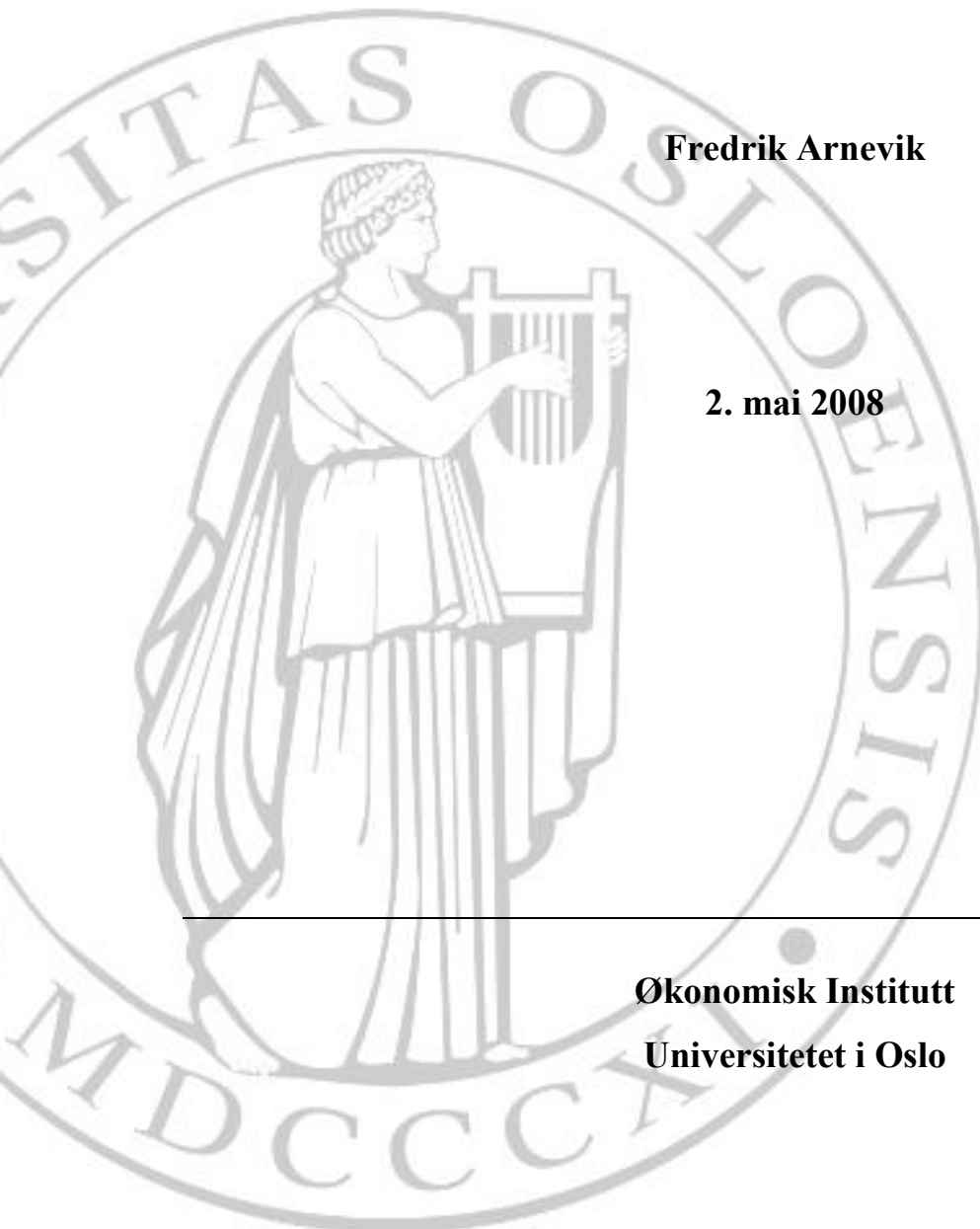


Bør refusjonene i tannhelsesektoren inkludere studenter?

Fredrik Arnevik

2. mai 2008

**Økonomisk Institutt
Universitetet i Oslo**



Forord

Jeg har valgt tema og problemstilling for denne oppgaven fordi jeg er interessert i fagfeltet helseøkonomi og da spesielt markedet for tannhelsetjenester. Markedet for tannhelsetjenester skiller seg betydelig fra det jeg har lært i samfunnsøkonomi om velfungerende markeder, og jeg finner det da interessant og se nærmere på dette markedet.

En stor takk går til min veileder Kari H. Eika for meget god veiledning og mye hjelp i oppgaveprosessen.

Jeg vil også takke min kone Silje Gunlaug Yun Eng for å ha støttet meg i prosessen med å skrive oppgaven.

Eventuelle feil og uklarheter i oppgaven er mitt ansvar alene. De overnevnte kan ikke lastes.

Fredrik Arnevik

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Struktur.....	1
2.0 Tannhelsetjenesten i Norge	3
2.1 Finansiering av tannhelsetjenester satt i en historisk sammenheng	3
2.2 Tannhelse og finansiering i Norge	5
2.3 Hvilke grupper har krav på refusjon i Norge	6
2.4 Tannhelsen generelt i den voksne befolkningen i Norge	7
2.5 Kostnader ved bruk av tannlege	8
2.6 Hva er en student?	9
2.7 Hvilke tilbud finnes for studentene?	9
2.7.1 Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).....	10
2.7.2 Universitetet i Bergen (UIB)	10
2.7.3 Universitetet i Oslo (UIO).....	10
2.7.4 Universitetet i Tromsø (UIT)	10
2.7.5 Universitetet i Stavanger (UIS)	10
2.7.6 Private tilbud til studentene	11
2.7.7 Tilbud til 19- og 20 åringer	11
3.0 Studenters inntekt og økonomi.....	12
3.1 Inntekt.....	12
3.2 Utgifter	13
3.3 Studentens disponible beløp vs. andre gruppers disponible beløp.....	16
3.4 Økonomisk mestring	17
3.5 Er studentene dårligere til å mestre egen økonomi enn andre unge	18
4.0 Teori: Er refusjonsordning den mest hensiktsmessige løsningen for studentene?	20
4.1 Kroneoverføringer vs. spesifikke tiltak	20
4.1.2 Sosiale velferdsfunksjoner	23
4.2 Begrenset konsumentsoverlegenhet	25
4.2.1 Nåtidsskjevhet (hyperbolsk diskontering).....	26
4.2.2 Teoretisk løsning på hyperbolsk diskontering.....	28
5.0 Implikasjoner av en utvidet refusjonsordning	29
5.1 Implikasjon: Lik tilgang for alle/skatt	29
5.2 Informasjonsasymmetri	31
5.2.1 Atferdsrisiko	31
5.2.2 Tilbudsindusert etterspørsel	35
6.0 Empirisk arbeid	37
6.1 Datagrunnlag	37
6.2 Hypoteser.....	37
6.3 Spørsmålene i spørreskjema	38
6.4 Metode.....	39
6.5 Resultater.....	41
6.6 Begrensninger i kvalitative undersøkelser	47
7.0 Bør refusjonsordningene i tannhelsesektoren inkludere studenter?	49
7.1 Konklusjon	54
8.0 Referanser.....	55

1.0 Innledning

”Snart kan det bli slutt på svindyre tannlegebesøk. Det er flertall på Stortinget for at boring, rotfylling og annen tannbehandling skal likestilles med vanlig legebehandling”.

Dette stod å lese på VG nett 12.02.02¹. Det hadde da vært debatt i stortinget om å få på plass en ny tannhelsereform. Sv og Frp hadde jobbet lenge for at tannhelsebehandling skulle likestilles med annen medisinsk behandling. Flertall i stortinget ble oppnådd ved at disse partiene fikk med seg Arbeiderpartiet på kravet om en ny og omfattende tannhelselov.

Videre står det å lese i artikkelen: *”I løpet av noen år må vi få på plass en refusjonsordning på tannhelsetjenester, som gjør at det blir likestilt med andre helsetjenester, sier Britt Hildeng, Ap-medlem i Stortingets sosialkomite”.*

President Carl Christian Blich i Den norske tannlegeforening gir uttrykk for sin mening i en kommentar til avisen: *”Det er i dag et kunstig skille mellom munn og kropp, som ikke har noen logisk forklaring. Vi har lenge etterlyst en refusjonsordning for tannhelsetjenester”.*

Dette var status ved starten av året 2002. Nå er vi i starten av året 2008 og det er ennå ikke noe ny omfattende tannhelselov som kort ble skissert ovenfor.

I studentpolitikken er det lenge kjempet for at studenter bør ha tilgang på gratis tannhelsetjenester. 29.06.07 blir St.meld. nr. 35 ”Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester”. Samme dag skriver påtroppende ledere Norsk Student Union² i en pressemelding på sine sider på internett: *”Vi vet at svært mange studenter rett og slett ikke har råd til å gå til tannlegen, og det er kortsiktig at regjeringen nok en gang bevisst velger bort studentene i sine prioriteringer”.*

1.1 Struktur

Denne oppgaven vil ta for seg muligheter og utfordringer knyttet til offentlig sektors rolle på markedet for tannhelsetjenester. Følgende problemstillinger vil bli belyst:

¹ <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=740905>

² NSU: Paraply organisasjon for studenter

Bør refusjonene i tannhelsesektoren omfatte studenter?

Hva er implikasjonen av en utvidede refusjonsordninger?

Problemstillingene vil bli belyst gjennom en gjennomgang av studenters inntekt og økonomiske mestring og relevant økonomisk teori. Den empiriske delen vil prøve å si noe om hvordan det står til med studentene sin tannhelse og økonomi.

Kapittel 2 gir en oversikt over tannhelsemarkedet i Norge. Her fokuseres det på hvordan dette markedet er bygget opp og hvordan det finansieres. En historisk del vil prøve å finne svar på hvorfor tannhelsetjenester behandles så forskjell fra andre helsetjenester.

Målet med kapittel 3 er å gi en oversikt over studenters inntekt og økonomiske mestring. Data blir hentet fra Statistisk sentralbyrå sin levekårsundersøkelse for studenter 2005. Hensikten med dette kapitlet vil være direkte knyttet opp mot problemstillingen om hvorvidt studenter kan regnes som en gruppe som har behov for hjelp på markedet for tannhelsetjenester.

I kapittel 4 vil jeg stille spørsmålet om hvorvidt det er mest hensiktsmessig med en refusjonsordning ovenfor studentene. Kapitlet vil vise at gitt hvilke forutsetninger vi setter og hvilke nyttefunksjoner vi bruker vil ha betydning for hvordan tannhelsetjenester kan bli fordelt i samfunnet. Teori vil også vise at det kan være andre grunner enn økonomi som kan gjøre at studenter får problemer i møte med tannhelsemarkedet.

Kapittel 5 tar for seg implikasjonene av en utvidet refusjonsordning. Implikasjonene er vurdert viktige når oppgaven direkte spør om refusjonsordningene bør utvides.

Det empiriske arbeidet i kapittel 6 vil være en spørreundersøkelse blant studenter og en gruppe med mennesker i alderen 30-40 år. Siktemålet med spørreundersøkelsen er å belyse studenters og 30-40 åringers tannhelsevaner og økonomi. Målet med den statistiske analysen i dette kapitlet er finne ut om det signifikante forskjeller mellom gruppene.

Kapittel 7 vil være viet en diskusjon om hvorvidt det er hensiktsmessig å åpne refusjonsordningene i tannhelsesektoren til å omfatte studenter. Teori og empiri og implikasjoner fra oppgaven vil bli brukt for å finne argumenter for og i mot en slik utvidelse.

2.0 Tannhelsetjenesten i Norge

Tannhelsetjenesten består i Norge i dag av en offentlig del som er pålagt å tilby tannhelsetjenester gjennom lov om tannhelsetjeneste og en privat del som yter et tilbud til resten av befolkningen.

I Norge er det fylkeskommunen som har det overordnede ansvaret når det gjelder tjenestene som er pålagt i tanntjenesteloven. Fylkeskommunen er rammefinansiert av staten når det gjelder å tilby disse tjenestene. I 2005 var utgiftene fylkeskommunen hadde for å dekke disse tjenestene ca 1,4 mrd og inntektene var ca 400 mill.

Fylkeskommunen skal både organisere og tilby tjenester og komme med forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et oppfølgende tilbud til grupper som faller under tannhelseloven §1-3(St.meld. nr. 35 (2006-2007)).

2.1 Finansiering av tannhelsetjenester satt i en historisk sammenheng

Helsestatsråd Høybråten brukte i et svar i Stortinget i 1998 uttrykket at ”forskjellene i egenandeler mellom generell helse- og munnhelse har en historisk forklaring...”(Stortinget 1998³).

Et spørsmål som det er verdt å merke seg er hvorfor tannhelsetjenester i stor grad er behandlet forskjellig fra helsetjenester generelt når det kommer til finansiering. I dette avsnittet vil det bli presentert en historisk gjennomgang av tannhelsetjenesten med et fokus på finansieringsformer.

De første tannlegene kom til Norge fra Mellom-Europa på 1700-tallet. Historisk har odontologien røtter ennå lengre tilbake i Norge, men lidelser ble da avhjulpet ved hjelp av kirurger og smeder.

³ <http://www.stortinget.no/stid/1997/s980518-04.html>

Det var først på midten av 1800-tallet at det var økonomisk rom for at flere tannleger kunne etablere seg. Lidelser i munnhulen ble vanligvis behandlet av leger og denne gruppen så med stor skepsis på de nyetablerte tannlegene.

I 1837 fikk en tannlege fra Tyskland som den første tillatelse fra myndigheten til å yte tannhelsetjenester. I 1857 ble det innført krav om eksamen for å få autorasjon til å drive som tannlege. Helt organisert utdanning ble det ikke før i 1909, da Statens Tandlægeinstitutt ble åpnet. Dette var en treårig utdanning med eksamen artium som opptakskrav.

All tannlegevirksomhet frem til starten av 1900-tallet var i privat regi og det var ikke før 1906 at Drammen kommune i samspill med byens Samlag for Brennevinshandel startet opp den første klinikken for barn. I 1910 åpnet den første skoletannklinikken i Kristiania og disse klinikkene spredte seg rundt i Norge. I 1940 var det skoletannklinikker i 453 av landets 700 kommuner.

I 1909 ble det startet arbeid med ny lov om sykeforsikring. Denne loven skulle dekke alle arbeidstagere med inntekt under en gitt grense. Loven skulle også gi rettighet til refusjon ved tannuttrekning ved store lidelser, men skulle ikke dekke utgifter til nye tenner eller fullt gebiss. Loven ble vedtatt i 1911.

Allerede i 1914 kom det forslag om å revidere loven og at refusjon skulle også dekke utgifter til vanlige tannfyllinger. Forslaget ble vedtatt i stortinget, men på bakgrunn av utbruddet av første verdenskrig ble iverksettingen utsatt.

Samtidig som første verdenskrig brøt ut pågikk også en debatt ført av tannlegeforeningen om hvorvidt man skulle ha enten skoletannpleie eller sykeforsikring eller begge deler.

Tannlegeforeningen engasjerte seg sterkt og det gjorde sitt til at forslaget til revidert lov ble gjort om og at refusjon til vanlige tannfyllinger ble fjernet. Store deler av det offentlige engasjementet ble nå rettet mot å bygge ut skoletannpleien. Mye av dette engasjementet stammet fra en frykt i Tannlegeforeningen for at fri etablering og prisfastsettelse skulle bli erstattet av offentlige klinikker og faste satser (Holst, 2002).

På slutten av annen verdenskrig ble igjen den offentlig tannhelsetjenesten diskutert og ønske fra politikerne var å sikre hele befolkningen tilgang på tannhelsetjenester. Bakgrunnen for dette ønske var at det var stor skjevfordeling av tannleger i landet og særlig i distriktene var det stor mangel på tannleger. Folketannrøkta ble løsningen på dette problemet. Lov om folketannrøkt ble innført i 1949 og hadde sin opprinnelse i tilsvarende opplegg i Sveige.

Ansvar for folketannrøkta ble lagt til fylkeskommunen som da skulle sikre innbyggerne i kommunen tilgang på tannlege. Distriktstannlegene ble lønnet av staten med Helsedirektoratet som arbeidsgiver.

Den nye folketannrøkta var svært ressurskrevende og det ble et stort behov for nye tannleger. For å dekke noe av etterspørselen ble tannleger som eneste yrkesgruppe underlagt sivil tjenesteplikt. Loven opphørte i 1973.

Fra 1. januar 1984 ble fylkeskommunal/statlig folketannrøkt samlet i en enhetlig organisasjon under fylkeskommunene. Iverksettingen av dette tiltaket kom på bakgrunn tannhelsesloven som var blitt vedtatt av stortinget året før. Med tannhelsesloven ble gruppene som hadde rett til vederlagsfri behandling utvidet. Nye grupper som ble omfattet var barn 0-5 år og ungdom 17-18 år, psykisk utviklingshemmede over 18 år samt eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og i hjemmesykepleie.

