

Tannbehandling på trygd – bruk av tjenester og kostnader

Noen erfaringer fra en gruppe statsansatte i Norge

D. Holst

T. Møller Hansen

J. Buttedal

A. Strøm

P. Bærum

Sjukkassen ved Norges Statsbaner ersätter 75 procent av medlemmarnas tandvårdskostnader. En grupp norska tandläkare har studerat hur detta påverkar tandvårdsutnyttjandet. Det visade sig bl a att hälften av de totala tandvårdskostnaderna gällde tandfyllning och en tredjedel protetik.

Dorthe Holst är stipendiat vid Institutt for samfunnsodontologi i Oslo, Per Bærum är chef för Tannlegekontoret ved Helsedirektoratet i Oslo och Johan Buttedal, Thoralf Møller Hansen och Annelise Strøm är distrikts-tandläkare.

INLEDNING

Ingen tannbehandling er gratis. Hvem skal betale tannlegeregningen? Skal det enkelte menneske finansiere sin egen tannbehandling eller skal finansieringen overlates fellesskapet gjennom skattebetalingen? Vi vet fortsatt lite om hvilke helse- og fordelingsmessige virkninger en økt offentlig medvirken vil få.

Bruken av tannlegjetjenester har i Skandinavia vært analysert bl a ved hjelp av 1) intervjuing (Smedby 1972), 2) intervjuing foretatt av meningsmålingsfirmaer (Heløe & Tronstad 1975, Schwarz & Hansen 1976), 3) intervjuing til bruk for offentlige statistikker (Statistik Sentralbyrå 1975), 4) intervjuing i forbindelse med klinisk undersøkelse (Bærum & Arnljot 1976) og 5) ved analyse av

tannlegeregninger (Holst 1976, Sundberg & Erikssen 1976). Det er vist at etterspørslen etter tannpleie avtar med stigende alder, og at antallet av gjenværende tenner er en av de viktigste faktorene, når det gjelder å avgjøre om en person går til tannlege eller ikke (Heløe 1973, Schwarz & Hansen 1976). Kvinner er mere regelmessige tannlegesøkere enn menn og høy utdanning kombinert med bolig i by eller tettsted øker sannsynligheten for regelmessige tannlegebesøksvaner (Heløe & Tronstad 1975).

Hvilken rolle det spiller hvordan tannpleien er finansiert er sparsomt belyst. Åtte prosent av den delen av et norsk og 6 % av et dansk utvalg (Heløe & Tronstad 1975, Schwarz & Hansen 1976) som svarte at de sjelden hadde vært til tannlege, oppga at økonomiske grunner var årsaken. På spørsmålet om de samme noen gang hadde unnlatt å oppsøke tannlege fordi de syntes det var dyrt, svarte 23 % ja (Heløe & Tronstad 1975).

I USA har ca. 30 millioner, hver 8. innbygger, inngått en ordning om finansiering av deler av eller all tannbehandling med enten 1) bedriften (som en del av lønnen som derved ikke beskattes) eller med 2) private selskaper eller med 3) grener av den lokale tannlegeorganisasjon. Finansieringen foregår forretningsmessig etter forsikringsprinsippet (Dunning 1976). Den federale lovgivning har siden sekstiårene åpnet mulighet for direkte økonomisk støtte til tannbehandling for grupper av lavtlønnede og andre trengende (Medicaid) samt eldre mennesker (Medicare). Dessuten finnes en rekke mindre programmer for økonomisk- og

på annen måte underprivilegerte grupper av befolkningen som i velferdsøyemed tilbyr tannbehandling på favorable vilkår. Erfaringene fra mange slike støtte- og forsikringsordninger synes å tilsi at de ikke nødvendigvis medfører en øket bruk av tannlegjetjenester blandt de som vanligvis ikke etterspør slike tjenester (Nikias 1971).

I Norge er bidragene til tannbehandling gjennom offentlig trygd relativt beskjedne. Utgiftene var ca 11 Nkr per medlem av Folketrygden i Norge i 1974, ca 185 Skr og 115 Dkr pr pasient i henholdsvis Sverige og Danmark (Sos dep 1974, Betænkning nr 756, 1976, Sundberg & Eriksen 1976). Norges Statsbaner (NSB) etablerte i 1851 en sykekasse for sine ansatte. Refusjon for tannbehandling begynt i 1867 med tilskudd til tannuttrekking etter søknad. Ytelsene til tannbehandling har siden øket og omfatter i dag 75 % refusjon av medlemmenes utgifter til undersøkelse, tannrensning, fylling (inkl rotfylling), periodontalbehandling og kirurgi. Til gull- og protesearbeider og til ortodonti ytes et maksimumsbeløp per enhet. Ordningen omfatter tjenestemannsansatte samt ektefeller og barn, ialt ca. 100 000 personer. Da denne gruppe er den eneste i Norge som hadde deler av sin tannbehandling på trygd, ble det i 1972 foretatt en undersøkelse av tannlegeregninger innsendt til Jernbanepersonalets Sykekasse i Oslo og Trondheim. Formålet med undersøkelsen var å vurdere 1) etterspørslen etter tannpleie og 2) omfanget og fordelingen av kostnadene til forskjellige behandlinger.

