> (Hentet: 3. oktober 2019).

Sosialistisk Venstreparti (2019) *Tannhelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.sv.no/sv-fra-a-til-a/tannhelse/> (Hentet: 7. september 2019).

SSB (2019) *11418: Månedslønn, etter yrke, sektor, kjønn og arbeidstid 2015 – 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11418/> (Hentet: 4. oktober 2019).

SSB (2019) *Sysselsatte personer i kommunal sektor, etter funksjon (F) 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11916/> (Hentet: 15. september 2019).

St.prp. nr. 1 (2006-2007). *For budsjettåret 2007*.

Svar på spørsmål 49 fra Finanskomiteen/SVs fraksjon av 12.10.2015. *Kap. 2711, post Hva er provenyeffekten av å innføre en egenandelsordning for tannhelse der alle kostnader over 2500 kroner dekkes med henholdsvis 25, 50, 75 og 100 prosent?* Tilgjengelig fra: <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2015/Budsjettsporsmal/Bevilgningssporsmal/Sosialistisk-Venstreparti49/?query=samlede&parti=sosialistisk+venstreparti&sort=date&all=true#hopp66709> (Hentet: 3. oktober 2019).

Tannhelsetjenesteloven. *Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten.*

Thomson, S. og Mossialos, E. (2004) *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?* København: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).

Venstre (2019) *Tilgjengelig tannhelse.* Tilgjengelig fra: <https://www.venstre.no/tema/helse-sykehus/tilgjengelig-tannhelse/> (Hentet: 7. september 2019).

Welling Hansen, S. og Houlberg, K. (2012) *Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv.* København: AKF.

World Health Organization (2013) *Country oral health profiles (CAPP database).* Tilgjengelig fra: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/> (Hentet: 31. august 2019).