Hovedinnsatsen for den offentlig finansieringen har siden vedtaket om sykeforsikringslov vært rettet mot spesielle grupper i samfunnet. For disse gruppene har behandlingen vært vederlagsfritt (St.meld. nr. 35 (2007)).

Helt frem til begynnelsen av 1980-tallet har det offentlige tilbudet begrenset seg til barn og unge, men det har gradvis blitt revidert til å omhandle andre grupper(2.3)

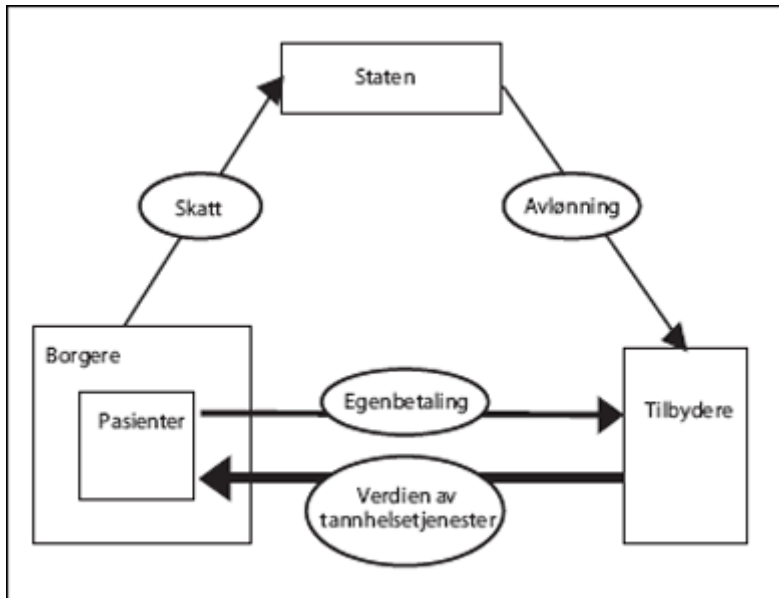
2.2 Tannhelse og finansiering i Norge

Tannhelsen i Norge i dag står i en særstilling når det gjelder finansiering. Tjenesten skiller seg helt klart ut og står i en motsetning til vanlige somatiske helsetjenester der det i Norge opereres med universell finansiering. Tannhelsetjenesten deles i en offentlig og en privat del. På den ene siden har vi offentlig ordninger som sørger for tannhelsetjenester for barn og unge opp til fylte 18 år. Denne ordningen er gratis, og gjelder også unge voksne 19-20 år, men da med en egenbetaling på 25 %. På den andre siden har vi tannhelsetilbudet til den voksne befolkningen der private aktører står for tilbudet og finansieringen i stor grad består av egenbetaling (Svalund, 2005).

Når det gjelder finansieringen av tannhelsetjenester er det viktig å skille mellom valg av finansieringskilde. På den ene siden har man modeller som tar seg av avlønningssystemet innenfor tannhelsemarkedet. Spesielt gjelder dette hvilken måte tilbyderne i markedet blir betalt. Disse avlønningmodellene forklarer tilbudssiden av tannhelsemarkedet. På den andre siden har vi finansiering som retter seg mot etterspørselssiden av dette markedet. Påvirkning i skattebetaling og egenbetaling vil påvirke etterspørselssiden av tannhelsemarkedet. Videre vil lover og annen regulering av markedet være med på styre tilbyderne mot prioriterte områder og prioriterte grupper.

Figur 1 forklarer betalings- og tjenestestrømmene i tannhelsemarkedet. Figuren tar utgangspunkt i tre sentrale aktører. Borgerne, staten og tilbyderne.

Figur 1: Aktørene i tannhelsemarkedet



Kilde: NOU nr 2, (2005): "Det offentlige engasjement på tannhelsefelte"

1. *borgerne*, som består av skattebetalere og pasienter
2. *staten* (og evt. forsikringsselskaper i land der det også finnes tannhelseforsikring)
3. *tilbyderne* av tjenestene (tannleger og øvrig tannhelsepersonell)

I modellen er det borgerne som betaler for tjenestene, enten i form av egenbetaling eller indirekte ved hjelp av innbetaling av skatt til staten som benytter disse skattemidlene til å tilby tjenester til de som trenger det mest.

I Norge i dag er 20 prosent av tjenestene i tannhelsemarkedet finansiert gjennom staten (indirekte av borgerne gjennom skatter), mens de resterende 80 prosent er finansiert gjennom brukerbetaling (NOU nr 2, (2005)).

2.3 Hvilke grupper har krav på refusjon i Norge

Når det i oppgaven stilles spørsmål om hvorvidt refusjonsordningene bør utvides er det viktig å vite at det allerede finnes refusjonsordninger for den voksne befolkningen. Dette gjelder eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie, psykisk utviklingshemmede

og andre grupper fylkeskommunene velger å prioritere. I tillegg dekker folketrygden en del kirurgisk behandling, systematisk behandling av periodontitt⁴ og rehabilitering etter denne behandlingen for den voksne befolkningen.

Endelig dekkes enkelte utgifter for voksne av kommunene, under lov om sosiale tjenester. Dette gjelder først og fremst sosialklienter. (Svalund, 2005)

2.4 Tannhelsen generelt i den voksne befolkningen i Norge

Tannhelse defineres her som: den optimal tilstanden i munnen med normal funksjonsevne i munnorganene uten noen form for sykdom og skader (biology-online.org 2008)

Oppgaven vil ikke gå inn på spesifikke lidelser i munnen. Det konstateres at enkelte lidelser kan dukke opp og at disse lidelsene er mulig å forbygge ved egeninnsats, men det er også andre faktorer som avgjør tilstanden som for eksempel profesjonell rengjøring og at enkelte er født med dårligere tenner enn andre. Andre variabler som kan være med på å forklare ulik tannhelsetilstand kan være: Levekår, oppvekstvilkår, familie, venner, skole, sosial nettverk er faktorer som påvirker den enkeltes tannhelse (St.meld 35, 2007).

Når det gjelder konkret oversikt over tannhelsen til den voksne befolkningen i Norge så finnes det ikke noe offentlig statistikk som kan redegjøre for utviklingen. Oppgaven vil her likevel prøve å si noe om tannhelsen i den voksne befolkningen basert på en undersøkelse gjort av Holst, Grytten og Skau (2005).

I 2004 ble personer i alderen 20-80 år ringt opp med spørsmål om å vurdere sin egen tannhelse. Samtidig ble de også bedt om å vurdere egen helsetilstand. Tabell 1 viser resultatet av undersøkelsen og gir en liten pekepinn på hvordan det står til med tannhelsen i den voksne befolkningen i Norge. Det er viktig å understreke at dette er subjektive svar og dermed gir ikke undersøkelsen noe fullgodt svar på hvordan det står til med tannhelsen. Hadde oppgaven omfattet barn ville det vært mulig å presentere data fra den offentlig tannhelsetjenesten som ville ha gitt en mye bedre oversikt over tannhelsen i denne gruppen.

⁴ Periodontitt: tannkjøtt sykdom

Tabell 1**Egenvurdert tannhele og helsetilstand**

	Tannhelse (n = 2 445)				Generell helsetilstand (n = 2 443)			
	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt
<i>Alle respondenter</i>	9	24	68	3,8	6	18	76	3,9
<i>Alder</i>								
21 – 29 år	10	24	66	3,8	3	11	85	4,1
30 – 39 år	7	16	77	4	5	11	84	4,1
40 – 49 år	5	22	72	3,9	6	16	78	4
50 – 59 år	13	27	60	3,6	10	23	68	3,8
60 – 69 år	9	22	69	3,7	9	22	69	3,8
70 – 79 år	9	32	60	3,6	6	27	68	3,7
> = 80 år	6	31	63	3,7	7	36	57	3,6

Kilde: Holst, Grytten og Skau (2005)

Som det fremgår av tabell 1 er den subjektive oppfatningen blant den voksne norske befolkningen at både tannhelse og vanlig helse er god. På en skala fra 1-5 så vurderer de fleste sin tannhelse og allmenne helsetilstand rundt 4 på skalaen. Det er interessant å se at i alle aldersgrupper er det slik at personene som er blitt spurt i snitt har vurdert sin helsetilstand til å være marginalt bedre enn tannhelsen. Unntaket er aldersgruppen over 80 år.

2.5 Kostnader ved bruk av tannlege

Hver enkelt som hadde besøkt tannlegen siste tolv måneder våren 2004 hadde i gjennomsnitt brukt 2 253 kroner hos tannlegen. Personer 50 år og eldre, og de med mindre enn 20 egne tenner, brukte noe mer penger hos tannlegen (Holst, Grytten, og Skau, 2005). Dette fordi behandlingsbehovet øker med alder, både på grunn av at tennene slites over tid og fordi tannbehandling har begrenset varighet. 52 prosent av den voksne befolkningen brukte under 1 000 kroner, mens 35 prosent betalte over 1 550 kroner, som var grensen for egenandeler i helsetjenestene (Holst, Grytten og Skau, 2005). Gjennomsnittsutgiftene trekkes opp av en mindre andel med nokså høye utgifter.

2.6 Hva er en student?

Problemstillingen i oppgaven er hvorvidt det bør åpnes for mer sjenerøse refusjonsordninger for studenter på markedet for tannhelsetjenester. Det er derfor viktig å ha klart hva oppgaven definerer med termen ”student”.

Dagens situasjon innenfor utdanningsinstitusjonene gjør at det er vanskelig å definere hva en student er. Studenter er langt fra en homogen gruppe som er lett å klassifisere. Noen studerer heltid andre jobber og har studiene på deltid. Andre studenter igjen bor hjemme, mens andre bor i kollektiv eller har kjøpt egen leilighet. Noen lever sammen i par, mens andre igjen lever alene.

Høsten 2007 var det 208 000 studenter ved universitetene og de vitenskapelige høyskolene i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2007). Av alle disse menneskene vil det være mange forskjellige typer av studenter og mange av dem vil befinne seg i vidt forskjellige økonomiske situasjoner.

Løwe og Sæther (2007) har i sin levekårsundersøkelse for studenter funnet frem til en idealtypisk student som kan dekke det vi dagligtalen omtaler som ”student”. Denne ”studenten” er sammensatt av utvalgte verdier på flere av bakgrunnsvariablene. I rapporten har de valgt ut enslige i alderen 20-24 år som ikke bor hos foreldrene og som studerer på heltid på universitetet i Oslo, Bergen, Trondheim eller Tromsø. Gruppen blir i rapporten kalt den ”idealtypiske student”. Løwe og Sæther skriver i sin rapport: *”Når vi holder oss til den idealtypiske student”, reduseres faren for at endringer i studentmassen som følge av forandringer i utvalg og utvalgsriterier mistolkes som substansielle endringer i studenters levekår. På samme måte vil avgrensningen forenkle sammenligningene med befolkningen ellers, som da vil kunne begrenses til andre enslige 20- 24-åringere som ikke bor hjemme hos foreldrene.”*

2.7 Hvilke tilbud finnes for studentene?

Når det i oppgaven diskuteres behov for å utvide refusjonsordningene til å gjelde studenter er det viktig å se på hvilke tilbud som allerede finnes for studentene på markedet for tannhelsetjenester.

Opgaven har valgt å se på hvilke tilbud som finnes for studentene i de fem store studentskipnadene tilknyttet Universitetene i Norge.

2.7.1 Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Ved NTNU har studentene via studentskipnaden(SIT) muligheter til å søke refusjon for høye helseutgifter. Dette gjelder også utgifter til tannhelsebehandling. Egenandelen er 2500 kr og deretter er det mulig å søke om refusjon som dekker 75 % av utgiftene. Maksimal utbetaling for hver enkel søker er kr. 6.000,- pr. kalenderår. (SIT, 2008)

2.7.2 Universitetet i Bergen (UIB)

Ved UIB kan studenter via studentskipnaden(SIB) få tilgang til tannbehandling etter offentlige satser

2.7.3 Universitetet i Oslo (UIO)

Studenter ved UIO kan via studentskipnaden(SIO) få tilgang behandling i henhold til egen prisliste. Studenter over 40 år har ikke tilgang til tjenesten. Det opplyses også om at den enkelte pasient kan ikke tilbys mer enn 1 undersøkelse og inntil 3 påfølgende konsultasjoner/behandlinger per år. Pasienter med behov utover dette, må kontakte privat tannlege(SIO, 2008).

2.7.4 Universitet i Tromsø (UIT)

Studenter ved UIT har via studentskipnaden(SITO) ikke noe tilbud når det gjelder tannhelsetjenester.

2.7.5 Universitetet i Stavanger (UIS)

UIS sin studentskipnad(SIS) har ikke direkte noen tannhelsetjeneste, men skriver på sine sider at; vi gir økonomisk støtte til studenter som har store utgifter i forbindelse med sin helse.

Utgiftene må være påløpt i inneværende studieår.

Det er mulig å søke støtte til store utgifter til tannlege(SIS, 2008).

2.7.6 Private tilbud til studentene

Det er mange private tannleger som tilbyr studentene redusert pris på behandling ved å legge frem studentbevis⁵.

2.7.7 Tilbud til 19- og 20 åringer

Mange tannleger jeg har vært i kontakt gjør oppmerksom på at 19- og 20-åringer får 75 % rabatt hos den offentlige tannhelsetjenesten, ta da kontakt med en offentlig tannklinikk for behandling. I følge Statistisk sentralbyrå var det i oktober 2007 i alt 208 432 studenter ved universiteter og høyskoler. Av disse studentene var 26 302 i alderen 19-20 år. Disse studentene utgjør 12,6 % av den totale studentmassen (Statistisk sentralbyrå, 2007).

⁵ Se f.eks ”Tannlegene i Bogstadveien 51”; undersøkelse med to røntgenbilder koster kr. 300,- og det gis 20% på all videre behandling ved fremvisning av studentbevis.

3.0 Studenters inntekt og økonomi

”Tilbudet er for dyrt. Studentene har ikke råd til å gå til tannlegen⁶”

Leder Olav Øye i Studentenes Landsforbund (StL).

Det blir ofte påstått at studenter befinner seg i en dårligere økonomisk situasjon enn andre grupper i samfunnet. Denne påstanden vil bli undersøkt i dette kapitlet. Resultatet er viktig i henhold til problemstillingen der det åpnes for mer sjenerøse refusjonsordninger når det gjelder tannhelsetjenester for studenter. Er det virkelig slik at studentene i Norge står mye svakere økonomisk enn andre grupper i samfunnet? Kapitlet henter data fra ”Studenters inntekt, økonomi og boforhold” en levekårsundersøkelse for studenter som ble utarbeidet av Løwe og Sæther på vegne av Statistisk sentralbyrå i 2007.

Detaljene fra denne levekårsundersøkelsen er utelatt i denne oppgaven. Fokuset blir å trekke ut de store linjene som kan være med på å gi svar på om studentene virkelig befinner seg i en økonomisk situasjon der de vil ha problemer med å oppsøke tannhelsetjenesten om problemene skulle melde seg.

Levekårsundersøkelsen for studenter ble gjennomført av Statistisk sentralbyrå på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet ved at 4000 personer ved universitet eller høyskole ble trukket ut til å delta på en intervjuundersøkelse. De som hadde avlagt avsluttende eksamen siste år, personer som studerte mindre enn 50 prosent og utvekslingsstudenter ble utelatt, i alt 1046 personer, slik at bruttoutvalget er 2954 personer. Blant disse var frafallet 692 personer. Nettoutvalget var 2262 studenter.

3.1 Inntekt

Løwe og Sæther (2007) behandler inntekt for studenter ut fra innrapporterte offentlig tilgjengelige tall. Inntektskomponentene vil bestå av yrkesinntekt, lån og stipend samt andre overføringer, som for eksempel bostøtte, dagpenger og forsørgerstønader.

For å sammenlikne ulike grupper beregner Løwe og Sæther (2007) ”disponibelt beløp”. Dette definerer de på følgende måte:

⁶ I en kommentar til ”Under dusken” 17.08.07

Arbeidsinntekt (før skatt)
 +Kapitalinntekt
 +Skattepliktige overføringer
 +Skattefrie overføringer (inklusive stipend)
 (=Samlet inntekt)
 -Skatt
 =Inntekt etter skatt
 -Renteutgifter og boliginntekter m.m.
 +Studielån
 =Disponibelt beløp

Tabell 2

Gjennomsnittelige inntekter, skatt og ytelser fra Statens lånekasse for utdanning, og totalt disponibelt beløp ulike student grupper. 1000 kr 2004.