MATERIALE OG METODE

Materialet omfatter alle refusjonsberettigede regninger, i alt 8 137, innsendt i perioden januar til juli 1972 til sykekassen i to av NSB's åtte distrikter, Oslo og Trondheim distrikter (*tabell 1*). Oslo distrikt omfatter Østfold-, Eidsvoll-, Kongsvinger- samt Gjøvikbanen til Fagernes. Trondheim distrikt strekker seg fra Støren og Oppdal i sør til Fauske i nord. Fra regningene ble følgende registrert: alder, personkarakteristika (tjenestemann, pensjonist, ektefelle og barn) og honorarsum (tannlegens honorar). Ca 7 % av de ansatte i NSB er kvinner. De er i denne undersøkelse registrert som tjenestemenn, og det er derfor ikke mulig å analysere eventuelle forskjeller mellom kvinner og menn.

RESULTATER

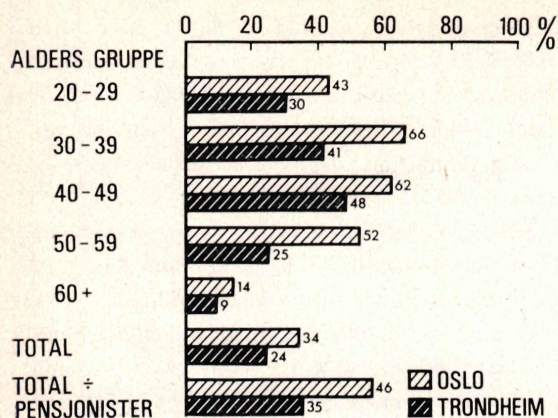
Etterspørsel

Ved beregning av etterspørsel bør man være oppmerksom på at en person kan ha hatt mere enn en regning i den halvårslige registreringsperiode. Hvor mange personer det dreier seg om, har det ikke vært mulig å analysere. For allikevel å få et skjønn over etterspørselnivået, er det observerte antall regninger satt i relasjon til alle ansatte i henholdsvis Oslo og Trondheim distrikter, vel vitende om at estimater derved blir noe for høye (*Fig. 1*). Etterspørslen er kun beregnet for de ansatte p g a skole- og ungdomstannpleie i alders-

Tabell 1. Registrerte regninger etter sted, personkarakteristika og alder

		0—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60+	Total
Oslo distrikt	Tjenestemann	—	220	382	839	879	617	2 937
	Ektefelle	—	193	452	841	685	367	2 538
	Barn	739	—	—	—	—	—	739
	Total	739	413	834	1 680	1 564	984	6 214
Trondheim-distrikt	Tjenestemann	—	66	117	341	257	129	910
	Ektefelle	—	63	152	267	174	51	707
	Barn	306	—	—	—	—	—	306
	Total	306	129	269	608	431	180	1 923

Fig 1. Etterspørsel. Regninger i prosent av alle tjenestemenn i hver gruppe etter alder og distrikt.



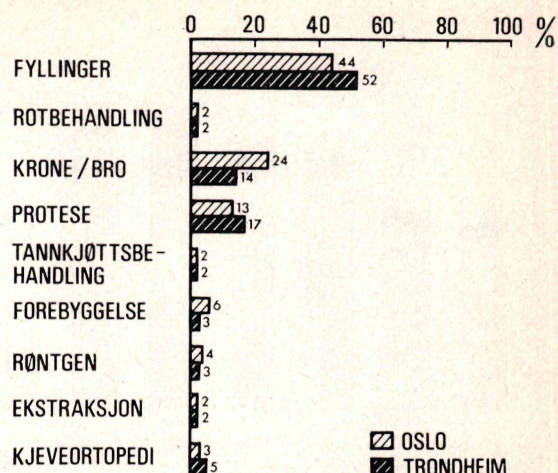
gruppen 0—19 og fordi det totale antall ektefeller som kom under ordningen ikke var kjent.

Det fremgår av Fig 1, at etterspørslen i alle aldersgrupper ligger høyere i Oslo enn i Trondheim. Videre sees at etterspørslen er størst i 30—49 års alderen og større blant 50—59 årige enn blandt 20—29 årige.

