

Møtesaksnummer ■ 08/17

Saksnummer ■ 16/12243

Dato ■ 31. januar 2017

Kontaktperson ■ Elida Rønnaug Hole Wirkola

Sak ■ Tannhelsen i den voksne befolkningen

■ **Hovedproblemstillinger**

- Prioriteres det riktig på tannhelsefeltet?
- I hvilken grad vet vi hvordan det står til med tannhelsen i den voksne befolkningen?
- I hvilken grad finnes sosial ulikhet i helse på tannhelseområdet?

■ **Rådets tidligere behandling**

Rådet behandlet vignett om tannhelsen i den voksne del av befolkningen på sitt møte 2. juni 2016. Forslagstiller var Yngve Aspevik Hareide. Rådet ønsket å få saken tilbake som temasak. Foruten prioriteringsaspektene, fordelingsmessige konsekvenser, og eventuell kunnskapsmangel ble også spørsmål knyttet til organisering og finansiering av tjenesten trukket frem som temaer rådet ønsket belyst.

■ **Organisering og lovverk**

Tannhelsetjenesten i Norge består av både en offentlig og en privat sektor. Offentlig helsepersonell utgjør om lag 32 prosent av den samlede personelldekningen mens privat personell utgjør 68 prosent (2014). I 2014 var det totalt 1762 tannlege- og tannpleieårsverk i den offentlige tannhelsetjenesten i 2014. I den private tannhelsetjenesten var det om lag 3684 årsverk i 2014 (1).

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er i dag regulert i tannhelsetjenesteloven¹ og den offentlige sektoren er organisert inn under fylkeskommunene. Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor i, eller oppholder seg i fylket. I dette ligger et ansvar for å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig, oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte grupper som er definert med en rett til tannhelsehjelp etter lovens § 1-3:

- Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- Psyisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret

¹ lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten

-Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere

I 2014 var det vel 1,3 millioner personer i de prioriterte gruppene, det vil si i underkant av 26 prosent av hele befolkningen (2014). Fylkeskommunene brukte 3,3 milliarder kroner på den offentlige tannhelsetjenesten i 2014. Fylkeskommunen er også pålagt et samordningsansvar for den offentlige og den private tannhelsetjenesten (2).

Stortinget vedtok 9. juni 2015 at tannhelsetjenesten skal overføres fra fylkeskommunen til «*større og mer robuste kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje*»(3).

Det er i tillegg til den utøvende tannhelsetjenesten etablert seks regionale odontologiske kompetansesentre. Disse er fordelt på fem regioner; Sør, Nord, Øst, Nord og Vest, der den siste regionen har to (Bergen og Stavanger). Staten gir tilskudd til etablering og senere drift gjennom tilskudd til forskning og fagutvikling, samt til desentralisert spesialist- og videreutdanning av tannleger ved sentrene (4). Kompetansesentrene skal bidra til at tannhelsetjenesten baseres på dokumentert kunnskap om helsetjenesten, gjennom forskning innenfor områdene epidemiologi, folkehelsearbeid, odontologisk praksis og tannhelsetjeneste. Dette krever et samarbeid med den utøvende tannhelsetjenesten, fakultetene, helsetjenesten og andre forskningsmiljøer (5).

Offentlig/privat: I tillegg til at enkeltgrupper i sin helhet får dekket sin tannbehandling av den offentlige tannhelsetjenesten, kan personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i munnhulen få offentlig finansierte tannhelsetjenester etter folketrygdens regelverk (6). Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor.

Tannhelsetjenesten er det nest største stønadsområdet (av folketrygdens utgifter til behandling) etter primærhelsetjenesten. I 2016 ble det utbetalt drøyt 2,3 milliarder kroner, en økning fra 1,2 milliarder kroner i 2008. Tannstønad utgjør en stadig større andel av trygdeutbetalingene totalt. Til sammenligning ble det utbetalt omlag 4,1 milliarder til fastlegene i 2014 (7).

Den private tannhelsetjenesten tilbyr hovedsakelig tjenester til den voksne delen av befolkningen over 21 år. Den blir finansiert av egenbetaling fra pasientene og er markedsstyrt med fri prissetting, fri konkurranse og fri etablering. Den private tannhelsetjenesten skal yte tilbud til den delen av befolkningen som ikke har rett til tannhelsetjenester fra det offentlige, det vil si 74 prosent av befolkningen (om lag 3,8 millioner i 2014) (8).