	Arbeidsinntekt Før skatt	Skattepl.overf. og kap.inntekt	Skattefrie overføringer	Skatt	Inntekt etter Skatt	Lån fra lånekassen	Disponibelt beløp
Alle	185	31	32	50	198	42	227
"Idealtypisk Student"	47	3	25	5	71	42	112

Kilde: Løwe og Sæther (2007)

Av tabell 2 kommer det frem at "idealtypisk student" har 112 000 kroner som disponibel beløp per år. Dette er medregnet alle overføringer fra Lånekassen.

3.2 Utgifter

Levekårsundersøkelsen omfattet også spørsmål om utgifter til diverse goder. Det ble stilt spørsmål om utgifter til følgende goder som Sæther og Løwe (2007) klassifiserer som nødvendige og unødvendige goder.

Tabell 3

Oversikt over nødvendig og unødvendige goder

Nødvendige goder	Unødvendige goder
dagligvarer	Alkohol
Klær/skotøy	Tobakk
Helsepleie	Sport
Telefoni	Musikk
Studielitteratur/ Studieavgifter	Billetter til forstillinger
Kollektivtransport	Aviser og magasiner
Hjemreiser	Kafebesøk
Utgift til tilsyn av barn	Motorkjøretøyer
boutgifter	Feriereiser
	PC
	Sykkel
	Hvitevarer
	møbler

Kilde: Løwe og Sæther (2007)

Det er ikke stilt spørsmål spesifikt angående utgifter til helse relaterte goder som ville ha vært interessant med tanke på problemstillingen i denne oppgaven, men oppgaven vil prøve å komme videre på dette punktet under det empiriske arbeidet kapittel 6.0.

Det som er interessant å se er at selv om den idealtypiske studenten ikke har stor disponibel beløp så har denne studenten et forbruk som kan reduseres i stor grad ved å skjære ned på utgifter som ikke går under kategorien nødvendighetsgoder(se tabell 4).

Tabell 4

Utgifter til nødvendige goder, totale utgifter og nødvendige goders andel av totale utgifter i de utvalgte studentgrupper.

	Nødvendige utgifter	Totale utgifter	Nødvendige goders andel (%) av totale utgifter
Alle	132	194	69
Kjønn			
Menn	124	186	67
Kvinner	138	200	70
Alder			
20-22 år	94	138	68
23-24 år	114	167	69
25-29 år	131	193	69
30 år og over	187	272	69
"Idealtypisk student"	94	132	72

Kilde: Løwe og Sæther (2007)

Av tabell 4 kommer det frem at den "idealtypiske studenten" bruker i gjennomsnitt 94 000 kr på "nødvendige utgifter". Dette utgjør 72 prosent av totale utgifter som her er oppgitt til å være på 132 000 kroner. 28 prosent av utgiftene går til unødvendige goder. Det faktum at en stor del av forbruket går til unødvendige goder vil være et argument for at studentene har litt å gå på om det skulle knipe litt økonomisk sett. Men som Løwe og Sæther (2007) skriver kan ikke dette være et argument for at studentene har det "for godt".

Vi så i tabell 2 at "idealtypisk student" hadde 112 000 kroner som disponibel beløp. I tabell 4 utgjør totale utgifter til 132 000 kr så det må være noe som ikke dekkes under disponibel inntekt. Kapittelet ser bort fra overføringer fra foreldre, og det faktum at mange mottar overføringer fra foreldre vil kanskje være med på å forklare noen av forskjellene her.

3.3 Studentens disponible beløp vs. andre gruppers disponible beløp

Det er en utpreget oppfatning at studenttilværelsen er preget av ”dårlig råd”. Dette kan kanskje være en populær oppfatning, men kapittelet vil her undersøke denne påstanden ved å se på studenten sin økonomi opp mot andre gruppers økonomi.

Igjen hentes data fra levekårsundersøkelsen som ble gjort på studenter i 2005.

En referansegruppe er viktig å definere når det skal avgjøres skal hvordan studenten ligger an i forhold til andre grupper i samfunnet. Det er mange grupper som kan sammenliknes med studentene og det finnes ingen fasit for hvem det er naturlig å bruke. Det vil også være av stor betydning hvilken gruppe studenter som brukes som sammenlikningsgrunnlag.

I levekårsundersøkelsen sammenliknes gifte eller samboende studenter i aldersgruppen 20-29 år med gifte eller samboende ikke studenter i samme aldersklasse og som er yrkesaktive (ikke-studenter med arbeidsinntekt større enn pensjonsinntekt og minst tilsvarende minstepensjon fra folketrygden for enslig).

I tabell 5 er det også en sammenlikning med trygdede som i denne sammenheng omfatter ikke-studenter med høyere skattbar inntekt fra folketrygden (pensjon, overgangsstønad, attføring) enn arbeidsinntekt.

Tabell 5
(Personlig) inntekt blant gifte og samboende studenter og andre gifte og samboende i alder 20-29 år, herunder sysselsatte og trygdete. Inntektsåret 2004. Gjennomsnitt. 1000 kroner og prosent.

Alder 20-29 år gift eller samboende	Studenter			Ikke studenter			Sysselsatte alle ikke-studenter*			Trygdede**
	Alle	Kvinner	Menn	Alle	Kvinner	Menn	Alle	Kvinner	Menn	Alle
Tall i 1000 kr										
Disponibelt beløp***	137	136	137	174	160	195	191	171	205	146
Differanse(hvor mye lavere beløp studentene har en referansegruppe) kr.				37	24	58	54	43	68	9
Differanse(hvor mye lavere beløp studentene har en referansegruppe) %.				21	15	30	28	26	33	6

* Ikke-studenter med yrkesinntekt og minst tilsvarende minstepensjon fra folketrygden for enslige

** Ikke-studenter med høyere skattbar inntekt fra folketrygden (pensjon, overgangsstønad, attføring) enn yrkesinntekt.

*** ”Disponibelt beløp” tilsvarer inntekt etter skatt og renteutgifter og boliginntekter m.m. inkludert eventuelt studielån (men uten støtte fra foreldre/familie)

Kilde: Løwe og Sæther (2007)

Av tabell 5 synes det å fremgå på bakgrunn av data at studenter har mindre disponiblt beløp tilgjengelig enn yrkesaktive ikke studenter og trygdede. Størst forskjell oppnås ved å sammenlikne studenter med yrkesaktive ikke-studenter. Her er forskjellen på 28 prosent når

det ikke tas hensyn til kjønnene og renteutgifter. Sammenliknes det derimot med trygdede så reduseres denne prosenten ned til 6 prosent.

3.4 Økonomisk mestring

Avsnittet ovenfor tok for seg hva det vi kaller for en ”student” har til rådighet av disponible midler. Min antagelse er at studenter har større problemer med økonomisk mestring enn andre grupper i samfunnet. I dette underkapittelet vil det bli presentert data fra levekårsundersøkelsen som vil omhandle studenters betalingsproblemer og betalingsreserver. Det private tannhelsemarkedet kan være gjenstand for uforutsette regninger, og det er derfor interessant å se hvordan studentene er rustet til å mestre dette markedet.

Hvilke spørsmål angående økonomisk mestring fikk ”studentene” i levekårsundersøkelsen? I spørreskjemaene fra Statistisk sentralbyrå sin levekårsundersøkelse ble studentene bedt om å ta stilling til følgende spørsmål.

- 1) Har det i løpet av de siste 12 månedene hendt at du/dere har hatt vansker med å klare de løpende utgiftene til f.eks. mat, transport, bolig? Hendte det ofte, av og til, en sjelden gang, eller aldri?
- 2) Var husholdningens økonomi i mesteparten av 2004 slik at du/dere ville klare en uforutsett regning på 5000 kroner?

Tabell 6
Forekomst av reelle og potensielle betalingsproblemer i studenthusholdninger etter bakgrunnsvariabel. 2005. Prosent.

	Har du hatt vansker med å klare løpende siste år (hjemmeboende utelatt)				Ville du klart en uforutsett regning på 5000 (alle)	
	Ofte	Av og til	Sjeldent	Aldri	Ja	Nei
Alle	8	18	24	50	52	48
Menn	6	18	24	52	55	46
Kvinner	9	18	23	49	50	50
Aldersgruppe						
19-22 år	9	19	28	44	39	61
23-24 år	6	20	25	49	47	53
25-29 år	7	19	25	49	51	49
30 år og over	9	15	18	58	68	32

Kilde: Løve og Sæther (2007)

Av tabell 6 fremgår det at mange av studentene i større eller mindre grad er i stand til å dekke de løpende utgiftene. I aldersgruppen 23-24 år er det 49 prosent som svarer at de ikke har hatt problemer med å dekke de løpende utgiftene siste året, men dette betyr også at 51 prosent har svart at de ofte, av og til eller sjeldent har hatt problemer. Dette tallet er ganske høyt og situasjonen gjenspeiler seg også i spørsmålet om hvorvidt denne aldersgruppen vil kunne klare en uforutsett regning på 5000 kroner. Tabell 6 viser at over halvparten av studenthusholdningene ikke hadde klart en slik uforutsett regning. Fra data i tabell 6 synes de yngste studentene virke mest utsatt for problemer med løpende utgifter og uforutsette store regninger.

3.5 Er studentene dårligere til å mestre egen økonomi enn andre unge?

Som levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå har noen studenter problemer med økonomien, men avviker disse tallene mye fra befolkningen ellers? Om befolkningen generelt er blitt dårligere til å mestre økonomi er ikke problemene til studenten spesielle og det svekker et eventuelt argument for en særskilt refusjonsordning til studentene.

Tabell 7 under sammenlikner studentene med unge ellers i samfunnet og vi ser igjen på de to typene av hovedspørsmål som er nevnt ovenfor.

Tabell 7

Økonomisk mestring blant studenter i 2005 og blant andre unge i 2004. Enslige i alderen 20-29 år (alder på intervju tidspunktet). Prosent

	Har hatt problemer med å klare løpende utgifter siste året (hjemmeboende utelatt)				Vil klare en uforutsett regning på 5000 kr.	
	Ofte	Av og til	En sjelden gang	Aldri	Ja	Nei
Studenter 20-29 år	9	21	26	45	40	60
Studenter 20-24 år	8	21	26	45	40	60
Unge ellers 20-29 år	8	17	16	60	56	43
Unge ellers 20-24 år	5	16	19	60	62	37

Kilde: Løwe og Sæther (2007)

Kilde "unge ellers": Inntekts og formueundersøkelsen 2004, Statistisk sentralbyrå.

4.0 Teori: Er refusjonsordning den mest hensiktsmessige løsningen for studentene?

Hvorvidt det er hensiktsmessig å utvide tannhelserefusjonene til å omfatte studenter, kan ikke direkte avgjøres i oppgaven, men ved hjelp av økonomisk teori kan denne problemstillingen belyses.

Oppgaven ser først på et samfunn med kun to individer, en skattebetaler og en student (velferdsmottager). To forskjellige individualistiske nyttefunksjoner blir brukt til å avgjøre om skattebetaler skal overføre penger eller spesifikke tiltak til studenten. Standard økonomisk teori under forutsetninger vil vise at pengeoverføringer maksimerer nytten sett med studentens øyne. Deretter setter oppgaven opp to forskjellige nyttefunksjoner som skal representerer samfunnets samlede nytte(velferd). Vi skal se at gitt hvilke forutsetninger og hvilke nyttefunksjoner som brukes, vil ha betydning for hvorvidt det er mest hensiktsmessig med et spesifikt tiltak, som en refusjonsordning representerer, eller om det er best med en ordning i form av en kroneoverføring.

Begrepet ”begrenset konsumentsoververenitet” blir brukt som et mulig teoretisk argument for tilby spesifikke tiltak. Hvorvidt studenter lider under ”begrenset konsumentsoververenitet” ligger utenfor oppgaven å avgjøre, men ved hjelp av teori om hyperbolske preferanser vil noen av studentenes utfordringer i møte med tannhelsemarkedet bli belyst.

Alle likninger under 4.1 er hentet fra Thurow (1976), men er tilpasset studenter i møte med tannhelsemarkedet.

4.1 Kroneoverføringer vs. spesifikke tiltak

Jeg forutsetter nå at det er to måter å løse en fordeling av goder på. Den ene måten går ut på å dele ut penger til individene i økonomien, mens den andre måten er i sin enkleste form å sette opp forskjellige standarder for hva et moderne velferdssamfunn skal tilby sine innbyggere(velferdsmottakere) i form av tjenester og tilbud. Dette er i samsvar med slik Thurow (1976) beskrev denne todelingen. Som vi skal se er det avhengig av hvilke type nyttefunksjoner og hvilke forutsetninger vi setter når det skal avgjøres om samfunnet bør tilby individene penger eller spesifikke goder.

4.1.1 Individualistiske nyttefunksjoner

Oppgaven forenkler her samfunnet ned til to individer, en skattebetaler og en student (velferdsmottager). Aktørene her antas begge å ha nyttefunksjoner som de ønsker å maksimere i henhold til en initial eksogen gitt budsjettbetingelse. For å rettferdiggjøre en overføring fra skattebetaler til studenten, må enten studenten sin nytte eller konsum av et spesifikt gode inngå i skattebetaler sin nyttefunksjon (se, respektivt, funksjon 1 og 2)

$$(1) U^1 = f_1(Y^1, X_2^1, \dots, X_n^1, U^S)$$

$$(2) U^1 = f_2(Y^1, X_2^1, \dots, X_n^1, C_t^S)$$

U^1 = nytte til individ 1 (skattebetaler)

Y^1 = inntekt til individ 1

X_2^1, \dots, X_n^1 = individ 1 sitt konsum av ikke markedsgoder

U^S = nytte til studenten (velferdsmottager)

C_t^S = studenten sitt konsum av tannhelsetjenester

Sett fra studentens sitt perspektiv vil en ubetinget kroneoverføring maksimere nytten (se funksjon 3).

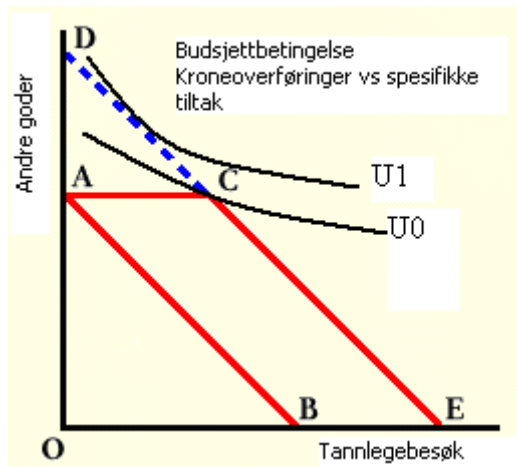
$$(3) U^S = (Y^S, X_2^S, \dots, X_n^S)$$

Y^S = inntekt til studenten

X_2^S, \dots, X_n^S = studenten sitt konsum av ikke markedsgoder

Jeg ønsker å vise generelt at en ubetinget kroneoverføring maksimerer studenten sin nytte gitt at denne studenten er konsumentsoveren. Det vil være tilfellet dersom konsumentsoverenitetsprinsippet er oppfylt. Prinsippet er enkelt i den forstand at aktørene i økonomien er nyttemaksimerende, og til enhver tid vet hva som er sitt eget beste. Tildeles studenten penger så kan den ikke under noen omstendigheter få større nytte ved å bli tilbudt andre ordninger eller tjenester.

Figur 2 illustrere dette prinsippet.



Figur 2

Figur 2 viser et individ sin mulighet til å allokere et budsjett mellom tannlegebesøk(x aksen) og alle andre goder (y aksen).

Det kan tenkes at staten utsteder tannlegekuponger på 1000 kr til studenter som uavkortet kan brukes til å besøke tannlege. Disse kupongene kan benyttes ved tannlegebesøk, men ikke til noe annet. Standard økonomisk teori impliserer at en slik kupong vil ha mindre verdi enn 1000 kr i kontanter fordi kupongen har en klausul heftet ved seg.

Konsumenter har alltid svak fordel av kontantoverføringer sett i forhold til samme beløp i spesifikke tiltak (svak fordel fordi det kan være de to tiltakene kan oppfattes som indifferente).

For å illustrere at kontantoverføringer dominerer andre ordninger benyttes det i figur 2 budsjettlinjer(budsjettlinjen representer konsumentens ressurser som i dette tilfellet kan allokeres mellom tannlegebesøk og alle andre goder). Studenten har i utgangspunktet budsjettlinjen A-B. Budsjettet kan benyttes til tannlegebesøk og til konsum av andre varer og tjenester. Med tannlegekuponger vil studenten om den bruker alle sine midler på tannlege kunne flytte konsumet fra 0-B til 0-E. Tannlegekupongene kan ikke brukes til andre varer og tjenester og den nye budsjettlinjen vil være A-C-E. Om studentene derimot blir tildelt 1000 kr i kontanter vil ikke dette bare øke muligheten til å konsumere tannhelsetjenester, men også alle mulige andre varer og tjenester. Den nye budsjettlinjen ved kontantoverføring til studentene vil være D-C-E. Linjestykket D-C representerer mulighetene som kontanter gir, men som ikke blir mulig ved en spesifikk kupong eller enn annen organisering der tjenestene

blir finansiert ved spesifikke overføringer. Ved å tegne inn nyttekurver⁷ slik som det er gjort i figuren ser man at kontanter ville kunne løfte studentene opp på en høyere kurve (går fra kurve U0 til kurve U1)

I modellen her antas det først at det ikke er noen kostnader ved det å ta beslutninger. Dette kommer oppgaven tilbake til i kapittel 7.