Kostnader

De gjennomsnittlige kostnader (honorarsum) per regning i det registrerte halvår var 243 kr i Oslo og 203 kr i Trondheim (tabell 2). Størst gjennomsnittlige kostnader fantes blant de 20—29 årige,

Fig 2. Kostnadsfordeling etter behandlingstype i prosent av totalkostnadene.



dernest fulgte de som var over 50 år. Kostnadene var i alle aldersgrupper høyere i Oslo enn i Trondheim distrikt. For å analysere hvilke grupper som "kostet" mest er de enkelte aldersgruppers totalsummer beregnet som prosentandel av totalhonorarene i alle aldersgrupper (tabell 3). Mer enn halvparten av de samlede kostnader fantes i aldersgruppen 40—59. Minst kostet de 20—29 årige både i Oslo og Trondheim.

Omtrent halvparten av kostnadene stammet fra konserverende behandling (fig. 2). Hver tredje krone ble anvendt på krone/bro og protetik.

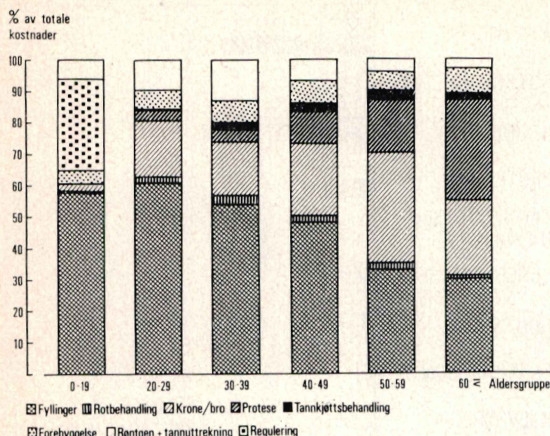
Tabell 2. Gjennomsnittlig kostnad pr. regning i N.kroner i løpet av første halvår 1972.

Distrikt	Aldersgruppe						Total
	0—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60+	
Oslo	219	279	215	228	270	252	243
Trondheim	218	238	193	190	200	220	203

Tabell 3. Fordeling av kostnader i prosent etter alder og distrikt.

Distrikt	Aldersgruppe						Total
	0—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60+	
Oslo	10	8	12	25	28	17	100
Trondheim	17	8	13	30	22	10	100

Fig 3. Fordeling av totalkostnadene i hver aldersgruppe etter behandlingstype. Oslo distrikt. Fordelingen er nesten identisk i Trondheims distrikt.



Behandlingsbehovet måtte også i denne del av befolkningen antas å variere etter alder. Som følge herav varierte kostnadsfordelingen mellom aldersgruppene til forskjellige behandlinger. Av fig 3 fremgår at fyllinger utgjorde en stor del av kostnadene i de yngre aldersgrupper. Tannregulering fikk 1/3 av pengene i aldersgruppen 0—19. I de aldersgrupper utgjorde protese og krone/bro en stigende del av honorarene. Tannkjøttsbehandling og annen forebyggende behandling utgjorde i alle aldre en relativ liten del av kostnadene.

Diskusjon

Foreliggende undersøkelse har kastet lys over deler av etterspørselsmønsteret og kostnadsfordelingen på utførte behandlinger. Fordelen ved å anvende regninger er bl a at relative store materialer kan samles inn uten store utgifter. Opplysningene på regningene om når og hvilke behandlinger som er utført er mer presise enn tilsvarende opplysninger innhentet i intervju. Ulempen ved å bruke regninger er, at opplysningene kun stammer fra dem som har vært til tannlege.

Økonomiske støtteordninger bør vurderes i sammenheng med de virkningene støtteordningen var tiltenkt å få (Nikias 1971). Forut for Jernbanepersonalets Sykekassers opprettelse hadde jernbaneleggets prest, pastor Halling og samtidens store sosiolog og forkjemper for folkeopplysning, Eilert Sundt, ivret for, at arbeiderforeningene

skulle opprette sykekasser slik at arbeiderne og deres familier ikke skulle bli stående uten hjelp dersom de ble rammet av sykdom. I en senere beskrivelse av Sykekassens virksomhet sies det: "At med Sykekassens ytelser faller det lettere for medlemmene å bevare sine tenner gjennom regelmessig tannbehandling" (Jernbanepersonalets Sykekasse 1951).

Foreliggende analyse er den første av sitt slag i NSB. Det finnes derfor ikke tall som kan belyse hvordan tilskuddene til tannbehandling har virket over tid. Sammenligning med tilgjengelige data fra andre grupper i Norge støter på det problem at disse data dekker en periode på et år (Heløe & Tronstad 1975, Statistisk Sentralbyrå 1975), samtidig som opplysningene om tannlegevaner stammer fra intervjuer hvor overrapportering forekommer hyppigt. En forsiktig vurdering av etterspørslen etter tannbehandling i NSB tilsier en kanskje noe høyere etterspørsel i Oslo distriktet enn for befolkningen som helhet. Allikevel er det påfallende så lite de unge har vært til tannlege.

