



Finansiering av tannhelsetjenester

Hvordan synes tannlegene dagens finansieringssystem fungerer?

Vegard Ildahl Berg

Veileder

Dag Olaf Torjesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2016
Fakultet for samfunnsvitenskap
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord:

Tannlegene møter daglig pasienter som ikke har råd til optimal tannbehandling. I mange situasjoner kan resultatet bli en kompromissløsning av lavere kvalitet og til lavere pris. Er det riktig at det skal være slik? Dette avviker fra grunntanken i det offentlige helsevesen om likhet for alle. Når vi ser en økning i bruken av offentlige midler på tannhelse gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten og gjennom trygdesystemet, samtidig som hverdagen stadig gjentar seg og vi ser at pasienters fokus ofte flyttes fra kvalitet til pris, gir dette grunn til å spørre seg: Er dette den beste måten å finansiere tannhelsetjenester på? Får vi maksimal tannhelsegevinst ut av de offentlige midlene som brukes på tannhelse i dag, eller er det på tide å tenke nytt?

Disse tankene og frustrasjon over å ikke kunne tilby så god behandling som mulig til alle pasienter er det jeg til stadighet har sittet å tenkt på i min kliniske hverdag som tannlege, og det er disse tankene som ligger til grunn for denne oppgaven.

Spørsmålene er imidlertid store og problemstillingen omfattende. Det var derfor nødvendig å snevre inn temaet noe og jeg har valgt å se på organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i Norge i dag samt hvordan dette har utviklet seg historisk. Videre har jeg gjennom en spørreundersøkelse forsøkt å fange opp hvilke holdninger og synspunkter tannlegene har på finanseringsystemet slik det er i dag.

Takk til:

Takk til min veileder førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen for entusiasme for prosjektet og god bistand. Takk også til førstekonsulent Hjalmar Sæbø Dønne for tålmodig og god teknisk hjelp.

Jeg vil også takke professor i samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo Jostein Grytten for nyttige diskusjoner i tidlig fase av prosjektet.

En stor takk til min kone og mine tre barn som har latt meg bruke tid på dette studiet.

Takk også til alle respondentene som har tatt seg tid til å besvare spørreundersøkelsen.

Sammendrag:

I denne oppgaven har jeg sett på hvorfor tannhelsetjenester finansieres etter andre modeller enn øvrige helsetjenester. Hvorfor er det slik at voksne personer som hovedregel skal finansiere tannbehandling med egenbetaling i motsetning til de fleste andre helsetjenester som dekkes i større grad av offentlig finansiering? En gjennomgang av aktuell litteratur på området gir et innblikk i dette og det er vanskelig å finne andre årsaker til dette skillet mellom tannbehandling og andre helsetjenester enn at det er historisk begrunnet. Det ser ut til å være bred enighet både blant politikere, befolkning og tannlegene om at tannhelse bør finansieres med større bruk av offentlige midler og mindre egenbetaling. Til tross for dette synes utviklingen å gå sent.

Gjennom en spørreundersøkelse til alle yrkesaktive tannleger med medlemskap i Den norske tannlegeforening har jeg forsøkt å skaffe kunnskap om tannlegenes holdninger til dagens finansieringssystem og hvilke fordeler og utfordringer de opplever med dagens system. Til tross for at tannlegene svarer at de er fornøyd med dagens system peker de på flere utfordringer og svakheter med systemet. Dagens system for trygdestønad til tannbehandling gjennom Helfo systemet reguleres av et regelverk som oppleves som komplisert og utydelig. Refusjon er i flere tilfeller avhengig av hvordan den enkelte tannlege tolker regelverket. Det er flere pasientgrupper med stort behov for tannbehandling som ikke tilgodesees ved dagens system. Man kan tenke seg mange ulike modeller for finansiering av tannhelsetjenester og flertallet av tannlegene sier at de ønsker et tak på egenbetaling pr år for tannbehandling. Flere sier også at de ønsker finansiering av tannhelsetjenester på lik linje med øvrige helsetjenester gjerne gjennom en modell liknende fastlegeordningen. Det kan se ut som tannlegene, til tross for stor grad av tilfredshet med dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenester, ser et behov for en omfattende gjennomgang av alternative finansieringsmodeller der både offentlig og privat sektor inkluderes.

Innholdsfortegnelse:

Forord:	2
Sammendrag:	3
1. Innledning	6
2 Problemstilling	7
2.1 Bakgrunn for problemstillingen:	7
3 Tidligere forskning. Hva vet vi om temaet?	8
4 Organisering av tannhelsetjenesten i Norge:	10
5 Finansieringssystemet for tannhelsetjenester i 2016	10
5.1 Den offentlige tannhelsetjenesten	10
5.2 Folketrygdloven §5-6 – Helfo refusjon for tannbehandling	11
5.3 NAV sosial	13
5.4 Andre former for tredjepartsfinansiering:	13
5.6 Egenbetaling	13
6 Historisk tilbakeblikk på finansiering av tannlegetjenester i Norge	14
6.2 Lov om Folketannrøkta	15
7 NTFs grunnleggende syn og policy	17
8 Er det egentlig behov for økt offentlig finansiering til tannhelsetjenester?	17
9 Tilbud og etterspørsel	19
10 Finansiering av tannlegetjenester i øvrige nordiske landene:	21
Danmark:	21
Finland:	21
Island:	22
Sverige:	22
11 Metode:	23
11.2 Bivariat analyse	24
11.3 Triangulering	25
11.4 Forklaringsvariabler:	25
11.5 Svakheter med metoden:	26
12 Data:	26
13 Drøfting:	30
13.1 Vurdering av dagens finansieringsordning:	33
13.2 Egenandelstak for tannbehandling:	37
13.3 utfordringer med dagens regelverk for trygderefusjon:	39
13.4 Pengene må følge pasienten:	39
13.5 Autonomi:	40
13.6 Alternative finansieringsordninger:	43
14 Avsluttende diskusjon og konklusjon:	48
15 Litteraturliste:	50
16 Appendiks 1	53
16.1 Forklaringsvariabler:	53

17 Spørreskjema:	56
18 Utdrag fra statistiske beregninger med krysstabeller	62

1. Innledning

Helsetjenesten i Norge blir ofte trukket frem som velferdsstatens flaggskip. Det bygger på grunntanken om likhet for alle. Sykdom og lidelse er ofte utenfor individets egen kontroll, og alle skal ha et likeverdig helsetilbud. Målet med helsetjenester er å hjelpe mennesker som er rammet av sykdom, skade eller funksjonshemning.

Helsetjenestene skal være av god kvalitet og tilbys raskt til hele befolkningen.

Verdens helseorganisasjon, WHO, har definert helse slik: Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære.

Ideelt sett skulle alle syke få rask og god behandling uten kostnader. Slik er imidlertid ikke virkeligheten. Vi må prioritere noe foran noe annet. I den offentlige

finansieringen av helsetjenester må det prioriteres mellom ulike pasientgrupper, ulike diagnosegrupper eller ut ifra andre kriterier. (Helse og omsorgsdepartementet, 1997)

I denne prioriteringen synes tannbehandling for den voksne befolkning å komme langt ned på listen, og finansieres i dag i stor grad av egenbetaling.

Hvorfor er det slik at utgifter til tannbehandling i hovedsak ikke dekkes av trygdesystemet når utgifter til behandling av nær all annen sykdom refunderes?

Det er en oppfatning i odontologiske miljø at det ble foretatt et politisk valg tidlig på 1900-tallet, som medførte at offentlig tannpleie, dvs skoletannpleien, ble foretrukket på bekostning av trygd til vanlig tannbehandling. Man valgte å bruke offentlige ressurser på systematisk tannbehandling til barn og unge, istedenfor en mindre målrettet refusjon til alminnelig tannbehandling. Dette tilsynelatende valget og ikke minst dets konsekvenser har overlevd i politikken og i profesjonen og dermed for brukere av tannhelsetjenester. (Holst & Grytten, 1997)

Vi snakker ofte om tannhelse eller oral helse. Sykdommer, skader eller andre problemer relatert til munn og tenner kan ha stor betydning for pasienters generelle helse og velvære. Det er et sammensatt bilde av både funksjon, estetikk, skade og sykdom. Det er ved flere undersøkelser dokumentert sammenhengen mellom tannhelse og psykisk helse. Hvorfor er det da slik at tannhelse i liten grad inkluderes i helsebegrepet når det kommer til finansiering av undersøkelse og behandling?

I denne oppgaven vil jeg se på bakgrunnen for hvorfor det er slik og gjøre noen sammenlikninger med hvordan situasjonen er for finansiering av tannhelsetjenester i våre naboland. Jeg vil også gjennom en spørreundersøkelse til alle landets yrkesaktive

tannleger forsøke å få kunnskap om hvordan tannlegene synes dagens system fungerer og hvilke forbedringer eller endringer som ønskes.

2 Problemstilling.

Jeg vil ved gjennomgang av eksisterende forskning og kunnskap undersøke hvordan tannhelsetjenester i Norge historisk har vært finansiert og hvordan finansieringssystemet for tannhelsetjenester i Norge har utviklet seg frem til i dag. Jeg vil undersøke hvordan yrkesaktive tannleger i Norge synes at dagens system for finansiering av tannhelsetjenester fungerer.

2.1 Bakgrunn for problemstillingen:

I Norge finansieres tannhelsetjenester etter andre modeller enn de fleste andre helsetjenester. Den offentlige tannhelsetjenesten tilbyr gratis tannbehandling til prioriterte grupper. Øvrige pasienter må som hovedregel dekke kostnadene til tannbehandling selv.

Jeg vil forsøke å trekke opp en del historiske linjer for å forklare hvorfor og hvordan denne ulikheten mellom behandling av oral helse og øvrige helse har oppstått og prøve å finne svar på hvorfor det fremdeles er slik i dag.

Finansiering av tannhelsetjenester er til stadighet et aktuelt politisk tema. Det er flere grupperinger som ønsker at tannhelsetjenester skal finansieres på lik linje med øvrige helsetjenester. Alle de store politiske partiene har programfestet sine synspunkter på dette i partiprogrammene og i debatter hører vi stadig utsagn som ”tenner tilbake til kroppen” og ”ja til egenandel hos tannlegen”

I denne debatten og i en eventuell vurdering av alternative finansieringsmodeller er det interessant å vite mer om hva tannlegene mener om finansieringssystemet slik det er i dag.

I 1984 vedtok Den norske tannlegeforening (NTF) som prinsipp at orale lidelser må betraktes som andre sykdommer, og at foreningen vil søke å fremme krav om innføringen av refusjonsordninger for voksenbehandling. (Stenvik, 2009) Dette skulle gjøres ved en trinnvis innføring av utvidet refusjon, og sosialt- og økonomisk vanskeligstilte grupper skulle prioriteres. I 2002 gikk NTF bort fra sin visjon om finansiell likestilling mellom tannbehandling og annen medisinsk behandling. En videre utvidelse av ordningen i retning av universell refusjonsrett ville kunne true

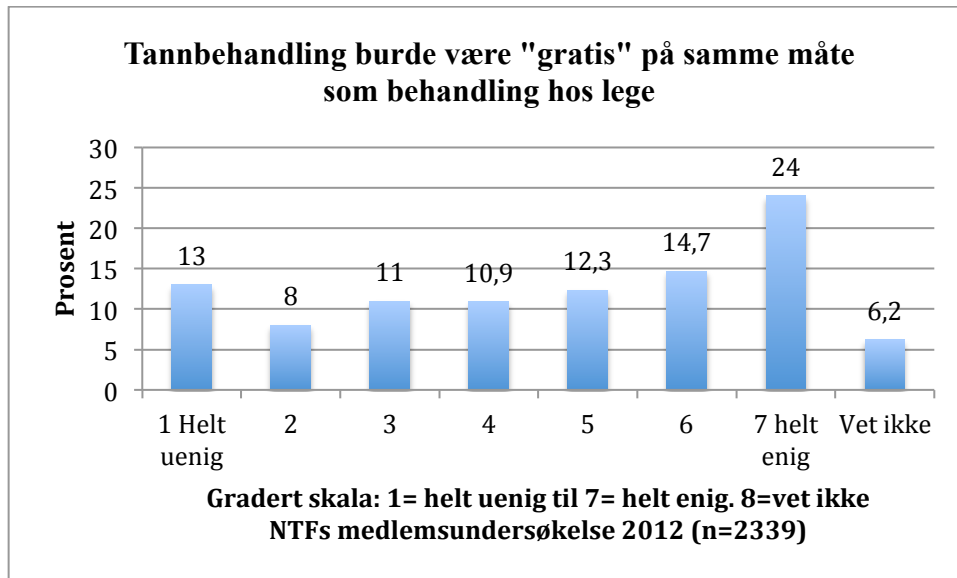
private tannlegers frie stilling. Etter 2002 har NTF arbeidet for videre gradvis økning av støtte til svake grupper, men med en anbefaling om ikke å innføre universelle ordninger. Bakgrunnen for dette er at det ble vurdert som lite ønskelig med reguleringstiltak i form av prisregulering eller etableringskontroll av private tannleger.

I de innledende kapitlene vil jeg se på aktuell litteratur om temaene organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i Norge og våre naboland.

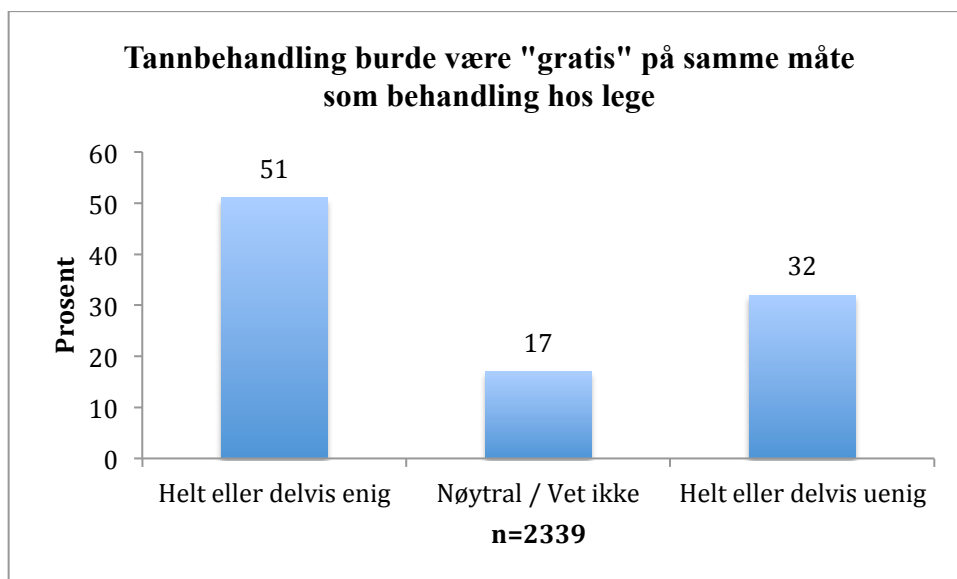
3 Tidligere forskning. Hva vet vi om temaet?

Det er gjort lite undersøkelser av tannlegenes vurdering av hvordan finansieringssystemet fungerer.

NTF har ikke gjort noen omfattende undersøkelser av medlemmenes holdninger til finansiering av tannhelsetjenester. (Holmen, 2016) (Hansen Steinum, 2016a) Litt informasjon finnes imidlertid fra enkeltspørsmål fra medlemsundersøkelser. I en slik medlemsundersøkelse blant NTFs medlemmer utført av NTF i 2015 ble det stilt følgende spørsmål som skulle besvares ved å bruke en skala fra 1 til 5 hvor 1 betyr ”overhode ikke bekymringsfullt” og 5 betyr ”meget bekymringsfullt”: Spørsmålet var: Hvordan ser du på utfordringene innen følgende områder de neste 5 årene? På området kalt ”*manglende offentlig finansiering*”, ble gjennomsnittsverdien 3,46. Det er vanskelig å trekke så mye informasjon ut av dette, men det kan tyde på at dette spørsmålet da ikke opptok medlemmene i stor grad eller at de ikke hadde sterke synspunkter på dette. Man kan også tolke det i retning av at manglende offentlig finansiering var av noe bekymring for medlemmene, men ikke et tema til større bekymring. I en medlemsundersøkelse blant NTFs medlemmer utført av NTF i 2012 ble respondentene bedt om å ta stilling til om tannbehandling burde være ”gratis” på samme måte som behandling hos lege. Respondentene skulle avgi svar på en skale fra 1-7 der 1=helt uenig og 7=helt enig. Vi ser av diagrammet at 24% var helt enig i at tannbehandling burde være ”gratis” på samme måte som behandling hos lege.



Vi ser også at flere tenderer til å være enig (svarer 5,6 eller 7) totalt 51% enn de som tenderer til å være uenig (svarer 1,2 eller 3) totalt 32%, men oppfatningene om dette temaet synes å sprike mye. Det er også verdt å merke seg at hele 17,1% enten er nøytrale eller ikke tar stilling til påstanden. Det er ikke gitt tilgang til bakgrunnsdata for undersøkelsen for å se på forklaringer til variasjonen.



I samme undersøkelse ble det spurt: Hva bør etter din mening NTF jobbe mer med enn de gjør i dag? Her kommer det fram at 57,9% av respondentene mente at NTF bør jobbe mer for økt offentlig finansiering av tannlegetjenester.(Holmen, 2016)

4 Organisering av tannhelsetjenesten i Norge:

I Norge er tannhelsetjenester organisert i et samarbeid mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger. Det som ofte blir omtalt som den norske modellen, med en offentlig tannhelsetjeneste i fylkeskommunal regi og en markedsbasert privat sektor, blir ofte trukket frem som en suksesshistorie (NTF, 2013) Dette begrunnes ofte med at modellen har bidratt til å:

- Utjevne sosiale ulikheter i tannhelse ved at alle får et likeverdig tilbud uansett hvor i landet de bor.
- Norge har god tannlegedekning sammenliknet med andre land, og andelen som regelmessig oppsøker tannhelsetjenesten er i internasjonal sammenheng meget høy.
- Tannhelsetilstanden til befolkningen har blitt betydelig bedre tiår for tiår, og en stadig høyere andel barn og unge er uten karies.
- I voksenbefolkningen har de aller fleste svært god tannhelse, og andelen tannløse blir mindre for hvert år. (NTF, 2013, 2015)

Tannleger med norsk autorisasjon har fri etableringsrett i Norge og har rett til fri prisfastsetting innenfor rammene av det konkurranseloven tillater.

5 Finansieringssystemet for tannhelsetjenester i 2016

Tannhelsetjenester finansieres dels ved offentlige midler, gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten, folketrygden og sosialtjenester, og ellers i hovedsak som egenbetaling fra pasientene.