Alternativt kan en anta at den positive eksterne effekten strømmes ut fra konsumet av et bestemt gode slik som det er skissert i funksjon (2). Med en slik antagelse vil skattebetaler ha to muligheter for å få realisert et ønsket konsum av godet. Den ene måten er å overføre penger til studenten og håpe på at pengene blir brukt på den ønskede måten. Den andre måten er å tilby studenten et spesifikt tiltak (f.eks. gratis tannhelsetjenester eventuelt en refusjonsordning som vil gjøre tannhelsetjenester billigere). Ingen av disse måtene sikrer skattebetaler at studenten oppnår et bestemt konsum av godet, men slik dette er behandlet i Thurow (1976) vil alltid en betinget overføring, for eksempel at studenten får refundert utgifter til tannlege, dominere en ubetinget overføring, når skattebetalere sin nyttefunksjon er som funksjon (2). Thurow begrunner dette med at det alltid er billigere å operere ut fra priselastisiteten enn inntektselastisiteten.

4.1.2 Sosiale velferdsfunksjoner

Under 4.1.1 så oppgaven på nyttefunksjoner på individnivå. Samfunnet var forenklet til å bestå av kun to individer. Her utvider oppgaven analysen ved å se på sosiale velferdsfunksjoner.

Velferdsfunksjonene er et matematisk uttrykk som viser sammenhengen mellom samfunnets preferanser og de forskjellige faktorene som skaper en slik velferd. En slik funksjonen står i samme forhold til et samfunn som nyttefunksjon (1), (2) og (3) stod til et individ. Her skal jeg presentere to sosiale velferdsfunksjoner som vil kunne ha betydning for hvordan samfunnet vil tilby offentlige tjenester.

$$(4) SW = f(U^1, U^2, \dots, U^m)$$

SW = sosial velferd

(U^1, U^2, \dots, U^m) = nytten til samfunnets medlemmer

⁷ Indifferenskurve: I dette tilfellet vil en indifferenskurve representerer en bestemt nyttenivå bestående av kontanter og tannlegebesøk. Nyttens langs kurven er konstant.

Funksjon (4) svarer til argumentasjonen under konsumentsoverenssettelsesprinsippet.

(U^1, U^2, \dots, U^m) er nytten til samfunnets medlemmer og på individnivå U_i , vil en ubetinget kroneoverføring maksimere nytten til velferdsmottager (dette så vi i figur 2). En forutsetning for maksimering av funksjon (4) er at alle individene som inngår i funksjonen maksimerer sin nytte. Samlet vil maksimering av denne funksjon (4) sikre samfunnet i sin helhet størst mulig velferd ettersom alle individene m inngår i funksjonen.

En alternativ måte å modellere den sosiale velferdsfunksjonen er

$$(5) SW = f(U^1, \dots, U^m, dH, dF, dT)$$

dH = fordeling av helsetjenester til individet bestemt ut fra en norm/ønske fra samfunnet

dF = fordeling av forsvar til individet bestemt ut fra en norm/ønske fra samfunnet

dT = fordeling av tannhelsetjenester bestemt ut fra en norm/ønske fra samfunnet

Funksjon (5) er lik funksjon (4) med unntak av at det i (5) er satt direkte minstestandarder for hva hvert enkelt individ i samfunnet skal ha av spesifikke goder.

En tolkning av (5) (begrunnelse for å inkludere fordeling av H, F og T.) er diverse eksterne virkninger forbundet med forbruke av H, F og T

Det antas her at det strømmes eksterne positive virkninger fra studenten sin nytte og/eller konsum av tannhelsetjenester til skattebetalerne. Eksterne virkninger er gjeldende om en aktør gjennom sin aktivitet påfører andre aktører kostnader og eller gevinster som ikke nedfeller seg som kostnad eller inntekt i den utøvende aktørs regnskap (Strøm og Vislie, 2007). Om vi forutsetter at det strømmes ekstern nytte ut til flere individer og ikke bare til individ 1, når studenten øker sin nytte og/eller øker konsumet, vil den eksterne fordelingen ta form som et "offentlig gode". Problemet blir nå som med andre "offentlige goder" er at det kan oppstå et problem med hvem som skal finansiere godet. I slike tilfeller må myndighetene gripe inn fordi private donasjoner ikke vil være tilstrekkelig sett i forhold til preferansene til potensielle givere. For få ressurser vil bli overført, i det hver potensielle giver tenker at den kan nyte godt av fordelingen av en transaksjon uten å måtte betale for dem. I vanlig økonomisk teori kaller vi dette for "gratispassasjer problemet".

I vanlig økonomisk teori er det vanlig å sette to kriterier for at et gode skal kunne oppfattes som et offentlig gode. Godet må være ikke-ekskluderende og ikke-rivaliserende.

Tannhelsetjenester vil ikke oppfylle kriteriene i vanlige tannbehandlinger. Men slik som Thurow ser dette er det ikke mange vanlige helsetjenester som kan oppfylle disse kriteriene. Det må altså ligge noe annet bak tilbudet av disse tjenestene. (Musgrave, 1956) omtaler ”formynder gode”. Med et slikt gode mener Musgrave at konsumentene i et samfunn (bestående av alle skattebetalerne) ikke gir rett uttrykk for verdiene sine når de som individ handler. Samfunnet går altså ut fra at konsumentene ikke handler ut fra sitt eget beste. Dette er et gode som samfunnet mener at konsumentene har behov for selv om konsumentene ikke har den betalingsviljen som er nødvendig.

Selv om samfunnet har preferanser for minstestandarder som tilbys studentene er ikke samfunnet sikret at alle studenter velger et slikt konsum ut fra overføringer som for eksempel en refusjonsordning. Som skal se under 4.2 finnes det kanskje andre grunner som gjør at studenter får problemer med i tannhelsemarkedet.

4.2 Begrenset konsumentsovereneritet

Funksjon (4) la til grunn at velferdsmottagerne er konsumentsoverene. Slik som samfunnet beskrives av Thurow (1976) er dette en betingelse som kan diskuteres. Ikke alle klarer å disponere gitte ressurser slik at de oppnår størst mulig nytte. Thurow argumenterer mot den rådende oppfatningen blant økonomer av at aktørene i økonomien har full konsumentsovereneritet.

Historisk og juridisk har det vært umyndige og mennesker på institusjoner som har vært regnet som inkompetente sett i forhold til resten av befolkningen som har vært regnet som kompetente til å ta egne avgjørelser.

Thurow viser til at denne oppdelingen ved kompetent og inkompetent ikke er så enkel.

Oppdelingen viser seg å være et kontinuum av individer, rangert fra de som er i stand til å ta enhver og alle beslutninger til de som er inkompetente og som ikke klarer å ta enhver og alle beslutninger.

Thurow bruker begrepet ”begrenset konsumentsovereneritet”, men uten å definere det.

Eika (under publisering) definerer begrenset konsumentsovereneritet som inkapasitet, eller en begrensing i et individs beslutningskompetanse. Dette synes å være på linje med slik Thurow

forstår begrepet. I følge (Eika, (under publisering) er begrenset konsumentsoverenitet en form for markedsskjevhet som blant annet rettferdiggjør offentlige reguleringer. Offentlig sektor kan løse problemet med inkompetanse ved en rekke politiske tiltak som kan utfylle eller erstatte konsumentsoverenitet, men slik som det er gjort rede for i Thurow er den mildeste og minst tvingende løsningen å tilby offentlige tjenester (se sosial velferdsfunksjon 5).

4.2.1 Nåtidsskjevhet (hyperbolsk diskontering)

I dette underkapittelet benytter jeg meg av atferdsøkonomiske modeller.

Det finnes unge mennesker⁸ som får problemer på markedet for tannhelsetjenester. Dette underkapittelet vil prøve å forklare begrenset konsumentsoverenitet (utsatt gruppe) med teori om hyperbolsk diskontering. At studenter utsetter å gå til tannlege er eksemplet i kapittelet (støttes også av det empiriske arbeidet i kapittel 6). Den teoretiske løsningen kan være å gi studentene en mer bindende innkalling.

I vanlig økonomisk teori så forutsettes det at aktørene er rasjonelle. Dette gjelder også når aktørene diskonterer tid. Eksponentiell diskontering⁹ ligger vanligvis til grunn når vi økonomer skal forklare aktørenes preferanser ovenfor tid. En slik diskontering er tidskonsistent, og med det menes det at ting blir viktigere for oss dess nærmere de ligger i tid. Slik diskontering skjer med samme rate hele tiden. Denne raten er uavhengig av tiden som går. Nytteten for neste tirsdag blir stadig viktigere for oss, men samtidig blir også nytte neste onsdag viktigere. Raten er uforandret, noe som betyr at vår vurdering av planer for fremtiden ikke påvirkes av at tiden går. Kausale observasjoner, selviaktakelse og psykologisk forskning tilsier alle at forutsetningen om tidskonsistens ikke er treffende i alle sammenhenger. Antagelsen om tidskonsistens ignorerer den menneskelige tendensen til å ta øyeblikkelige gevinster og utsette øyeblikkelige kostnader sett i forhold til hva vårt fremtidige ”jeg” ønsker. Et eksempel kan være at du blir stilt ovenfor følgende dilemma. Hardt arbeid i 7 timer 1. april eller 8 timer hardt arbeid 15. april. Hvis man ble spurt om dette i januar, vil nok de fleste

⁸ <http://nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.4809125>

⁹ Eksponensiell diskontering:
$$U = \sum_{t=0}^T \left(\frac{1}{1+\rho} \right)^t U_t$$

ønske 7 timer 1. april, men er man allerede kommet til 1. april vil nok mange foretrekke 8 timers arbeid 15. april (O'Donoghue og Rabin, 2005)

Et alternativ til den eksponentielle diskonteringen er den såkalte hyperbolske. Denne diskonteringsfunksjonen passer bedre på noen fenomener som vanlig økonomisk teori har hatt problemer med å forklare (Frederick, Loewenstein og O'Donoghue, 2002). Utsettelse er et slikt fenomen. Hyperbolsk diskontering kan forklares med at nytten fra ulike fremtidige perioder endrer seg med ulik takt ettersom tiden går. Den nære nytten oppjusteres relativt til nytten som ligger litt lengre frem i tid. Dermed forrykkes den relative avveiningen mellom de to periodene ettersom de begge rykker nærmere i tid.

Et eksempel fra markedet for tannhelsetjenester vil kunne forklare dette bedre. En student gjør seg opp en mening om at det kan være lurt å oppsøke tannlege. Det er mandag og studenten bestemmer seg for at fredag så bør han bestille en time. Denne tankegangen er rasjonell for studenten på mandag, men ettersom uken går vokser betydningen av fredagens ubehag raskere enn betydningen av neste ukes ubehag. Studenten bestemmer seg på fredagen for å utsette bestillingen av time over til neste uke. Dette er et eksempel på hyperbolsk diskontering som kan forklare hvorfor enkelte utsetter ubehagelige opplevelser. Tankegangen er rasjonell i forkant, men nåtidsskjevheten vil dominere og føre frem til utsettelse (Laibson, 1997).

I økonomisk teori er det en forenkling av den hyperbolske diskonteringsfunksjonen som er blitt populær. Den såkalte kvasihypobolske¹⁰ diskonteringsfunksjonen er en vanlig eksponentielle diskonteringsfunksjon der alle perioder fra og med i morgen er rykket et hakk ned sett i forhold til nytten som forbindes med dagen i dag. Med denne foreklede funksjonen er det blitt lettere å forklare at enkelte velger å utsette ubehagelige gjøremål.

Med funksjonen går det an å dele beslutningstager i to ”jeg”, et ”langsiktig jeg” som legger planer ut i fra en eksponentiell diskonteringsfunksjon, og et ”svakt jeg” som alltid ender opp med å være litt mer opptatt av dagen i dag sett i forhold til det ”langsiktige jeg” la planer om i går.

(O'Donoghue og Rabin, 1999) satt et skille mellom de som er naive – og ikke tar hensyn til at preferanse kan endre seg og de som er sofistikerte – og skjønner at det vil få problemer og legger dette til grunn når de skal planlegge fremtiden. En naiv aktør vil alltid utsette et tannlegebesøk lengre enn hva han tenkte på forhånd. En sofistikert person vil ha et ønske om å utsette tannlegebesøket i dag stikk i strid med det han tenkte i går. Forskjellen på en naiv og

¹⁰ Kvasihyperbolsk diskontering: $U = u_0 + \beta \sum_{t=0}^T \left(\frac{1}{1+\rho} \right)^t u_t$ der $0 < \beta < 1$ uttrykker nåtidsskjevhet

sofistikert aktør er at den sofistikerte var i går klar over at han ville få problemer i dag og ville prøvd å binde seg om det var mulig. En bindende innkalling til tannlege vil kanskje løse problemet for ”naive” studenter(se 4.4.2).

4.2.2 Teoretisk løsning på hyperbolsk diskontering

Jeg forutsetter nå at studenter er plaget med hyperbolsk tidsdiskontering. Spørsmålet som stilles er hvorvidt teori kan finne en løsning på disse utsettelsene.

Om det finnes en løsning som kan være gjeldene for alle som er plaget med utsettelse ligger utenfor oppgaven. Men med referanse til tannhelsemarkedet vil det her presenteres en mulig teoretisk løsning som har sine røtter i ”innkallingen” som tannlegene sender ut og det O’Donoghue og Rabin kaller en ”terapeutisk løsning”.

I tillegg til vaner for regelmessig tannlegebesøk er tannlegenes bruk av innkalling viktig. Pasienter som kalles inn av tannlegen besøker tannlegen mer regelmessig enn de som selv må ta kontakt (Holst mfl. 2004).

O’Donoghue og Rabin (2005) gir en teoretisk løsning på problemet med hyperbolsk diskontering. Løsningen innebærer at hver aktør blir stilt ovenfor en avgift som kan korrigere for egen nåtidsskjevheten. Inntektene fra denne særavgiften blir ført tilbake til den som betaler inn avgiften. Realinntekten til aktøren vil derfor bli den samme, men med en slik avgift vil aktøren få hjelp til å forrykke de relative prisforholdene den står ovenfor slik at den handler i tråd med det du hadde tenkt på forhånd.

Et stilisert eksempel fra tannhelsemarkedet vil forklare dette nærmere. Tannlegen krever en avgift for studenter som skal innkalles til time. Denne avgiften blir betalt tilbake etter studenten har vært hos tannlegen. Realinntekten blir den samme samtidig som studenten hjelpes til å handle i forhold til det den hadde tenkt på forhånd.

5.0 Implikasjoner av en utvidet refusjonsordning

Motivasjonen bak dette kapittelet er å vise at en utvidelse av refusjonsordningene kan gi implikasjoner i tannhelsemarkedet. Kapittelet viser til både positive og negative implikasjoner av en utvidet refusjonsordning. Implikasjonene er ikke spesielle for studenter, men de vurderes som viktig når oppgaven spør om en utvidelse er hensiktsmessig.

Kapittel 5 bygges opp slik. 5.1 vil se på de mulige positive sidene av en refusjonsordning ved hjelp av forsikringsteori. Utfordringene ved en slik utvidelse tas videre opp i 5.2 der det først gis en definisjon av asymmetrisk informasjon. 5.2.1 vil ta dette videre med teori om atferdsrisiko. Endelig i 5.2.2 vil teori om tilbudsindusert etterspørsel bli presentert.

5.1 Implikasjon: Lik tilgang for alle/skatt

Slik som tannhelsemarkedet er beskrevet i kapittel 2 er dette markedet hovedsaklig finansiert ved hjelp av brukerbetaling fra den voksne delen av befolkningen. I dette kapittelet skal vi se på hva som blir implikasjonen av å utvide refusjonsordningene ved hjelp av skattefinansiering.

Det finnes i hovedsak to argumenter for at skattefinansiering skal brukes for å finansiere tannhelsetjenester. For det første vil en skattefinansiering i motsetning til et system med brukerbetaling sikre alle lik tilgang på tjenestene, da det ikke kreves noen form for brukerbetaling. For det andre vil lik tilgang uavhengig av ressurstilgang kunne sikre god tannhelse i hele befolkningen. Det som taler imot en skattefinansiering er faren for overkonsum av tjenester og at konsumentene skal benytte færre preventive tiltak. Det er også en fare for at tilbyderne av tjenester skal utnytte de sjenerøse refusjonsordningene. Dette er implikasjoner som blir tatt opp i kapittel 5.1.

