

# Abonnemangs- tandvård

**En beskrivning av abonnemangständerna  
och de patienter som tecknar avtal**



Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Carolin Sjöholm  
010-116 91 76  
carolin.sjoholm@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Abonnemangstandvård innebär att patienten tecknar ett avtal med sin vårdgivare om tandvård till ett fast pris under tre år. I denna rapport redovisas resultaten från en kartläggning av abonnemangstandvården under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2011. Syftet med rapporten är att förbättra det aktuella kunskapsläget kring abonnemangstandvården och de patienter som väljer att teckna avtal. Rapporten ger en beskrivning av den vård som utförs inom ramen för abonnemangsavtalen, de patienter som har valt att ingå avtal, samt kostnaden för dessa avtal. Vidare presenteras abonnemangstandvården i förhållande till övrig tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

Analytiker Carolin Sjöholm har genomfört analysen och skrivit rapporten.

Stockholm december 2011

Jan Almqvist  
Verksamhetsområdeschef  
Analys och Prognos

# Innehåll

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sammanfattning</b> .....                                       | <b>5</b>  |
| <b>Summary</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>1 Inledning</b> .....  | <b>9</b>  |
| 1.1 Syfte.....  | 9         |
| <b>2 Bakgrund</b> .....   | <b>10</b> |
| 2.1 Abonnemangsavtal utifrån ett försäkringsperspektiv.....       | 12        |
| <b>3 Data och avgränsningar</b> .....                             | <b>14</b> |
| <b>4 Resultat</b> .....   | <b>17</b> |
| 4.1 Vilka tecknar abonnemangsavtal?.....                          | 17        |
| 4.2 Premier och riskklasser .....                                 | 18        |
| 4.3 Vilken vård utförs inom ramen för abonnemangstandvården?..... | 23        |
| 4.4 Tandvårdskostnader bland abonnemangspatienter .....           | 26        |
| 4.5 Tandvårdskostnader innan abonnemangsavtalet tecknas .....     | 28        |
| 4.6 Abonnemangstandvård i förhållande till övrig tandvård .....   | 31        |
| <b>5 Avslutande diskussion</b> .....                              | <b>36</b> |
| <b>Referenser</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>Bilaga</b> .....   | <b>40</b> |

# Sammanfattning

Abonnemangstandvård innebär att patienten ingår ett avtal med sin vårdgivare om att få tandvård till fast pris under tre år. Premien för avtalet bestäms utifrån tandhälsan. Innan patienten tecknar sitt avtal utförs en grundlig undersökning hos tandläkare eller tandhygienist. Därefter placeras patienten i en specifik riskklass med en premie som avspeglar tandhälsan och risken att drabbas av sjukdomar och skador i munhålan. Folk tandvårdens gemensamma riktlinjer för abonnemangstandvården fastslår att det ska finnas tio olika riskklasser.

Denna rapport beskriver abonnemangstandvården under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2011. Enligt Försäkringskassans tandvårdsregister tecknade 227 539 patienter avtal om abonnemangstandvård under den studerade perioden. Antalet registrerade abonnemangspatienter hos Försäkringskassan är betydligt lägre än det antal patienter som Sveriges Kommuner och Landsting presenterar i sin årliga rapport kring abonnemangstandvården. Det är i dagsläget inte möjligt att uttala sig kring vilka faktorer som ligger bakom skillnaden i registrerade avtal. Däremot är det viktigt att på sikt förbättra inrapporteringen av avtalen till Försäkringskassans tandvårdsregister.

Det är främst yngre patienter som tecknar abonnemangsavtal. Drygt hälften av abonnemangspatienterna är mellan 20 och 29 år gamla. Denna åldersgrupp utgör däremot endast 15 procent av samtliga patienter inom tandvården. Resultaten indikerar att det finns en överrepresentation av yngre patienter inom abonnemangstandvården. Endast två procent av patienterna var över 65 år när de tecknade avtal, vilket motsvaras av knappt 30 procent bland samtliga tandvårdspatienter.

Försäkringskassans beräkningar visar att knappt hälften av patienterna har betalt en premie som motsvarar de två lägsta riskklasserna, medan endast en procent har en tandhälsa som motsvarar de tre högsta klasserna. Fördelningen av patienterna mellan riskklasserna indikerar att abonnemangstandvården i stor utsträckning riktar sig mot yngre patienter med god tandhälsa och relativt små tandvårdsbehov. Patienter med mer omfattande behov som möter en högre risk att drabbas av oförutsedda kostnader tecknar däremot avtal i mycket liten utsträckning.

Den relativt goda tandhälsan bland abonnemangspatienterna innebär att premiekostnaden är begränsad för många patienter. Resultaten visar att knappt hälften av avtalen har tecknats till en årlig premie på mellan 500 och 1 000 kronor. Medianpremien för avtalen uppgick under perioden till 1 074 kronor per år, vilket motsvarar en månatlig kostnad om knappt 90 kronor.

En stor del av abonnemangspatienterna har inte besökt tandvården under det första året sedan de tecknade avtal. Endast var fjärde patient i de tre lägsta riskklasserna har efterfrågat tandvård till en summa som överstiger 640

kronor. Denna summa motsvarar ungefär referenspriset för en basundersökning. Resultaten visar samtidigt att kostnaden för den tandvård som efterfrågas bland abonnemangspatienterna stiger i takt med att riskklassen ökar. Medelkostnaden för den efterfrågade abonnemangstandvården under det första året är lägre än den genomsnittliga premien inom samtliga riskgrupper.

Abonnemangstandvården består i stor utsträckning av förebyggande vård. Nästan hälften av den tandvård som har utförts inom ramen för avtalen bestod av undersökningar och utredningar, medan endast 20 procent av åtgärderna var reparativa. Det innebär att en betydande del av abonnemangstandvården utgörs av sådan tandvård som patienterna i stor utsträckning själva kan planera och styra. I relation till det begränsade tandvårdsbehovet bland patienterna, antyder resultaten att abonnemangsavtalet kanske inte i första hand används som ett verktyg för att hantera oförutsedda och omfattande tandvårdskostnader, utan snarare representerar en möjlighet för patienterna att periodisera tandvårdskostnaderna. Resultaten är i linje med det resonemang som förs i tandvårdsutredningen. I utredningen konstateras att försäkringsmässigheten inom abonnemangstandvården är begränsad och att abonnemangsavtalen i praktiken framför allt utgör en typ av avbetalningssystem.<sup>1</sup>

Abonnemangstandvården fyller dock ett annat viktigt syfte, att stimulera patienterna till regelbunden och förebyggande tandvård. Det anses särskilt viktigt att öka besöksfrekvensen för förebyggande besök bland de yngsta patienterna i åldern 20–29 år. Rapporten visar att knappt 90 procent av patienterna i den yngsta åldersgruppen utförde ett förebyggande besök under den studerade perioden. Besöksfrekvensen är densamma oavsett om patienterna har tecknat avtal eller inte.

