

Tannhelseforsikring – til gode for hvem?

«Dine hus og hoteller brenner». Da er det godt å ha forsikring.

Forsikring er egentlig en deling av risiko mellom flere forsikrings-takere gjennom f.eks. et forsikringsselskap. Man betaler en mindre premie som sammen med andres tilsvarende premier blir til et fond som benyttes til å betale erstatninger til de forsikrede. Dette betinger at mange bidrar inn til ordningen samtidig som relativt få tar ut fra «fondet». Forsikringer kan være offentlige eller private. Et eksempel på førstnevnte er Folketrygden. I folketrygdlovens §§5-6 og 5-6a beskrives trygdens stønad til tannbehandling. I Norge er det slik at voksenbefolkningen selv skal dekke sine kostnader til tannbehandling. Ikke desto mindre er det 15 grupper av tilstander / diagnoser der fellesskapet bidrar til å redusere slike kostnader. Er det grunnlag for å supplere dette med private tannhelseforsikringer?

Amerikanske tilstander

I USA er helsevesenet for en stor del finansiert gjennom forsikringsordninger. Systemet er dyrest i verden. Det brukes dobbelt så mye penger på helse per innbygger som i Norge, og tre ganger snittet i OECD. Det som gjør dette systemet så kostbart betegnes ofte som «principal-agent-problemet»: Den som betaler, forsikringsselskapet, mangler informasjon om pasientens behov. Pasienten som skal få behandlingen vet ikke hva som er nødvendig, mens legen som arbeider i institusjonen som opererer og medisinerer, tar beslutningen (1). Samtidig som det amerikanske systemet er meget kostbart står store deler av befolkningen uten et tilstrekkelig helsetilbud.

Det teoretiske grunnlaget

«Kjøp to, betal for én!». I den teoretiske verden vil det kort kunne fremstilles slik at etterspørselen vil øke dersom forsikringen dekker forbrukerens kostnader. Dersom en pasient opplever å kunne få laget to kroner samtidig som det kun betales for én, er det ikke usannsynlig at valget blir å få laget to. Det å få noe tilbake for forsikringspremien man uansett betaler kan i seg selv være en

drivkraft. I et landskap der det fortsatt befinner seg en betydelig rest av «reparasjonsgenerasjon» samtidig som et økende antall tannleger kunne tenke seg mer å gjøre, vil dette kunne påvirke behandlingsforslagene. Hvor slitt skal en fylling være før det kan forsvares å skifte den? Og: Hvor stor skal en fylling være før en krone vil være et faglig forsvarlig alternativ? Hva som er nødvendig tannbehandling vil i mange situasjoner være basert på skjønn, der både pasienter og fagfolk har ulike oppfatninger (3). Utallige studier viser stor praksisvariasjon mellom tannleger i hvilken behandling som tilbys pasientene. Dette kan sies å være et uttrykk for den kliniske delen av tannlegefagets egenart. For samme kliniske tilstand kan det være flere ulike, men tilnærmet fullverdige behandlingsalternativer. De ulike alternativene kan imidlertid variere betydelig i kostnader der kostnadsforskjellen ikke nødvendigvis reflekterer forskjellene i tannhelsegevinst. Når behandlingen er gratis, eller når man personlig har betalt for en forsikring som gir «penger tilbake» i form av behandling, er det liten grunn for pasientene til ikke å velge den mest kostbare løsningen, heller enn en billig løsning. Tannlegen må rettferdiggjøre sitt forslag i opplysningene til forsikringsselskapet, men det er i mange tilfeller fullt mulig. Spørsmålet er hvor tjenlig dette er for tannhelsen.

Tannhelse

Tannhelsen i Norge er generelt god og helseforbedringen tilsier at behovet for store tannrestaureringer vil avta med årene. I 2013 betalte Ola Nordmann i snitt 3 237 kroner årlig for tannbehandling. Nesten 65 prosent betalte under 2000 kroner (2). Justert for prisvekst er beløpet for de fleste stadig så lavt at det ikke forsvarer en årlig forsikringspremie til tannhelseforsikring samt egenandel ved behandling. Andelen pasienter som vil ha åpenbar nytte av forsikring er så liten at ordningen neppe vil kunne finansieres uten kryss-subsidiering fra andre forsikringer. Dette avhenger selvsagt av hvor mange som likevel velger å forsikre seg fordi de opplever at dette er et trygt og klokt valg.