Det finnes ikke en detaljert oversikt over utgiftene i den private tannhelsetjenesten. Basert på Helseregnskapet (SSB) som viser samlede utgifter i offentlig og privat tannhelsetjeneste, kan man imidlertid danne seg et visst bilde av utgiftsnivået. Tallene viser at det i 2014 ble brukt 15,3 milliarder på tannhelse i 2014 i offentlig og privat sektor

samlet. Dette omfatter alle utgifter som går med til forbruk og investeringer i helsetjenestene. Om lag 74 prosent av utgiftene stammer fra privat sektor mens om lag 26 prosent stammer fra offentlig sektor (9).

■ **Kunnskap om tannhelsen i den voksne delen av befolkningen**

Den offentlige tannhelsetjenesten gir rutinemessige data om barns tannhelse², men når det gjelder den voksne delen av befolkningen er det ingen regelmessig innsamling av slike data. For voksne har vi ikke løpende statistikk eller opplysninger om hva som gjøres i den private tannhelsetjenesten (10). I land med universelle forsikringsordninger der også tannhelse er inkludert blir slik informasjon innhentet rutinemessig i forbindelse med utbetalinger (11). I Norge finnes ikke noe sentralt register som kan fortelle hvordan det står til med befolkningens tannhelse. Dette bidrar til at man vet relativt lite om den voksnes befolkningens tannhelse i Norge.

Enkelte studier er imidlertid utført på dette området. I en rapport fra Folkehelseinstituttet (2009) fremgår det at en ser betydelige tannhelseforbedringer i den voksne befolkningen. Tydeligst kunne det ses i aldersgruppen 35-44 år (det vil si aldersgruppen som nå er mellom 42 og 51 år). Mange av studiene som omhandler tannhelsen i befolkningen er imidlertid både geografisk avgrenset og avgrenset i alder, og er derfor ikke nødvendigvis representative for hele befolkningen (12). Befolkningens tannhelse reflekterer blant annet det tannhelsetilbud som eksisterte under oppveksten. Fra og med 70-tallet har barn og ungdom vokst opp med fluortannkrem og et systematisk tannhelsetilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten, noe de tidlige fødselskohortene ikke hadde. Med bakgrunn i dette har det vært antatt at fremtidens eldre trolig ikke vil ha like store behov når det gjelder tannhelse som eldre i dag (13).

Også kompetansesentrene har forskning på dette og man har i senere tid gjort enkelte funn som kan bidra til å nyansere bildet. Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) har nylig foretatt en omfattende studie i Troms fylkeskommune med det formål å kartlegge voksnes tannhelse³. Dette er den første studien i Norge som har tatt for seg alle aldersgrupper fra 20 til 79 år. Et av de mer uventede resultatene var kanskje at det var overraskende mye karies hos unge som gikk fast til tannlege. Halvparten av de undersøkte hadde også en eller annen grad av periodontitt (betennelse i tannkjøttet), noe som økte med alderen (14). Hvorvidt dette er et tegn på at tannhelsen i den voksne befolkningen ikke er så god som først antatt vil gjenstå å se.

² Klinikker i Den offentlige tannhelsetjenesten sender årlige rapporter til fylkeskommunen om tannhelsen hos 5-, 12- og 18-åringer, til det såkalte KOSTRA-databasen hos Statistisk sentralbyrå. Når det gjelder tannhelse hos barn under 5 år, voksne og eldre, finnes det ingen løpende rapportering. Opplysninger må her hentes fra ulike studier. <https://www.fhi.no/fp/tannhelse/tannhelse---faktaark-og-helsestatis/>

³ Undersøkelsen er finansiert av Troms fylkeskommune og Helsedirektoratet.

■ Refusjoner på tannhelseområdet

Hvilken behandling refunderes?

Folketrygdloven skal gi økonomisk trygghet for hele befolkningen ved blant annet å kompensere for særlige utgifter ved sykdom og skade. Utgangspunktet for den voksne delen av befolkningen når det gjelder tannhelse er at man selv betaler for tannbehandling. Hensikten med lovens regler om tannbehandling er å gi hel eller delvis støtte til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Trygderefusjon er begrenset til behandling av sykdommer og skade (det vil si at det som hovedregel ikke gis støtte til for eksempel forebyggende behandling) (15).