När tandvårdskonsumtionen i stället följs bland ett antal patienter under ett år efter ett tidigare tandvårdsbesök, uppstår dock vissa skillnader. Knappt 40 procent av abonnemangspatienterna i åldern 20–29 gör ett förebyggande återbesök inom ett år, vilket motsvaras av knappt 20 procent bland övriga patienter. Resultaten antyder att abonnemangspatienterna har en mer regelbunden kontakt med tandvården i förebyggande syfte än övriga tandvårdspatienter. Det stämmer överens med målsättningen att stimulera till regelbunden och förebyggande tandvård. För att kunna uttala sig vidare kring eventuella effekter av abonnemangstandvården är det dock nödvändigt att följa patienternas tandvårdskonsumtion under en längre tid än vad som har varit möjligt inom ramen för denna rapport. Ytterligare analys av abonnemangstandvården bör därför utföras när mer data finns att tillgå.

---

<sup>1</sup> SOU 2007:19

## Summary

Under subscription dental care, the patient enters into an agreement with the care provider to receive dental care at a fixed rate for three years. The premium for the agreement is based on the patient's oral health. Before signing the agreement, the patient undergoes a thorough examination by a dentist or dental hygienist. The patient is then assigned to a particular risk category, which carries a premium that reflects their oral health and the likelihood that they will develop dental disease or other mouth problems. The joint guidelines of the Swedish Public Dental Service for subscription dental care stipulate that there are to be ten different risk categories.

This report reviews subscription dental care from 1 July 2009 to 30 June 2011. According to the Försäkringskassan dental register, 227,539 patients signed subscription dental care agreements during the period. The number of subscription dental care patients registered with Försäkringskassan is considerably smaller than that which the Swedish Association of Local Authorities and Regions presented in its annual report on the subject. The factors that generate the difference cannot be identified at this point. However, reporting of subscription dental care agreements clearly needs to improve going forward.

Most patients who sign subscription dental care agreements are young. More than half of them are 20–29 years old. Meanwhile, this age group accounts for only 15 per cent of all dental patients. In other words, young people appear to be over-represented among subscription dental care patients. Moreover, only two per cent of subscription dental care patients were over 65 when they signed an agreement, as opposed to almost 30 per cent of all dental patients.

According to Försäkringskassan calculations, almost half of the patients paid a premium corresponding to the two lowest risk categories, while only one per cent of the patients had oral health that reflected the three highest categories. The breakdown of patients among the various risk categories suggests that subscription dental care largely attracts young patients with good oral health and relatively small dental care needs. Very few patients who have more extensive needs and run a higher risk of unforeseen costs sign an agreement.

Due to relatively good oral health, many subscription dental care patients pay only a limited premium. The results show that almost half of the agreements carry an annual premium of SEK 500–1,000. The median annual premium during the period was SEK 1,074, or SEK 90 a month.

A large percentage of patients did not receive any dental care during the first year after signing an agreement. Only one-quarter of patients in the three lowest risk categories sought dental care that cost more than SEK 640. That figure is approximately the same as the reference price for a basic examina-

tion. The results also show that the costs of the care that subscription patients ask for rises along with their risk category. The average cost of subscription dental care requested during the first year was less than the average premium within each risk group.

Subscription dental care is largely preventive in nature. Almost half of subscription dental care consisted of examinations and assessments, whereas only 20 per cent was reparative. In other words, a considerable percentage of subscription care involves measures that patients can largely schedule and control. Along with limited dental care needs among these patients, the results suggest that subscription care agreements may not be used primarily as a tool for managing unforeseen costs but more as an opportunity to spread the costs out over time. The results are in line with the analysis in the dental care report. The report concludes that the insurance component of subscription dental care is limited and that it serves chiefly as an instalment system.<sup>2</sup>

Nevertheless, the subscription agreement plays another important role: it encourages regular, preventive dental care. Increasing the frequency of appointments for preventive care would be particularly valuable for 20–29 year-olds. The report shows that almost 90 per cent of patients in the lowest age group received preventive care during the period. The frequency of appointments was the same regardless of whether patients had signed agreements or not.

However, certain differences arise when dental care consumption by a number of patients is monitored for a year after an appointment. Almost 40 per cent of subscription patients age 20–29 received preventive care within a year, as opposed to 20 per cent of other patients. The results indicate that subscription patients schedule more frequent appointments for preventive care than the rest of the patient population. This trend is consistent with the goal of encouraging regular, preventive dental care. Drawing additional conclusions about the possible impact of subscription dental care would require that consumption be monitored for a longer period of time than was feasible within the constraints of this report. Thus, subscription care should be further analysed as more data become available.

---

<sup>2</sup> SOU 2007:19



## 1 Inledning

Abonnemangstandvård innebär att patienten ingår ett avtal med sin vårdgivare om tandvård till fast pris under tre år. Det innebär att patienten betalar en fast kostnad för att få sina tandvårdsbehov tillgodosedda under perioden.<sup>3,4</sup> Syftet med abonnemangstandvård är att motivera till regelbundna undersökningar och förebyggande vård, samt att erbjuda möjligheten att periodisera tandvårdskostnaderna.<sup>5</sup> Abonnemangsavtal kan tecknas hos såväl privata vårdgivare som hos folktandvården, men avtalen tecknas nästan uteslutande inom folktandvården. I stort sett samtliga landsting erbjuder i dag sina patienter möjligheten att teckna avtal om abonnemangstandvård.<sup>6</sup>

Trots att abonnemangstandvården har funnits i tandvårdsförsäkringen sedan 1999, har anslutningen initialt varit relativt blygsam.<sup>7</sup> Vid införandet av det nu gällande tandvårdsstödet år 2008 hade runt 180 000 patienter tecknat abonnemangsavtal. Ett år senare hade antalet patienter ökat till drygt 226 600, vilket representerade en ökning med knappt 26 procent. Under följande år ökade antalet tecknade avtal med ytterligare 26 procent, respektive ytterligare 32 procent till 2011. Sammantaget har utvecklingen av abonnemangstandvården bidragit till att det i april 2011 fanns knappt 400 000 patienter med abonnemangsavtal.<sup>8</sup> Det betyder att antalet abonnemangspatienter under de senaste tre åren har fördubblats.