Økonomisk teori bruker ofte forsikringsperspektivet når det snakkes om lik tilgang for alle individene i et samfunn.

Det er eksistensen av usikkerhet i markedet som har ledet frem til utvikling av forsikring.

Forsikring gjør det mulig å redusere noe av denne usikkerheten.

Systemet er vanligvis bygd opp slik at individer betaler inn beløp til en forsikrer(stat/forsikringselskap) med løfte om at forsikreren betaler om noe uforutsett skulle skje. I helsesektoren kan eksemplet være at forsikrer betaler om individet opplever et hjerteinfarkt som ellers ville kunne resultere i en dyr operasjon.

Ved en uforutsett situasjon (f.eks. hjerteinfarkt) vil en forsikringskontrakt kunne redusere individet sin økonomiske risiko. Det forutsettes at individene prøver å maksimere sin nytte og at de er risikoaverse. Med disse forutsetningene vil kjøp av en forsikringskontrakt øke individets velferd. Slik som det er behandlet i Arrow (1963) vil det si at individet har det bedre med en kontrakt enn uten.

Forsikring har ikke bare en funksjon der usikkerhet blir redusert for det enkelte individet. Det er også et moralsk perspektiv ved forsikring. Uten forsikring vil individer ikke være i stand til å møte sykdom og lidelser med bakgrunn i begrenset ressurstilgang. I ytterste tilfelle kan det være skille mellom liv og død.

Helseforsikring i Norge kjenner vi igjennom det offentlige systemet der alle individene med en inntekt over en grense, gjennom skatter betaler inn til staten som virker som et forsikringselskap. For de som er skattepliktige er denne innbetalingen obligatorisk. Staten benytter seg av disse midlene ved å tilby helsetjenester til alle individene i samfunnet gjennom folketrygden. Ved en slik universell forsikringsordning sørger staten for en rettferdig fordeling av helsetjenester.

For å se hvordan en slik forsikringskontrakt virker, anta at det finnes en tanlidelse som i snitt angriper 1 av 100 individer. Denne lidelsen kan behandles ved et kirurgisk inngrep, men dette inngrepet vil ha en total kostnad på 50 000 kr. Uten forsikring vil 99 av de 100 individene ikke behøve å betale noe, men det uheldige siste individet vil stå ovenfor en kostnad på 50 000 kroner. Med forsikring, kan alle de 100 individene betale 500 kr. Det uheldige individet som trenger det kirurgiske inngrepet vil nå få betalt inngrepet av staten (Stigilitz og Walsh, 2002)

5.2 Informasjonsasymmetri

Med asymmetrisk informasjon mener jeg en situasjon hvor aktører som handler med hverandre har ulik tilgang på informasjon om forhold som er av betydning for utbyttet av handelen. Det skilles ofte mellom asymmetrisk informasjon som følge av skjulte handlinger og som følge av skjult informasjon. Begge disse to formene kan være gjeldene på markedet for tannhelsetjenester. Skjult informasjon innebærer at en person ikke vet om han står overfor et godt eller dårlig produkt, for eksempel vil en aktør som går til tannlege ha problemer med å sjekke kvaliteten på behandlingen utført av tannlegen. Skjulte handlinger innebærer at den ene aktøren kan påvirke utfallet av f.eks. en forsikringskontrakt, uten at den andre aktøren i utgangspunktet kan observere dette.

Slik som markedet for tannhelse er beskrevet i figur 2 så er det tre aktører til stede på markedet. Pasient, tilbyder(tannlege) og stat. Informasjon mellom alle disse aktørene kan beskrives som ufullstendig.

Med referanse til figur 2 vil det i dette kapitlet presenteres to typer ineffektivitet som begge har sin begrunnelse i asymmetrisk informasjon.

Relasjonen mellom pasient og stat vil først bli diskutert gjennom teori om atferdsrisiko.

Endelig blir relasjonen mellom pasient og tilbyder diskuteres gjennom teori om tilbudsindusert etterspørsel.

5.2.1 Atferdsrisiko

I oppgaven diskuteres det mulig utvidelser av refusjonsordningene i tannhelsesektoren. En mulig negativ implikasjon med å åpne for mer sjenerøse ordninger er noe oppgaven tar opp i dette kapitlet.

Med referanse til figur 2 der tannhelsemarkedet er fremstilt er det i dette kapitlet interaksjonen mellom staten og pasienten som skal presenteres.

Det innføres nå en pasientbetalerfunksjon. Altså den prisen som blir belastet pasienten ved konsultasjoner hos tannlege.

$$P = (1 - \alpha)\beta C + F$$

Prisen pasienten betaler er i dette tilfellet en funksjon av kostnadene til tannlegen(C), påslagssatsen fra tannlegen(β), refusjonssatsen(α) fra staten og et fast konsultasjonsbeløp(F) Slik som tannhelsetjenesten for den voksne befolkninger i Norge er utformet er $\alpha = 0$. Prisen pasienten betaler er da kun en funksjon av kostnaden til tannlegen(C), påslagssatsen(β) og det faste konsultasjonsbeløpet(F).

Økt α vil representere en mer sjenerøs refusjonsordning og $\alpha = 1$ er en ordning som der staten tar hele regningen og det er kun det faste konsultasjonsbeløpet som er overlatt til pasienten.

Det vil i det følgende også refereres til "forsikring" der $\alpha > 0$.

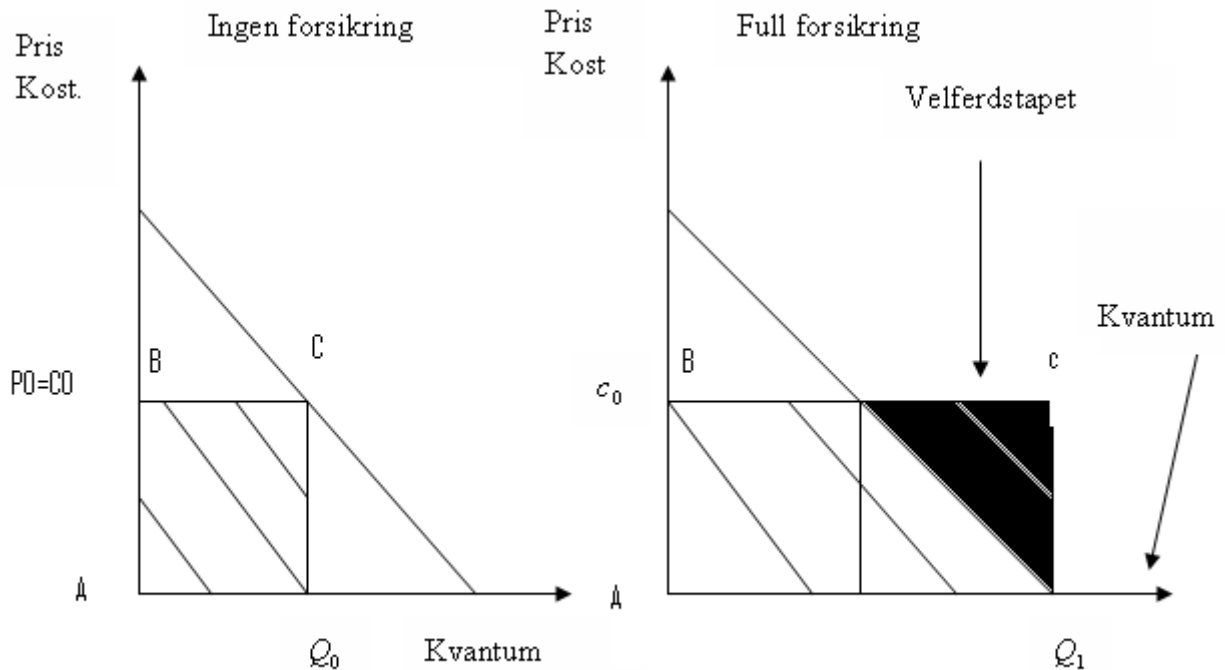
En definisjon av atferdsrisiko ble gitt i Pauly (1968) som refererer til Buchanan (1964):

"atferdsrisiko er all avvik fra korrekt menneskelig atferd som kan skape problemer for tilbyder av forsikringer.

Termen "atferdsrisiko" kan videre deles opp i produsent og konsument-atferdsrisiko.

Produsent-atferdsrisiko vil bli presentert i kapittel 4.3.2 under overskrift "Tilbudsindusert etterspørsel".

Atferdsrisiko på konsumentensiden er det som skal diskuteres i dette kapittelet. Slik det er gjort rede for i (Pauly, 1968) vil en forsikret aktør ($\alpha > 0$) etterspørre flere tjenester enn det han ville ha gjort om han ikke hadde noen form for forsikring ($\alpha = 0$). Igjen kan man dele denne termologien opp slik som Ehrlich og Becker (1972) har gjort ved å se på konseptene ex.ante atferdsrisiko og ex.post atferdsrisiko. Det første konseptet, ex.ante atferdsrisiko, refererer til et valg konsumenten tar før han utvikler sykdom/tannlidelse. Det antas at konsumenten kan foreta valg som kan senke sannsynligheten for utvikle sykdom/tannlidelse. Denne antagelsen er relevant for tannhelsemarkedet der man dagelig kan redusere sannsynligheten ved å pleie tennene. Incentivene til å forta disse handlingene kan reduseres om det innføres for sjenerøse forsikringsordninger ($\alpha > 0$). Slike ordninger vil senke P som er den prisen som konsumenten må betale for behandlingen. Dermed blir det relativt billigere å være syk og konsumenten vil tilpasse seg deretter (Donaldson og Gerard 1993). Eksempel på en slik tilpasning kan være at økt α kan medføre at flere blir mer slurvete med generelle tannpleien.



Figur 3: Atferdsrisiko og kostnader

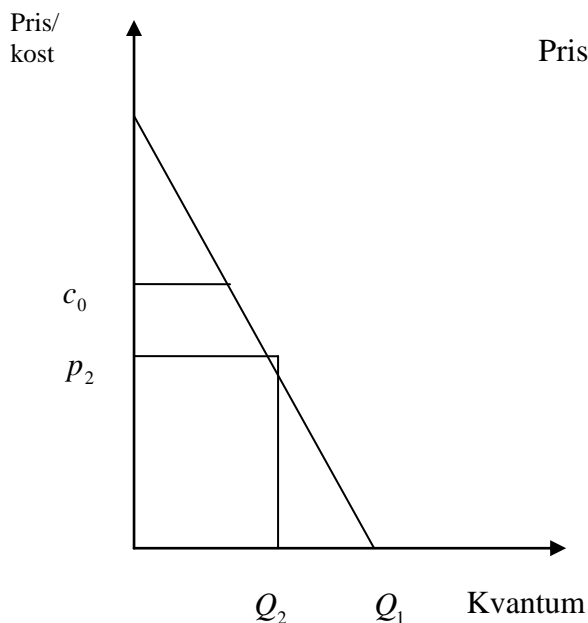
Kilde: Grytten (2005)

Ex.post atferdsrisiko er gitt en grafisk fremstilling i figur 3 ved hjelp av etterspørselskurver. Figur 3 viser sammenhengen kostnaden på en tjeneste og etterspørselen etter tannhelsetjenester. Figuren til venstre illustrerer en situasjon med ingen forsikring $\alpha = 0$, figuren til høyre viser en situasjon med full forsikring. Etterspørselskurven er fallende. Med lavere pris økes etterspørselen konsumentene. Området til venstre og under etterspørselskurven viser konsumentene verdsetter tannhelsetjenester. Hva skjer ved en universell forsikring ($\alpha = 1$). Kostnaden for å tilby tannhelsetjenester forblir den samme, men pasientene vil med en slik ordning etterspørre flere tjenester siden tjenestene nå er billigere eller helt uten kostnader. I figur 3 til venstre vil den horisontale linjen representere kostnaden per behandling før en forsikringsordning blir innført. Pasientene vil konsumere Q_0 . Prisen P_0 er da på et nivå som nøyaktig dekker kostnaden c_0 . Jeg forutsetter det ekstreme tilfellet at en offentlig forsikringsordning dekker alle kostnader, med andre ord er behandling hos tannlege gratis (figuren til høyre). Etterspørselen fra pasienter vil i dette tilfellet øke til Q_1 . Før forsikringsordningen ble innført var den totale kostnaden tilsvarende retangulære A,B,C, Q_0 i figuren til venstre. Etter forsikringen blir innført vil den totale kostnaden øke og

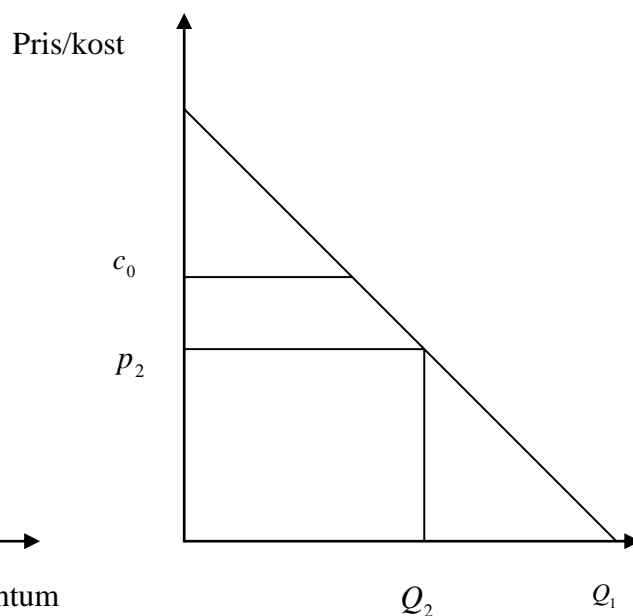
tilsvare rektangulære A,B,C, Q_1 . Område markert svart i figur 3 til høyre vil representere velferdstapet ved å innføre en full forsikringsordning.

Problemet med atferdsrisiko kan løses gjennom kontrakter som sikrer en viss egeninnsats av pasientene. Vanligvis blir en slik egeninnsats tvunget frem av å overlate noe av utgiftene til pasienten $0 < \alpha < 1$ (Evans, 1984). Implikasjonen av en slik løsning med pasienter som tar en prosentmessig $(1 - \alpha) \neq 0$ del av regningen vil avhenge av priselastisiteten på etterspørselskurven. Stigningstallet på etterspørselskurven representerer priselastisiteten som er et uttrykk for prosentvis endring i etterspørsel ved en endring i pris på en prosent (Sydsæter, 2001). Figur 4-a viser en bratt etterspørselskurve, mens figur 4-b viser en relativt flatere etterspørselskurve. Utgangspunktet i begge figurene er at tannbehandling er gratis for pasientene og konsumet er Q_1 . Effekten av egenandeler vises i figuren ved å flytte prisen fra 0 til P_2 . Denne prisøkningen vil slå forskjellig ut i det to forskjellige figurene. Reduksjonen i etterspurte tjenester er størst i figur som representerer den etterspørselskurven med størst priselastisitet. På tilsvarende måte vil velferdstapet i figur 3 begrenses ved en uelastisk etterspørselskurve.

Figur 4-a Uelastisk etterspørsel



Figur 4-b Elastisk etterspørsel



Kilde: Grytten (2005)

5.2.2 Tilbudsindusert etterspørsel

”Har jeg virkelig så mange hull?”

Egen tanke etter tannlegebesøk våren 2007

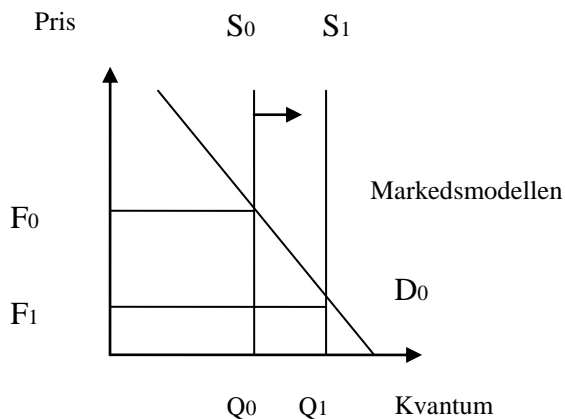
Dette kapittelet tar for seg en annen implikasjon av asymmetrisk informasjon i tannhelsemarkedet. Jeg vil her presenterer teori om tilbudsindusert etterspørsel. Informasjonsasymmetrien i relasjonen mellom pasient og tannlege. Denne asymmetrien ligger i at odontologi er en profesjon med fem års utdanning¹¹. I det en tannlege og en pasient møtes har pasienten begrenset mulighet for å kunne sjekke hvorvidt tannlegen utfører ønsket behandling til riktig pris. Tilbyderen av tjenesten vil stå som pasientens rådgiver og den som skal utføre behandlingen. Tilbyder vil i en slik dobbeltrolle ha stor makt til å bestemme omfanget og kvalitet på behandlingen. Det perfekte tilfelle under disse forutsetningene er at tjenesteutfører kun utfører de tjenestene som er nødvendig og velferdsøkonomisk lønnsomt, uten å benytte seg av informasjonsfordelen og tilbyr tjenester som er motivert ut fra privat økonomisk nytte (Grytten, 2005). Tjenesteutfører kan utnytte sin informasjonsfordel ovenfor en relativt lite informert pasient. Utnyttelsen av informasjonsfordelen kan ta form av at tjenestetilbyder bevisst øker pasientens etterspørsel etter tjenester. Dette kan være i form av flere konsultasjoner, dyrere reparasjoner enn det som kan rettferdiggjøres ut fra et rent odontologisk synspunkt. Slik praksis som beskrevet ovenfor kan presse seg frem ved at tjenesteutfører opplever konkurranse på markedet for tannhelsetjenester, og kompenserer dette økte tilbudet ved å utnytte sin stilling som aktør med informasjonsfordel ved å indusere etterspørsel ovenfor pasienten.