Folketrygdens stønad til tannbehandling fremgår i et eget takstdokument som årlig fastsettes av departementet. Departementets takster består av honorartakst, refusjonstakst og egenandel. Utgifter utover de fastsatte takstene dekkes ikke av folketrygden. Det vil si at et eventuelt mellomlegg mellom takstene og den prisen tannlegen/tannpleieren tar må betales av pasienten (16). Dette gjør at kostnaden for enkelte pasient er avhengig av hvilken pris den enkelte tannlege tar.

Det gis stønad til totalt 15 tilstander/grupper over folketrygden. Den største av disse gruppene er gruppen «kjeveortopedi» med refusjoner på totalt 620 millioner i 2016. Den nest største gruppen er «periodontibehandling» og «periodontitt rehabilitering» der det i hver av disse ble utbetalt 275 millioner kroner. Den kraftige økningen i utbetalinger av refusjoner har gradvis avtatt de siste årene. Fra 2013 til 2014 var økningen i utbetalinger på 16 % mens økningen fra 2014 til 2015 var redusert til 7 %. Fra 2015 til 2016 var økningen på kun 0,5 % (17).

Egenskaper ved trygdemottakere på tannhelseområdet

I en rapport fra Statistisk sentralbyrå (2015) (18) gjennomgås sosioøkonomiske faktorer hos mottakere av tannhelserefusjoner. Rapporten viser at **alder** er en sentral faktor for hvem som mottar tannhelserefusjoner. Sannsynligheten for å motta refusjoner for tannbehandling øker med alder frem mot 70 år, for deretter å minske. Andelen av befolkningen som mottar tannhelserefusjoner er større blant de med lavere **utdanning**. Det ser imidlertid ut som hvem som mottar refusjon i større grad følger behov i de ulike aldersgruppene enn hvor lang utdanning de har. Det er også flere **trygdemottakere** som mottar tannhelserefusjoner når man sammenligner med resten av befolkningen.

Når det gjelder **inntekt** ser det ut til at folk med lav inntekt i mindre grad benytter seg av tannhelserefusjoner enn folk som ikke har lav inntekt, noe som kan tyde på at egenandelen man betaler hos tannleger i mange tilfeller kan være en utgift mange med lav inntekt ikke har mulighet til, eller ønsker å prioritere. Man vet også av tidligere forskning (19) at god tannhelsetilstand og bruken av tannhelsetjenester øker med inntekt. Dersom man legger til grunn at behovet for tannhelsetjenester er likt i alle aldersgrupper støtter dette antakelsen om at egenandeler og egenbetaling er en utfordring for en del personer. Det at tannhelserefusjoner ofte utbetales til personer som ikke har

lav inntekt kan tyde på at det er disse som benytter tannhelsetjenesten mest.

Resultatene i analysen viser også at personer med lav sosioøkonomisk status mottar et høyere gjennomsnittlig refusjonsbeløp enn de som tilhører grupper med høyere sosioøkonomisk status. Dette kan tyde på at behandlingsbehovet er større i denne gruppen enn i resten av befolkningen.

Regionale trekk er også en faktor. Befolkningsandelen som mottar refusjoner er størst i sentrale fylker i Sør-Norge med høy tannlegedekning. Innad i fylkene er andelen som mottar refusjoner minst i de mindre kommunene eller de som ligger geografisk mindre sentralt til. Det kan ut ifra dette se ut som tilgangen til tannleger spiller en viktig rolle i hvorvidt man benytter seg av refusjonene eller ikke (20).

■ **Overbehandling, underbehandling og prioritering**

Da man har begrenset kunnskap om behovet for tannhelsetjenester i den voksne delen av befolkningen er det også vanskelig å vurdere hvorvidt det overbehandles eller underbehandles. Man vet at bruken av tannhelsetjenester har en tydelig sosial komponent og ut fra dette kan man tenke seg at det finnes mindre grupper som har behov for tannhelsetjenester de ikke mottar i dag.