Modellerna för de olika avtalen skiljde sig initialt mellan de olika landstingen, både med avseende på avtalskostnader och på den vård som ingick inom ramen för avtalen. År 2008 beslutade Sveriges Folktandvårdsförening att utveckla en gemensam modell för abonnemangstandvården, vilket syftar till att avtalsinnehållet hos alla anslutna vårdgivare ska vara detsamma. I april 2011 erbjöd folktandvården i 20 landsting möjligheten att teckna ett abonnemangsavtal, varav 19 var anslutna till den nationella modellen.<sup>9</sup>

### 1.1 Syfte

Försäkringskassan har på uppdrag av regeringen tidigare samordnat ett utvärderingsprogram avseende de förändringar som genomfördes i tandvårdsstödet den 1 juli 2008. Inom ramen för det utvärderingsprogrammet fanns däremot ingen möjlighet att studera abonnemangstandvården, vilket

---

<sup>3</sup> Proposition 2007/08:49 s. 72

<sup>4</sup> Abonnemangstandvård avser undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt reparativ vård och akutvård.

<sup>5</sup> SOU 2007:19

<sup>6</sup> Samtliga regioner och landsting utom Västmanland erbjuder abonnemangstandvård.

<sup>7</sup> SOU 2002:53

<sup>8</sup> SKL 2009, 2010, 2011

<sup>9</sup> SKL 2011

betyder att kunskapen kring abonnemangstandvården på nationell nivå är i dag begränsad.

Syftet med denna studie är därför att bidra till att förbättra det aktuella kunskapsläget kring abonnemangstandvården och de patienter som väljer att ingå avtal. Syftet uppnås genom att beskriva den typ av vård som konsumeras inom ramen för abonnemangstandvården och kostnaden för densamma, prisnivåerna för de tecknade avtalen, samt patienternas riskklassificering. Vidare kommer abonnemangspatienternas tandvårdskonsumtion att presenteras i förhållande till övriga patienters tandvårdskonsumtion inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Avsikten med denna jämförelse är att kartlägga eventuella skillnader i konsumtionsmönster mellan de två patientgrupperna.

## 2 Bakgrund

Den 1 juli 2008 trädde lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ikraft. Den övergripande intentionen med tandvårdsstödet är att bibehålla en god tandhälsa hos de med inga eller små tandvårdsbehov, samt möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad. Det första målet ska uppnås genom ekonomiskt stöd för regelbundna besök framför allt i förebyggande syfte, ett så kallat allmänt tandvårdsbidrag. Det andra målet ska uppnås genom ett högkostnadsskydd som minskar de ekonomiska hindren för patienterna att konsumera den vård de är i behov av. På lång sikt anses dock förebyggande insatser och en god tandhälsa vara det bästa skyddet mot höga kostnader, eftersom det minskar det framtida tandvårdsbehovet och därmed även tandvårdskostnaderna.<sup>10</sup> Huvudsyftet med tandvårdsbidraget är därmed att ge den vuxna befolkningen incitament till regelbundna och förebyggande besök. Det anses särskilt viktigt att stimulera personer i åldern 20–29 år att i större utsträckning besöka tandvården i förebyggande syfte, eftersom åldersgruppen i dag har den lägsta besöksfrekvensen.<sup>11</sup>

Tandvårdsbidraget betalas årligen ut till personer bosatta i Sverige. Patienter i åldern 20–29 år, samt personer över 75 år, får ett bidrag om 300 kronor per år, medan patienter i åldersgruppen 30–74 år får 150 kronor. Bidraget kan användas för betalning av ersättningsberättigande tandvård eller vid betalning av premien för abonnemangstandvård.<sup>12</sup> Ingen tandvårdsersättning får lämnas för tandvårdsåtgärder som omfattas av ett abonnemangsavtal.<sup>13</sup> Det innebär att patienten inte får tillgodoräkna sig premien för abonnemangsavtalet för att uppnå utbetalningar från högkostnadsskyddet.

Abonnemangstandvård innebär att patienten ingår ett avtal med sin vårdgivare om tandvård till fast pris under tre år. Under avtalstiden är vård-

---

<sup>10</sup> Proposition 2007/08:49 s. 44-50

<sup>11</sup> Proposition 2007/08:49 s. 48-50

<sup>12</sup> Proposition 2007/08:49 s. 70-71

<sup>13</sup> Lag 2008:145 om statligt tandvårdsstöd kap 2 § 5

givaren skyldig att utföra all nödvändig tandvård i form av undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt reparativ vård och akutvård.<sup>14</sup> De nationella riktlinjerna för abonnemangstandvård fastslår även att akutvård hos folktandvården i hela landet ska ingå inom ramen för avtalet, oavsett var i landet patienten har tecknat sitt avtal. Tandreglering, kosmetik samt protetik utöver enstaka kronor ingår vanligtvis inte inom ramen för avtalet.<sup>15</sup>

Premien för abonnemangstandvården bestäms utifrån patientens tandhälsa. Innan patienten tecknar sitt avtal utförs en undersökning hos tandläkare eller tandhygienist. Om undersökningen visar att patienten är i behov av behandling är det vanligt att all nödvändig tandvård utförs innan abonnemangsavtalet tecknas, till ordinarie vårdgivarpris. När patienten fått samtliga tandvårdsbehov åtgärdade utför vårdgivaren en bedömning av risken att patienten kan komma att utveckla sjukdomar och skador i munhålan. Patientens risk bedöms utifrån ett antal definierade faktorer, vilka bland annat beskriver tidigare och aktuell kariesaktivitet och paradontal sjukdom, tidigare fyllningar och rotfyllningar samt egenvård och medicinering. Därefter placeras patienten i en specifik riskklass som avspeglar tandhälsan. Premien betalas per månad eller på årlig basis, beroende på patientens önskemål.<sup>16</sup>