Den lavere etterspørsel i Trondheim distrikt tyder på at de geografiske forskjeller i etterspørselsmønsteret som en ellers finner i Norge også eksisterer innen NSB. Det må dog tas med i betraktning at tilbudet av tannlegetjenester utenfor Trondheim by har vært mere beskjedent enn på Østlandet rundt Oslo. Forskjellen mellom Oslo og Trondheim kan muligens også forklares med en overrepresentasjon av kontorspersonale i Oslo. En samlet vurdering av etterspørslen viser at støtteordningen heller ikke i Oslo med en relativt god tannlegedekning har utløst en mere optimal etterspørsel.

De systematiske lavere utgifter i Trondheim distrikt kan ikke bare forklares ved at noen av de ansatte har fått behandling i Folketannrøkta, hvor det finnes faste priser som er lavere enn i privat praksis. Forskjellen må også skyldes at behandlingene enten er mindre omfattende eller at valg av behandlingstype er annerledes i Trondheim distrikt.

Det fremgår klart at hovedtyngden av arbeidene ligger på det reparative plan. I den forbindelse ville det være ønskelig å vite hva en kunne for-

vente når økonomiske barrierer for valg av behandling stort sett er fjernet. Men dette henger nøye sammen med behovet for behandling, som ikke er kjent i denne gruppe av befolkningen. Selv i tilfeller hvor tannbehandling er nesten gratis vil det endelige behandlingsvalg være avhengig av den behandlende tannleges vurdering og av pasientens ønsker. Man bør derfor være varsom med å trekke vidtrekkende konklusjoner på bakgrunn av kostnadsfordelingen. Det må imidlertid være tillatt å stille spørsmål ved årsakene til at forebyggende tannpleie utgjør en så liten del av kostnadene i et system som begunstiger et helsefremmende valg av behandling.

Hvordan NSB's finansieringsordning for tannbehandling har påvirket tannhelsen ligger utenfor rammen av denne undersøkelse. Såvidt vites foreligger det ingen andre undersøkelser, hvor finansieringsmåtenes betydning for tannhelsen er vurdert. I Sverige er det ennå for tidlig å si hvordan Tandvårdsförsäkringen vil virke i så henseende.

Det er imidlertid et klart behov for undersøkelser som kan belyse om og i hvilken grad tannbehandling på trygd virker tannhelsefremmende. Dessuten er det ønskelig å vite i hvilken grad tannbehandling på trygd kan medvirke til å styre behandlingspanoramata i bestemte retninger og forbedrelse til slike undersøkelser er allerede i gang. Økt bruk av helsetjenester alene uten utjevningseffekt og helsemessig gevinst vil neppe noen være tjent med i Norge.

LITTERATUR

1. Betænkning om befolkningens tandsundhedsstatus og tandlægevæsenet. Betænkning nr. 765. Statens Trykningskontor, København 1976.
2. *Bærum, P. & Arnljot, H.*: Oral health care in Norway. *Int. Dent. J.* 1976: 26: 340—345.
3. *Dunning, J.*: Dental care for everyone. Problems and proposals. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts and London, England. 1976.
4. *Heløe, L. A.*: Utilization of dental services in a disadvantaged rural population. *Acta Odontol. Scand.* 1973: 31: 3—12.
5. *Heløe, L. A. & Tronstad, L.*: The use of dental services among Norwegian adults in 1973. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1975: 3: 120—125.
6. *Holst, D. & Stoltze, K.*: Udnyttelse af tandplejetilbuddet i privat praksis i tre kommuner i Danmark. I. Stencil.
7. Jernbanepersonalets Sykekasse. Oslo distrikt 100 år. Oslo 1951.
8. Levekårsundersøkelsen 1973. 1975 NOS A720, Statistisk Sentralbyrå. Oslo.
9. *Nikias, M. K.*: Trends and patterns of dental care in an urban area before Medicaid. *Publ. Health Rep.* 1971: 86: 52—65.
10. *Schwarz, E. & Hansen, E. R.*: Utilization of dental services in the adult Danish population 1975. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1976: 4: 221—226.
11. *Smedby, B.*: Betydelsen av vissa faktorer för tandvårdskonsumtionen. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 37. Stockholm 1972.
12. *Sundberg, H. & Eriksen, T.*: Patientstatistiken för år 1974. *Tandläkartidningen* 1975: 68: 696—721.