5.1 Den offentlige tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert på fylkeskommunalt nivå. Tannhelsetjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1983) pålegger fylkeskommunen ansvar for planlegging, utbygging og drift av tannhelsetjenester inkludert samhandling med privat tannhelsetjeneste. Fylkeskommunene er pålagt å sørge for at tannhelsetilbudet er tilgjengelig for alle i fylket, med vekt på forebyggende tiltak og prioriterte grupper. Tannhelsetjenesteloven sier at noen pasientgrupper skal prioriteres i Den offentlige tannhelsetjenesten, og dette er definert i prioritert rekkefølge som:

- a. *Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18år*
- b. *Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon*
- c. *Elder, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie*
- d. *Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret*
- e. *Andre grupper som fylkeskommunen selv kan vedta å prioritere*

Den offentlige tannhelsetjenesten tilbyr gratis tannbehandling til de første 3 gruppene evt også gruppe e, mens gruppe d får sterkt subsidiert behandling. Det er valgt slik fordi det er gjort vurdering av at dette er pasientgrupper som har behov for et aktivt og regelmessig oppsøkende tilbud.

Tannhelsetjenesteloven skiller seg fra annen helselovgivning i måten å prioritere på. Det skal etter tannhelsetjenesteloven prioriteres etter bestemte grupper og ikke etter diagnose eller alvorlighetsgrad av sykdom slik det gjøres i største delen av helsetjenesten for øvrig.

5.2 Folketrygdloven §5-6 – Helfo refusjon for tannbehandling.

Lov om folketrygd av 28. Februar 1997 nr 19 (folketrygdloven) (Arbeids- og sosialdepartementet, 1997) 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 selv skal 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. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b) Stønadsordningene kjennetegnes ved definerte tiltak, forskrifter og takster. Folketrygdens stønadsordninger for tannhelsehjelp er begrenset til spesielle behandlingstyper og pasientgrupper.

Stønaden til tannbehandling gjennom folketrygdloven er stadig blitt utvidet til å favne om nye grupper og omfatter i dag 15 kategorier eller innslagspunkt:

Innslagspunkt for stønad til tannbehandling gjennom folketrygdloven	
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

Enkelte former for tannbehandling under noen av innslagspunktene inngår i egenandelstak 2 ordningen. Dette gjelder innslagspunkt 5 ved sykdom og anomalier i munn og kjeve samt innslagspunkt 6 ved behandling av marginal periodontitt. Denne egenandelsordningen fungerer slik at pasienter med godkjente egenandeler for denne typen behandling, evt i kombinasjon med noen andre særordninger, som overstiger kr 2670 for 2016 kan få frikort for videre egenandel. Det er verdt å merke seg at det her er den godkjente egenandelen som inngår i beregningsgrunnlaget. Tannlegene har fri prisfastsetting og den faktiske egenandelen kan derfor bli høyere enn den godkjente egenandelen fastsatt av departementet for ulike behandlinger.

Systemet for refusjon og oppgjør er blitt enklere ved at behandlere kan få direkte oppgjør fra Helfo, slik at pasientene slipper å legge ut for refusjonsbeløpet. Det er ikke nødvendig å søke på forhånd, men behandler avgjør om pasienten har refusjonsrett eller ikke og utfører behandling ihht dette. Det er strenge regler og krav til dokumentasjon for å unngå misbruk og overbehandling, og behandlere kan bli kontrollert av Helfo, og må da fremlegge dokumentasjon på hvorfor det er utløst refusjon. Regelverket er omfattende og detaljert og kan være vanskelig å forstå og tolke både for behandler og ikke minst pasient.

Det er verdt å merke seg at når det her snakkes om hel eller delvis refusjon tar dette utgangspunkt i et takstsett utarbeidet av Helsedirektoratet. Det er fri prisfastsetting for tannhelsetjenester i Norge og det kan således være at pasienter som etter folketrygdloven §5-6 skal ha full refusjon må betale egenandel som følge av at tannlegen har satt egne takster som kan være høyere enn referansetakstene.

5.3 NAV sosial

Sosialkontorene i Nav kan etter lov om sosiale tjenester og etter søknad fra brukere dekke kostnader til nødvendig tannbehandling for personer som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende andre økonomiske rettigheter.

5.4 Andre former for tredjepartsfinansiering:

Innsatte med opphold i fengsel i over 3mnd har tilbud om gratis tannhelseundersøkelse samt nødvendig profylakse og behandling.

Beboere i statlige mottak har rett til behandling etter bestemte regler.

Forsikringsselskaper kan også dekke behandling ifbm traumer med mer. Det er også så smått vokst frem en forsikringsmulighet av helseforsikringsmodellen, der man kan forsikre seg mot store fremtidige kostnader ved tannbehandling. Denne ordningen er lite utbredt foreløpig, men kan kanskje komme mer i tiden fremover.

5.6 Egenbetaling

De fleste voksne faller ikke inn i kategoriene det nå er redegjort for. Disse må i all hovedsak dekke alle sine kostnader for undersøkelse, profylakse og behandling hos tannlege/tannpleier selv ved egenbetaling.

6 Historisk tilbakeblikk på finansiering av tannlegetjenester i Norge.

Norge er ett av få land i Europa som ikke har en generell offentlig eller privat forsikringsordning for tannhelsetjenester.

Holst og Grytten peker på at det kan synes som at det er en historisk begrunnelse for dette og ikke begrunnet i et ønske om at det er slik situasjonen ønskes politisk idag. (Holst & Grytten, 1997) De viser blant annet til at tidligere trygdedirektør Kjell Knutsen uttalte at det ikke er en logisk forklaring som ligger til grunn for trygdens begrensede ytelser til tannbehandling i Norge, men en historisk. Helsestatsråd Høybråten uttrykte det på denne måten: ”Forskjellene i egenandeler mellom generell helse- og munnhelse har en historisk forklaring”. Det er et tankekors at organisasjoner og politikere lar forhold de gir uttrykk for at ikke er tilfredsstillende forbli uendret av historiske årsaker.

Fra slutten av 1830-tallet fikk utenlandske tannleger tillatelse til å praktisere som tannleger i Norge. Dette til store protester fra legestanden som mente at all kirurgi inkl tannoperasjoner måtte gjøres av legene.

Lov om sykeforsikring av 1909 omfattet refusjon for tannekstraksjoner utført av tannlege/lege dersom det ble gjort på indikasjon som smerte og/eller betennelse. Det var ikke refusjon hvis indikasjon var innsetting av kunstige tenner. Behandling av smerte og infeksjon var legenes domene og reparative løsninger med tannerstatninger var tannlegearbeid. (Erichsen, 1990b) I 1914 ble det vedtatt at konserverende tannbehandling skulle inkluderes i lov om syketrygd. Dette ble imidlertid utsatt som følge av utbruddet av første verdenskrig. Det var delte meninger om tannbehandling skulle inkluderes i syketrygds ordningen, men det var bred enighet om at tidligere ordninger ikke var gode og at disse ordningene snarere var skadelig for helse enn helsefremmende bla ved at systemet motiverte for å fjerne tenner istedenfor å beholde dem. Flertallet mente at man ved å inkludere konserverende tannbehandling i syketrygden ville flere få bedre tannhelse og unngå tannpine i mange år. Mindretallet ønsket derimot all tannbehandling fjernet fra syketrygden med begrunnelsen i at dette ikke kunne ansees som medisinsk behandling, siden det ikke bidro til befolkningens helse, og at tannbehandling burde sees på som ordinær personlig hygiene. Den norske tannlegeforening (NTF) jobbet mot en utvidelse av sykeloven til å omfatte tannbehandling og begrunnet dette med viktige prinsipper som fritt tannlegevalg og frie priser. NTF foreslo å bruke innsparte midler fra sykeforsikringen som statsbidrag

til kommuner med skoletannpleie. Begrunnelsen for dette var at foreningen mente at en systematisk behandling av skolebarns tenner ville være den beste strategien for å motarbeide tannsykdommer og på denne måten fremme folkehelsen. (Stenvik, 2009) Dette var den første spiren til skoletannhelsetjenesten. Forslaget nådde imidlertid ikke frem i første omgang.

Da forslaget om å innlemme konserverende tannbehandling i sykeforsikringen kom opp igjen etter første verdenskrig hadde flertallet snudd og det ble vedtatt å videreføre sykkeloven slik den var tidligere. Tannekstraksjoner ble dekket av forsikringsordningen hvis årsaken var smerte. Dersom årsaken var at det skulle settes inn proteser ble tannekstraksjoner ikke dekket.

Hvorfor valgte tannlegeprofesjonen en strategi der tannbehandling ikke ble ønsket innlemmet i helseforsikringen? Dette er i kontrast til legenes innstilling som ikke motsatte seg at medisinsk behandling ble finansiert av sykestrygden.

Det er ulike syn på om dette var en fornuftig beslutning eller ikke. Erichsen mente at NTF hadde sviktet på dette punktet og latt gruppeinteresser og snevre fagforeningsinteresser dominere. Hun mente at dersom tannlegeforeningen hadde satt tannhelsen i et samfunnsperspektiv, hadde Norge hatt en refusjonsordning for tannbehandling som ligner den man har i andre vestlige land. (Erichsen, 1990a) Forslaget om statsstøttet skoletannpleie ble fremmet flere ganger og vant frem i 1918 da statsstøtte til skoletannpleie ble lovfestet gjennom lov om folkeskolen i 1918. (Stenvik, 2009)

Etter andre verdenskrig ble en rekke reformer igangsatt og det er hevdet at dette var neste store mulighet for en generell trygdereform. Erichsen skriver at Evang som var helsedirektør har uttalt at dersom Den norske tannlegeforening hadde presset på for å få tannbehandling inn under trygdesystemet så hadde det blitt gjennomført. (Erichsen, 1990a) Foreningen var imidlertid lite interessert i dette og det ble isteden innstilt på å satse på en reform med sikte på ”å gi hele befolkningen adgang til en effektiv, regelmessig og rimelig tannrøkt – en omfattende folketannrøkt”(Stenvik, 2009)

6.2 Lov om Folketannrøkta

Lov om folketannrøkta kom i 1950 og folketannrøkta skulle bygges ut slik at barn i alderen 6-18år skulle få gratis tannbehandling. Det startet med utbygging i Finnmark i 1950 og i løpet av 1950-årene ble det utbygd i flere fylker videre sørover. Det er

interessant å se at NTFs uttalelser til innstillingen om folketannrøkt ikke omtaler vurderinger av offentlige tjenester satt opp mot trygdeytelser. (Sollund, 1984) Sollund skriver i jubileumsboken at referater fra møter i folketannrøktkomiteen kan tyde på at en refusjonsordning over folketrygden kunne være aktuelt når folketannrøkta var ubygget og kunne tilby likeverdig og god tannhelse til befolkningen. (Stenvik, 2009)

Tanken om stønad til tannbehandling til de som trenger det mest kan vi spore tilbake til Stortingsmelding nr 111, 1973-74 *"Om den offentlige tannhelsetjeneste."* (Sosialdepartementet, 1974) Der står det at dersom det skulle bli aktuelt med en økning av trygderefusjonene til tannbehandling, bør dette brukes til å bedre tannhelsen hos grupper som er spesielt utsatt for tannsykdommer eller som har vanskeligheter med å benytte eksisterende tilbud på grunn av sykdom eller annet. Medisinsk behandling finansiert av trygd har fra starten av vært forbeholdt legene. Når så tannlegene slapp til fikk de kun utføre behandling på trygdens regning der slik behandling også kunne utføres av leger slik som tannekstraksjoner. Tannlegearbeid ble sett på som håndverk og satt opp mot legekunst. Når det ble åpnet for økt offentlig støtte til tannbehandling falt valget på folketannrøkt og skoletannpleie og utbygning av folketannrøkta sto i fokus i årene etter andre verdenskrig. For å sikre at folketannrøkta kunne bygges ut uten større konkurranse om arbeidskraft, ble trygd til alminnelig tannbehandling ikke aktuelt. Når tilgangen på tannlegetjenester var god på 1980-tallet, skulle det spares på offentlige midler og en utvidelse av trygd til tannbehandling i større omfang var ikke aktuelt. Men det ble imidlertid fra 1983 gitt tilskudd til tannregulering og visse grupper funksjonshemmede og kronisk syke skulle få dekket deler av sine utgifter til tannbehandling. Lov om offentlig tannhelsetjeneste kom i 1984 og folketannrøkta og skoletannpleien ble sammenfattet i en offentlig tannhelsetjeneste.

Det synes ikke å ha vært foretatt noen seriøs politisk gjennomgang av spørsmålet om generell trygd til tannbehandling siden 1914. (Holst, 2004) Det er ved flere anledninger tatt opp til debatt, men dette har ikke ført til større gjennomganger, kun til mindre tiltak og utvidelser av systemet til å favne om flere svake grupper.

7 NTFs grunnleggende syn og policy

NTF har siden 2002 hatt følgende grunnleggende syn og policy:

Tannhelsen i Norge er god generelt sett. Tannhelsetjenesten, både offentlig og privat sektor, fungerer godt. Det er ikke grunn til å gjøre større endringer, men å rette opp de skjevheter som består. Skal offentlig finansiering økes, så ikke i form av universelle ordninger, men ved å gi mer til de som trenger det mest. Det er lite ønskelig med reguleringstiltak i form av prisregulering eller etableringskontroll. (Tessem, 2013)

På representantskapsmøte i NTF i 2009 og 2013 (NTF, 2013) ble policydokument vedtatt og NTFs syn på fremtidens tannhelsetjeneste fastsatt. I disse dokumentene kan vi lese at NTF mener tannhelsen i Norge er god, men at det fortsatt er noen grupper som faller utenfor i dagens system. Foreningen peker på at dagens struktur med en offentlig tannhelsetjeneste som ivaretar prioriterte grupper, og en privat tannhelsetjeneste som ivaretar den øvrige befolknings behov for tannhelsetjenester, har vært vellykket og bør opprettholdes. NTF ønsker at nye tiltak må målrettes ved at folketrygdens stønadsordninger utvides og flere grupper inkluderes i ordningen. Både i 2009 og 2013 understrekes det at trygdestønad må følge pasienten og ikke bortfalle som følge av at pasienten har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

8 Er det egentlig behov for økt offentlig finansiering til tannhelsetjenester?

Det er flere argumenter for trygd til tannbehandling. Omfordeling av velferd, reduksjon i privatøkonomisk risiko, stimulering av etterspørsel og fordelings- og leveringseffektivitet. Dorthe Holst kikket på dette i 1986. Hun konkluderte med at generelle trygdeordninger for tannhelsetjenester på den tiden ikke kunne begrunnes ut ifra de nevnte fire forhold. (Holst, 1986)

Mye har skjedd innen tannhelse siden 1986 og Holst så i 2004 på dette på nytt. Trygdens basale funksjon 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 representerer 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.

Host 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 er saken en annen. 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 Host 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 evt med begrensede egenandeler fra pasienter, slik at de som har behov også får tilgang til tannhelsetjenesten. (Den norske legeforening, 2011)

Som tidligere nevnt vet vi lite om pasientgruppene med høye utgifter til tannbehandling. Vi vet enda mindre om pasientgruppen som ikke går til tannlegene regelmessig. Vi kan ha tanker om hva årsaken til at de unnlater å gå til tannlegen er, men det finnes ikke noe data på 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.

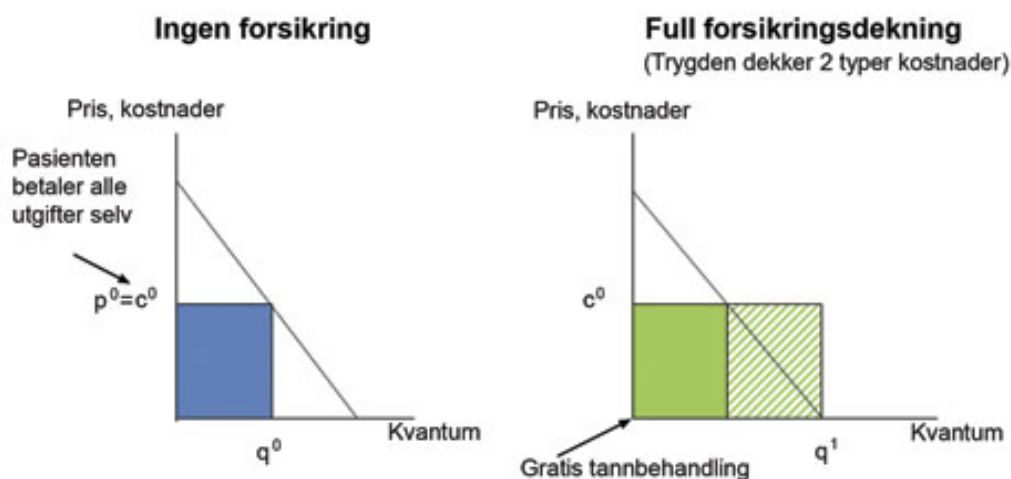
Erfaringer fra Den offentlige tannhelsetjenesten sier imidlertid at gratis behandling ikke er tilstrekkelig til å sikre tilgjengeligheten til tannlege for grupper av pasienter som er definert som trengende. (Helsetilsynet, 2004)

9 Tilbud og etterspørsel

Tilbud og etterspørsel av helsetjenester påvirkes av finansieringen av slike tjenester på en slik måte at senkes egenandelene øker etterspørselen. Egenandeler tendere 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)

Det er flere svakheter med et system basert på stykkprisfinansiering i kombinasjon med egenandelstak. For det første så er det utfordringer for det offentlige med kostnadskontroll av et slikt system. Det er å forvente at pasientene endrer atferd når tannbehandling blir gratis eller tilnærmet gratis. (Grytten, 2005) Dette følger av teori om tilbud og etterspørsel at det konsumeres mer av en vare når prisen blir lavere. Dette viser også Grytten fint i eksempel i artikkelen om trygdepolitiske problemstillinger (Grytten, 2010): Han viser at i en situasjon der pasienten må betale alt selv (p^0) etterspør de et kvantum tilsvarende q^0 .



Etterspørsel og kostnader for tannbehandling uten og med full forsikringsdekning. (Grytten, 2010)

Dersom behandlingen blir gratis øker etterspørselen til q_1 . Figuren til høyre viser trygdens totale kostnader (enhetskost x kavantum) dersom pasienten har full trygdedekning. Det heldekkende området representerer de forventede kostnadene dersom pasienten konsumerte behandling lik q_0 , altså dersom forbruket ikke øker ved økt refusjon. Det skraverte området representerer mer kostnadene som er vanskelig å anslå. I figuren er økningen på 100% og dette er kun ment som en skjematisk fremstilling. Det er vanskelig å anslå hvor mye kostnadene vil øke, men det forventes at merkostnadene kan bli betydelig fordi nødvendig tannbehandling vurderes ulike både mellom tannleger og pasienter. Det er stor variasjon i hvilken behandling tannlegene tilbyr sine pasienter (Eriksen, Koll-Frafjord, & Heier, 2004) Ulike behandlingsalternativ kan variere betydelig i kostnader og det er ikke alltid denne forskjellen reflekterer forskjell i helsegevinst. Dersom behandlingen blir gratis for pasientene er det ingen grunn for at de ikke skal velge den mest kostbare løsningen selv om det kanskje bare gir marginalt bedre tannhelsegevinst.