Syftet med abonnemangsavtalet kan beskrivas dels utifrån ett hälsofrämjande perspektiv och dels utifrån ett ekonomiskt perspektiv. I likhet med det statliga tandvårdsstödet är målet med avtalen att bidra till att främja tandhälsan genom att stimulera till regelbunden kontakt med tandvården med fokus på förebyggande vård.<sup>17</sup> En stor del av de patienter som väljer att teckna ett avtal är mellan 20 och 29 år. Tidigare studier har visat att besöksfrekvensen i denna patientgrupp är lägre än genomsnittet och att den faller kraftigt i samband med att patienterna lämnar barn och ungdomstandvården.<sup>18</sup> Det betyder att många unga vuxna tappar kontakten med tandvården i samband med att de lämnar barn och ungdomstandvården. Abonnemangsavtalet anses därmed utgöra ett lämpligt alternativ för att hantera denna övergång, eftersom den knyter patienten till en vårdgivare under tre år.<sup>19</sup> På så vis skulle möjligheten att teckna avtal kunna utgöra ett viktigt instrument för att uppnå det övergripande målet inom tandvårdsstödet om att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov. Abonnemangstandvården syftar till att driva på utvecklingen mot en mer hälsofrämjande tandvård.<sup>20</sup>

Utifrån ett ekonomiskt perspektiv innebär abonnemangsavtalet att patienten erbjuds möjligheten att periodisera tandvårdskostnaderna och skydda sig mot de ekonomiska konsekvenserna av oförutsedda och plötsliga tandvårds-

---

<sup>14</sup> Lag 2008:145 om statligt tandvårdsstöd kap 2 § 2

<sup>15</sup> SKL 2011

<sup>16</sup> SKL 2011

<sup>17</sup> SOU 2007:19

<sup>18</sup> Socialförsäkringsrapport 2011:9

<sup>19</sup> SOU 2007:19

<sup>20</sup> SOU 2002:53

behandlinger. I Socialstyrelsens studie kring befolkningens tandhälsa uppger var femte person att de under det senaste året avstått från att besöka tandvården trots behov. Hälften av de personer som låtit bli att besöka tandvården anger att de har gjort det av ekonomiska skäl.<sup>21</sup> Försäkringskassans studie kring nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet visar samtidigt att en del patienter uppfattar att ett tandvårdsbesök är förknippat med ekonomisk risk, eftersom kostnaden är svår att förutsäga och därmed planera för.<sup>22</sup> I detta avseende utgör abonnemangstandvården en betalningsform som ökar patientens möjlighet att kontrollera sina tandvårdskostnader.

Försäkringskassans tidigare undersökning om befolkningens kännedom kring det statliga tandvårdsstödet, visar att drygt hälften av den vuxna befolkningen känner till möjligheten att teckna avtal om abonnemang. Vidare visar rapporten att yngre patienter känner till abonnemangstandvården i större utsträckning än äldre patienter.<sup>23</sup> Detta är troligen en direkt följd av att intentionen bakom abonnemangstandvården i stor utsträckning är att bidra till en regelbunden kontakt med tandvården bland de yngre patienterna.

## 2.1 Abonnemangsavtal utifrån ett försäkringsperspektiv

Grunden för alla försäkringar utgår ifrån att människor är riskovilliga och vill undvika att utsättas för oönskad risk. I förhållande till tandvården betyder det att en patient skulle föredra att betala en regelbunden summa i stället för att tvingas hantera de ekonomiska konsekvenserna av oförutsedda tandvårdsbehov när de uppstår. Resonemanget gäller särskilt om behovet av tandvård riskerar att medföra en så hög kostnad att patienten inte har möjlighet att själv bekosta den, eller tvingas prioritera bort annan konsumtion.<sup>24</sup>

En individs benägenhet att teckna en försäkring kan delvis förklaras utifrån dennes förmåga att göra en bedömning av risken att drabbas av en oönskad händelse, i förhållande till försäkringsgivarens. De individer som betraktar risken att drabbas av exempelvis ett omfattande tandvårdsbehov som låg i förhållande till försäkringspremien, är mindre villiga att teckna en försäkring. Detta eftersom de upplever att premien är för hög i förhållande till risken. Om försäkringsgivaren inte kan erbjuda separata försäkringsvillkor för patienter med låg- respektive hög risk, kan det leda till att endast patienter med sämre tandhälsa väljer att teckna avtal. Detta eftersom de är villiga att acceptera en högre premie till följd av en relativt högre risk. I ett längre perspektiv kan ett sådant beteende leda till ett skevt urval där endast patienter med hög risk är villiga att teckna avtal.<sup>25</sup>

Möjligheten att placera abonnemangspatienterna i olika riskklasserna gör det möjligt för vårdgivaren att särskilja patienter med olika risk och erbjuda

---

<sup>21</sup> Socialstyrelsen 2010

<sup>22</sup> Försäkringskassan 2011a

<sup>23</sup> Försäkringskassan 2011b

<sup>24</sup> Grönqvist 2006

<sup>25</sup> Grönqvist 2006

varierande premier för de olika riskgrupperna. I linje med tidigare resonemang, skulle riskklassificeringen bidra till att minska risken för förekomsten av ett skevt urval. Resultaten i denna studie visar att det framför allt är patienter med låg risk som tecknar avtal om abonnemang.

Utifrån ett försäkringsperspektiv kan tandvården grovt delas in i två kategorier, dels tandvård som uppstår till följd av plötsliga tandvårdsbehov och dels den vård som patienten i stor utsträckning kan förutsäga och planera för. Regelbunden, förebyggande tandvård och rutinundersökningar kan förutses av patienten i hög grad, vilket gör att den inte är direkt förknippad med risk. Tandvård som uppstår till följd av oförutsägbara tandvårdsbehov och som resulterar i märkbara kostnader utgör däremot en försäkringsbar risk. Regelbunden preventiv tandvård påverkar samtidigt sannolikheten att drabbas av oförutsägbara tandvårdsbehov och kostnader i framtiden.<sup>26</sup>

Abonnemangsavtalet skyddar patienten mot de ekonomiska följderna av oförutsedda tandvårdskostnader. Detta kan påverka patientens tandvårdsbeteende genom att minska incitamenten för att konsumera preventiv tandvård, eftersom de ekonomiska konsekvenserna av ett sådant beteende försvinner. Minskad förebyggande vård ökar i sin tur risken att mer omfattande tandvårdsbehov uppstår. Följaktligen riskerar minskad preventiv vård att leda till en ökad risk för försämrad tandhälsa hos de försäkrade om vårdgivaren inte har möjlighet att följa och kontrollera den försäkrades tandvårdsvanor.