Figur 5-a viser sammenhengen mellom pris på tjenesten og etterspørselen. I figuren er det en fallende sammenheng mellom pris og kvantum etterspurt av tjenesten. Økt konkurranse på tannhelsemarkedet som kan observeres ved at for eksempel en tannlege etablerer seg på markedet der det i utgangspunktet er tilstrekkelig med tannleger. I følge markedsmodellen i figur 5-a vil vi få et skifte i tilbudskurven ut til høyre. Dette skulle i utgangspunktet gi større konkurranse på markedet for tannhelse og ut fra figuren skulle implikasjonen være en lavere pris $F1$ og et høyere kvantum av tjenesten $Q1$. Denne endringen skjer langs etterspørselskurven. Ut fra et velferdsperspektiv er det ikke noe galt i at prisen blir lavere samtidig som forbruket av tannhelsetjenester blir høyere. Figur 5-b viser hva som skjer om

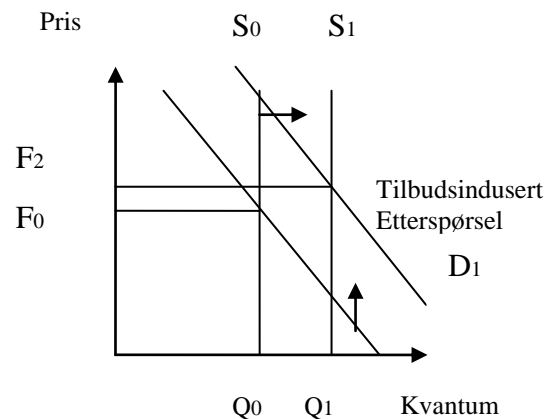
¹¹ <http://www.uio.no/studier/program/odontologi/>

konkurransen på markedet for tannhelse svikter. Igjen vil en tannlege etablere seg geografisk på et sted der det i utgangspunktet allerede er tilstrekkelig med tannleger. Tilbudskurven flyttes utover. Dette skiftet i tilbudskurven medfører økt konkurranse blant tannlegene og vil føre til press på tannlegenes inntjeningsmuligheter. Slik som det er gitt i figur 5-b vil tannlegene kompensere den truede inntjeningen ved å selv øke etterspørselen. Dette kan være i form av mer omfattende behandling, flere konsultasjoner. I figur 5-b vil dette fremkomme ved at etterspørselskurven skifter utover fra D_0 til D_1 . Et slik skift kan øke pasientkostnaden istedenfor å redusere pasientkostnaden slik som det fremgår av figur 5-b. Argumentet her er helt avhengig av elastisiteten på etterspørselskurven.

Figur 5a



Figur 5b



Kilde: Grytten (2005)

I kapittel 7 vil det diskuteres hvorvidt det vil være bedre å overlata noe av denne informasjonsinnhentningen til staten. Ved at staten som betaler for tjenesten og driver mer aktiv kontroll ovenfor tannlegene. Samtidig vil være en fare for at pasient og tilbyder slår seg sammen utnytter staten som betaler for behandlingen

6.0 Empirisk arbeid

Under kapittel 2 ble det presentert data for subjektiv vurdering av egen tannhelse. I kapittel 3 blir studentens økonomi drøftet grundig.

Målet med det empiriske arbeidet i denne oppgaven er først og fremst å prøve å finne ut noe om tannhelsen, tannhelsevaner og økonomi blant studentene ved Universitetet i Oslo.

6.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for det som blir presentert under dette kapittelet er utarbeidet ved et spørreskjema som er blitt distribuert rundt til forskjellige studenter ved universitetet i Oslo samt 30-40 åringer som har jobb. Studentene er oppsøkt i kantina på universitetsbiblioteket. Sammen med en medhjelper plukket vi ut individer som besvarte spørreskjemaet frivillig. For å sikre oss at individene som besvarte skjemaet var studenter var et av spørsmålene om vedkommende var student. For å si noe om hvordan studentene forholdsvis ligger an i forhold til andre grupper har det blitt valgt ut en referansegruppe bestående av etablerte 30-40 åringer. Referansegruppen er oppsøkt og har svart på spørreskjema ved forskjellige plasser i Drammen og Oslo. Jeg oppsøkte referansegruppen i parker der jeg observerte og spurte folk var ute med barna sine. Denne prosedyren ble gjort i Elveparken i Drammen og i Frognerparken i Oslo. For å sikre meg om at folk i referansegruppen var i inntektsbringende arbeid var dette et av spørsmålene i denne gruppen. De som har besvart skjemaet(referansegruppen) og ikke krysset av for inntektsgivende arbeid har ikke blitt med i analysen av undersøkelsen.

De som har besvart skjemaet har ikke fått noen form for kompensasjon.

6.2 Hypoteser

Før arbeidet med innhenting av data laget jeg noen hypoteser angående studenter.

Gjennom bruk av hypotesetesting vil jeg bruke data til å si noe om sannsynligheten for at hypotesen er riktig.

1. Jeg antar at studenter befinner seg i en dårligere økonomisk situasjon enn referansegruppen (bestående av 30-40 åringer som er ute i jobb)
2. Jeg antar at studentene har et høyere forbruk av unødvendige goder sett i forhold til folk i referansegruppen.
3. Jeg antar at studenter får sjeldnere innkalling til tannlege enn referansegruppen.
4. Jeg antar at referansegruppen er flinkere når det gjelder preventive forebygging
5. Jeg antar at referansegruppen går oftere til tannlege enn studentgruppen.

6.3 Spørsmålene i spørreskjema

1. Kunne du klart en uforutsett regning på 5000 kr?
2. Har du i løpet av det siste året hatt problemer med å betale løpende utgifter?
3. Er du eier av en bærbar PC?
4. Har du i løpet av de 12 siste månedene vært på en utenlandsferie?
5. Hvor lenge er det siden du var hos tannlegen?
6. Hva er grunnen til at du ikke oppsøker tannlege oftere?
7. Hvor mye brukte du på siste tannlegebesøk?
8. Får du innkalling til tannlege?
9. Hvis nei: Hadde du gått oftere til tannlege om du hadde fått innkalling?
10. Hvordan rangerer du din egen tannhelse?
11. Har du foretatt kosmetisk tannbehandling? (tannregulering vil ikke inngå her)
12. Bruker du tanntråd/tannpirker?
13. Bruker du fluorskyll/Fluor-tilskudd?
14. Hvor mange ganger pusser du tennene hver dag?

Jeg vil presentere et utvalg av resultatene fra spørreskjemaet. Fullstendige resultater kan fås ved å ta kontakt med meg.

Et utvalg er gjort for å presentere analyse av de dataene som i ettertid har vist seg å være mest interessante. Spørreskjemaet ble utarbeidet tidlig i oppgaveprosessen, og i etterkant av innsamlingen av dataene har oppgaven endret seg. Noen av spørsmålene som er blitt stilt har vist seg å ikke være like gode når det gjelder å belyse problemstillingen.

6.4 Metode

Jeg har valgt å presentere de fleste spørsmålene ved en grafisk fremstilling som viser prosentvis forskjell på gruppene i et stolpediagram.

I noen spørsmål som har svaralternativene ”ja” og ”nei” eller der det er mulig å luke ut noen alternativer slik at jeg blir stående igjen med kun to alternativer ønsker jeg å finne ut om det er signifikante forskjeller mellom studentgruppen og referansegruppen.

For å se om det er forskjell mellom gruppene, i de spørsmålene som det er naturlig har jeg brukt det Bhattacharyya og Johnson (1977) kaller ”sammenlikninger av to binomiale utvalg”

Den ukjente prosentvise fordelingen i samfunnet av de som har svart ”ja” er definert som, respektivt, p_1 og p_2

p_1 = den ukjente sannsynligheten for ”ja” blant studenter

p_2 = den ukjente sannsynligheten for ”ja” blant de i samfunnet som har inntektsbringende arbeid og som er i alderen 30-40 år

Målet med analysen er å teste nullhypotesen som sier at det ikke er noen forskjell mellom gruppene.

$$H_0 : p_1 = p_2$$

For å kunne si noe om nullhypotesen benyttet jeg data som ble samlet inn i spørreundersøkelsen.

Forutsetter at de studenter (n_1) som ble trukket ut er tilfeldig utvalg av studenter ved Universitet i Oslo, og antallet som svarte ”ja” blir registrert som X. På tilsvarende måte i referansegruppe n_2 , men antallet som svarte ”ja” blir registrert som Y.

Gitt at det bare finnes to utfall blant svaralternativer, er X og Y er binomisk fordelt.

Som en start vurderer jeg $\hat{p}_1 - \hat{p}_2$ for å gjøre en slutning om $p_1 - p_2$

$$\hat{p}_1 = \frac{X}{n_1} = \text{student estimator}$$

$$\hat{p}_2 = \frac{Y}{n_2} = \text{referansegruppe estimator}$$

For å teste nullhypotesen $H_0 : p_1 = p_2$ definerer vi et uspesifikk felles "ja" utvalg som

$$p = p_1 = p_2$$

Under nullhypotesen, er teststørrelsen $\hat{p}_1 - \hat{p}_2$ omtrent normalfordelt med

$$E(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) = 0$$

$$sd(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) = \sqrt{p(1-p)} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

Den ukjente parameteren p som her ligger i uttrykket for standardavviket må i dette tilfellet estimeres ved å samle informasjon fra de to gruppene. Andelen av svar "ja" i begge gruppene gir

$$\text{Samlet estimat for "ja" i begge gruppene } \hat{p} = \frac{X + Y}{n_1 + n_2}$$

$$\text{Estimert sd av } (\hat{p}_1 - \hat{p}_2) = \sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

Bhattacharyya og Johnson (1977) definere test-observatoren

$$Z = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

som er tilnærmet $N(0,1)$ under null hypotesen

Jeg benytter testobservator Z overfor og forkaster nullhypotesen dersom Z havner i forkastningsområdet angitt i tabellen under, der Z_α er kvantilet i standardnormalfordelingen

	H0	H1	Forkast H0 hvis
Alternativ 1	$p_1 \leq p_2$	$p_1 > p_2$	$Z > Z_\alpha$
Alternativ 2	$p_1 \geq p_2$	$p_1 < p_2$	$Z < -Z_\alpha$
Alternativ 3	$p_1 = p_2$	$p_1 \neq p_2$	$ Z > Z_{\alpha/2}$

Tabell 8

6.5 Resultater

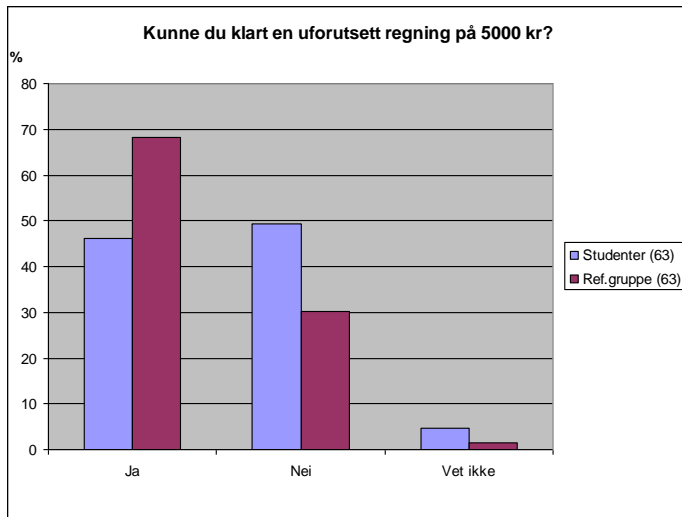
Jeg benytter metoden ovenfor for å avgjøre om det er signifikante forskjeller mellom studentgruppen og referansegruppen i de spørsmål dette finnes hensiktsmessig

Jeg setter spørsmål 1 som et eksempel på hvordan svaret blir regnet ut, mens i de andre spørsmålene vil hypotesene bli spesifisert sammen med z-observatoren og kritisk verdi. De utvalgte spørsmålene som har flere svaralternativer enn to vil presenteres med stolpediagram som viser den prosentvise forskjellen

1) Kunne du ha klart en uforutsett regning på 5000 kr?

	Ja	Nei	Vet ikke
Studenter (63)	29	31	3
Ref. gruppe (63)	43	19	1

Tabell 9



Figur 6

Dette spørsmålet vil være et eksempel på hvordan jeg avgjør om det er signifikant forskjell mellom gruppene i de spørsmålene som det er kun to svaralternativer.

For å kunne få et måltall som kan skille svaralternativene er ”ja” tillagt verdien 1, ”nei” er tillagt verdien 0. Jeg ser vekk fra ”vet ikke” svarene. Sannsynligheten for å svare ja, gitt at respondenten har svart enten ”ja” eller ”nei”, er binomialt fordelt.

H_0 : Studenter klarer i større eller lik stor grad som referansegruppen å betjene en uforutsett regning på 5000 kr ($p_1 \geq p_2$)

H_1 : Studenter klarer i mindre grad å betjene en uforutsett regning på 5000 kr ($p_1 < p_2$)

$$\hat{p}_1 = \frac{X}{n_1} = \frac{29}{60} = 0,483$$

$$\hat{p}_2 = \frac{Y}{n_2} = \frac{43}{62} = 0,693$$

$$\hat{p}_1 - \hat{p}_2 = -0,210$$

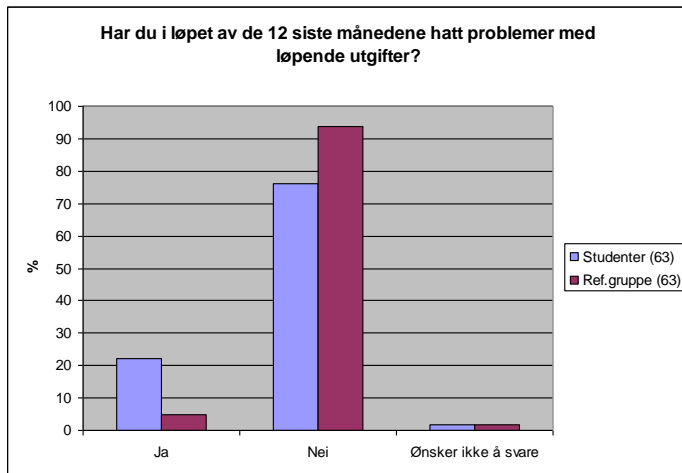
$$\hat{p} = \frac{X + Y}{n_1 + n_2} = \frac{72}{122} = 0,590$$

$$Z = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}(1-\hat{p}) \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} = \frac{-0,210}{\sqrt{0,59 * 0,41 \left(\frac{1}{60} + \frac{1}{62} \right)}} = -2,36$$

Hvis vi forutsetter et $\alpha = 0,05$ signifikansnivå vil ensidig forkastningsområde være $Z \leq -1,64$. Siden den observerte verdien er mindre, vil nullhypotesen forkastes.

Hypotesetesten har her vist oss at på bakgrunn av data kan vi hevde at det er forskjell på gruppene. Det at studenter er flinkere eller like flinke som referansegruppen når det gjelder å betjene en uforutsett regning på 5000 kr er ikke støttet gjennom observerte data.

2 Har du i løpet av de 12 siste månedene hatt problemer med løpende utgifter?



Figur 7

Igen ønsker jeg å kunne si noe om det er signifikante forskjeller mellom gruppene. Bruker samme metode som i eksempelet og tar vekk de som ikke ønsket å svare på dette spørsmålet.