Det offentliges kostandene kan reduseres ved bruk av egenandeler. En annen måte å redusere kostnadene på er ved detaljerte regler for hvilke behandlingstyper trygden dekker.

Grytten har vist gjennom en studie at inntekt ikke er avgjørende for forbruket at tannhelsetjenester når brukeren er hos tannlegen. Det er med andre ord ingen inntekstelasiteter i forbruket at tjenester når folk først gikk til tannlege. (Grytten, Holst, & Laake, 1993). Holst har ved sammenlikning av grupper med gode stønadsordninger, som NSB ansatte som hadde egne refusjonsavtaler, med ansatte i Postverket og Tollvesenet uten å finne forskjeller i forbruk av tannhelsetjenester. (Holst, 1982) NSBs relativ 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 dette ifht kostnader jamført med pasienter uten slike stønadsordninger. Dette underbygger Gryttens funn om at forbruk av tannhelsetjenester er lite variabel ifht brukers økonomi. Spørsmålet man kan stille seg her er om en utvidet trygdestønad vil få pasienter som i dag ikke går regelmessig til tannlege til å gjøre dette. Dersom dette er tilfellet vil en utvidelse av trygd til tannbehandling ha en positiv helseeffekt.

10 Finansiering av tannlegetjenester i de øvrige nordiske landene:

Barn og unge har tilbud om gratis tannbehandling i alle de nordiske land. For den voksne befolkning er det imidlertid større forskjeller. Norge skiller seg ut ved at det i hovedsak ikke er noen tredjepart i betalingen for voksenes tannbehandling. Bortsett fra Vibeke Erichsen er det få som har gått i dybden på disse forskjellene. (Erichsen, 1990b)

Tilgjengelighet til tannhelsetjenester er en felles utfordring for de fleste av de nordiske landene som har spredt bosetning over store geografiske områder. For å tilby god tilgjengelighet til tannhelsetjenester har alle, med unntak av Island, en offentlig tannhelsetjeneste som dekker hele landet. Det er en blanding av offentlig tannhelsetjeneste, offentlig støttet privat sektor og private tilbydere. Den offentlige tannhelsetjenesten har størst rolle i Sverige og Finland og minst rolle på Island som ikke har noen offentlig tannhelsetjeneste. Jeg vil her kort belyse hovedtrekk i finansieringssystemet for tannlegetjenester i de øvrige nordiske landene.

Danmark:

Danmark er delt inn i 5 regioner. Disse regionene er igjen delt inn i kommuner slik at Danmark totalt har 98 kommuner. Regionene har ansvaret for organiseringen av helse- og sosialvesenet, mens ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten ligger i kommunene

I Danmark har barn i alderen 0-17år rett til gratis behandling i offentlige tannklinikker. De kan imidlertid også velge å gå til privat tannlege, men må da betale 35% ved egenbetaling. Utover dette er det gratis eller sterkt subsidierte tjenester til en del utsatte grupper liknende det vi ser i Norge. Danmark har til forskjell fra Norge en generell ordning som kalles *Tandlægeoverenskomsten*. Dette er en ordning som gir delvis refusjon for profylakse og tjenester som de definerer som *basic oral health care*.

Hvor mye som dekkes av Tandlægeoverenskomsten varierer etter alder og behandlingstype. (Holt, 2013)

Finland:

Den offentlige tannhelsetjenesten i Finland er lagt til helsesentre som er kommunale eller i interkommunale samarbeid. Barn 0-17år får gratis behandling. Den offentlige tannhelsetjenesten skal også sørge for akuttbehandling til hele befolkningen. Finland har en nasjonal helseforsikring som kalles KELA. Denne ordningen dekker deler av

utgiftene til tannbehandling. (T. Ekornrud & Mathiesen Wilberg, 2012) (E Widstöm, 2010)

Island:

Island har ingen offentlig tannhelsetjeneste. Her blir all tannbehandling utført av privatpraktiserende tannleger. Islands helseforsikring gir barn 0-18 år samt pensjonister over 67 og funksjonshemmede refusjon for 75% av kostnadene etter statens takstverk. De privatpraktiserende tannlegene har fri prisfastsetting og egenandelene kan derfor bli store til tross for en refusjonsordning som i utgangspunktet ser god ut. (T. Ekornrud & Mathiesen Wilberg, 2012) Den voksne befolkning må med noen få unntak betale for tannbehandling selv.

Sverige:

I Sverige har barn 0-19 år rett til gratis tannhelsetjeneste og kan selv velge privat eller offentlig tannlege. Det kan være egenandeler for spesielle typer spesialistbehandling. Voksne pasienter betaler i hovedsak for tannbehandlingen selv ved egenbetaling. Nasjonal helseforsikring (Tandvårdsreformen) dekker hele befolkningen fra 20 år og eldre. Dette er en modell som skal stimulere til regelmessig bruk av tannhelsetjenester. Det tildeles en sjekk hvert år som skal brukes til tannhelsetjenester. Verdien av sjekkene er varierende med alder. Aldersgruppen 30-74 år får 150 SEK/år, aldersgruppen 20-29 og 75 år og oppover får en sjekk på 300 SEK/år. Denne ordningen kalles det *allmänna tandvårdsbidraget*. Pasienter med spesielle sykdommer eller funksjonsnedsettelse som påvirker tennene kan få ekstra stønad til forebyggende tannbehandling på kroner 600 hvert halvår gjennom det som kalles *särskildt tandvårdsbidrag*. I Sverige er det også en ordning for å skjerme for ekstra store utgifter til tannbehandling, *Högekostnadsskydd*, som gir delvis stønad ved kostnader over 3000 kroner pr år. Utover dette er det 100% egenbetaling for opp til 3000 SEK/år. Fra 3000 SEK til 15000 SEK refunderes 50% av utgiftene, og fra 15000 SEK og oppover refunderes 85%. Prisene det her refereres til er referansepriser. I Sverige er det som i Norge fri prisfastsetting og dersom tannlegen har høyere takster enn referansetakstene må pasienten betale mellomlegget. (E Widstöm, 2010; T. Ekornrud & Mathiesen Wilberg, 2012; Holt, 2013)

11 Metode:

For å skaffe kunnskap om hvordan tannleger i Norge vurderer dagens finansieringsordning for tannhelsetjenester ble en elektronisk spørreundersøkelse sendt ut til alle yrkesaktive tannleger med medlemskap i Den norske tannlegeforening (NTF).

Spørreundersøkelsen var en anonym elektronisk spørreundersøkelsen og studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Spørreundersøkelsen er testet ut som en pilotundersøkelse på 10 utvalgte tannleger i forkant av masseutsendelse og korrigert etter tilbakemeldinger fra pilotdeltakere. Undersøkelsen ble distribuert ved at NTF sendte ut en mail til alle sine yrkesaktive medlemmer (totalt 4446 personer) med informasjon om undersøkelsen, elektronisk link til undersøkelsen og oppfordring til deltagelse. NTF er landets største fagforening og interesseorganisasjon for tannleger, og om lag 90% av de yrkesaktive tannlegene er medlemmer av NTF. Pr 09.12.2015 totalt 4446 yrkesaktive medlemmer.

Undersøkelsen ble sendt ut 14. Desember 2015 elektronisk i nyhetsbrev til alle yrkesaktive medlemmer. Informasjon og link til undersøkelsen var en av flere saker i nyhetsbrevet. Tannlegeforeningen oppfordret til deltagelse i spørreundersøkelsen gjennom tekst i nyhetsbrevet.

Undersøkelsen består av 22 spørsmål hvorav 19 er obligatoriske spørsmål med svaralternativ eller tallangivelse og tre spørsmål gir mulighet for utgreiing i fritekst. Det var ønskelig å sende ut en påminnelse om undersøkelsen på nytt i Januar. Dette var dessverre ikke NTF villig til å gjøre, da de skulle sende ut en egen arbeidsmarkedsundersøkelsen i denne perioden og ikke ønsket å sende ut informasjon eller linker til andre undersøkelser som kunne påvirke deltakelse i egen undersøkelse. Påminnelse om undersøkelsen ble derfor distribuert i et lukket facebookforum for tannleger som heter "Oss tannleger imellom". Forumet hadde på dette tidspunktet 2385 medlemmer.

Undersøkelsen ble avsluttet 17. Februar 2016.

Totalt 582 tannleger besvarte hele undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 13,1.

Data er sammenliknet med medlemstall fra NTF. Jeg fikk tilgang til data om medlemsmassens fordeling basert på kjønn, antall allmenntannlege og spesialister samt medlemstall for de ulike lokalforeningene. Andre medlemsdata som aldersfordeling, utdanningssted med mer ville ikke foreningen gi ut. Utvalget synes,

til tross for å være lite, å reflektere fordelingen i medlemsmassen basert på de fleste forklaringsvariablene jeg har sammenlikningsdata for. Kjønnfordelingen var imidlertid noe forskjellig i mitt materiale jamført med medlemstallene fra tannlegeforeningen. Blant de yrkesaktive medlemmene i NTF fikk jeg oppgitt at det var 53% kvinner og 47% menn. I mitt utvalg er det 46% kvinner og 54% menn. Forskjellen mellom respondentene i vårt utvalg i forhold til oppgitte medlemstallene er så stor at jeg har vektet dataene for denne forskjellen før analyse av dataene.

Det er opprettet to indekser for analyse. En indeks er for vurdering av autonomi der spørsmål 16 og 17, som går på vurdering av hvor viktig tannlegenes autonomi er knyttet til hhv fri prisfastsetting og fri etableringsrett, inngår.

Den andre indeksen beskriver i hvor stor grad tannlegene er fornøyd med dagens finansieringssystem. Denne indeksen er laget ved bruk av spørsmål 11, 12 og 14. Mange fenomener kan vanskelig måles direkte ved et spørsmål. I slike tilfeller kan indekser opprettet ved sammenslåing av et spørsmålssett benyttes for å prøve å belyse problemstillingen. Internreliabiliteten, altså i hvilken grad alle elementene i indeksen måler det samme konseptet, kan måles ved bruk av Chronbach's alfa. Chronbach's alfa er det mest brukte objektive målet for reliabilitet (Tavakol & Dennick, 2011) En høy verdi av Chronbac's alfa betyr høy intern reliabilitet mellom spørsmålene i indeksen. Det er ulike meninger om hva som er akseptabel verdi for Chronbach's alfa, men verdier over 0,70 ansees av mange for å være bra. (Tavakol & Dennick, 2011) Jeg har utført test av mine indekser ved bruk av Chronbachs alfa. Dette ga verdi på hhv 0,789 for indeksen som beskriver viktigheten av autonomi og 0,721 for indeksen for vurdering av dagens finansieringssystem.

11.2 Bivariat analyse

Jeg har utført bivariat analyse ved bruk av krysstabeller for å prøve å finne forklaringer i variasjon i besvarelser ut ifra bakgrunnsvariablene. Bivariat analyse er analyse av to variabler og hvordan disse forholder seg til hverandre. Jeg har utført bivariat analyse for følgende avhengige variabler mot forklaringsvariablene som er listet opp i kapittel 11.4.

- Vurdering av dagens finansieringsordning

- Vurdering av viktigheten av autonomi for tannlegene ifht fri etableringsrett og fri prisfastsetting
- Ønske om tak på egenbetaling pr år for tannbehandling.
- Fri prisfastsetting satt opp mot økt trygderefusjon og faste takster
- Behovet for utredning av alternative finansieringsmodeller.

11.3 Triangulering

Jeg har valgt å legge inn noen spørsmål som er åpne for respondentene til å skrive svar i fritekst. Dette er gjort for å prøve å fange opp holdninger, synspunkter og meninger som ikke i tilstrekkelig grad dekkes av de rent kvantitative spørsmålene. Gjennom metodisk triangulering kan kvantitative og kvalitativ analyse sammen belyse en problemstilling på en bedre måte enn om de brukes hver for seg. (Risjord, Dunbar, & Moloney, 2002) Man kan ved bruk av slik metode få mer detaljert kunnskap om det som undersøkes ved at metodene utfyller hverandre. (Røykenes, 2008) Respondentene har skrevet utfyllende på disse spørsmålene og har gitt betydelig informasjon med stor verdi for tolkning av data.

11.4 Forklaringsvariabler:

Data er analysert for å finne årsaker til variasjon i svar ut ifra følgende forklaringsvariabler:

- Kjønn
- Alder
- Utdanning:
 - Sted for tannlegeutdannelse (ikke evt spesialistutdannelse)
 - Allmenntannlege eller spesialist
- Arbeidsforhold
 - Offentlig eller privat sektor
 - Arbeidsforhold privat sektor
 - Hvilken del av offentlig sektor
- Geografi:
 - Arbeidssted – Hvilket fylke
 - Arbeidssted - Kommunestørrelse

- Lokale forhold:
 - Klinikstørrelse
 - Fellesskap med andre helseprofesjonelle utenfor tannhelsefeltet.

11.5 Svakheter med metoden:

Det hadde vært ønskelig om NTF hadde gitt tilgang til epostlister til medlemmene slik at oppfølging og frafallsundersøkelser kunne utføres. NTF ville imidlertid ikke gi ut slik informasjon. NTF hadde heller ikke kapasitet til å legge spørreundersøkelsen inn i sine systemer for individuell utsendelse. Løsningen ved utsendelse av mail fra NTF med informasjon om undersøkelse, link til spørreskjemaet og oppfordring til deltagelse medfører noen svakheter ved undersøkelsen. Muligheten for kontroll av frafall bortfalt med dette, og valgte løsning hindret heller ikke samme respondent i å besvare undersøkelsen flere ganger. Vi valgte imidlertid å gjøre undersøkelsen etter denne metoden for å nå ut til flest mulig av landets yrkesaktive tannleger. Alternativ modell med tildeling av innloggingsinfo til undersøkelsen ble vurdert, men for å gjøre terskelen for deltagelse så lav som mulig ble denne metoden ikke foretrukket. Manglende mulighet til å sende påminnelse om undersøkelsen gjennom samme kanal pr epost til alle potensielle respondenter er en svakhet ved metoden.

12 Data:

Totalt 582 tannleger besvarte hele undersøkelsen.

Dette gir en svarprosent på 13,1

Respondentene fordeling ut ifra bakgrunnsvariabler er som tidligere nevnt kontrollert opp mot tall fra Den norske tannlegeforening. Utvalget synes å være representativt for de fleste parametere vi har referanseverdier for, men det var en overvekt av menn som besvarte undersøkelsen mot en overvekt av kvinner i medlemsmasse. Data er derfor vektet etter forholdstall fra medlemsregister før analyse.

Respondentene fordelte seg slik på utvalgte forklaringsvariabler. For utfyllende oversikt henvises det til appendiks.

kjønn	antall	prosent
Menn	313	53,8
Kvinner	269	46,2
Alder:		
	antall	prosent
<36år	164	28,2
36-45år	122	21
46-55år	109	18,7
>55 år	187	32,1

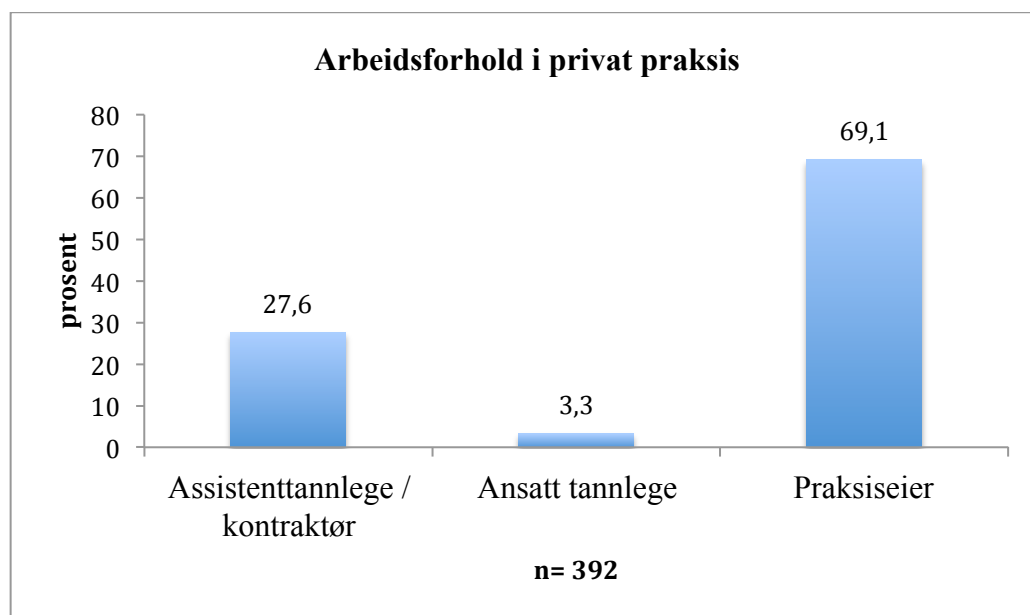
Utdanning:

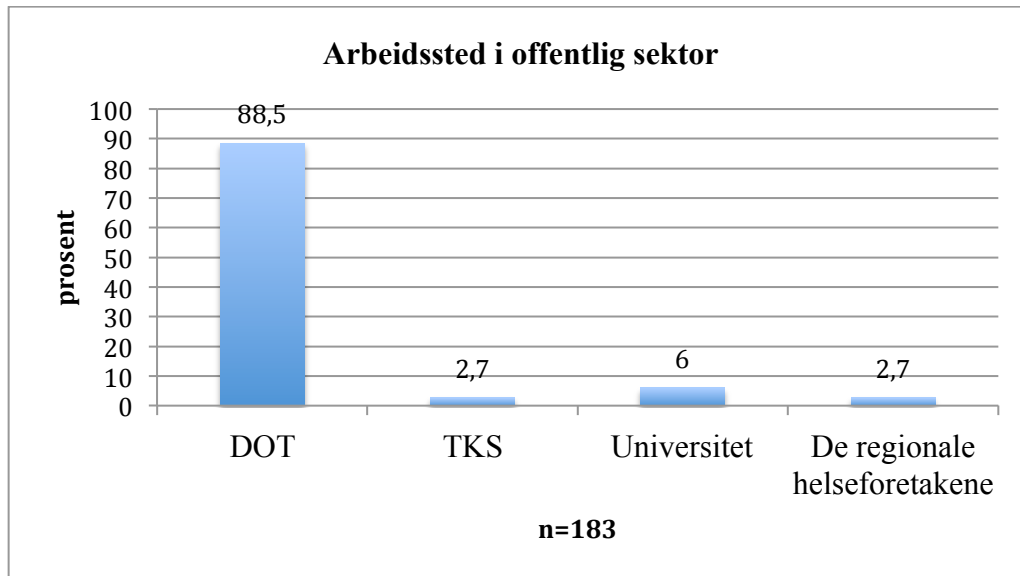
Allmennpraktiserende tannlege eller spesialist	antall	prosent
Allmennpraktiserende	511	87,8
Spesialister totalt	71	21,2
Spesialist i oral kirurgi / kjevekirurgi	10	1,7
Spesialist i kjeveortopedi	27	4,6
Spesialist i endodonti	9	1,5
Spesialist i protetikk	9	1,5
Spesialist i periodonti	10	1,7
Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi	2	0,3
Spesialist i pedodonti	3	0,5
Spesialist i klinisk odontologi	1	0,2
Spesialist i kariologi	0	0

Sted for tannlegeutdanninge (grunnutdanninge, ikke evt spesialistutdanninge)		
Universitetet i Oslo	245	42,1
Universitetet i Bergen	216	37,1
Universitetet i Tromsø	27	4,6
Sverige	21	3,6
Danmark	10	1,7
Tyskland	23	4
Polen	11	1,9
Øvrige land i Europa	27	4,6
Land utenfor Europa	2	0,3

Arbeidsforhold:

Offentlig eller privat sektor.	antall	prosent
Privat tannlegepraksis	392	67,4
Offentlig sektor	183	31,4
Ønsker ikke å svare	7	1,2





DOT = Den offentlige tannhelsetjenesten

TKS = Tannhelsetjenestens kompetansesenter

Klinikkstørrelse:	antall	prosent
Solopraksis	88	15,1
Gruppepraksis 2-5 tannleger	383	65,8
Praksis med mer enn 5 tannleger	98	16,8
jobber ikke i klinikk	13	2,2
Arbeider i fellesskap med andre helseprofesjonelle utenfor tannhelsefeltet		
Ja	84	14,4
Nei	498	85,6

Jeg har valgt å presentere øvrige data sammen med drøfting i kapittel 13. Følgende hovedspørsmål er forsøkt besvart.