Samtidigt är det viktigt att ta hänsyn till att patienten har ett egenintresse av förebyggande vård och god egenvård, eftersom utebliven sådan vård innebär en hälsorisk för patienten.<sup>27</sup> En kvalitativ fallstudie utförd på uppdrag av Försäkringskassan visar dock att en del patienter anser att exempelvis en tandundersökning är en onödig utgift om det visar sig att tandhälsan var god vid kontrollen.<sup>28</sup> Ett sådant resonemang skulle kunna indikera att patienter i vissa fall underskattar behovet av förebyggande vård och undersökningar. Det skulle i sin tur kunna vara en indikation på att patienten har ett kort-siktigt perspektiv på tandvårdskonsumtion, eller att man saknar kunskap om betydelsen av förebyggande tandvård.

Omvänt kan abonnemangsavtalet även leda till att de patienter som tecknat avtal efterfrågar mer tandvård än vad de skulle ha gjort om de inte hade tecknat avtal, till följd av att kostnaden för ytterligare ett tandvårdsbesök är noll.<sup>29</sup> Samtidigt är det troligt att vårdgivaren har ett informationsövertag i förhållande till patienten vad gäller dennes tandhälsa. Det skulle innebära att vårdgivaren i större utsträckning än patienten kan identifiera patientens tandvårdsbehov och omfattningen av densamma.

Abonnemangstandvården har fokus på förebyggande vård som en medveten strategi för att stimulera till regelbunden kontakt med tandvården. Genom

---

<sup>26</sup> Grönqvist 2006

<sup>27</sup> Grönqvist 2006

<sup>28</sup> Försäkringskassan 2011a

<sup>29</sup> Grönqvist 2006

regelbundna undersökningar och förebyggande vård är det möjligt för vårdgivaren att följa utvecklingen av patientens tandvårdsvanor, påverka dennes agerande och ställa krav på en kontinuerligt god egenvård. Därmed minskar risken för framtida tandvårdsbehov. I annat fall riskerar patienten att hamna i en högre riskklass vid nästa försäkringsperiod.

### 3 Data och avgränsningar

Rapporten baseras på data från Försäkringskassans tandvårdsregister. Tandvårdsregistret innehåller information om all ersättningsberättigad tandvård som utförts på personer över 20 år i Sverige sedan den 1 juli 2008. Registret består av information angående tidpunkten för tandvårdsbesöken, diagnoser och utförda åtgärder, samt prisinformation. Dessutom innehåller det viss information kring abonnemangstandvården. Vårdgivaren är skyldig att lämna uppgifter kring abonnemangsavtalen till Försäkringskassan i samband med att avtalen tecknas. Uppgifterna ska beskriva den period som abonnemangsavtalet avser, utförd tandvård, samt den premie som patienten betalar för abonnemanget.

I april 2011 fanns 317 594 inrapporterade abonnemangsavtal i Försäkringskassans tandvårdsregister. Samtliga avtal tecknades efter införandet av det statliga tandvårdsstödet den 1:a juli 2008. Drygt 66 000 av abonnemangsavtalen saknar uppgifter kring de patienter som tecknat avtalen, vilket bidrar till att det inte är möjligt att koppla en unik individ till ett unikt abonnemang. Sammantaget finns det därmed knappt 252 000 unika abonnemangsavtal som kan kopplas till den patient som avtalet avser. Samtidigt förekommer endast 233 733 individer i dataregistret över abonnemangstandvården, vilket innebär att avtalen inte alltid är unika för en individ. Analysen inkluderar endast ett unikt abonnemangsavtal per patient.<sup>30</sup>

Uppgifterna skiljer sig till viss del från den information som Sveriges kommuner och landsting (SKL) presenterar i sin kartläggning av abonnemangstandvården. I rapporten framgår att det fanns 377 200 abonnemang registrerad hos landstingen i april 2011.<sup>31</sup> Det är i dagsläget inte möjligt att uttala sig med säkerhet kring vilka faktorer som ligger bakom den stora diskrepansen vad gäller registrerade avtal hos SKL och Försäkringskassan. Däremot är det av stort intresse att i framtiden kartlägga orsakerna till olikheterna i inrapporteringen kring abonnemangstandvården.

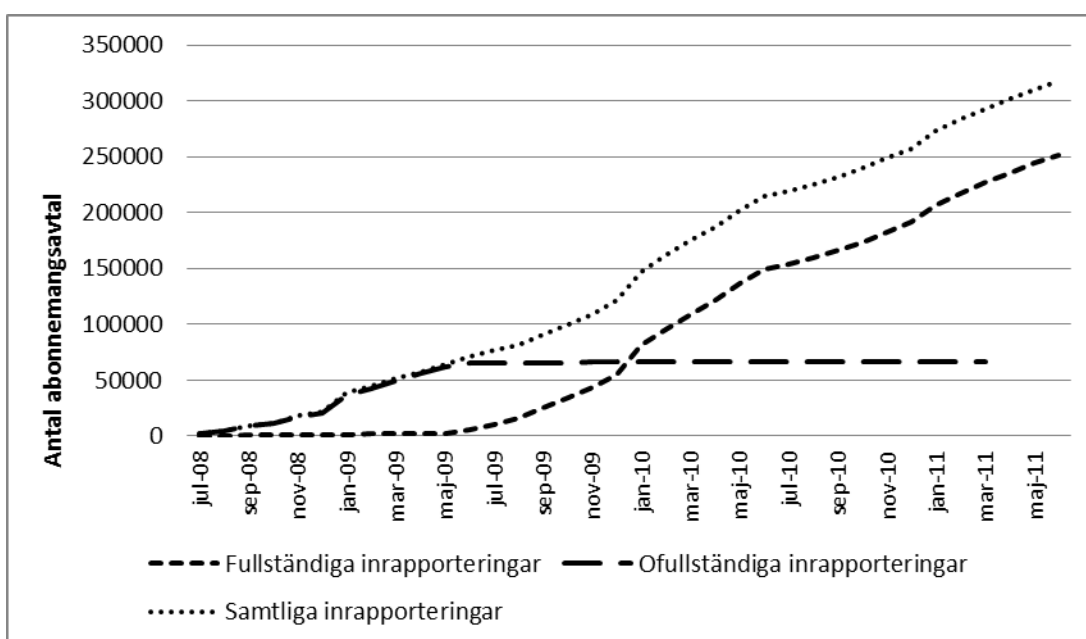
---

<sup>30</sup> Avtalstiden för frisk tandvård är tre år, vilket medför att en patient endast kan teckna ett avtal under den studerade perioden. Samtliga avtal som finns registrerade i Försäkringskassans databas har tecknats efter införandet av det statliga tandvårdsstödet den 1 juli 2008. I de fall patienten valt att avsluta ett avtal och sedan teckna ett nytt inom ramen för den tidigare avtalsperioden, är det inte möjligt att urskilja detta i Försäkringskassans dataregister. Det nya avtalet kommer då att framstå som en felregistrering.