H_0 : Studenter har i mindre eller i like stor grad som referansegruppen problemer med løpende utgifter ($p_1 \leq p_2$)

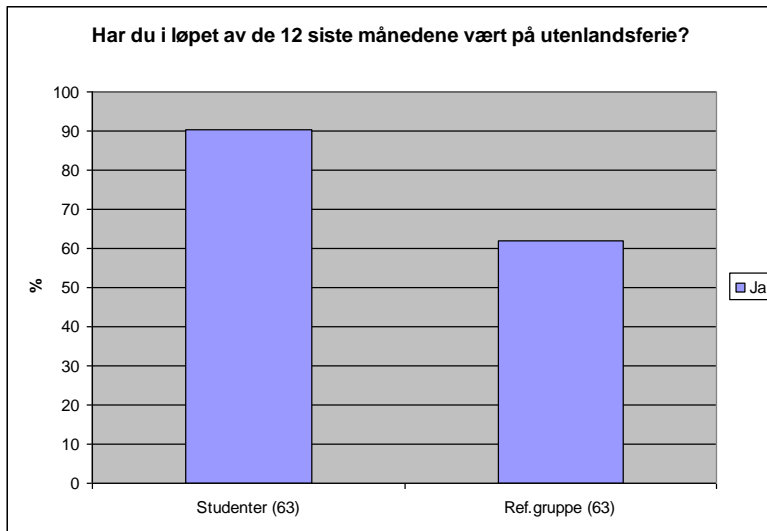
H_1 : Studenter har i større grad problemer med løpende utgifter ($p_1 > p_2$)

$Z = 2,22$

Hvis vi forutsetter et $\alpha = 0,05$ signifikansnivå vil ensidig forkastningsområde være $Z \geq 1,64$.

Siden den observerte verdien er større, vil nullhypotesen kunne forkastes signifikansnivå $\alpha = 0,05$

4 Har du i løpet av de siste 12 månedene vært på utenlandsferie?



Figur 8

H0: Studenter har vært sjeldnere eller like ofte på utenlandsferie i løpet av de 12 siste månedene som referansegruppen ($p_1 \leq p_2$)

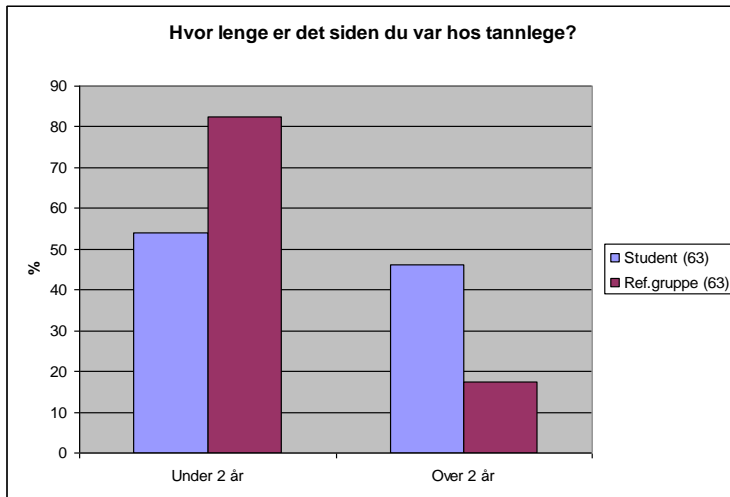
H1: Studenter er har vært oftere på utenlandsferie enn folke i referansegruppen ($p_1 > p_2$)

$$Z = 3,77$$

Hvis vi forutsetter et $\alpha = 0,05$ signifikansnivå vil ensidig forkastningsområde være $Z \geq 1,64$.

Siden den observerte verdien er større, vil nullhypotesen kunne forkastes.

5 Hvor lenge er det siden du var hos tannlege?



Figur 9

H_0 : Studenter går til tannlege oftere eller like ofte som referansegruppen ($p_1 \geq p_2$)

H_1 : Studenter går til tannlege sjeldnere enn folk i referansegruppen ($p_1 < p_2$)

Estimatoren er i dette tilfellet $\hat{p}_1 = \frac{X}{n_1}$ der X er de studentene som har svart ”under 2 år”

Samme gjelder for referansegruppen $\hat{p}_2 = \frac{Y}{n_2}$ der Y er de personene i referansegruppen som

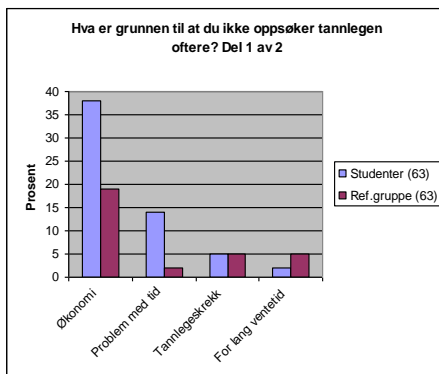
har svart ”under 2 år”.

$$Z = -3,44$$

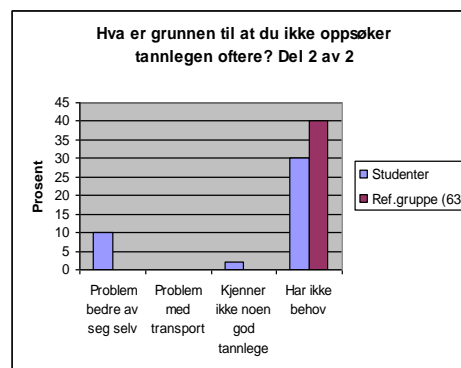
Hvis vi forutsetter et $\alpha = 0,05$ signifikansnivå vil ensidig forkastningsområde være

$Z \leq -1,64$. Siden den observerte verdien er mindre, vil nullhypotesen forkastes med signifikansnivå $\alpha = 0,05$.

6 Hva er grunnen til at du ikke oppsøker tannlege oftere?



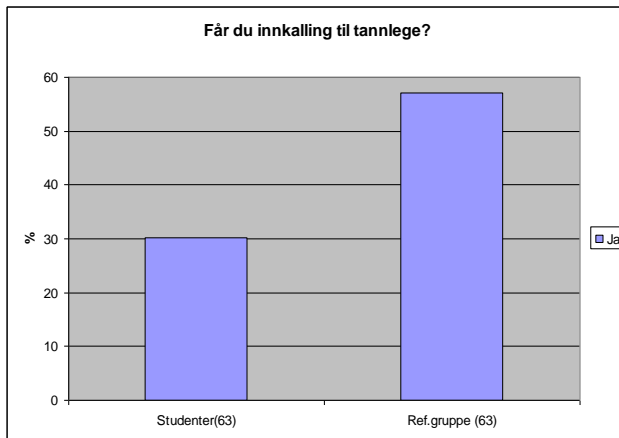
Figur 10-a



Figur 10-b

Her foretar jeg ingen analyse, men ser at studenter svarer ”økonomi” oftest mens de i referansegruppen svarer ”har ikke behov” oftest.

8 Får du innkalling til tannlege?



Figur 11

H0: Studenter får i større eller like stor grad innkalling til tannlege som folk i referansegruppen ($p_1 \geq p_2$)

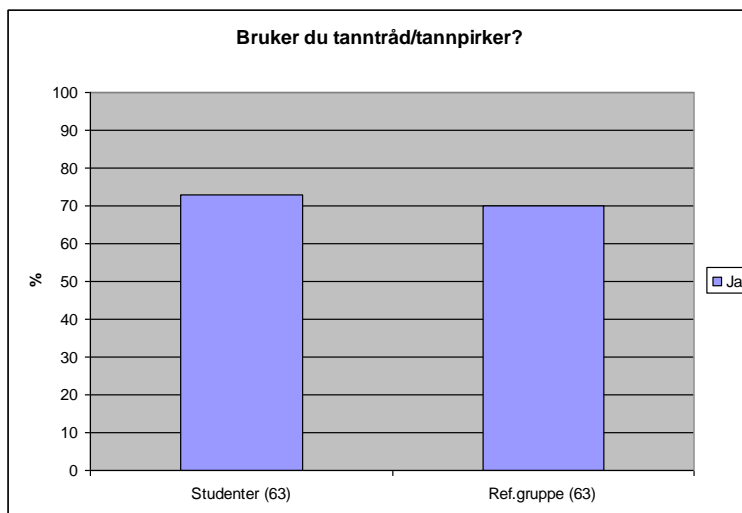
H1: Studenter får i mindre grad innkalling til tannlege enn folk i referansegruppen ($p_1 < p_2$)

$Z = -3,05$

Hvis vi forutsetter et $\alpha = 0,05$ signifikansnivå vil ensidig forkastningsområde være

$Z \leq -1,64$. Siden den observerte verdien er mindre, vil nullhypotesen forkastes med .

12 Bruker du tanntråd/tannpirker?



Figur 12

H0 : Referansegruppen bruker i mindre eller like stor grad tanntråd/tannpirker som studentene ($p_1 \geq p_2$)

H1: Referansegruppen bruker tanntråd i større grad enn studenter ($p_1 < p_2$)

$$Z = -0,39$$

Hvis vi forutsetter et $\alpha = 0,05$ signifikansnivå vil ensidig forkastningsområde være $Z \leq -1,64$. Siden den observerte verdien er større, vil nullhypotesen beholdes med signifikansnivå $\alpha = 0,05$.

6.6 Begrensninger i kvalitative undersøkelser

Det er ikke så vanlig innenfor fagfeltet økonomi og benytte seg kvalitative spørreskjema. Dette blir sjeldent benyttet da det er vanskelig å lage et skjema som kan få frem det folk egentlig mener. Eksperimenter viser at ved enkle manipulasjoner av spørreskjemaer vil det være mulig å påvirke folks tolkning av spørsmål (Bertrand, 2001). Et eksempel på en slik enkel manipulasjon kan være rekkefølgen av spørsmålene. Det viser seg at folk prøver i stor grad å være mest mulig konsis når det gjelder å svare på spørsmål som direkte avhenger av andre spørsmål.

En annen form for manipulasjon er hvordan skalaene på svaralternativene er utformet. Igjen vises det til et eksperiment. I eksperimentet ble tyskere bedt om å ta stilling til hvor mye de så på tv. Det var to grupper som hver for seg fikk forskjellige skjemaer. Den første gruppen fikk spørsmålet: "hvor mange timer ser du på tv hver dag"? Alternativene begynte med mindre eller lik 30 min. Deretter fulgte skalaen trinnvis oppover med 30 minutters intervaller og endte ved 4,5 timer +. Den andre gruppen fikk samme spørsmålet og den samme skalaen, men skalaen første del var komprimert og startet på mindre eller lik 2,5 timer. Utfallet av dette eksperimentet var at kun 16 % av de som deltok i den første undersøkelsen rapporterte at de så over 2,5 timer tv hver dag, mens i den siste undersøkelsen var det 32 % som svarte at de så over 2,5 timer med tv hver dag. Bertrand hevder at det er normalt å tilegne seg kunnskap om hva som er normalt ved å se på skalaen over svaralternativer.

Her er det blitt presentert to måter å manipulere en spørreundersøkelse på. Alle disse punktene vil være med på svekke resultatene som kommer ut av en slik undersøkelse.

Som et forsvar mot denne kritikken har jeg i mitt spørreskjema prøvd å stille konkrete spørsmål som er enkle for respondenten å svare på. Mange av spørsmålene har kun "ja" og "nei" som svaralternativ. Undersøkelsen er også utarbeidet slik at de som svarer på spørsmålene ikke skal gå lei av å svare og kun krysse helt tilfeldig.

Det jeg selv kan trekke frem av kritikk mot min egen undersøkelse er antallet personer som er spurt. Totalt ble 63 studenter og 63 personer i alderen 30-40 år spurt. Med kun 63 individer i hver av gruppene må resultatene som fremkommer ses i lys av antall som har deltatt i undersøkelsen.

7.0 Bør refusjonsordningene i tannhelsesektoren inkludere studenter?

I tannhelsesektoren er det allerede bygd ut refusjonsordninger som tar seg av enkelte utsatte grupper i samfunnet(se 2.3). Det er også bygd ut enkelte tilbud til studentene(se 2.7). Jeg forutsetter at de tilbud som allerede finnes for studenter er utilstrekkelige. Spørsmålet som stilles og som skal diskuteres i dette kapittelet er hvorvidt det er hensiktsmessig å utvide refusjonsordningene. Spesielt vil studenter slik som vi kjenner dem fra 2.6 bli vurdert som utsatt gruppe som har behov for slike refusjonsordninger. Teori og empiri og implikasjoner fra oppgaven vil bli brukt for å finne argumenter for og i mot en slik utvidelse.

Løwe og Sæther (2007) ga oss i kapittel 3 et lite innblikk i hvordan ”studentene” klarer seg økonomisk.

Av tabell 5 i kapittel 3 som viste forskjeller mellom studenter, yrkesaktive ikke-studenter og trygdede når det gjelder disponibel beløp, kom studentene dårligere ut enn både yrkesaktive og trygde. Det at studentene synes å ha mindre penger til rådighet vil kunne være et argument for at en refusjonsutvidelse bør omfatte studenter, når tannhelsetjenester kan være kilde til uforutsette utgifter(se 2.5). På den andre siden kan det argumenteres med at studenter etter endt utdanning vil kunne oppnå en høyere inntekt og vil i teorien kunne ”glatte sitt konsum” ved å ta opp lån som kan betale for dyre tannbehandlinger.

Det som er interessant, er å se at selv om den ”idealtypiske studenten” ikke har store disponibel beløp så har denne studenten et forbruk som kan reduseres ved å skjære ned på utgifter som ikke går under kategorien nødvendighetsgoder(se tabell 4 i kapittel 3).

Tall fra spørreundersøkelsen i kapittel 6 viser at 90 % av studentene har vært på utenlandsferie. Tabell 3 klassifiserer dette som unødvendige goder og pengene kunne vært brukt på mer nødvendige goder slik som tannhelsetjenester. Dette vil være et argument som svekker et eventuelt ønske om å tilby studentene mer sjenerøse tannhelseordninger. På den andre siden bør det nevnes at referansegruppen hadde nesten like høy prosentmessig andel utenlandsferierende

I kapittel 3.4 ble det presentert data over det økonomiske mestringen blant studentene. Tabell 6 som viser forekomsten av reelle og potensielle betalingsproblemer blant bestemte studentgrupper, er de fleste i stand til å mestre de løpende utgiftene. Når det gjelder den

potensielle mestringen virker det som det er en ganske høy prosentandel (60 %) som svarer at det ikke kunne klart en uforutsett regning på 5000 kr. Foretar man sammenlikning av studentene med ”unge ellers” slik som det er gjort i tabell 7, så kan det ut fra data argumenteres for at studentene kommer noe dårligere ut enn de andre gruppene. Jeg påstår med referanse til tabell 7 at den økonomiske mestringen blant studenter kan betegnes som dårlig, men samtidig er dette med økonomisk mestring en tendens som også er gjeldene andre ”unge ellers”. Skal det argumenteres for en økt refusjon med bakgrunn i dårlig mestring blant studentene må dette også være et tilbud som går til andre unge i samfunnet.

I kapittel 4 ble det satt spørsmålstegn ved refusjonsordninger som den mest hensiktsmessige ordning for studentene.

Standard konsumentteori (se figur 2) argumenterte for økt nytte gjennom en ordning der studentene fikk en kroneoverføring (økt støtte fra Lånekassen) istedenfor et spesifikt tiltak (refusjonsordninger).

Betyr dette at vi skal helt gå bort fra tanken om å tilby studenter en refusjonsordning innenfor tannhelsetjenester. I følge den sosiale velferdsfunksjonen (5) $SW = f(U^1 \dots U^m, dH, dF, dT)$ vil samfunnet være opptatt av innbyggerens nytte, men samtidig er det også viktig for samfunnet (bestående av skattebetalerne) å tilby minstestandarder av tjenester som skal dekke et behov som innbyggerne i samfunnet ikke kan/ønsker å dekke selv. Thurow (1976) motiverer disse minstestandardene med at det strømmer positive eksterne effekter ut fra konsum av slike tjenester. Hvorvidt det strømmer positive eksterne effekter fra god tannhelse blant studenter er vanskelig å finne argumenter for. Men på den andre siden er det vanskelig å finne argumenter for positive eksterne effekter i vanlige helsetjenester utover de tjenestene som i konsumet produserer positive eksterne effekter (vaksiner er et godt eksempel). Mange helsetjenester produserer ikke direkte eksterne effekter, men likevel blir de tilbudt av samfunnet. Det må derfor finnes andre argumenter som motiverer en slik tildeling. Thurow argumenterer for at samfunnets interesse for tildeling av enkelte helsetjenester ikke springer ut fra positive eksterne effekter som påvirker andre innbyggere sin nytte, men fra samfunnets preferanse om ”menneskerettigheter” inkluderer en lik rett til ”liv”. Jeg finner på samme måte argumentet for lik rett til ”tenner”. Om samfunnet har en preferanse ovenfor spesielt studenters tannhelse blir ikke avgjort i denne oppgaven.