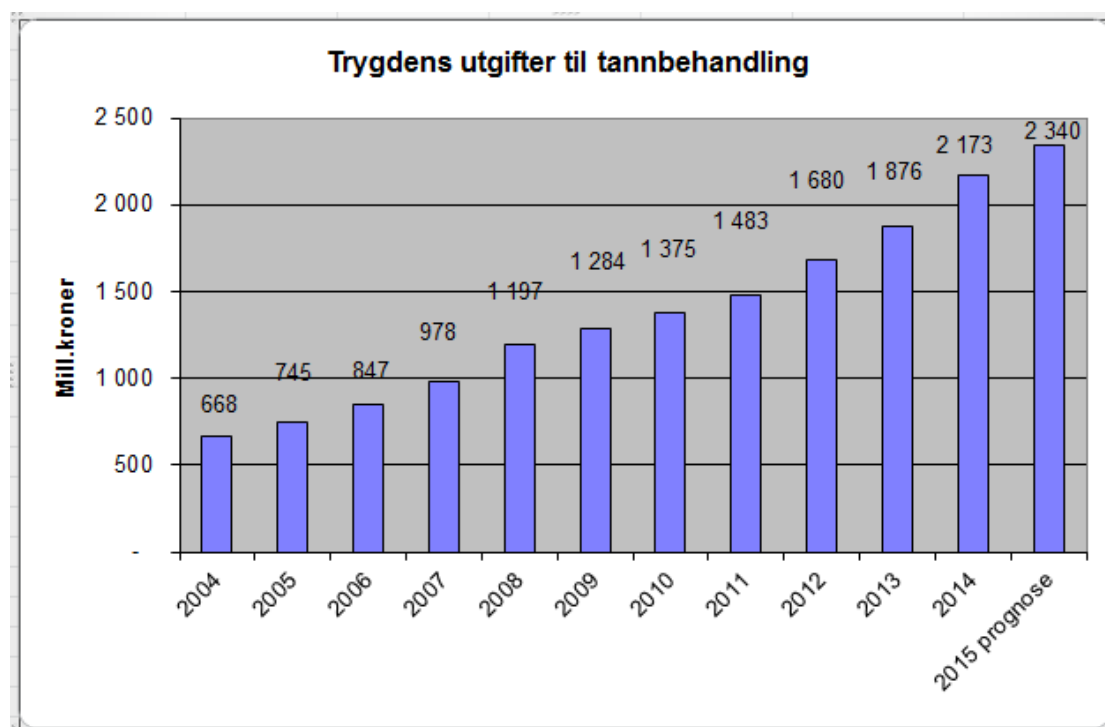
- Tannlegenes vurdering av dagens fordeling mellom trygdefinansiering og egenbetaling.
- Tannlegenes vurdering av dagens finansieringsordning
- Ønsker tannlegene tak på egenbetaling for tannbehandling?
- Hvor viktig er autonomi for tannlegene ifht fri etableringsrett og fri prisfastsettelse?

- Mener tannlegene det er behov for en bred utredning av alternative finansieringsmodeller for tannhelsetjenester der både offentlig og privat sektor inkluderes?

Data for disse spørsmålene er analysert ved hjelp av krysstabeller for å finne årsaker til variasjon ut ifra følgende forklaringsvariablene nevnt i kapittel 11.4 Resultater presenteres i drøftingen.

13 Drøfting:

Trygden utgjør en stadig økende andel av finansieringen av tannbehandling for voksne i Norge. (Grytten, 2010) I 2014 ble det utbetalt ca 2,17 milliarder kroner i trygderefusjoner (Helsedirektoratet, 2015). Omtrent 10% av den voksne befolkning fikk refusjon for deler av utgiftene til tannbehandling i 2014. (T. Ekornrud, Skjøstad, O., & Texmon, 2015) I tillegg er det en sterk økning i kostnadsnivået ved Den offentlige tannhelsetjenesten. I 2014 ble det brukt 3,3 milliarder kroner på Den offentlige tannhelsetjenesten. (SSB Statistisk sentralbyrå, 2015)

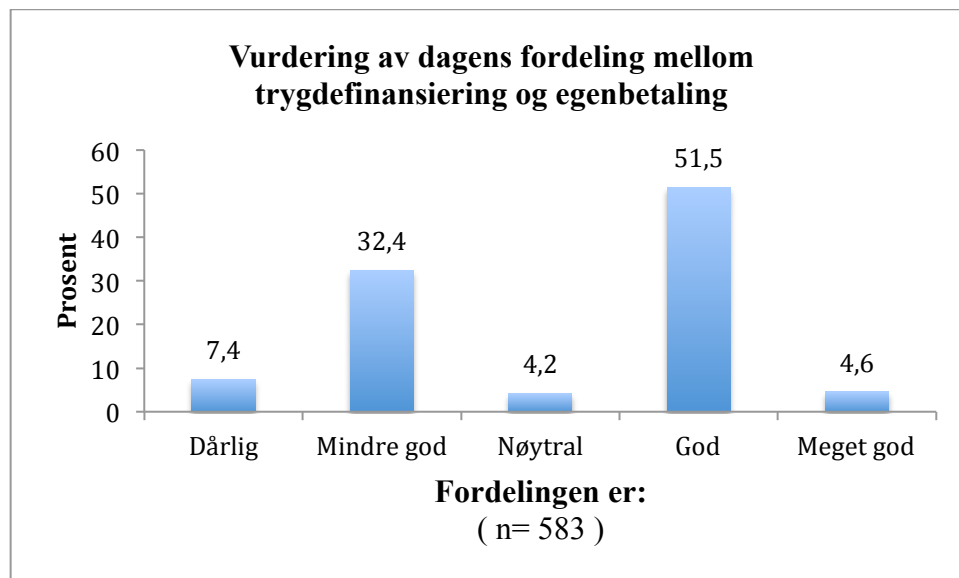


(Helsedirektoratet, 2015)

Til tross for at det brukes stadig mer offentlige midler på tannhelse synes verken befolkningen eller politikerne å være fornøyd med dagens trygddekning og ønsker å

utvide ordningen videre. I TNS Gallups helsepolitiske barometer 2016 svarer 93% av de spurte at myndighetene bør prioritere tannsykdommer i samme grad som andre sykdommer. Mer enn en av tre mener økt offentlig støtte til tannbehandling for voksne bør finansieres av økte skatter, mens kun 14% mener tannhelsetjenester bør finansieres som i dag, der den enkelte som hovedregel betaler kostnaden selv. (Den norske tannlegeforening, 2016; TNSGallup, 2016)

På spørsmål om hvordan tannlegene vurderer dagens fordeling mellom trygdefinansiering og egenbetaling, for pasienter uten rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten, er svarene sprikende. 56,1% mener at fordelingen er god eller meget god mens 39,8% mener fordelingen er mindre god eller dårlig.

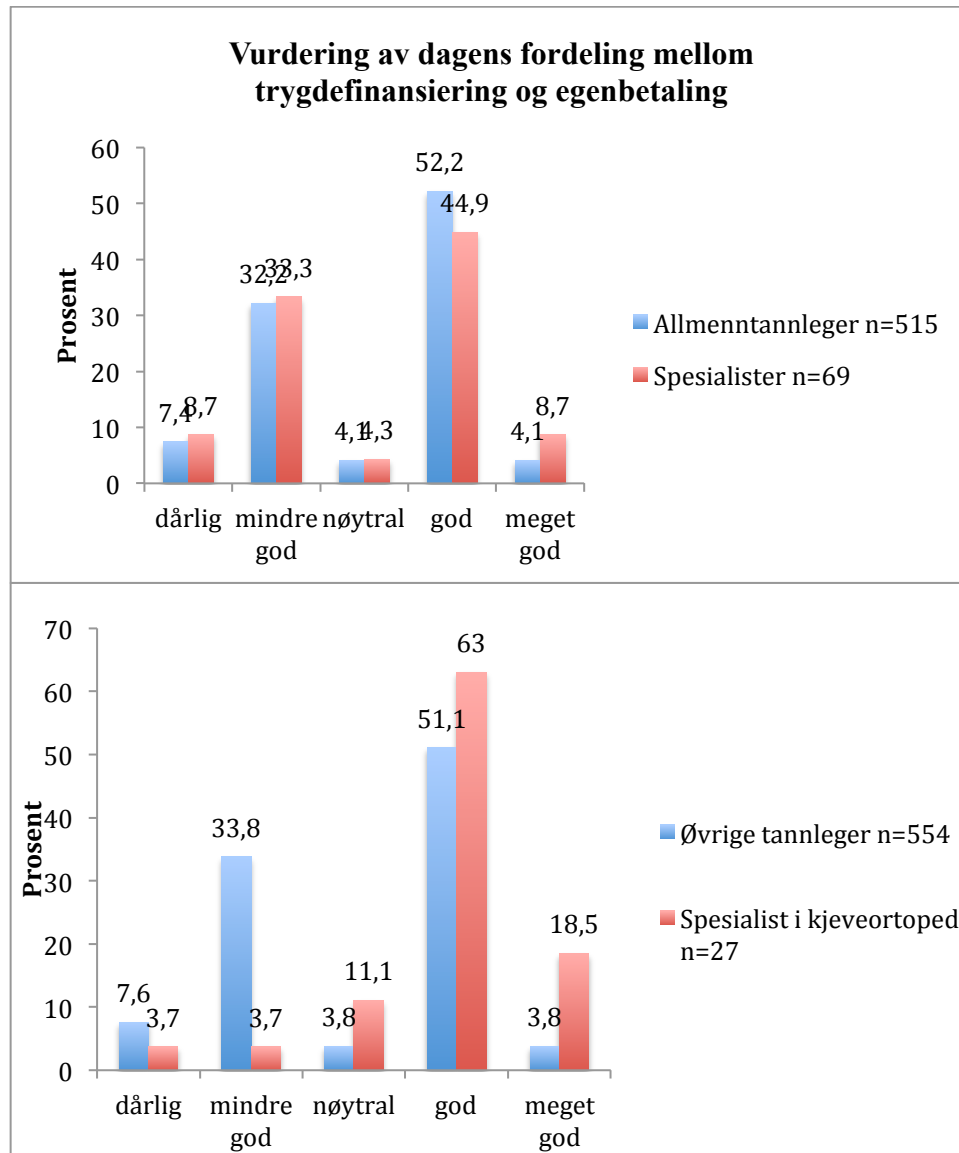


Variasjonen kan ikke forklares ut ifra bangrunnsvariablene kjønn, alder, offentlige eller privat praksis, geografisk tilhørighet, kommunestørrelse, utdanningssted, praksisstørrelse eller om tannlegene jobber i fellesskap med andre helseprofesjonelle eller ikke.

Spesialistene synes fordelingen er noe bedre enn de allmennpraktiserende og det er her spesialistene i kjeveortopedi som trekker opp. Dette har trolig sammenheng med at kjeveortopedene hever en stor andel av trygdefusjonene og har i likhet med øvrige privatpraktiserende tannleger fri prisfastsetting.

Som vi ser av den grafiske fremstillingen under er det få spesialister i kjeveortopedi som synes fordelingen er mindre god eller dårlig mens det for de øvrige tannlegene er

33,8% som synes fordelingen er mindre god. Det er betydelig større andel kjeveortopedier som synes fordelingen er meget god enn øvrige tannleger. Det må poengteres at utvalget av spesialister i kjeveortopedi som har besvart undersøkelsen er lavt n= 27 og resultatene kan derfor ikke tillegges stor verdi.



Variasjonen i resultatene kan bare delvis forklares ut fra bakgrunnsvariablene. Det tyder på at det er andre forklaringsfaktorer som gir seg utslag her. Resultatene viser at det er mange som mener at fordelingen er god, men også en del som mener at fordelingen er mindre god. De snaut 40% som svarte at fordelingen er mindre god eller dårlig fikk mulighet til å utdype hva de mener kan gjøres annerledes. 82% av disse valgte å benytte denne muligheten og har skrevet utdypende i fritekst om dette.

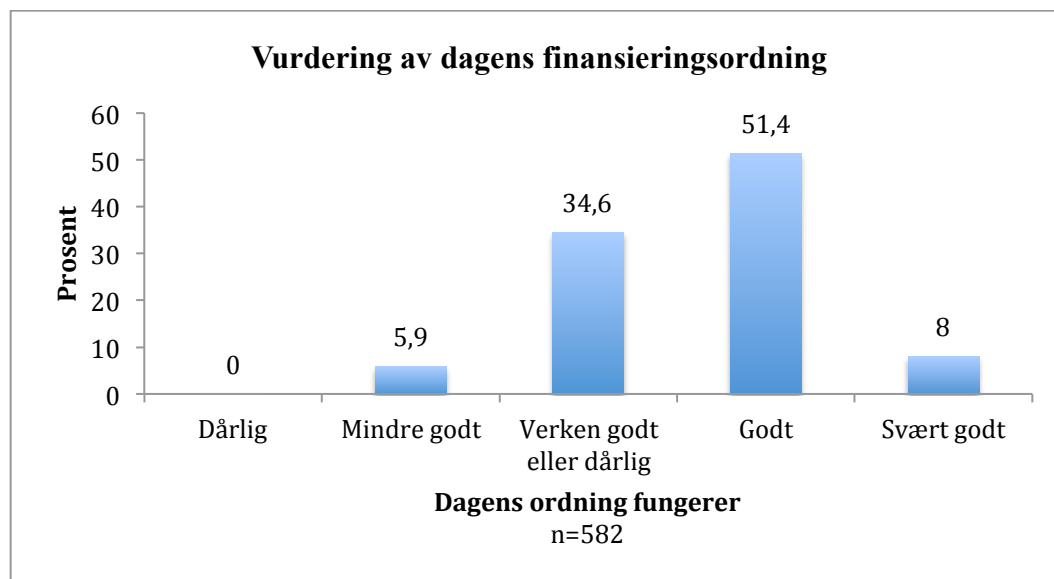
Disse svarene er systematisert og kategorisert. Svarene her peker på et omfattende og komplisert regelverk som kan være vanskelig å forstå både for behandler og pasient, noe som kan gi seg utslag i ulike tolkninger av regelverket. Mange beskriver at det er flere grupper med stort behov for tannbehandling som faller utenfor dagens refusjonsordning. Ønske om en fasttannlegeordning etter modell av dagens fastlegeordning eller at tannbehandling finansieres på lik linje med legetjenester går igjen i kommentarene til respondentene som synes dagens fordeling er dårlig eller mindre god. Dette kommer til uttrykke ved kommentarer slik som denne respondenten skriver:

Tenner må anses som en del av den generelle helsen, tannbehandling bør derfor i mye større grad dekkes i sin helhet av Helfo (bare en liten egenandel, som hos legen)

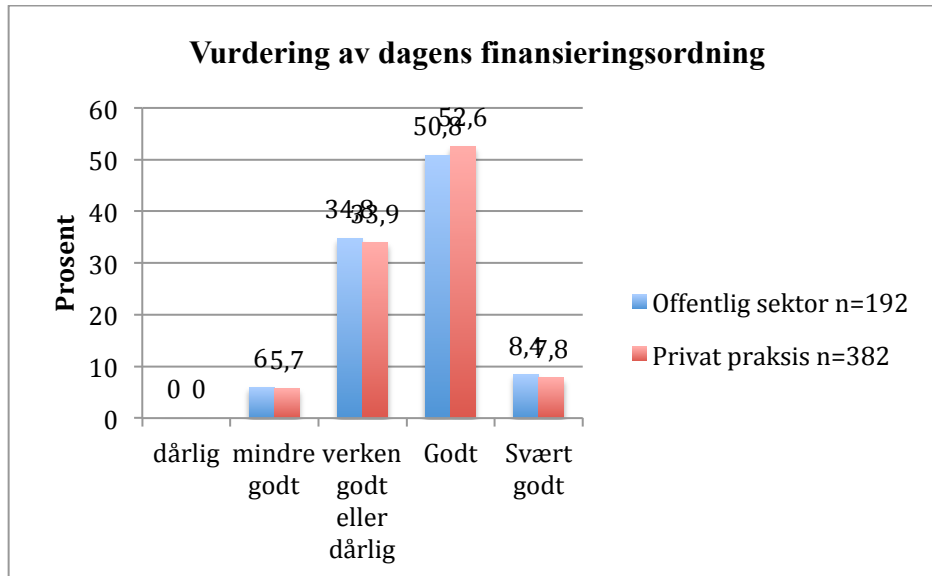
Flere ønsker en refusjonsordningen som behovsprøves ifht behandlingsbehov og pasientens økonomi.