Vurderingen av om en voksen person trenger behandling, og i så fall hvilken type behandling, er i all hovedsak delegert til private aktører. Vi vet derfor lite om hva som ligger til grunn for disse vurderingene. Dette gjelder også beslutningen om hvem som mottar behandling som gir rett til refusjoner over folketrygden. Alle tilstandene tannleger kan behandle på vegne av folketrygden er definert i «Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling» som blir utformet av Helse- og omsorgsdepartementet (21). Av dette fremgår det at «den enkelte tannlege eller tannpleier er ansvarlig for å vurdere hvorvidt et medlem har krav på stønad i medhold av folketrygdloven §5-6 eller §5-6a. Tannlegen/tannpleieren skal videre vurdere om behandlingen er innenfor rammene av nødvendig og forsvarlig tannbehandling. Tannlegen/tannpleieren må kunne dokumentere sine vurderinger» (22). Det fremkommer ikke et tydelig krav til at prioriteringskriteriene skal være oppfylt i disse vurderingene.

Et eksempel som imidlertid ofte trekkes frem når man diskuterer i hvilken grad det overbehandles er kjeveortopedi. Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å foreta en analyse av stønadsutbetalingene til blant annet kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Av denne analysen fremgår det at folketrygdens stønad for kjeveortopedisk behandling i 2013 utgjorde 566 millioner kroner, et beløp som på dette tidspunktet var nær en tredjedel av den stønad som utbetales via folketrygden til tannsykdommer. At tannregulering utføres på spesialistnivå med refusjon fra folketrygden for hver enkelt arbeidsprosyde, synes å være kostnadsdrivende. I folketrygdloven fremgår det som tidligere nevnt eksplisitt at trygden

kun yter stønad til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom. Tannstillingsfeil oppfattes som et *morfologisk avvik*, det vil si avvik i formen/oppbyggingen av tennene, og ikke sykdom. På bakgrunn av dette stilles det i analysen spørsmål ved i hvilken grad man kan forsvare den betydelige ressursbruken som kjeveortopedisk behandling utgjør, dersom dette sees i lys av prioriteringskriteriene (23).

Hvorvidt tannhelsetjenesten i større grad skal finansieres av det offentlige, er en diskusjon som ofte trekkes frem og som tidvis er høyt på den politiske dagsorden. Behov for tannbehandling i seg selv er ikke tilstrekkelig for å få behandlingen finansiert av det offentlige, det kommer i all hovedsak som en forlengelse av andre faktorer (jf. rett til nødvendig tannhelsehjelp etter lovens § 1-3), for eksempel dersom man er på institusjon eller mottar hjemmesykepleie av andre grunner enn tannhelsen. Det stilles tidvis spørsmål ved hvorfor akkurat tenner i all hovedsak er utelatt fra den offentlige helsetjenesten for voksne. En vet at dårlig munnhygiene og tannproblemer i noen tilfeller kan føre til andre helseproblemer (23) og at sosioøkonomiske faktorer ser ut til å slå inn på tannhelsen i den voksne delen av befolkningen. Tannproblemer kan også være skjemmende og stigmatiserende, og tenkes å være en forsterkende faktor i den sosiale ulikheten i helse. Tannhelse blant funksjonshemmede er også dårligere enn i den øvrige delen av befolkningen og aller dårligst er den i gruppen funksjonshemmede med lav utdanning. Dette fremgår av levekårsundersøkelsen fra 2008 og er også trukket frem i FFOs notat om tannhelse fra 2015 (25).

I NOU-en «Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet» (26) fra 2005 ble blant annet forhold som taler for og imot en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenesten gjennomgått. I utredningen anbefales ikke en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenesten. Det hevdes at argumentene knyttet til omfordeling og forsikring er svakere for tannhelsetjenester enn for andre helsetjenester, da utgiftene på dette området fremstår mer forutsigbare enn utgifter til annen helsehjelp. Utvalget viser til at markedet for privat tannhelseforsikring er nesten fraværende, noe som kan tyde på at behovet er lite og at tannhelse generelt sett er mindre alvorlig. En offentlig finansiering av tannhelsetjenesten vil etter utvalgets oppfatning trolig øke skattene og føre til at det er skattebetalerne som betaler i stedet for brukerne. Det vil kunne vise seg å være samfunnsøkonomisk ineffektivt dersom dette vil dreie bruken mot for eksempel kosmetiske tannhelsetjenester og med det øke etterspørselen etter tjenester brukerne selv ikke er villige til å betale for med egne midler. En annen potensiell vridning som også trekkes frem er at større etterspørsel kan gi mindre incentiver for tannleger til å etablere seg i mindre sentrale områder og derfor ikke bidra til å redusere de geografiske ulikhetene i helsetilbudet. På bakgrunn av dette konkluderes det i rapporten med at det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet bør rettes mot de gruppene som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester.