<sup>31</sup> SKL 2011

Figur 1 visar tydligt att de abonnemangsavtal som saknar patientuppgifter är vanligt förekommande i Försäkringskassans dataregister under tandvårdsstödet första år. Vidare framgår det att antalet fullständiga registreringar har ökat konstant från och med juli 2009, samtidigt som de ofullständiga inrapporteringarna helt har avstannat.<sup>32</sup> Sammantaget visar analysen att det från och med tandvårdsstödet andra år har skett en väsentlig förbättring av Försäkringskassans data kring abonnemangständer. Det är troligt att bristerna i inrapporteringen kan vara en direkt följd av praktiska problem och begränsningar i inrapporteringssystemen i samband med införandet av tandvårdsstödet hos såväl vårdgivare som hos Försäkringskassan.

**Figur 1**      **Antal inrapporterade abonnemangsavtal (ackumulerade värden)**



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Sammanlagt medför rådande datakvalitet att det finns betydande brister i data för de avtal som tecknades under tandvårdsstödet första år. Därmed baseras denna studie endast på de avtal som rapporterats in från 1 juli 2009 till och med den 30 juni 2011. Det är inte möjligt att fastställa om de patienter som tecknade avtal under tandvårdsstödet första år skiljer sig systematiskt från de som tecknat avtal vid ett senare tillfälle. En sådan skillnad mellan patientgrupperna skulle troligen påverka resultaten i studien.

Utöver bristfälliga patientuppgifter har det visat sig att det finns felaktiga uppgifter kring de inrapporterade premierna. Dels finns det en stor spridning vad gäller inrapporterade premier och dels förekommer en del extremvärden. Knappt tusen avtal har exempelvis registrerats med en premie om noll kronor, medan ett antal avtal har en premie som överstiger många miljoner kronor. För att få en så rättvisande bild som möjligt av de abonne-

<sup>32</sup> Drygt 30 000 av de avtal som finns registrerade med ofullständiga uppgifter, återkommer i registret vid ett senare tillfälle då med fullständiga patientuppgifter.

mangsavtal som tecknats under den studerade perioden har en del felaktiga inrapporteringar och extremvärden sorterats bort.<sup>33</sup>

De premier som rapporteras till Försäkringskassan beskriver den kostnad som patienten betalar för hela avtalsperioden, det vill säga tre år. Vid en jämförelse mellan de inrapporterade premierna och rådande prisnivåer inom respektive landsting visar det sig dock att premien för abonnemangstandvården i vissa fall har registrerats på årsbasis. I de fall det varit möjligt att urskilja felrapporteringarna har en prisjustering gjorts, så att premierna i så stor utsträckning som möjligt beskriver tre års abonnemangstandvård. Eftersom det finns betydande prisvariationerna mellan å ena sidan de olika riskklasserna och å andra sidan mellan olika landsting,<sup>34</sup> har det inte alltid varit möjligt att urskilja de felrapporterade premierna från resterande premier. Det betyder att det inte är möjligt att kartlägga omfattningen av felrapporteringarna. Tillgänglig data kring premierna för abonnemangstandvården kan därmed till viss del innehålla priser som endast avser ett års abonnemangstandvård i en hög riskklass i stället för tre års tandvård i en lägre riskklass. Det kan innebära att resultaten innehåller en överrepresentation av abonnemangspatienter i de lägre riskklasserna.

Tandvårdsregistret innehåller ingen specifik information kring abonnemangspatienternas riskklassificering. Denna rapport baseras därför på beräknade riskklasser. Vidare har det inte varit möjligt att koppla abonnemangsavtalen till en specifik vårdgivare eller till ett specifikt län. Det innebär att det inte har gått att fastställa patienternas risknivå genom att koppla de premier som rapporterats in till Försäkringskassan till premierna för de specifika riskklasserna i det landsting där patienten tecknade sitt avtal. För att beräkna riskklasserna har därför ett medelvärde av premierna i samtliga län använts.

Den bristande möjligheten att identifiera varje patients specifika risknivå bidrar till att fördelningen av patienterna mellan de olika riskklasserna kan avvika ifrån det faktiska antal patienter som finns registrerade i varje specifik riskgrupp inom respektive landsting eller hos SKL. Försäkringskassan anser dock att de beräknade riskklasserna kan bidra till att skapa en unge-

---

<sup>33</sup> De avtal som har en premie som understiger 972 kronor för tre års abonnemangstandvård, samt de avtal vars premier överstiger 32 040 kronor har sorterats bort. Gränsvärdena har definierats utifrån den högst inrapporterade premien i riskklass 10 i SKL:s rapport 2011, respektive den lägsta premien i riskklass ett under 2010. 20 av 21 landsting rapporterade in aktuella premier för samtliga riskklasser till SKL under 2011 och Försäkringskassan anser att dessa inrapporteringar utgör en god indikator för att bedöma felrapporteringar eftersom i stort sett samtliga besök som gjorts inom ramen för abonnemangstandvården har skett hos folktandvården. Samtidigt är det viktigt att understryka att prisuppgifter endast har använts för 2010 respektive 2011, trots att denna rapport även baseras på avtal som tecknades under andra halvan av 2009. Det har dock visat sig att det inte skett någon större prisförändring vad gäller avtalspremierna inom de landsting som rapporterade sina priser till SKL under 2010 och 2011. Det är därmed troligt att prisbilden under dessa två år även är relevant för de avtal som tecknades under 2009. Anledningen till att det högsta värdet har valts från 2011 års prislista och det lägsta värdet definieras utifrån prislistan 2010 är antagandet om att premierna för riskklasserna stiger mellan de båda åren.