13.1 Vurdering av dagens finansieringsordning:

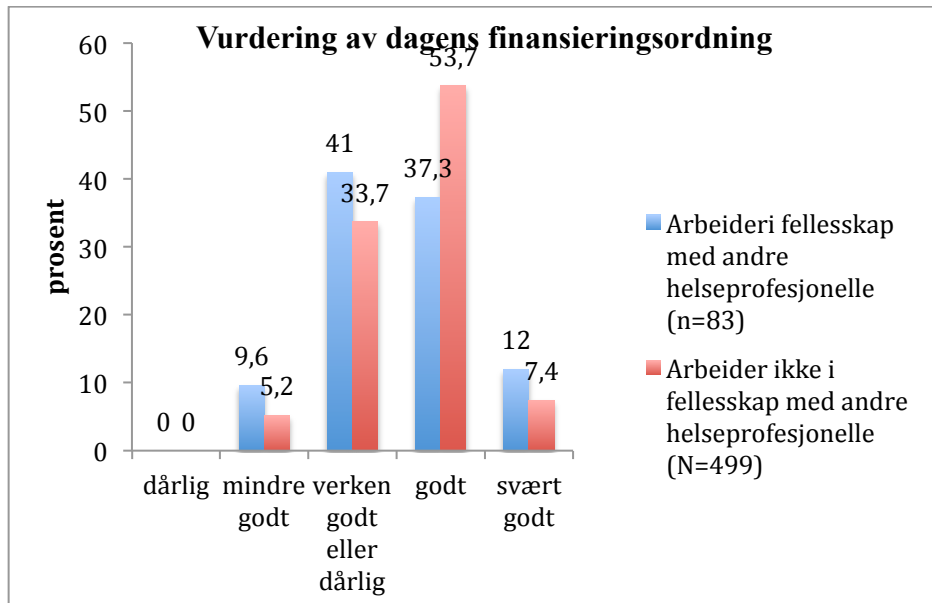
Indeksen for vurdering av dagens finansieringsordning viser at hele 59,1% synes dagens trygdefinansieringssystem fungerer godt eller svært godt. Det er ingen av de 582 respondentene som svarer at de synes dagens finansieringssystem fungerer dårlig.



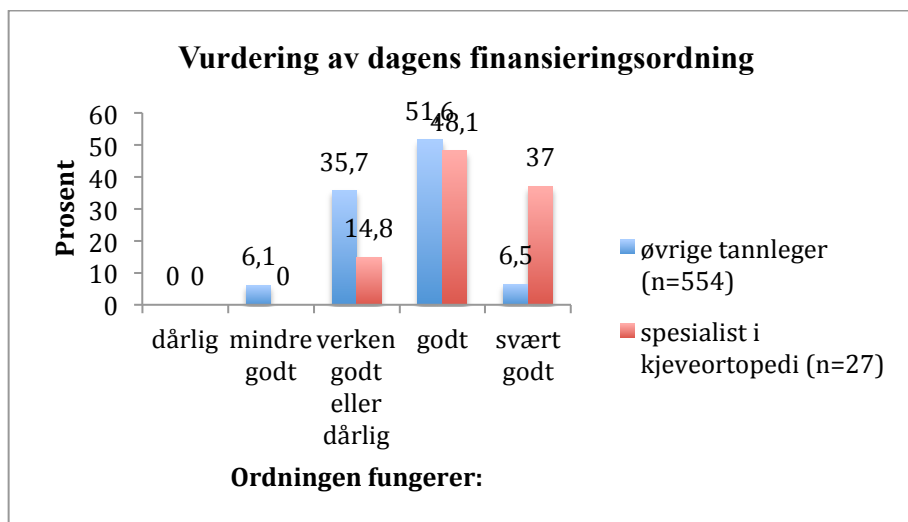
Vi ser at det er noe variasjon, men variasjonen kan ikke forklares ut ifra bakgrunnsvariablene i undersøkelsen. Det kunne ventes å finne forskjeller mellom de som jobber offentlig og privat, men dette synes ikke å være tilfellet.



Det er små forskjeller mellom tannleger som jobber sammen i fellesskap med andre helseprofesjonelle kontra de som ikke jobber i slikt fellesskap. Man kunne tenke seg at innblikk i hvordan finansiering av andre helsetjenester fungerer gjennom slikt fellesskap kunne påvirke synet på finansiering av tannhelsetjenester. Data viser noe større andel av de som ikke jobber i fellesskap med andre helseprofesjonelle synes dagens finansieringsordning fungerer godt, men samlet for de som mener ordningen fungerer godt og svært godt blir forskjellene mindre.



Spesialistene i kjeveortopedi, som synes dagens finansieringsordning fungerer klart bedre enn de øvrige. Dette henger sammen med at denne gruppen også er mer positive til dagens fordeling mellom trygdefinansiering og egenbetaling enn de øvrige tannlegene. Dette har trolig sammenheng med at denne spesialistgruppen hever en stor andel trygderefusjon kombinert med at de også har fri prisfastsetting.



Det er verdt å merke seg at det er en stor andel som svarer at de synes dagens system verken fungerer godt eller dårlig. Vi vet ikke noe om hvorfor så mange er nøytrale i denne vurderingen, men man kan tenke seg at en årsak kan være at de ikke har tenkt godt gjennom alternative finansieringsmodeller for tannhelsetjenester eller at de ikke ønsker debatt rundt temaet og derfor svarer nøytralt. En forklaring kan også være at

alternative finansieringsordninger og konsekvenser av disse ikke fremstår konkret og at det derfor er vanskelig å vurdere dagens ordning uten noe alternativt referansegrunnlag.

Det går igjen i svarene i undersøkelsen at tannlegene synes dagens trygderefusjonsordningen fungerer godt, men at den ikke stor nok grad dekker alle pasienter med stort behov for tannbehandling, slik følgende kommentarer illustrerer:

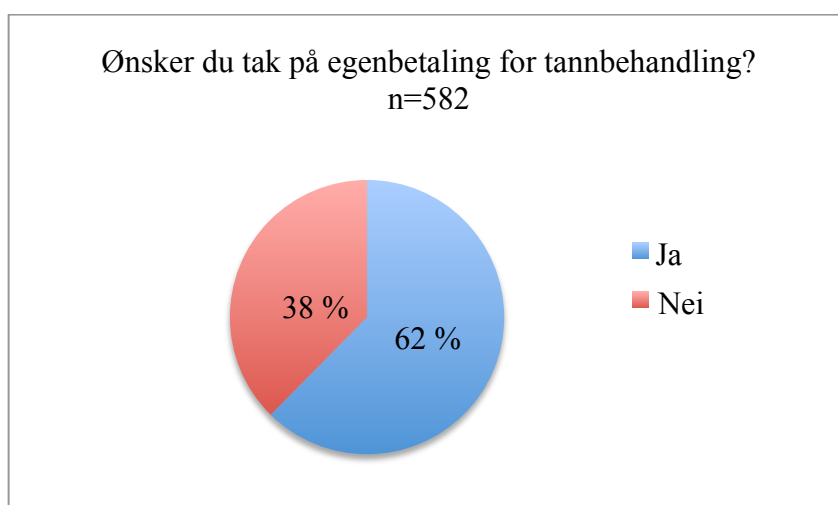
” Som et utgangspunkt er dagens ordning svært god, men den bør utvides med refusjon til flere diagnoser.” ”Noen grupper med stort tannbehandlingsbehov faller utenom dagens ordning. Personer med lav inntekt og relativt stort konserverende behandlingsbehov.”

Det synes å være en forståelse både blant politikere og tannlegeprofesjonen om at trygdemidlene bør gå til pasienter med stort behov, og dermed høye utgifter til tannbehandling. Det er imidlertid ikke noe klart svar på hvordan denne gruppen skal defineres eller hvordan offentlige midler skal sikre at denne gruppen får et tilfredsstillende behandlingstilbud. Hvis vi først prøver å se på hvem det er som har høye utgifter til tannbehandling så forteller nasjonale utvalgsundersøkelser at ca 10% av de som har vært hos tannlege hadde utgifter over 5000 kroner og ca 3% hadde utgifter over 10000 kroner på ett år. (Holst, Grytten, & Skau, 2005) Det er anslått at mellom 280000 og 370000 personer har utgifter til tannbehandling på over 5000 kroner pr år. (Grytten, 2010) Vi vet dessverre ikke så mye mer om denne gruppen verken om tannstatus, hvilken behandling de mottar eller hvor sosialt skjevfordelt tannhelseforbruket i denne gruppen er. Utfordringen er hvordan denne gruppen skal tilgodeses med trygdeytelser.

President i Den norske tannlegeforening, Camilla Hansen Steinum, sier at vi vet ganske mye om den offentlige tannhelsetjenesten og de gruppene som behandles der, men om voksne pasienter, som i hovedsak betaler for sin tannbehandling selv, har vi fortsatt svært lite kunnskap. (Hansen Steinum, 2016b) Mangelen på kunnskap om denne pasientgruppen gjør det vanskelig å si noe sikkert om forbruk av tannhelsetjenester og kostnadsnivå for en eventuell generell trygdefinansiering av tannbehandling.

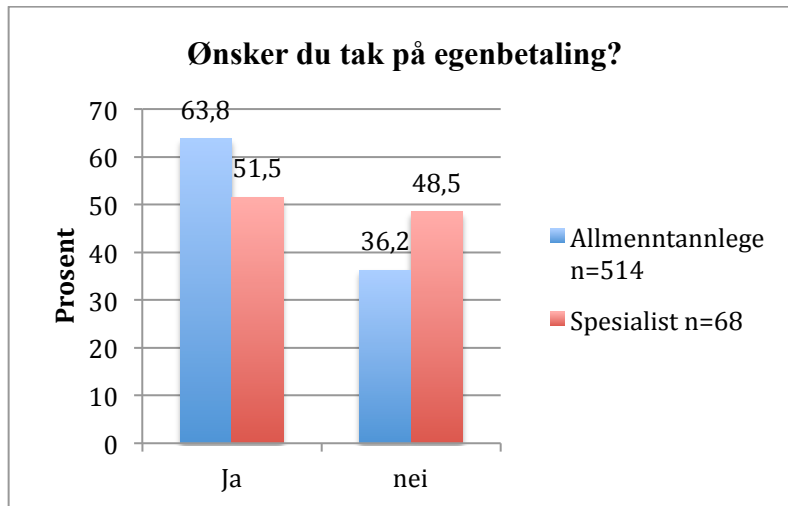
13.2 Egenandelstak for tannbehandling:

På spørsmål om egenandelstak på tannbehandling svarer 62,4% av tannlegene at de ønsker et egenandelstak og angir verdi i kroner for hva de mener vil være riktig nivå for egenbetaling for sykdomsbegrunnet tannbehandling pr år. Gjennomsnittsbeløpet som oppgis er kr 14913,14 pr år. Gjennomsnittsbeløpet trekkes kraftig opp at to respondenter som skriver at de mener beløpet bør være over en million kroner pr år. Median verdien gir derfor trolig et bedre bilde på ønsket nivå for et egenandelstak og er kr 3000 pr år. Til sammenlikning er egenandelstaket hos lege i 2016 kroner 2185.

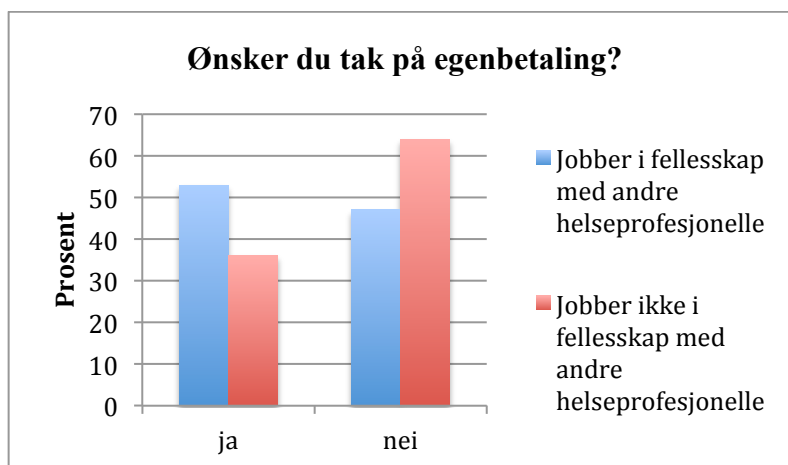


Nivå for egenandelstak	kroner
Gjennomsnitt	14913,14
Median	3000
n= 358	

Det er få forskjeller i svar på dette spørsmålet basert på forklaringsvariablene, men noen forskjeller kommer frem: Allmenntannleger noe mer positive til egenandelstak enn spesialistene med hhv 64% og 52,1% som svarer at de ønsker tak på egenbetaling. Årsaker til denne forskjellen kan henge sammen med tidligere nevnte forskjell i tilfredshet med dagens system uten tak på egenbetaling.



Tannleger som jobber i fellesskap med andre helseprofesjonelle er mindre positive til egenandelstak enn de som ikke jobber i slikt fellesskap. En forklaring på dette kan være at tannleger som jobber i fellesskap med andre helseprofesjonelle som forholder seg til andre finansieringssystem påvirkes av deres erfaringer, og ser større fordeler med et system uten egenandelstak enn tannleger som ikke jobber i slikt fellesskap.



Det er flere problemer med bruk av egenandeler dersom ønsket er å nå de med størst behov for tannbehandling. Dersom det velges et høyt nivå for innslagspunkt for egenandelstak risikerer man at bare de med god råd får nytte av dette. Hvis man antar at økonomi er en av årsakene til at en pasientgruppe ikke oppsøker tannlege regelmessig vil et høyt innslagspunkt for frikort trolig ikke hjelpe denne gruppen i stor grad. Derfor blir det ut fra et fordelingshensyn nødvendig å sette et lavere

innslagspunkt for frikort eller lavere egenandeler. Dette vil imidlertid gi økte kostnader for trygdeordningen.

Det er heller ikke sikkert at stykkprisrefusjoner i stor nok grad kommer de som trenger det mest til gode.

13.3 Utfordringer med dagens regelverk for trygderefusjon:

Det er flere problemer med et system som reguleres av detaljerte forskrifter over hva som omfattes av trygdeytelser og hva som skal dekkes av egenbetaling. Det blir omfattende og komplisert og vanskelig å forholde seg til både for tannlege og pasient. Dette kan illustreres ved følgende svar som kom i undersøkelsen:

”Har utvekla seg til ein komplisert koloss av regelverk og ordningar der truleg ingen kan gje fullstendig korrekte vurderingar og svar.”

Det kreves også et omfattende administrativt apparat for å utforme regelverket samt for å føre kontroll med at regelverket tolkes riktig av tannlegene. (Grytte, 2010) Et slikt system som baserer seg på at tannlegene tolker regelverket krever at tannlegene har høy lojalitet til prinsippene som ligger til grunn for regelverket og at de holder seg oppdatert om endringer i regler og takstsett samt kursen i bruken av disse. (Grytte, 2010) Tannleger kan tolke regelverket forskjellig noe som kan føre til uønskede forskjeller i behandlingstilbudet til den enkelte pasient. (Grytte, 2010) Én tannlege kan tolke regelverket slik at pasienten har refusjonsrett mens en annen tannlege kan tolke regelverket annerledes og vurdere det slik at samme pasienten ikke har refusjonsrett. I en konkurransesituasjon som salg av private tannhelse tjenester befinner seg i, kan denne ulikheten i tolkning av regelverket komme til syne i store prisforskjeller for samme tjenester til samme pasient. Dette fenomenet kan gi seg utslag i at tannlegenes lojalitet til trygdens prinsipper settes på prøve, og reglens tøytes for å kunne tilby pasienter tjenester med lavere egenandeler.

13.4 Pengene må følge pasienten:

Fritt sykehusvalg eller fritt behandlingsvalg som det heter fra 1. November 2015 gir pasienter rett til selv å velge hvor de vil ha undersøkelse og/eller behandling.

(Helsenorge.no, 2015) Dette gjelder ikke for all offentlig støttet tannbehandling.

Dersom pasienter får rettigheter etter tannhelseloven må pasienten benytte tannlege

ved Den offentlige tannhelsetjenesten. Mange respondenter peker på dette som en stor svakhet ved dagens system. Slik regelverket er i dag frafaller også alle trygderettigheter til tannbehandling dersom pasienten får rettigheter etter annen lovgivning. En pasient som har gått til sin faste privatpraktiserende tannlege i en årrekke og hatt refusjonsrett etter ett av de 15 innslagspunktene (se kap 5.2) mister sin rett til trygderefusjon for tannbehandling dersom pasienten får behov for hjemmesykepleie eller andre ytelser som gir han rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten. Pasienten tvinges da til å bytte behandler dersom han ønsker offentlig økonomisk stønad til behandling. Dersom pasienten ikke ønsker dette, men vil fortsette hos sin faste tannlege frafaller trygderefusjonen pasienten tidligere hadde hos den privatpraktiserende tannlegen. Dette oppleves som urimelig for mange både tannleger og pasienter. Flere respondenter ytrer sin frustrasjon over dette gjennom svar i undersøkelsen.

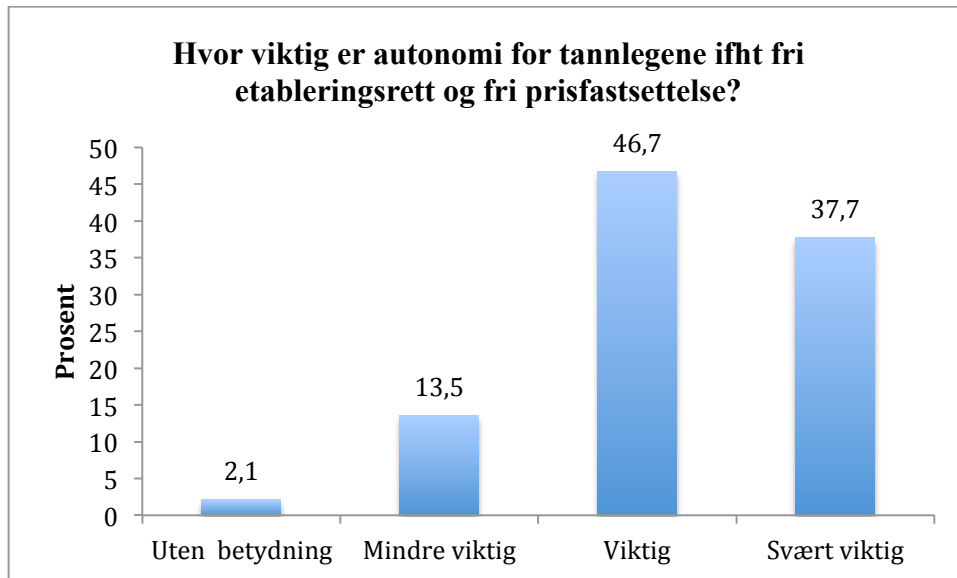
En tannlege med erfaring fra offentlig sektor som ser svakheter med dagens modell sier følgende:

”Stønad bør følge pasienten. Såkalte frie grupper A-E som får fri behandling fra det offentlige, bør heller kunne velge tannlege og dekningen kan f.eks styres via Helfo. Enklere og bedre for folket.”