Man vet relativt lite om tannhelsen i den voksne delen av befolkningen, både hva gjelder behov og i forlengelse av dette hvorvidt det foregår overbehandling og/eller

underbehandling. I forhold til resten av helsetjenesten synes prioriteringsaspektet i mindre grad gjeldene på tannhelsefeltet. Basert på den (manglende) kunnskapen som finnes om behov, mangler en derfor flere av premissene for å kunne svare på hovedproblemstillingen.

■ Momenter til diskusjon i rådet

- Vet man nok om tannhelsen i den voksne befolkningen i Norge? Eventuelt hva kan gjøres for å øke kunnskapen om dette temaet?
- Fremkommer prioriteringsaspektet tydelig nok i tannhelsetjenesten for voksne i Norge?
- Brukes de offentlige midlene riktig sett fra et prioriteringsmessig ståsted?
- Er tannhelsetjenesten organisert og finansiert på en måte som er hensiktsmessig for å begrense sosial ulikhet i helse?

Kilder

1. Statistisk sentralbyrå. Utgifter til behandling hos tannlege. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege>
2. Regjeringen.no. Tannhelsetjenesten. Lest 01.09.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>
3. Den norske tannlegeforenings tidende. Tannhelsetjenesten - kommunal eller fylkeskommunal forankring? Lest 20.11.2016. Tilgjengelig fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2015/7/d2e3301>
4. Regjeringen.no. Tannhelsetjenesten. Lest 01.09.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>
5. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge. Lest 23.11.2016. Tilgjengelig fra: http://www.tkm-n.no/22012015083150_fe8c55cg5b
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2016. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f10cff11945f4f7bbdo24499a4b72834/ru ndsrkiv_i-8-2015.pdf
7. Helsedirektoratet. Tannhelsestatistikk. Lest 20.11.2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/tannhelsestatistikk#folketrygdens-utgifter-til-tannbehandling-i-2014-og-prognose-for-2015>
8. Statistisk sentralbyrå. Utgifter til behandling hos tannlege. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege>
9. Statistisk sentralbyrå. Utgifter til behandling hos tannlege. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege>
10. Folkehelseinstituttet. Tannhelsestatus i Norge. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20095-pdf-.pdf>
11. Grytten, Jostein. Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 276 – 83
12. Folkehelseinstituttet. Tannhelsestatus i Norge. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20095-pdf-.pdf>
13. Grytten, Jostein. Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 276 – 83
14. Den norske tannlegeforenings tidende. Tromstannen. Lest 18.12.2016. Tilgjengelig fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2016/11/d2e4778>
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2016. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f10cff11945f4f7bbdo24499a4b72834/ru>

[ndsrkiv i-8-2015.pdf](#)

16. Helse- og omsorgsdepartementet. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2016. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f10cff11945f4f7bbdo24499a4b72834/ru_ndsrkiv_i-8-2015.pdf
17. Statistisk sentralbyrå. Offisielle regnskapstall 2016.
18. Statistisk sentralbyrå. Utgifter til behandling hos tannlege. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege>
19. Helsedirektoratet. Tannhelsestatistikk. Lest 20.11.2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/tannhelsestatistikk#folketrygdens-utgifter-til-tannbehandling-i-2014-og-prognose-for-2015>
20. Statistisk sentralbyrå. Utgifter til behandling hos tannlege. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utgifter-til-behandling-hos-tannlege>
21. Helfo. Regelverk og takster for tannlege. Lest 10.12.2016. Tilgjengelig fra: <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takster-for-tannlege>
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2016. Lest 15.10.2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f10cff11945f4f7bbdo24499a4b72834/ru_ndsrkiv_i-8-2015.pdf
23. Helsedirektoratet. Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier. Lest 12.12.2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/799/Analyse-av-stonadsutbetalingene-til-tannbehandling-Bittanaomalier-IS-2280.pdf>
24. Den norske tannlegeforenings tidende. Når odontogene infeksjoner krever sykehusinnleggelse. Lest 18.11.2016. Tilgjengelig fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2010/11/dnt-395464>
25. FFO. Tannhelse er også helse. Politisk notat inkludert funn fra Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt (2008). Lest 15.12.2016. Tilgjengelig fra: <http://www.ffe.no/globalassets/tannhelse.pdf>
26. Regjeringen.no. Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet. NOU. Lest 05.09.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>