<sup>34</sup> SKL 2010, 2011



färlig bild av patienternas tandhälsa och risken att drabbas av sjukdomar och skador i munhålan. Rapporten avser i första hand ge en övergripande bild av hur patienterna fördelar sig mellan riskklasserna.

Det saknas uppgifter kring i vilken utsträckning den utförda abonnemangstandvården rapporteras in till Försäkringskassan eller om det förekommer underrapportering. Det betyder att de uppgifter som presenteras i denna studie till viss del kan skilja sig från andra beräkningar som baseras på andra informationskällor.

Vidare avser rapporten en relativt kort studieperiod på två år, det vill säga från den 1 juli 2009 till och med den 30:e juni 2011. Tillgänglig data omfattar därmed inte en hel avtalsperiod för någon patient. Den korta perioden begränsar möjligheten att dra slutsatser kring abonnemangstandvården och dess effekter på patienternas tandvårdskonsumtion. Därmed inte sagt att sådana frågeställningar inte är relevanta och intressanta. I takt med att data ackumuleras och omfattar en längre tidsperiod, är det möjligt att vidare uttala sig kring abonnemangsavtalens effekt på patientens tandvårdsvanor. Denna rapport bör dock endast ses som en deskriptiv rapport som avser ge en bild av abonnemangstandvården tre år efter införandet av det statliga tandvårdsstödet.

## 4 Resultat

### 4.1 Vilka tecknar abonnemangsavtal?

Tabell 1 illustrerar åldersfördelningen bland de patienter som tecknat ett abonnemangsavtal under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2011. Det är främst yngre patienter som tecknar avtal. Knappt hälften av abonnemangspatienterna är mellan 20 och 29 år gamla, samtidigt som 85 procent är under femtio år. Endast drygt två procent av patienterna var över 65 år när de tecknade sitt avtal. Resultaten kan jämföras med åldersfördelningen bland samtliga tandvårdspatienter. Endast 14 procent av de som besöker tandvården är mellan 20 och 29 år, medan 28 procent av patienterna är över 65 år gamla. Resultaten indikerar att det finns en överrepresentation av unga patienter inom abonnemangstandvården.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Det finns en viss överrepresentation av kvinnor bland abonnemangspatienterna, 54 procent i förhållande till 51 procent av befolkningen. 53 procent av samtliga tandvårdspatienter under perioden var kvinnor.

**Tabell 1      Åldersfördelning abonnemangspatienter (n = 227 539)**

| Ålderskategori | Antal patienter | Åldersfördelning, % |
|----------------|-----------------|---------------------|
| 20–29          | 106258          | 46,7                |
| 30–49          | 87952           | 38,7                |
| 50–64          | 28333           | 12,5                |
| 65–74          | 4260            | 1,9                 |
| 75+            | 736             | 0,3                 |
| <b>Summa</b>   | <b>227 539</b>  | <b>100</b>          |

Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Åldersfördelningen stämmer väl överens med det resonemang som försäkring abonnemangstandvården i tandvårdsutredningen. Utredningen konstaterar att abonnemangstandvården till stor del riktar sig mot yngre patienter i åldern 20–29 år och att den utgör ett lämpligt alternativ för ungdomar att hantera övergången från den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården till vuxentandvården.<sup>36</sup> Drygt 10 procent av abonnemangspatienterna var 20 år när de tecknade sitt avtal, vilket indikerar att de har tecknat avtalet i samband med övergången till vuxentandvården.

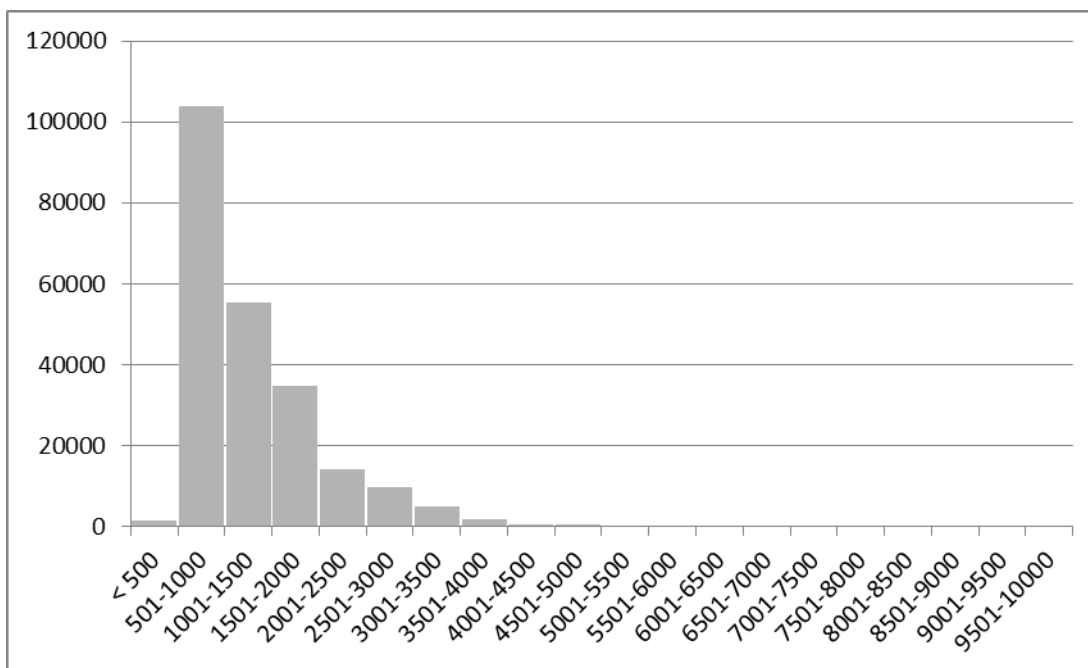
## 4.2 Premier och riskklasser

Figur 2 visar fördelningen av de premier som rapporterats in till Försäkringskassan. Premierna avser de abonnemangsavtal som tecknats under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2011 och beskriver den årliga kostnad som patienterna betalat för sitt abonnemangsavtal. Figuren visar hur premierna fördelar sig mellan olika prisintervall. Knappt 100 000 patienter har tecknat ett avtal med en premie som uppgick till mellan 500 och 1 000 kronor om året, medan ytterst få avtal hade en premie som översteg 3 500 kronor om året. Fördelningen visar att det finns en övervikt av avtal i de lägre premieintervallen. Samtliga priser anges utan avdrag för det allmänna tandvårdsbidraget (ATB).