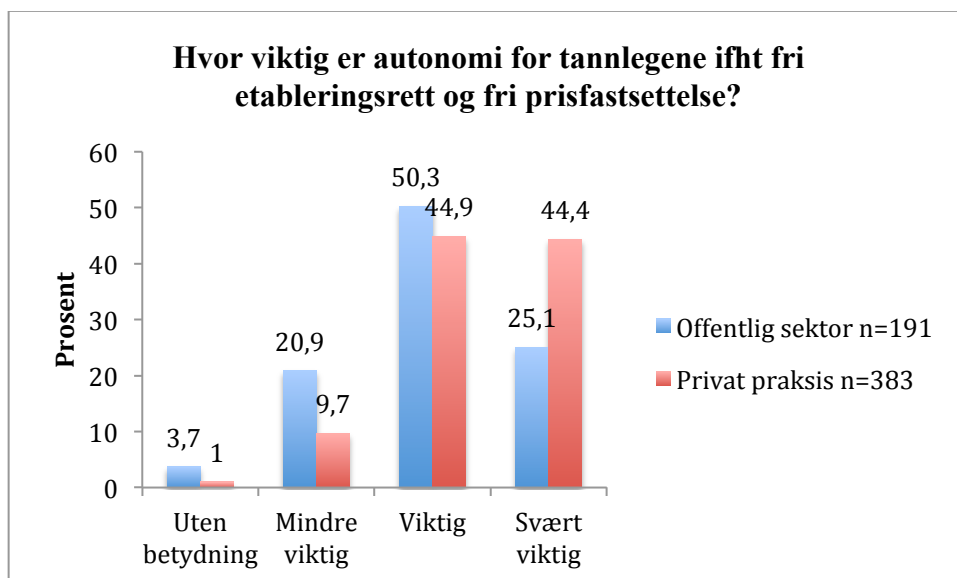
Den norske tannlegeforening vedtok både i 2009 og 2013 policydokument der det står at trygdestønad må følge pasienten og ikke bortfalle som følge av at pasienten har rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten. (NTF, 2013)

13.5 Autonomi:

Det synes som autonomi står sterkt blant tannlegene. Fri etableringsrett og fri prisfastsetting er av stor betydning for tannlegene. Dette er ventede funn, og det er da også sannsynligvis hovedårsaken til at Den norske tannlegeforening ikke arbeider for en større generell utbygning av trygdefinansiering til tannbehandling.



Hele 84,4% svarer at dette er viktig eller svært viktig. Det er noe variasjon blant respondentene og dette kan i hovedsak forklares ut ifra at de offentlig ansatte tannlegene som ventet ser mindre nytte av dette enn de privatpraktiserende. De offentlig ansatte trenger ikke forholde seg til disse elementene på samme måte som privatpraktiserende, da de i hovedsak har ansettelsesforhold i fylkeskommunene og ikke har direkte påvirkning på verken prisnivå eller etableringer. Nesten 25% av de offentlige ansatte mener at autonomi er uten betydning eller mindre viktig. Tilsvarende tall for de privatpraktiserende var 10,7%. Størst forskjell er det imidlertid i andelen som mener det er svært viktig. Hele 44,4% av de privatpraktiserende tannlegene mener autonomi er svært viktig mens 25,1% av de offentlig ansatte mener det samme.

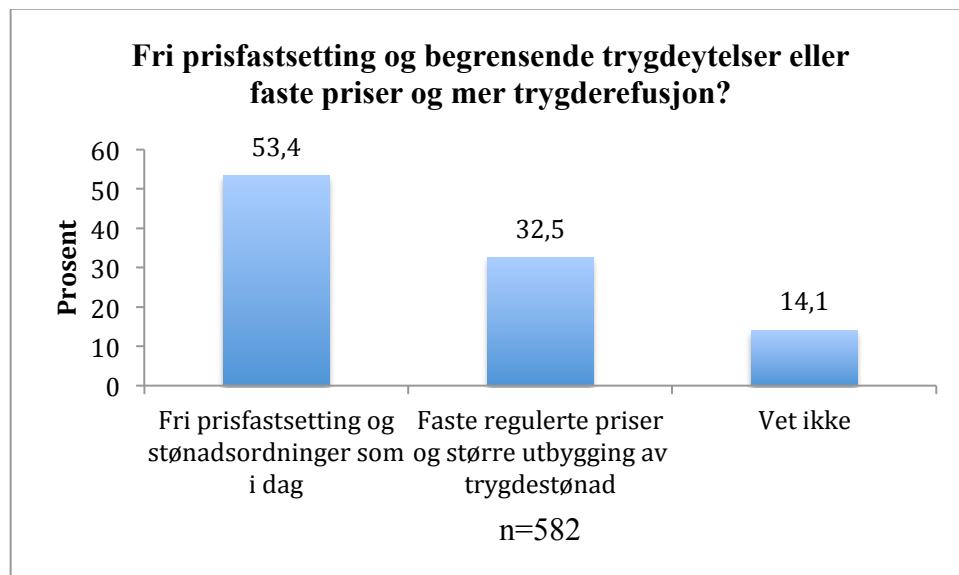


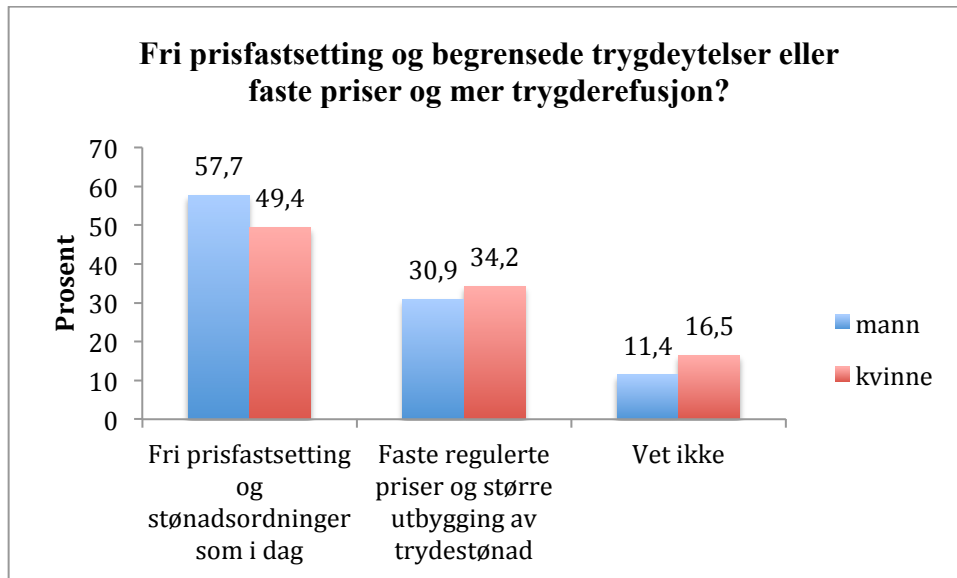
Det registreres ikke variasjon ut ifra bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, geografi, utdanningssted, klinikkstørrelse eller om tannlegene er allmennpraktiserende eller spesialister.

Tannlegene ble bedt om å velge mellom to alternative finansieringsordninger.

1. Tannlegene har fri prisfastsetting og stønadsordninger som i dag.
2. Faste regulerte priser og større utbygging av trygdestønad.

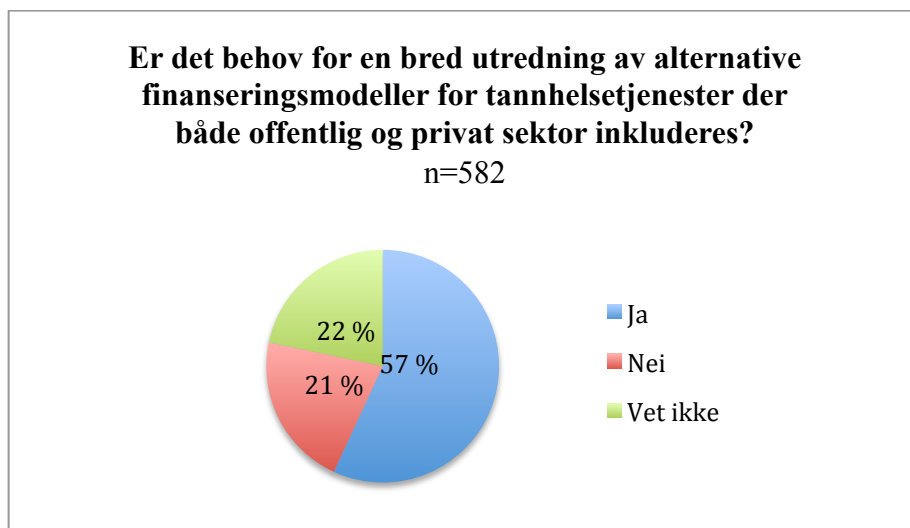
Når autonomi settes opp mot økt trygderefusjon på denne måten ser vi at tannlegestanden er mer splittet i synet på viktigheten av autonomi. Det er imidlertid også her en overvekt som ønsker å opprettholde sin autonomi på bekostning av økte trygderefusjoner, men drøyt en av tre er villige til å gi slipp på denne friheten dersom trygdeytelsene økes for pasientene. Av de som er villige til å gi slipp på selvbestemmelsesrett ifht fri prisfastsetting er det som ventet større andel offentlig ansatte enn privatpraktiserende. Det er også noen flere kvinner enn menn i denne gruppen, mens alder ikke synes å ha påvirkning på dette.



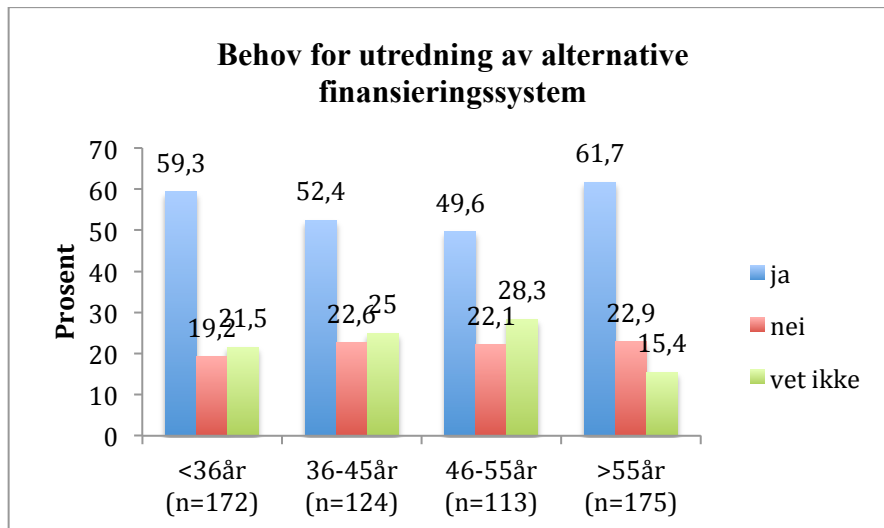


13.6 Alternative finansieringsordninger:

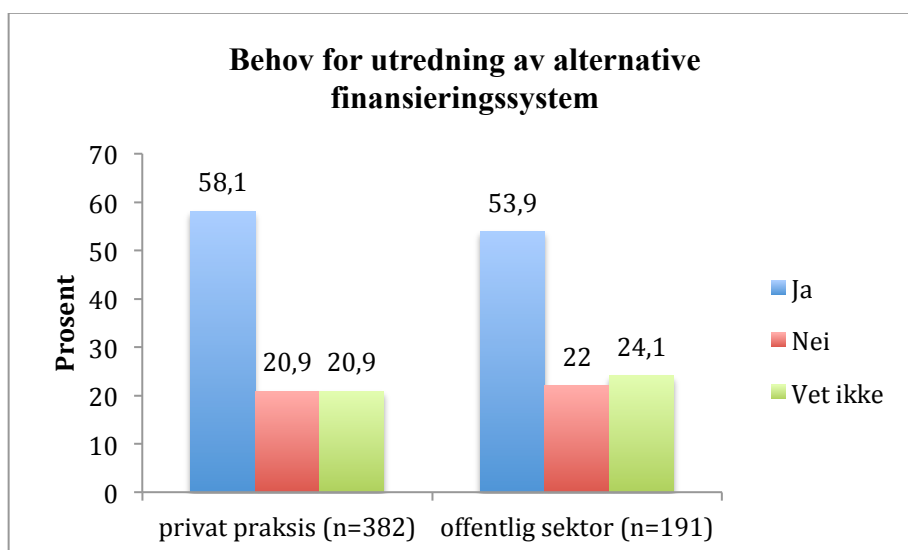
Finansiering av tannhelsetjenester er et aktuelt politisk tema og stadig flere stiller spørsmålstegn ved hvorfor sykdom i munnen finansieres så ulikt sykdom i kroppen ellers. Dette kan gi grunn for å tenke nytt og vurdere andre alternative finansieringsmodeller. Tannlegene fikk spørsmål om de synes du det er behov for en bred utredning av alternative finansieringsmodeller for tannhelsetjenester der både offentlig og privat sektor inkluderes? Sett i lys av at flertallet av respondentene oppgir at de synes dagens finansieringssystem fungerer godt overrasker svaret på dette spørsmålet noe. Hele 56,9 sier at de synes det er behov for en slik utredning. 22% svarer at de ikke vet og kun 21% synes ikke det er behov for slik utredning.



Variasjon i svar er undersøkt for å finne forklaringer på dette ut ifra forklaringsvariabelen uten å finne klare forskjeller. Man kunne tenke seg at alder og erfaring kunne påvirke synet på behovet for utredning, men dette synes ikke å stemme med tallmaterialet:



Behovet for en utredning av alternative finansieringssystemer der både offentlig og privat sektor inkluderes synes heller ikke å avvike mye mellom tannleger i offentlig og privat sektor.



Hvorfor skal man se på alternative måter å finansiere en tannhelsetjeneste i Norge på som etter sigende fungerer så fint? Den norske tannlegeforening trekker stadig fram den norske modellen som en suksesshistorie (NTF, 2015). Det er liten tvil om at tannhelsen i Norge er blitt bedre de siste tiårene, men tannhelsesituasjonen og utfordringene vi står ovenfor endres kontinuerlig og man bør være åpen for at det ikke er sikkert at dagens organisering er det beste for fremtiden. Det er mye som er veldig bra med den norske modellen, men det er alltid mulig med forbedringer. En sunn og kunnskapsbasert debatt om organisering og finansiering av tannhelsetjenester har vært etterlyst. Problemstillingene aktualiseres ytterligere av de vedtatte endringene i Den offentlige tannhelsetjenesten med overflytning fra fylkeskommunalt forvaltningsnivå til kommunalt nivå.

En respondent skriver:

”Det viktigste er at man ser på hele tjenesten, ikke isolerte deler. Det vil si å sette alt i spill i en fullstendig gjennomgang. Det skal ikke være en utredning for verken tannlegene, administrasjonen eller myndighetene. Det skal være en utredning for hva som er best for pasientene.”

Jeg tror mye av årsaken til at så mange respondenter svarer nøytralt på spørsmål om vurdering av finansieringssystemet er at det er usikkerhet knyttet til hvilke alternative finansieringssystem som er aktuelle og hvilke konsekvenser disse vil ha for tannlegene. Det er nærliggende å tro at en større utbygging av offentlig finansiering av tannhelsetjenester til større deler av befolkningen vil kreve regulering av blant annet takstene. Som vi har sett verdsettes selvbestemmelsesretten over eget virke høyt og frykten for å oppgi denne friheten ved et nytt system som man ikke helt vet hva innebærer kan være årsaken til nøytrale svar i vurderingen av dagens status. Dette kan være bakenforliggende årsak til det tilsynelatende paradokset at flertallet synes dagens finansieringssystem fungerer godt samtidig som et flertall ønsker utredning av alternative modeller. Jeg tror mangelen på kunnskap om alternative modeller gir usikkerhet og stort behovet for mer kunnskap gjennom utredning av alternative modeller.

Det kan også være andre faktorer som gjør at utredning av andre modeller er aktuelle i dag. Dette kan være økt konkurransesituasjon både innenlands men også i konkurranse fra utlandet. Økt offentlig finansiering kan øke etterspørselen etter

tannhelsetjenester, noe som vil kunne oppleves som gunstig for tannlegene i et konkurranseutsatt marked.

En mulighet kan være å bygge videre på dagens ordning med trygdefinansiering etter stykkprisprinsippet. Myndighetene kan da bestemme et innslagspunkt for når kostnadene til tannbehandling skal være gratis eller tilnærmet gratis for pasientene. En ordning liknende det man har i Sverige der utgifter over for eksempel 3000 kroner pr kalenderår dekkes delvis av trygden kan være en mulighet. Det er imidlertid noen svakheter ved en slik løsning. Trygden har begrensede muligheter for å kontrollere kostnadene. Omfordelingsvirkningene er også begrenset ved at det ikke er sikkert at en stykkprisfinansiering tilgodeser dem som trenger det mest i tilstrekkelig grad. Pasientene endrer adferd når tannbehandling blir rimeligere ved at etterspørselen øker. (Grytten, 2005) Den økte etterspørselen etter tannhelsetjenester som følge av økt trygdefinansiering kan bli betydelig fordi det for mange pasienter ikke fins noen tydelig øvre grense for hvor mye tannbehandling de kan konsumere. 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. For samme kliniske situasjon kan det være flere fullverdige behandlingsalternativ og disse kan ha store kostnadsforskjeller. Kostnadsforskjellene vil ikke alltid reflektere forskjeller i tannhelsegevinst. (Grytte, 2010) Når behandlingen er gratis er det ingen grunn for pasientene til å velge rimeligste løsning og flere vil helle i retning av mer kostbare løsninger selv om helsegevinsten kan være marginal. Det er i prinsippet to muligheter myndighetene har for å begrense trygdens kostnader. Bruk av egenandeler og/eller detaljerte spesifikasjoner av hvilke type behandling som trygden dekker. I dag har vi som vi tidligere har forklart innslag av begge disse ordningene. Tannbehandling for voksne i Norge er i hovedsak basert på egenbetaling. For pasientgrupper eller behandlingsgrupper som trygden yter stønad til er det i hovedsak knyttet egenandeler. Pasientgruppene og behandlingene er definert i detaljerte spesifikasjoner fra Helse- og omsorgsdepartementet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) For pasientgrupper med høye kostnader til tannbehandling vil ikke bruk av egenandeler være uproblematisk. Selv om alle får samme trygdestønad vil de fattige måtte betale en høyere andel av sin inntekt til tannbehandling. Dette kan føre til at denne gruppen

nedprioriterer tannhelse. Ut ifra et fordelingssynspunkt må derfor innslagspunktet ikke settes for høyt, eller ikke ha for høye egenandeler. Alternativet med å lage detaljerte forskrifter over hvilke ytelser som skal inkludere i trygdestønad er heller ikke uten problemer. Hovedproblemet med dette er at forskriftene kan bli så detaljerte og innviklede at det blir vanskelig å forholde seg til både for pasient og behandler. Et slikt system krever mye administrasjon i utarbeidelse av retningslinjer, kontroll og revisjon. Slike system krever også at tannlegene har høy lojalitet til trygdens prinsipper både ved å holde seg orientert om regelverket og følge anvisningene. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) Vi ser at slik systemet er i dag tolkes og anvendes tekstheftet og regelverket ulikt mellom tannleger og dette kan føre til forskjeller i behandlingstilbudet til den enkelte pasient. Vi kan tenke oss at det ble innført et innslagspunkt for egenandelstak der alle utgifter over 3000 kroner pr kalenderår ble dekket av trygden.