I kapittel ble 4.2 ”begrenset konsumentsoverensettelse” ansett som en markedsskjevhet som kunne motivere offentlige inngrep. Om vi antar at studenter som gruppe har ”begrenset

konsumentensuverenitet” vil dette kunne rettferdiggjøre refusjonsordninger rettet mot studentene. Jeg argumenter for at dette er en for sterk påstand, men likevel viste et eksempel i 4.2.1 at studentene kunne få problemer i møte med tannhelsemarkedet med antagelsen om hyperbolske preferanser. Jeg mener dette ikke er et fullgodt argument for at studenter bør prioriteres fremfor andre grupper når det gjelder refusjon, men data i spørreundersøkelsen viser at studenter går sjeldnere enn referansegruppen til tannlege. Spørreundersøkelsen viser også at det er flere i referansegruppen som har innkalling til tannlege enn hva som er tilfellet i studentgruppen. Disse funnene i data er ikke tilstrekkelig for å kunne påstå at studenter har ”begrenset konsumentensuverenitet” og dermed tilby studenten en refusjonsordning. Jeg argumenter i større grad for å finne en løsning som sikrer at studentene får en mer bindende innkalling som kan sikre mer regelmessig bruk av tannlege.

En utvidelse av tannhelserefusjonene ovenfor studenter vil få implikasjoner for tannhelsemarkedet. Implikasjonene vurderes, da det i en samlet vurdering er viktig både å se på de positive sidene og negative sidene av en utvidet ordning. Implikasjonene er ikke spesielle for studenter.

I 5.1 var eksemplet en universell ordning der tjenestene ble fordelt likt til konsumentene via skattefinansiering. Spørsmålet som stilles her er om skattefinansiering av tannhelsetjenester kan være med på å redusere studenters økonomisk risiko. Holst (2002) i et foredrag ved NTF¹² setter et skille mellom vanlige helsetjenester og tannhelsetjenester når det gjelder økonomisk risiko. Holst trekker frem at vanlige helsetjenester kan representere betydelig uforutsatt økonomisk risiko, noe som står i kontrast til tannbehandlinger. Slik som tannbehandling fremstår i dag er utgiftene forutsigelig, fremkommer regelmessig og medfører relativt begrenset utgifter. I kapittel 2.5 var gjennomsnitt kostnaden til den voksne befolkningen i Norge regnet ut til 2253 kr. Holst holder frem at universell refusjonsordning til slike fremkommende og forutsigelige utgifter vil representere en reduksjon i pris, mens refusjon til mindre forutsigelige og sjeldnere behandlinger som kirurgiske inngrep, rotbehandling og større protetiske erstatninger representerer en reduksjon både i økonomisk risiko og pris. Eksemplet på en forsikringskontrakt ble presentert i kapittel 5.1. Holst argumenterer for at fordelene ved en slik ordning er større jo større det evt. tapet er, og jo sjeldnere det inntreffer. I følge Holst er den voksne befolkningen flinke til å gå til tannlege. Det trekkes frem en undersøkelse utført av MMI på vegne av Tannlegeforeningen der det kommer frem at 85 % av

¹² NTF: Norsk tannlege forening

den voksne befolkningen hadde vært hos tannlege siste året. Den økonomiske risikoen er for de aller fleste liten og forutsigelig. Et annet argument som Holst kommer med, er at en ordning med refusjoner finansiert ved hjelp av skatter vil ha en administrasjonskostnad på 30-40 % for forbruker av tjenestene. Slik at en behandling på 1000 kr i realiteten vil koste 1400 kr gjennom å ta inn skatter. Dette er en pengebruk som ikke alle skattebetalerne vil være enige i. Dette er argumenter som svekker en utvidelse av refusjonsordningene.

Det er i følge Holst en annen sak når utgiftene til tannbehandling er store. Holst holder frem at 600 000 mennesker har utgifter som er større enn det som anses som urimelig andel egenandel i helsevesenet. Holst argumenterer for at det kan gis refusjon til grupper som i enkelte år har store utgifter. Argumentet blir styrket om man kan finne en sosial profil der grupper med lav inntekt og høye kostnader blir prioritert. I følge Holst forutsettes det at det er underforbruk i lavinntektsgruppen. Det forutsettes også at det utarbeides kriterier som er relativt treffsikre. Holst argumenterer med at det er vanskelig å finne slike kriterier. Jeg vil argumentere for at studenter kan fylle noen av disse kriteriene. Studenter er en sosial gruppe som i enkelte år har lave "disponible beløp" tilgjengelig. Hvorvidt studenter har store utgifter til tannlege har vanskelig å si, men i spørreundersøkelsen svarer 34 % (basert på et utvalg på 44 studenter) av studentene at siste tur til tannlegen kostet dem over 2000 kr (er ikke oppgitt under 6.5). Det tilsvarende tallet i referansegruppen var 19 % (basert på 62 individer i referansegruppen). Om det er underforbruk blant studentene er vanskelig å vite, men spørreundersøkelsen viser at det signifikante forskjeller mellom studentgruppen og referansegruppen når det gjelder hvor lenge det er siden siste tannlegebesøk. Data viste at studentene gikk sjeldnere til tannlege en referansegruppen.

Slik det ble gjort rede for gjennom teori om konsument ex.post atferdsrisiko ville en for sjenerøs refusjonsordning medføre et overkonsum av tannhelsetjenester. Med en universell ordning ($\alpha=1$) og $F=0$ vil dette overkonsumet medføre et velferdstap (se skravert felt i figur 3). Størrelsen på dette velferdstapet avhenger av priselastisiteten (se fig 4-a og 4-b i kap 5). I (Grembowski, 1998) ble denne elastisiteten estimert til å være i intervallet 0,1-0,2 for tannhelsetjenester.

I henhold til figur 4-a i kapittel 5 vil dette svare til en uelastisk etterspørselskurve og velferdstapet vil ikke endres mye om prisen på tannbehandling endres. Overkonsum med påfølgende velferdstap som argument mot en utvidet refusjonsordning vil med en slik priselastisitet svekkes.

Spørsmålet som kan stilles er om den estimerte elastisiteten som er hentet fra en amerikansk studie kan benyttes til å beskrive det norske markedet for tannhelsetjenester. Jeg har ikke klart

å finne norske kilder som presenterer priselastisitet for tannhelsetjenester, men en undersøkelse utført av Holst (1982) er interessant i diskusjonen med tanke på implikasjonen av en utvidelse av refusjonene. Holst undersøkte i 1978 tannlegebesøk blant ansatte i Norges statsbaner, Posten og i Tollvesenet. De ansatte i Norges statsbaner fikk dekket en stor del av utgiftene til tannlegebesøk og Holst sin hypotese var da at denne gruppen gikk til tannlege når de trengte det og fikk den behandlingen som var hensiktsmessig. Undersøkelsen viste derimot at det ikke var noen forskjell mellom gruppene verken når det ble kontrollert for alder eller utdanning. Dette svekker argumentet om ex.post atferdsrisiko i tilbud av tannhelsetjenester. Et annet problem ved atferdsrisiko var faren for færre preventive tiltak blant individene som fikk for sjenerøse refusjonsordninger (ex.ante atferdsrisiko). Hvorvidt denne teorien direkte kan overføres til tannhelse kan diskuteres. I følge Cook og Graham (1977) er det ved full universell helseforsikring fortsatt mulig at individer anstrenger seg med preventive tiltak fordi de oppfatter helse som et uerstattelig gode. De argumenterer for at forsikring kun kan tilby en pengemessig kompensasjon og for enkelte individer kan ikke helse forringelse betales med penger. På den andre siden argumenterer Kenkel (2000) for at sponset behandling gjennom forsikring kan erstatte preventive tiltak hvis behandlingen fullstendig eliminerer helseforringelsen. Dette vil, forutsatt forsikring, gjøre behandling og preventive tiltak til nesten ”perfekte substitutter”. Både Cook og Graham og Kenkel sitt syn på hvordan forsikring virker inn på preventive tiltak er interessant sett i forhold til tannhelse. Mange vil nok føle at tennene er uerstattelige og at det ikke går an å kjøpe seg god tannhelse. Andre vil kanskje argumentere med at teknologien er kommet så langt at alt lar seg fikse så lenge man har pengene til det.

Med referanse til spørreundersøkelsen i kapittel 7 pusset så mange som 80 prosent av studentene tennene to eller flere ganger hver dag, 73 prosent av studentene brukte tanntråd/tannpirker og 32 prosent brukte en form for fluortilskudd. Dette er tall som viser en god egeninnsats i preventive tiltak og med bakgrunn i tallene tror jeg ikke at dette vil endre seg noe særlig om det utvides i refusjonsordningene til studentene. Det vises igjen til at dette er resultater basert på et lite utvalg og at resultatene må brukes med forsiktighet.

Tilbudsindusert etterspørsel var i kapitel 5 et annet problem ved at informasjonen mellom aktørene i tannhelsemarkedet ikke var perfekt. Faren ved å utvide refusjonsordningene er at tannlegen slår seg sammen med pasienten og utnytter staten som betaler for tjenestene. Tannlegen kan mulig ved en slik ordning lettere overtale pasienten om mer og dyrere behandling. Dette taler i mot en utvidelse av refusjonsordningen. På den andre siden vil staten som betaler for tjenesten kunne sitte på stordriftsfordeler når det gjelder å kontrollere

behandlingen utført av tannlegen. Et slikt argument vil styrke behovet for en refusjonsordning der staten er mer tilstede på markedet enn hva som er tilfellet for den voksne befolkningen i dag.

Mange av byene i Norge har allerede høy tannlegetetthet i motsetning til usentral strøk som sliter med å rekruttere tannleger til ubesatte stillinger. Siden vi i Norge har fri etablering av tannleger og i lys av tilbudsindusert etterspørsel teorien vil en utvidelse av refusjoner ovenfor studenter kunne føre til etablering av flere tannleger i de områdene som studentene bor. Dette vil kunne gå på bekostning av tannlegedekningen i mindre sentrale strøk. Dette er en implikasjon som taler mot å utvide refusjonene ovenfor studentene.

7.1 Konklusjon

Som vi har sett i oppgaven finnes det både positive og negative sider av å utvide refusjonsordning i tannhelsesektoren. Jeg gikk inn i denne oppgaven med et stort ønske om at myndighetene skulle utvide refusjonsordningen til å omfatte studenter. Jeg så ikke noen logisk grunn for å behandle tannhelse og vanlig helse forskjellig. Nå som jeg er blitt kjent med tannhelsemarkedet er jeg ikke like sikker på om det er nødvendig med en refusjonsordning spesielt rettet inn mot studenter. Utgifter til tannhelsetjenester bør være overkommelig for de fleste studenter. Mange studenter føler kanskje at de ikke har råd til å gå til tannlege, men slik som jeg ser er det kanskje dårlig prioritering, mulig hyperbolske preferanser blant studentene som kan føre til at de får problemer.

Jeg vil argumentere for å bygge ut de tilbudene som allerede finnes ved utdanningsinstitusjonene som et tiltak for å hjelpe studentene.

8.0 Referanser

Arrow, K.J (1963): "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53, Nr 5., s. 941-973

Bertrand, M and Mullainathan, S (2001): "Do People Mean What They Say? Implications For Subjective Survey Data" (January 2001). MIT Economics Working Paper No. 01-04.

Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=260131> or DOI: [10.2139/ssrn.260131](https://doi.org/10.2139/ssrn.260131)

Bhattacharyya, G.K and R.A Johnson (1977) : "*Statistical concepts and methods*", Wiley. New York. US. 1977. 639 s.

Buchanan, J.M (1964): "*The Inconsistencies of National Health Service*", Inst.of.Econ Affairs Occas, Paper 7. London 1964

Cook, P and Graham, A (1977) : "The Demand for Insurance and Protection: The Case of Irreplaceable Commodities", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 91, No. 1, Feb., 1977), s. 143-156

Donaldson, C og Gerard, K (1993): *Economics of Health Care Financing: The visible hand*, Macmillan, London.

Eika K.H (under publisering), "When Quality-Effective Demand is Low: Limited consumer sovereignty in the human services," *Feminist Economics*

Ehrlich, I. og G.S. Becker (1972): "Market Insurance, Self-Insurance, and Self-Protection", *The Journal of Political Economy*, Vol. 80, No. 4, s. 623-648

Evans, R.G (1984): "Strained Mercy", *The Economics of Canadian Health Care*, Toronto: Butterworths, 1984.

- Frederick, S, Loewenstein, G and O'Donoghue, T (2002) : "Time discounting and time preferences", *Journal of Economic Literature*, Vol. XL (June 2002), s. 351-401
- Grytten J. (2005): "*Models for financing dental services. A review.*", *Community Dental Health* 22, s. 75-85
- Hagen, K.P (2000): "*Økonomisk politikk og samfunnsøkonomisk lønnsomhet*", Cappelen akademisk, Oslo
- Holst, D (1982): "Third party payment in dentistry. An analysis of the effect of a third party payment system and of system determinants", [doktoravhandling]. Oslo: University of Oslo; 1982.
- Holst, Dorthe (2002): "Foredrag ved NTF's Forum for tillitsvalgte", 19.4 2002
- Holst, D, Grytten, J og Skau, I (2005): "Den voksne befolkningens bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004". *Den norske tannlegeforenings Tidende*. 115: s. 212-216.
- Kenkel, D.S. (2000), "Prevention." In: A.J. Culyer and J. P. Newhouse, editors, *Handbook of Health Economics*, Volume 1B. Elsevier: The Netherlands.
- Laibson, D. (1997): "Golden eggs and hyperbolic discounting" *The Quarterly Journal of Economics*, 112 (1997), s. 443-477
- Løvås, G (2001): "*Statistikk for universiteter og høyskoler*", Universitetsforlaget, Oslo
- Løwe, T og Sæther, J.P (2007) : "Studenters inntekt, økonomi og boforhold", Rapporter 2007/2, Statistisk sentralbyrå
- Mooney, G. (1995): *Key Issues in Health Economics*, Harvester Wheatsheaf, New York og London
- Musgrave, R (1957). "A Multiple Theory of Budget Determination", *FinanzArchiv*, New Series 25(1), s. 33-43

O'Donoghue, T and Rabin, M (1999): "Doing It Now or Later", *The American Economic Review*, Vol. 89, No. 1 (Mar., 1999), s. 103-124

O'Donoghue, T and Rabin, M (2005): "Optimal taxes for sin goods", [*Journal of Public Economics*, Volume 90, Issues 10-11](#), November 2006, s. 1825-1849

Pauly, M (1968): "The Economics of Moral Hazard: Comment," *The American Economic Review*, Vol. 58, No. 3, Part 1 (Jun., 1968), s. 531-537

Statistisk sentralbyrå (2007): "Utdanningsstatistikk. Studenter ved universiteter og høyskoler", 1. oktober 2007. Foreløpige tall

Stotz, R (1956): "Myopia and inconsistency in dynamic utility maximization", *The Review of Economic Studies*, Vol. 23, No. 3 (1955 - 1956), s. 165-180

Strøm, S og Vislie, J (2007) : "Effektivitet, fordeling og økonomisk politikk", *Universitetsforlaget, Fagbokforlaget, Oslo*

Svalund, J (2005): "Velferdsstatens siste hull?", *Samfunnsspeilet*, nr. 3, 2005

Sydsæter, K (2000): "Matematisk Analyse", Gyldendal Akademisk, Oslo

Thurow ,L (1976): "Cash or in-kind aid?", *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 5, No. 4, (Summer, 1976), s. 361-381

Statsmeldinger:

NOU nr 2, (2005): "Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet"

St.meld. nr. 35, (2007): "Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning"

Internettsider

(Billogy online), <http://www.biology-online.org>, lastet ned 03.03.08

(NSU) Norsk Studentunion, <http://www.nsu.no>

(NTNU) Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, <http://www.ntnu.no>, lastet ned 18.04.08

(SIB) Studentskipnaden i Bergen, <http://www.sib.no>, lastet ned 18.04.08

(SIO) Studentskipnaden i Oslo, <http://www.sio.no>, lastet ned 18.04.08

(SIS) Studentskipnaden i Stavanger, <http://www.sis.uis.no>, lastet ned 18.04.08

(SIT) Studentskipnaden i Trondheim, <http://www.sit.no>, lastet ned 18.04.08

(SITO) Studentskipnaden i Tromsø, <http://www.sito.no>, lastet ned 18.04.08

(SSB) Statistisk sentralbyrå, <http://ssb.no>

(UIB) Universitetet i Bergen, <http://www.uib.no>, lastet ned 19.04.08

(UIO) Universitetet i Oslo, <http://www.uio.no>, lastet ned 18.04.08

(UIS) Universitetet i Stavanger, <http://www.uis.no>, lastet ned 18.04.08

(UIT) Universitetet i Tromsø, <http://www.uit.no>, lastet ned 18.04.08

Stortinget (1998), <http://www.stortinget.no/stid/1997/s980518-04.html>, lastet ned 12.12.07

Tannlegene i Bogstadveien 51 tannlegesenter, <http://www.tannlegeneibogstadveien51.no>

Under dusken, Student avisa i Trondheim,

<http://www.underdusken.no/nyhet/2007/9/694/glade+dager+for+karius+og+baktus>, lastet ned 18.04.08

VG Nett, Tannbehandling skal koste mindre, stortingsflertall for tannhelse-reform,

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=740905>, lastet ned 12.01.08