Andelen pasienter som vil ha åpenbar nytte av forsikring er så liten at ordningen neppe vil kunne finansieres uten kryss-subsidiering fra andre forsikringer.

Det vil kunne hevdes at flere ville hatt mulighet til å gjennomføre kostbar behandling dersom finansieringen hadde skjedd gjennom en forsikringsordning. Ikke desto mindre må det være tilstrekkelig vilje i det private markedet til å «betale prisen» for at de som trenger mer tannbehandling skal få økonomisk hjelp. De med aller størst behov er dessuten neppe de best assurerte. Flere yrkesorganisasjoner har fremforhandlet reduserte premier i Norsk Tannhelseforsikring. Lo Favør, NITO, Sykepleierforbundet og YS er eksempler på slike organisasjoner med store medlemsmasser. Spørsmålet er likevel om et tilstrekkelig antall av medlemmene ser seg tjent med kostnadene til forsikringspremien, målt opp mot opplevd behov. Eksempler på andre selskaper som selger eller formidler privat tannhelseforsikring er Nemi, Tryg, Vertikal Helse og If. Det er vanskelig å finne tall på hvor mange nordmenn som har tegnet slik forsikring, ettersom selskapene ikke ønsker å oppgi antallet, samtidig som det heller ikke finnes noe sentralt register.

Folketrygden er vi alle med i. Likevel er det begrenset hva stønadene til tannbehandling dekker. Av totalt ca. 17 milliarder i årlige kostnader til tannbehandling i Norge, utgjør stønadene i 2019 bare ca. 2,3 milliarder etter Stortingets behandling av statsbudsjettet (4). Og, som det heter i vilkårene til ett av de største selskapene bak tannhelseforsikring: «Kostnader eller behandlinger som er forhåndsdefinert og refunderes helt eller delvis av Helfo, eller andre refusjonsordninger/forsikringer» dekkes ikke. Med andre ord: Får du store tannskader etter en sykkel-velt, vil du ha rett til trygdestø-

nad – og mister samtidig muligheten til å få utbetaling fra tannhelseforsikringen. Dette til tross for betydelig egenbetaling i tillegg til Helfo-stønad. «Kostnader for årlig rutineundersøkelse/kontroll som rens, puss, inkludert radiografi eller OPG hos tannlege eller spesialist» dekkes heller ikke. Ei heller «kostnader knyttet til behandling av visdomstenner». Kronebehandling av tidligere rotfylte molarer (jeksler) er også blant de 23 punktene over behandling som ikke dekkes (5). Selv om vilkårene flere steder ser ut til å være et resultat av google translate, og er tilsvarende krevende å forstå, kan det synes som om egenbetaling må til i mange situasjoner, i tillegg til forsikringspremie og egenandel. To av selskapene, Vertikal Helse og If Privat har dessuten et begrenset antall (45) «godkjente» tannklinikker. Dette reduserer tilbudet til forsikringstakere i betydelig grad. Er du over 70 (i noen tilfeller 74) år får du dessuten ikke kjøpt tannhelseforsikring.

Hvem som til syvende og sist er tjent med disse ordningene gjenstår å se.

Carl Christian Blich
Universitetslektor ved seksjon for samfunnsodontologi,
Det odontologiske fakultet, UiO

Kilder

1. Jerven M., professor ved NMBU, Kron og mynt, Klassekampen 23. januar 2019
2. Grytten J., Skau I., Holst D., Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge, Nor Tannlegeforen Tid 2014; 124: 124: 276-83
3. Holst D. Er det et problem at behandlere ikke er enige? Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114:802
4. Prop. 1 (2018-2019)
5. Norsk Tannhelseforsikring Vilkår og betingelser gyldig fra 1. januar 2019