Grytten lanserer en alternativ finansieringsmodell der tannlegene får et begrenset populasjonsansvar, for eksempel for alle personer over 67år. Dette har den fordelen at tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten sikres for mange av de tunge pasientgruppene som befinner seg i denne aldersgruppen. Dersom tannlegene også får budsjettansvar for trygdemidlene, ivaretas også muligheten for kostnadskontroll, samtidig som tannlegens profesjonelle og faglige autonomi i den kliniske utøvelsen av faget ivaretas. (Grytten, 2010) Med en ren stykkprisfinansiering uten at tannlegene har et populasjonsansvar er man ikke garantert at de pasientgruppene som trenger det mest, får den nødvendige behandlingen. I verste fall kan eksisterende ulikheter i behandlingstilbudet forsterkes. (Grytte, 2010)

Man kan også tenke seg en total omlegging av dagens system der alle pasientgrupper som det skal ytes stønad til innlemmes i trygdefinansieringen gjennom Helforefusjoner, og at alle pasienter både barn, voksne og eldre får fritt behandlingsvalg og selv kan velge behandlere i privat eller offentlig sektor.

Medlemsundersøkelsene utført av NTF referert innledningsvis tegner et bilde av en medlemsmasse som ser manglende offentlig finansiering som et moderat problem og ønsker økt offentlig finansiering ved at tannbehandling bør bli ”gratis” på samme måte som hos legene. Dette hovedtrekket stemmer med data fra denne undersøkelsen der flertallet er fornøyd med dagens situasjon, men samtidig ønsker de endring i form av

egenandelstak og ikke minst utredning av alternative finansieringsmodeller. Verdssettelsen av autonomi og frykten for det ukjente kan ligge til grunn for mange nøytrale svar både i min undersøkelse og i NTF sine medlemsundersøkelser.

14 Avsluttende diskusjon og konklusjon:

Ved gjennomgang av aktuell litteratur synes det å være en historisk forklaring på hvorfor tannhelsetjenester finansieres etter andre modeller enn de fleste andre helsetjenester i Norge. Dette kan trekkes tilbake til tidlig 1900-tall og Lov om sykeforsikring av 1909. Det ble gjennom denne lov gitt refusjon for tannekstraksjoner utført av tannlege eller lege dersom årsaken var smerte og/eller betennelse.

Behandling av smerte og infeksjon var legenes felt og øvrig tannbehandling ble sett på som reparativt håndverk og ikke medisinsk behandling. Ved senere offentlig satsning på tannhelse ble folketannrøkt og skoletannlege prioritert på bekostning av trygd til vanlig tannbehandling for befolkningen generelt. Dette skillet har bestått gjennom historien frem til i dag, dog med unntak av en gradvis utbygging av trygdestønad til spesielt utsatte grupper og noen spesifikke sykdommer/skader i tenner og munnhule.

Tannhelse ansees nå som en del av den generelle helsen og det er økende fokus på oral helses innvirkning på øvrig somatisk og psykisk helse. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom samarbeid mellom Den norske tannlegeforening og Diabetesforbundet samt med Norsk psykiatrisk forening. (NTF, 2016) (Steinum, 2015) Til tross for erkjennelsen av tannbehandling som helsetjeneste og oral helses betydning for ikke bare munnhelse, men også generell helse, har forskjellene i finansieringssystem mellom tannhelsetjenester og øvrige helsetjenester bestått. Det er riktignok de senere år blitt noe mer økonomisk stønad til pasientgrupper med spesielle behov ved utvidelse av trygdesystemet. Denne utvidelsen synes imidlertid ikke å være tilstrekkelig og flertallet av tannlegene som har besvart undersøkelsen peker på at det fortsatt er pasientgrupper med spesielt stort behov for tannbehandling som faller utenfor refusjonsordningen. Det synes å være en felles ønske i befolkningen, blant politikere og blant tannlegene om økt offentlig finansering av tannhelsetjenester.

Tannlegene er generelt godt fornøyd med dagens finansieringssystem, men samtidig ønsker de endring i form av egenandelstak og ikke minst utredning av alternative finansieringsmodeller. Tannlegene ønsker en grundig utredning av alternative finansieringsmodeller for tannhelsetjenester der både offentlig og privat sektor inngår. Det er noe variasjon i besvarelsene men variasjonen kan i liten grad forklares ut ifra bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanningssted, allmennpraktiserende tannlege eller spesialist, offentlig eller privat sektor, geografi, klinikkstørrelse eller om tannlegene jobber i fellesskap med andre helseprofesjonelle. Det er et stort antall som svarer nøytralt på spørsmål om vurdering av finansieringssystemene. En forklaring kan være at alternative finansieringsordninger og konsekvenser av disse ikke fremstår konkret og at det derfor er vanskelig å vurdere dagens ordning uten noe alternativt referansegrunnlag.

Det er liten tvil om at tannhelsetilstanden i befolkningen har blitt betydelig bedre tiår for tiår og at flere barn og unge er kariesfrie idag. Mange års fluorbruk har gitt et skifte i tannhelsen og behovet for omfattende tannbehandling er synkende. Selv om den norske modellen ofte blir trukket frem som en suksesshistorie kan det være behov for å se på om dette fortsatt er den beste modellen for finansiering av tannhelsetjenester i Norge sett i lys av det stadig fallende behovet for tannbehandling. Tannlegene ønsker et tak på egenbetaling pr år for tannbehandling og nivået på slikt egenbetalingstak bør være i størrelsesorden 3000 kroner pr år.

Tannlegenes autonomi står fortsatt sterkt og retten til fri etablering og fri prisfastsetting er av stor betydning. Verdsettelsen av autonomi og frykten for det ukjente kan være forklaringen på skepsis til alternative finansieringsordninger med uklare konsekvenser.

Det er rett til fritt behandlingsvalg i Norge. Slike rettigheter er ikke gjeldene for tannbehandling for alle pasienter. Barn og unge, pasienter på institusjon eller med hjemmesykepleie mfl (se kapittel 5.1 for oversikt) har ikke rett til fritt behandlingsvalg for tannbehandlingen. Disse gruppene har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten og må benytte behandling der dersom de skal motta offentlig stønad til tannbehandlingen.

Tannlegene ønsker fritt behandlervalg også for tannhelsetjenester spesielt ved at pasienter med trygderettigheter kan beholde disse rettighetene selv om de får

rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten. Flere stiller også spørsmål om ikke retten til fritt behandlervalg burde gjelde for alle pasienter også hos tannlegen slik at både barn og unge kan velge behandler fritt uten å gi avkall på økonomiske rettigheter.

Det er behov for en bred utredning av alternative finansieringsmodeller for tannhelsetjenesten der både offentlig og privat sektor inkluderes. Det er ikke sikkert at den norske modellen fortsatt er en suksess eller om den kun hviler på meritter fra en tid da tannhelsesituasjonen og utforingene var annerledes.

Tannlegene er positive til utredning av alternative organiserings og finansieringssystemer for tannhelsetjenester i Norge. Det er behov for mer kunnskap om forbruk av tannhelsetjenester i privat sektor og om alternative modeller for organisering og finansering av tannhelsetjenester i Norge.

15 Litteraturliste:

- Arbeids- og sosialdepartementet. (1997). Lov om folketrygd (folketrygdloven).
from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven>
- Den norske legeforening. (2011). Legeforeningens høringsuttalelse oom tannhelsetjenesten.
- Den norske tannlegeforening. (2016). Nesten 70% av den norske befolkning ønsker mer offentlig støtte til tannhelse. Retrieved 26.04.2016, 2016
- E Widstöm, N. K., R Nordengren, M Bergdahl, H Eriksen, E Fabrikant. (2010). Oral health care and dental treatment needs in the Barents region. *International journal of circumpolar helath*, 69(5), 486-499.
- Ekornrud, T., & Mathiesen Wilberg, M. (2012). Quality indicators in oral health care: A nordic project. *Report IS-0375 - Helsedirektoratet*.
- Ekornrud, T., Skjøstad, O., & Texmon. (2015). Utgifter til behandling hos tannlege - ein sosioøkonomisk analyse av vaksne mottakarar av folketrygdrefusjonar.
- Erichsen, V. (1990a). God fagforeningspolitikk er å ta hensyn til samfunnsinteressene. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 100, 573-575.
- Erichsen, V. (1990b). Professionalisation and public policy variations. The case og dental care in Britain and Norway. *Doktorgradsavhandling Univeristetet i Bergen 1990*.

- Eriksen, H., Koll-Frafjord, I., & Heier, I. (2004). Diagnostikk og behandlingsplanlegging. Eksempler på variasjon i forslag til tannbehandling. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 114, 554-559.
- Galåen, T. (2014). Trygd som treffer. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 124, 574-575.
- Grytte, J. (2010). Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten - en oversikt. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 120, 308-315.
- 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., Holst, D., & Laake, P. (1993). Accessibility of dental services according to family income in a noninsured population. *Soc Sic Med* 1993; 37: 1501-8.
- Hansen Steinum, C. (2016a). [President i Den norske tannlegeforening].
- Hansen Steinum, C. (2016b). Presidenten har ordet - "Spørrelyst og viljen til å svare". *Nor Tannlegeforening Tidende*, 126, 7.
- Helse og omsorgsdepartementet, H. (1997). NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet, H. (1983). Lov om tannhelsetjenester (tannhelsetjenesteloven). *Lovdata.no*. from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=tannhelsetjenesteloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2015a). *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015 - Rundskriv 1-2/2014*. <https://http://www.regjeringen.no/contentassets/0aad0a7e66224ce88702dbc0454a288d/folketrygdens-stonad-til-dekning-av-utgifter-til-tannbehandling-for-2015.pdf>.
- Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2016 - Rundskriv I-8/2015 (2015b).
- Helsedirektoratet. (2015). Folketrygdens utgifter til tannbehandling i 2014 og prognose for 2015. helsedirektoratet.no.
- Helsenorge.no. (2015). Fritt behandlingsvalg.
- 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.
- Holmen, T. (2016).
- Holst, D. (1982). Third party payment in dentistry. An analysis of third party payment system and of system determinants. *Doktorgradsavhandling Univeristetet i Oslo 1982*.
- Holst, D. (1986). Bruk av trygdemidler i tannhelsetjenesten. *Vedlegg nr 1 til NOU 1986:25 Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid*.
- Holst, D. (2004). Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år? *Nor Tannlegeforening Tidende*, 114, 168-176.

- Holst, D., & Grytten, J. (1997). Tannbehandling i Norge 1973 til 1995 - fra sykdomsbehandling til tjenesteyting. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 107, 554-559.
- Holst, D., Grytten, J., & Skau, I. (2005). Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 115, 212-216.
- Holt, C. (2013). Brugen af og betalingen for tandpleje i Danmark, Sverige og Norge. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 123, 12-18.
- NTF, D. n. t. (2013). Policydokument om NTFs syn på fremtidens tannhelsetjeneste. <http://tannlegeforeningen.no/ViewFile.aspx?id=5151>.
- NTF, D. n. t. (2015). Grundigere utredning før konklusjonen trekkes [Press release]. Retrieved from <http://www.tannlegeforeningen.no/ViewFile.aspx?id=5779>
- NTF, D. n. t. (2016). God munnhelse er viktig for hele kroppen [Press release]. Retrieved from <https://http://www.mynewsdesk.com/no/tannlegeforeningen/pressreleases/god-munnhelse-er-viktig-for-hele-kroppen-1340454>
- Risjord, M., Dunbar, S., & Moloney, M. (2002). A new foundation for methodological triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 269-272.
- Røykenes, K. (2008). Metodetriangulering - et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Sykepleien Forskning*, 4, 224-226.
- Sollund, A. (1984). *Den norske tannlegeforening gjennom 100år* Den norske tannlegeforening.
- Sosialdepartementet. (1974). *Stortingsmelding nr 111 (1973-74) Om den offentlige tannhelsetenesta*.
- SSB Statistisk sentralbyrå. (2015). Tannhelsetenesta, 2014.
- Steinum, C. H. (2015). Munnhelsedagen markeres 20. Mars. *Nor Tannlegeforening Tidende*, 125, 243.
- Stenvik, R. (2009). Fra tannlegekunst til helseprofesjon - Den norske tannlegeforening i 125 år.
- Stortingsmelding. (2006-2007). *Stortingsmelding nr 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Chronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53-55.
- Tessem, S. (2013). Hvem er de som trenger det mest? *Nor Tannlegeforening Tidende*, 123, 284-286.
- TNSGallup. (2016). TNS Gallups Helsepolitiske barometer 2016. Retrieved 26.04.2016, 2016

16 Appendiks 1

16.1 Forklaringsvariabler:

kjønn	antall	prosent
Menn	313	53,8
Kvinner	269	46,2
Alder:		
<36år	164	28,2
36-45år	122	21
46-55år	109	18,7
>55 år	187	32,1

Utdanning:

Allmennpraktiserende tannlege eller spesialist	antall	prosent
Allmennpraktiserende	511	87,8
Spesialister totalt	71	21,2
Spesialist i oral kirurgi / kjevekirurgi	10	1,7
Spesialist i kjeveortopedi	27	4,6
Spesialist i endodonti	9	1,5
Spesialist i protetik	9	1,5
Spesialist i periodonti	10	1,7
Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi	2	0,3
Spesialist i pedodonti	3	0,5
Spesialist i klinisk odontologi	1	0,2
Spesialist i kariologi	0	0
Sted for tannlegeutdanninge (grunnutdanninge, ikke evt spesialistutdanninge)		
Universitetet i Oslo	245	42,1
Universitetet i Bergen	216	37,1

Universitetet i Tromsø	27	4,6
Sverige	21	3,6
Danmark	10	1,7
Tyskland	23	4
Polen	11	1,9
Øvrige land i Europa	27	4,6
Land utenfor Europa	2	0,3

Arbeidsforhold:

Offentlig eller privat sektor.	antall	prosent
Privat tannlegepraksis	392	67,4
Offentlig sektor	183	31,4
Ønsker ikke å svare	7	1,2

Arbeidsforhold i privat sektor	antall	prosent av total
Assistenttannlege / kontraktør	108	18,6
Ansatt tannlege	13	2,2
Praksiseier	271	46,6

Arbeidsted i offentlig sektor	antall	prosent av total
Den offentlige tannhelsetjenesten	161	27,8
Tannhelsetjenestens kompetansesenter	5	0,9
Universitet	11	1,9
De regionale helseforetakene	5	0,9

Geografi:

Hvilket fylke jobber du i?	antall	prosent
Akershus	50	8,6
Aust-Agder	25	4,3
Buskerud	26	4,5
Finnmark	10	1,7
Hedmark	21	3,6
Hordaland	63	10,8
Møre- og Romsdal	23	4
Nordland	30	5,2

Nord-Trøndelag	7	1,2
Oppland	22	3,8
Oslo	82	14,1
Rogaland	60	10,3
Sogn og Fjordane	15	2,6
Sør-Trøndelag	28	4,8
Telemark	21	3,6
Troms	31	5,3
Vest-Agder	18	3,1
Vestfold	25	4,3
Østfold	23	4
Svalbard	1	0,2
Utlandet	1	0,2

kommunestørrelse antall innbyggere	antall	prosent
1000-1999	3	0,5
2000-2999	9	1,5
3000-3999	12	2,1
4000-4999	20	3,4
5000-7499	41	7
7500-9999	22	3,8
10000-19999	87	14,9
20000-49999	131	22,5
50000 eller flere innbyggere	240	41,2

Klinikkstørrelse:	antall	prosent
Solopraksis	88	15,1
Gruppepraksis 2-5 tannleger	383	65,8
Praksis med mer enn 5 tannleger	98	16,8
jobber ikke i klinikk	13	2,2
Arbeider i fellesskap med andre helseprofesjonelle utenfor tannhelsefeltet		
Ja	84	14,4
Nei	498	85,6

17 Spørreskjema:

Finansiering av tannhelsetjenester – hva ønsker egentlig tannlegene?

Dette er en spørreundersøkelse som går ut til alle yrkesaktive tannleger med medlemskap i Den norske tannlegeforening. Hensikten med undersøkelsen er å skaffe kunnskap om tannlegers holdninger til hvordan tannhelsetjenester bør finansieres. Dette temaet er stadig relevant, og undersøkelsen vil forsøke å gi nyttig bakgrunnsinformasjon i denne debatten.

Undersøkelsen gjøres som del av en masteroppgave i ledelse ved Universitetet i Agder.

Bak masteroppgaven står tannlege Vegard Ildahl Berg under veiledning av førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen ved Universitetet i Agder.

Spørreundersøkelsen er anonym og tar ca 5 minutter å gjennomføre. Undersøkelsen er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dersom flere svaralternativ er aktuelle i enkelte spørsmål, ber jeg om at du svarer ut ifra det som er mest relevant f.eks ut ifra der du arbeider mest.

1. Kjønn

- (1) Mann
- (2) Kvinne

2. Alder

3. Hvor har du tatt din tannlegeutdanning (grunnutdanning, ikke eventuell spesialistutdanning)?

- (1) Oslo
- (2) Bergen
- (3) Tromsø
- (4) Sverige
- (5) Danmark
- (6) Tyskland
- (7) Polen

- (8) Øvrige land i Europa
- (9) Land utenfor Europa

4. Hvilket fylke arbeider du i?

- (1) Akershus
- (2) Aust-Agder
- (3) Buskerud
- (4) Finnmark
- (5) Hedmark
- (6) Hordaland
- (7) Møre og Romsdal
- (8) Nordland
- (9) Nord-Trøndelag
- (10) Oppland
- (11) Oslo
- (12) Rogaland
- (13) Sogn og Fjordane
- (14) Sør-Trøndelag
- (15) Telemark
- (16) Troms
- (17) Vest-Agder
- (18) Vestfold
- (19) Østfold
- (20) Svalbard
- (21) Utlandet

5. Hvor stor er kommunen du arbeider i?

- (1) 0-999 innbyggere
- (2) 1000-1999 innbyggere
- (3) 2000 - 2999 innbyggere
- (4) 3000 -3999 innbyggere
- (5) 4000 - 4999 innbyggere
- (6) 5000 - 7499 innbyggere

- (7) 7500 - 9999 innbyggere
- (8) 10000 - 19999 innbyggere
- (9) 20000 - 49999 innbyggere
- (10) over 50000 innbyggere
- (11) Vet ikke

6. Er du allmenntannlege eller spesialist?

- (1) Allmennpraktiserende tannlege
- (2) Spesialist i oral kirurgi / kjevekirurgi
- (3) Spesialist i kjeveortopedi
- (4) Spesialist i protetik
- (5) Spesialist i endodonti
- (6) Spesialist i periodonti
- (7) Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
- (8) Spesialist i pedodonti
- (9) Spesialist i kariologi
- (10) Spesialist i klinisk odontologi

Noen jobber i kombinerte stillinger. Hvis flere alternativ er aktuelle i de følgende spørsmålene skal du svare ut ifra det alternativet du jobber flest antall timer pr uke.

7. Hvilken type arbeidsform har du i hovedsak?

- (1) Klinisk
- (2) Administrativt
- (3) Undervisning
- (4) Annet

8. Arbeider du hovedsakelig i privat eller offentlig sektor?

- (1) Privat tannlegepraksis
- (2) Offentlig sektor
- (3) Annet

8.1 Hva slags arbeidsforhold har du?

- (1) Assistent tannlege / kontraktørtannlege
- (2) Ansatt tannlege
- (3) Praksiseier

8.2 Hvilken del av offentlig sektor arbeider du i?

- (1) Den offentlige tannhelsetjenesten
- (2) Tannhelsetjenestens kompetansesenter
- (3) Universitet
- (4) De regionale helseforetakene
- (5) Kommunehelsetjenesten
- (6) Annet

9. Hva slags type klinikk arbeider du i?

- (1) Solopraksis
- (2) Gruppepraksis med 2-5 tannleger
- (3) Større praksis med mer enn 5 tannleger
- (4) Jobber ikke i klinikk

10. Arbeider du i fellesskap med andre helseprofesjonelle utenfor tannhelsefeltet?

- (1) Nei
- (2) Ja

11. Hvordan vurderer du at dagens ordning med stønad til tannbehandling fra Helfo gjennom folketrygdloven §5-6 fungerer?

- (1) Meget godt
- (2) Godt
- (3) Mindre godt
- (4) Dårlig
- (5) Kjenner ikke ordningen

12. I hvor stor grad synes du Helfos refusjonsordning fungerer utfra en målsetning om å gi stønad til de som har størst tannhelsebehov?

- (1) I stor grad
- (2) I noen grad
- (3) I mindre grad
- (4) I liten grad
- (5) Kjenner ikke ordningen

13. Har du andre kommentarer du vil utdype med tanke på Helfos refusjonsordning eller tanker om hva som fungerer godt eller mindre godt?

Spørsmål 14 og 15 gjelder pasientgruppene uten rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

14. Hvordan vurderer du dagens fordeling mellom trygdefinansiering og egenbetaling for tannhelsetjenester?

- (3) Fordelingen er meget god
- (4) Fordeling er god
- (5) Fordelingen er mindre god
- (6) Fordeling er dårlig
- (7) Vet ikke

14.1 Har du tanker om hva som eventuelt kan gjøres annerledes?

15. Hva synes du vil være riktig nivå på egenbetaling per år for sykdomsbegrunnet tannbehandling?

- (1) Angi beløp: _____
- (2) Ikke tak på egenbetaling

En eventuell utbygging av trygdesystemet til å dekke større deler av tannhelsetjenestene vil kunne bety at tannlegers autonomi (selvbestemmelsesrett) svekkes ved at fri prisfastsetting med mer kan opphøre.

16. Hvor viktig synes du tannlegenes autonomi er ifht. fri prisfastsetting?

- (1) Svært viktig
- (2) Viktig
- (3) Mindre viktig
- (4) Uten betydning

17. Hvor viktig synes du tannlegenes autonomi er knyttet til fri etableringsrett?

- (1) Svært viktig
- (2) Viktig
- (3) Mindre viktig
- (4) Uten betydning

18. Hva vil du foretrekke av det følgende?

- (1) Tannlegene har fri prisfastsetting og stønadsordninger (Helfo refusjoner) slik det er i dag.
- (2) Faste regulerte priser på tannhelsetjenester og en større utbygging av trygdestønad til tannbehandling med mindre egenbetaling.

(3) Vet ikke/ønsker ikke å svare

19. Man kan tenke seg mange alternative finansieringsmodeller for tannhelsetjenester. Synes du det er behov for en bred utredning av alternative finansieringsmodeller for tannhelsetjenester der både offentlig og privat sektor inkluderes?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

20. Har du andre kommentarer til hvordan du erfarer at dagens finansieringsmodell fungerer og eventuelle forslag til forbedringer?

Takk for din besvarelse!

Svarene er nå lagret, og du kan lukke skjemaet.

Mvh

Vegard Ildahl Berg

18 Utdrag fra noen statistiske beregninger med krystabeller

Vurdering av dagens ordning * Vektet variabel for kjønn Crosstabulation

			kjønn		Total
			Mann	Kvinne	
Vurdering av dagens ordning	Ordnningen fungerer mindre godt	Antall	22	13	35
		% av kjønn	8,1%	4,2%	6,0%
		% av total	3,8%	2,2%	6,0%
	Hverken godt eller dårlig	Antall	96	106	202
		% av kjønn	35,2%	34,2%	34,6%
		% av total	16,5%	18,2%	34,6%
	Ordnningen fungerer godt	Antall	132	167	299
		% av kjønn	48,4%	53,9%	51,3%
		% av total	22,6%	28,6%	51,3%
	Ordnningen fungerer svært godt	Antall	23	24	47
		% av kjønn	8,4%	7,7%	8,1%
		% av total	3,9%	4,1%	8,1%
Total	Antall	273	310	583	
	% av kjønn	100,0%	100,0%	100,0%	
	% av total	46,8%	53,2%	100,0%	

Vurdering av dagens ordning * alder i 4 kategorier Crosstabulation

			alder i 4 kategorier				Total
			<36	36-45	46-55	>55	
Vurdering av dagens ordning	Ordnningen fungerer mindre godt	Antall	7	6	8	14	35
		% av total	1,2%	1,0%	1,4%	2,4%	6,0%
	Hverken godt eller dårlig	Antall	58	43	48	53	202
		% av total	10,0%	7,4%	8,2%	9,1%	34,7%
	Ordnningen fungerer godt	Antall	95	63	44	97	299
		% av total	16,3%	10,8%	7,6%	16,7%	51,4%
	Ordnningen fungerer svært godt	Antall	12	12	12	10	46
		% av total	2,1%	2,1%	2,1%	1,7%	7,9%
	Total	Antall	172	124	112	174	582
		% av total	29,6%	21,3%	19,2%	29,9%	100,0%

Vurdering av dagens ordning * utdannet i Norge eller utlandet Crosstabulation

			utdannet i Norge eller utlandet		Total
			Norge	Utlandet	
Vurdering av dagens ordning	Ordningen fungerer mindre godt	Antall	27	8	35
		% of Total	4,6%	1,4%	6,0%
	Hverken godt eller dårlig	Antall	160	41	201
		% of Total	27,5%	7,0%	34,5%
	Ordningen fungerer godt	Antall	264	35	299
		% of Total	45,4%	6,0%	51,4%
	Ordningen fungerer svært godt	Antall	37	10	47
		% of Total	6,4%	1,7%	8,1%
Total	Antall	488	94	582	
	% of Total	83,8%	16,2%	100,0%	

4. Hvilket fylke arbeider du i? * Vurdering av dagens ordning Crosstabulation

			Dagens ordning fungerer				Total
			mindre godt	hverken godt eller dårlig	godt	svært godt	
4. Hvilket fylke arbeider du i?	Akershus	Count	5	13	28	6	52
		% within row	9,6%	25,0%	53,8%	11,5%	100,0%
		% within column	14,3%	6,5%	9,3%	12,8%	8,9%
		% of Total	0,9%	2,2%	4,8%	1,0%	8,9%
	Aust-Agder	Count	1	11	10	3	25
		% within row	4,0%	44,0%	40,0%	12,0%	100,0%
		% within column	2,9%	5,5%	3,3%	6,4%	4,3%
		% of Total	0,2%	1,9%	1,7%	0,5%	4,3%
	Buskerud	Count	1	13	12	0	26
		% within row	3,8%	50,0%	46,2%	0,0%	100,0%
		% within column	2,9%	6,5%	4,0%	0,0%	4,5%
		% of Total	0,2%	2,2%	2,1%	0,0%	4,5%
	Finnmark	Count	2	4	4	0	10
		% within row	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% within column	5,7%	2,0%	1,3%	0,0%	1,7%
		% of Total	0,3%	0,7%	0,7%	0,0%	1,7%
Hedmark	Count	3	4	12	2	21	
	% within row	14,3%	19,0%	57,1%	9,5%	100,0%	

	% within collum	8,6%	2,0%	4,0%	4,3%	3,6%
	% of Total	0,5%	0,7%	2,1%	0,3%	3,6%
Hordaland	Count	2	31	26	1	60
	% within row	3,3%	51,7%	43,3%	1,7%	100,0%
	% within column	5,7%	15,4%	8,6%	2,1%	10,3%
	% of Total	0,3%	5,3%	4,5%	0,2%	10,3%
Møre og Romsdal	Count	2	7	10	4	23
	% within row	8,7%	30,4%	43,5%	17,4%	100,0%
	% within column	5,7%	3,5%	3,3%	8,5%	3,9%
	% of Total	0,3%	1,2%	1,7%	0,7%	3,9%
Nordland	Count	4	7	16	3	30
	% within row	13,3%	23,3%	53,3%	10,0%	100,0%
	% within column	11,4%	3,5%	5,3%	6,4%	5,1%
	% of Total	0,7%	1,2%	2,7%	0,5%	5,1%
Nord-Trøndelag	Count	0	3	3	1	7
	% within row	0,0%	42,9%	42,9%	14,3%	100,0%
	% within column	0,0%	1,5%	1,0%	2,1%	1,2%
	% of Total	0,0%	0,5%	0,5%	0,2%	1,2%
Oppland	Count	0	5	14	3	22
	% within row	0,0%	22,7%	63,6%	13,6%	100,0%
	% within column	0,0%	2,5%	4,7%	6,4%	3,8%
	% of Total	0,0%	0,9%	2,4%	0,5%	3,8%
Oslo	Count	1	32	42	9	84
	% within row	1,2%	38,1%	50,0%	10,7%	100,0%
	% within column	2,9%	15,9%	14,0%	19,1%	14,4%
	% of Total	0,2%	5,5%	7,2%	1,5%	14,4%
Rogaland	Count	1	16	35	8	60
	% within row	1,7%	26,7%	58,3%	13,3%	100,0%
	% within column	2,9%	8,0%	11,6%	17,0%	10,3%
	% of Total	0,2%	2,7%	6,0%	1,4%	10,3%
Sogn og Fjordane	Count	1	5	7	2	15
	% within row	6,7%	33,3%	46,7%	13,3%	100,0%
	% within column	2,9%	2,5%	2,3%	4,3%	2,6%
	% of Total	0,2%	0,9%	1,2%	0,3%	2,6%
Sør-Trøndelag	Count	1	13	14	0	28
	% within row	3,6%	46,4%	50,0%	0,0%	100,0%
	% within column	2,9%	6,5%	4,7%	0,0%	4,8%
	% of Total	0,2%	2,2%	2,4%	0,0%	4,8%

Telemark	Count	1	4	13	1	19
	% within row	5,3%	21,1%	68,4%	5,3%	100,0%
	% within column	2,9%	2,0%	4,3%	2,1%	3,3%
	% of Total	0,2%	0,7%	2,2%	0,2%	3,3%
Troms	Count	7	10	14	2	33
	% within row	21,2%	30,3%	42,4%	6,1%	100,0%
	% within column	20,0%	5,0%	4,7%	4,3%	5,7%
	% of Total	1,2%	1,7%	2,4%	0,3%	5,7%
Vest-Agder	Count	1	7	10	1	19
	% within row	5,3%	36,8%	52,6%	5,3%	100,0%
	% within column	2,9%	3,5%	3,3%	2,1%	3,3%
	% of Total	0,2%	1,2%	1,7%	0,2%	3,3%
Vestfold	Count	2	10	13	0	25
	% within row	8,0%	40,0%	52,0%	0,0%	100,0%
	% within column	5,7%	5,0%	4,3%	0,0%	4,3%
	% of Total	0,3%	1,7%	2,2%	0,0%	4,3%
Østfold	Count	0	6	16	1	23
	% within row	0,0%	26,1%	69,6%	4,3%	100,0%
	column	0,0%	3,0%	5,3%	2,1%	3,9%
	% of Total	0,0%	1,0%	2,7%	0,2%	3,9%
Svalbard	Count	0	0	1	0	1
	% within row	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	% within column	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
Utlandet	Count	0	0	1	0	1
	% within row	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	% within column	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
Total	Count	35	201	301	47	584
	% within row	6,0%	34,4%	51,5%	8,0%	100,0%
	% within column	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	6,0%	34,4%	51,5%	8,0%	100,0%

Vurdering av dagens ordning * Kommunestørrelse Crosstabulation

			Kommunestørrelse		Total
			< 50 000 innbyggere	50 000 eller flere innbyggere	
Vurdering av dagens ordning	Ordningen fungerer mindre godt	Count	20	12	32
		% within row	62,5%	37,5%	100,0%
		% within column	6,2%	5,0%	5,7%
		% of Total	3,5%	2,1%	5,7%
	Ordningen fungerer verken godt eller dårlig	Count	112	85	197
		% within row	56,9%	43,1%	100,0%
		% within column	34,5%	35,3%	34,8%
		% of Total	19,8%	15,0%	34,8%
	Ordningen fungerer godt	Count	168	123	291
		% within row	57,7%	42,3%	100,0%
		% within column	51,7%	51,0%	51,4%
		% of Total	29,7%	21,7%	51,4%
Ordningen fungerer svært godt	Count	25	21	46	
	% within row	54,3%	45,7%	100,0%	
	% within column	7,7%	8,7%	8,1%	
	% of Total	4,4%	3,7%	8,1%	
Total	Count	325	241	566	
	% within row	57,4%	42,6%	100,0%	
	% within column	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	57,4%	42,6%	100,0%	

Vurdering av dagens ordning * allmenn eller spesialist Crosstabulation

			allmenn eller spesialist		Total
			allmenn	spesialist	
Vurdering av dagens ordning	Ordningen fungerer mindre godt	Count	29	6	35
		% within row	82,9%	17,1%	100,0%
		% within column	5,6%	8,8%	6,0%
		% of Total	5,0%	1,0%	6,0%
Vet ikke	Count	178	24	202	
	% within row	88,1%	11,9%	100,0%	

	% within column	34,6%	35,3%	34,7%
	% of Total	30,6%	4,1%	34,7%
Ordringen fungerer godt	Count	273	26	299
	% within row	91,3%	8,7%	100,0%
	% within column	53,1%	38,2%	51,4%
	% of Total	46,9%	4,5%	51,4%
Ordringen fungerer svært godt	Count	34	12	46
	% within row	73,9%	26,1%	100,0%
	% within column	6,6%	17,6%	7,9%
	% of Total	5,8%	2,1%	7,9%
Total	Count	514	68	582
	% within row	88,3%	11,7%	100,0%
	% within column	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	88,3%	11,7%	100,0%

Vurdering av dagens ordning * 8. Arbeider du hovedsakelig i privat eller offentlig sektor?

Crosstabulation

			8. Arbeider du hovedsakelig i privat eller offentlig sektor?			Total
			Privat	Offentlig	ukjent	
Vurdering av dagens ordning	Ordringen fungerer mindre godt	Count	23	11	0	34
		% row	67,6%	32,4%	0,0%	100,0%
		% within column	6,0%	5,7%	0,0%	5,9%
		% of Total	4,0%	1,9%	0,0%	5,9%
Ordringen fungerer verken godt eller dårlig	Count	133	65	3	201	
		% within row	66,2%	32,3%	1,5%	100,0%
		% within column	34,8%	33,9%	42,9%	34,6%
		% of Total	22,9%	11,2%	0,5%	34,6%
Ordringen fungerer godt	Count	194	101	4	299	
		% within row	64,9%	33,8%	1,3%	100,0%
		% within column	50,8%	52,6%	57,1%	51,5%
		% of Total	33,4%	17,4%	0,7%	51,5%
Ordringen fungerer svært godt	Count	32	15	0	47	
		% within row	68,1%	31,9%	0,0%	100,0%
		% column	8,4%	7,8%	0,0%	8,1%
		% of Total	5,5%	2,6%	0,0%	8,1%
Total	Count	382	192	7	581	
	% within row	65,7%	33,0%	1,2%	100,0%	

% within column	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	65,7%	33,0%	1,2%	100,0%

9. Hva slags type klinikk arbeider du i? * Vurdering av dagens ordning Crosstabulation

			dagens ordning fungerer				Total
			mindre godt	hverken godt eller dårlig	godt	svært godt	
9. Hva slags type klinikk arbeider du i?	Solopraksis	Count	4	27	38	14	83
		% within row	4,8%	32,5%	45,8%	16,9%	100,0%
		% within column	11,4%	13,4%	12,8%	29,8%	14,3%
		% of Total	0,7%	4,6%	6,5%	2,4%	14,3%
'Gruppepraksis med 2-5 tannleger '		Count	23	134	204	27	388
		% within row	5,9%	34,5%	52,6%	7,0%	100,0%
		% within column	65,7%	66,7%	68,5%	57,4%	66,8%
		% of Total	4,0%	23,1%	35,1%	4,6%	66,8%
Større praksis med mer enn 5 tannleger		Count	7	36	49	5	97
		% within row	7,2%	37,1%	50,5%	5,2%	100,0%
		% within column	20,0%	17,9%	16,4%	10,6%	16,7%
		% of Total	1,2%	6,2%	8,4%	0,9%	16,7%
Jobber ikke i klinikk		Count	1	4	7	1	13
		% within row	7,7%	30,8%	53,8%	7,7%	100,0%
		% within column	2,9%	2,0%	2,3%	2,1%	2,2%
		% of Total	0,2%	0,7%	1,2%	0,2%	2,2%
Total		Count	35	201	298	47	581
		% within row	6,0%	34,6%	51,3%	8,1%	100,0%
		% within column	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	6,0%	34,6%	51,3%	8,1%	100,0%

Arbeider du i fellesskap med andre helseprofesjonelle utenfor tannhelsefeltet? * Vurdering av dagens ordning Crosstabulation

			Vurdeing av dagens ordning				Total
			Ordningsen fungerer mindre godt	Hverken godt eller dårlig	Ordningsen fungerer godt	Ordningsen fungerer svært godt	
10. Arbeider du i fellesskap med	Nei	Count	26	168	268	37	499
		% within row	5,2%	33,7%	53,7%	7,4%	100,0%

andre		% within column	76,5%	83,2%	89,6%	78,7%	85,7%
helseprofesjonelle		% of Total	4,5%	28,9%	46,0%	6,4%	85,7%
utenfor tannhelsefeltet?	Ja	Count	8	34	31	10	83
		% within row	9,6%	41,0%	37,3%	12,0%	100,0%
		% within column	23,5%	16,8%	10,4%	21,3%	14,3%
		% of Total	1,4%	5,8%	5,3%	1,7%	14,3%
Total		Count	34	202	299	47	582
		% within row	5,8%	34,7%	51,4%	8,1%	100,0%
		% within column	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,8%	34,7%	51,4%	8,1%	100,0%