Medianpremien för de tecknade avtalen uppgick under perioden till 1 074 kronor per år, vilket motsvarar en månatlig kostnad på knappt 90 kronor. Det betyder att hälften av alla patienter som tecknade ett abonnemangsavtal betalade en premie som högst uppgick till denna prisnivå. Samtidigt var premien för en fjärdedel av avtalen högst 894 kronor om året, medan minst en fjärdedel av avtalen hade en premie om 1 620 kronor eller mer.

<sup>36</sup> SOU 2007:19

**Figur 2** Fördelning av abonnemangsavtal mellan olika premieintervall, pris per år (n = 227 539)



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

De inrapporterade premierna kan relateras till prisnivåerna inom den nationella abonnemangstandvården. Sveriges Kommuner och Landsting publicerar årligen premierna för samtliga riskklasser i de landsting som är anslutna till den nationella abonnemangstandvården.<sup>37</sup> Tabell 2 visar att det finns en stor spridning mellan landstingen vad gäller premien för respektive riskklass. Premien för riskklass 5 varierar exempelvis mellan drygt 1 900 kronor och 4100 kronor, beroende på var i landet patienten bor. Landstinget i Södermanland har de högsta premierna i samtliga riskklasser utom i den lägsta.

Försäkringskassans tandvårdsregister innehåller ingen specifik information kring abonnemangspatienternas riskklassificering. Det betyder att det inte är möjligt att identifiera patienternas riskklass direkt utifrån tandvårdsregistret. Däremot kan informationen kring den premie som patienten betalat för sitt abonnemang användas för att uppskatta vilken riskklass en patient tillhör.

De abonnemangspremier som landstingen årligen rapporterar in till SKL<sup>38</sup> används för att beräkna prisintervallen för de olika riskklasserna.<sup>39</sup> Riskklasserna skapas utifrån medelvärdet av premierna i samtliga landsting. Ett viktat medelvärde för respektive riskklass har använts i beräkningarna. Det betyder att premien i ett län med relativt många abonnemangspatienter utgör en större andel av det beräknade medelvärdet, än premien i ett län med färre

<sup>37</sup> SKL 2009 2010 2011

<sup>38</sup> Se bilaga tabell 10

<sup>39</sup> Beräkningarna baseras på premierna i de landsting som är anslutna till de nationella riktlinjerna för abonnemangstandvården.

tecknade abonnemang<sup>40</sup>. Utifrån de viktade medelvärdena skapas ett prisintervall för varje riskklass.

Tabell 2 visar att den beräknade genomsnittliga premien för den lägsta riskklassen uppgår till 767 kronor om året, medan patienter i den högsta riskgruppen i snitt betalar 8 732 kronor årligen för abonnemangstandvården. Patienter med låg risk betalar därmed enligt beräkningarna 2 301 kronor för tre års abonnemangstandvård, vilket motsvaras av 26 196 kronor i den högsta riskklassen. Samtliga beräkningar utgår helt ifrån de premier som presenteras i den årliga kartläggningen av abonnemangstandvården som publiceras av SKL<sup>41</sup>.

**Tabell 2 Genomsnittliga premiekostnader per riskklass inom den nationella modellen för abonnemangstandvård 2011**

| Riskklass | Genomsnittlig premie<br>1 år | Minimum premie<br>1 år | Maximum premie<br>1 år |
|-----------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| 1         | 767                          | 480                    | 840                    |
| 2         | 1006                         | 864                    | 1460                   |
| 3         | 1362                         | 1080                   | 2670                   |
| 4         | 1772                         | 1440                   | 3300                   |
| 5         | 2329                         | 1920                   | 4130                   |
| 6         | 3006                         | 2400                   | 5210                   |
| 7         | 3911                         | 3000                   | 6300                   |
| 8         | 5029                         | 3498                   | 7380                   |
| 9         | 6598                         | 4500                   | 8710                   |
| 10        | 8732                         | 5496                   | 10680                  |

Källa: Beräkningar utifrån Kartläggning av frisktandvården 2011 (SKL 2011)

Tabell 3 visar de konstruerade premieintervallen för samtliga riskklasser. Personer som betalar en premie om 767 kronor eller lägre per år placeras i riskklass ett. De patienter vars premie överstiger 1 006 kronor, men samtidigt högst uppgår till 1 362 kronor, placeras i riskklass tre.

<sup>40</sup> Se bilaga tabell 12

<sup>41</sup> Se bilaga tabell 10

**Tabell 3 Beräknade intervall för riskklasser inom abonnemangstandvården samt fördelning av patienter mellan riskklasserna**

| Riskklass | Antal patienter | Andel patienter (%) | Premieintervall 1 år |
|-----------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1         | 23244           | 10,2                | $X \leq 767$         |
| 2         | 82040           | 36,1                | $767 < X \leq 1006$  |
| 3         | 33542           | 14,7                | $1006 < X \leq 1362$ |
| 4         | 47247           | 20,8                | $1362 < X \leq 1772$ |
| 5         | 17974           | 7,9                 | $1772 < X \leq 2329$ |
| 6         | 15115           | 6,6                 | $2329 < X \leq 3006$ |
| 7         | 6214            | 2,7                 | $3006 < X \leq 3790$ |
| 8         | 1565            | 0,7                 | $3790 < X \leq 5029$ |
| 9         | 459             | 0,2                 | $5029 < X \leq 6598$ |
| 10        | 139             | 0,1                 | $6598 < X$           |

Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Drygt 80 procent av patienterna betalar en premie som högst motsvarar riskklass fyra och 46 procent hamnar i de två lägsta riskklasserna. Det betyder att närmare hälften av abonnemangspatienterna har en tandhälsa som bedöms vara relativt god. Endast en procent av de inrapporterade abonnemangsavtalen har en premie som motsvarar de tre högsta riskklasserna.

Fördelningen av patienter mellan riskklasserna indikerar att risken att drabbas av omfattande tandvårdsbehov bedöms vara förhållandevis låg hos majoriteten av abonnemangspatienterna. Resultaten stämmer väl överens med det resonemang som förs i tandvårdsutredningen där man menar att abonnemangstandvården till stor del riktar sig mot individer med begränsade tandvårdsbehov.<sup>42</sup>

Tabell 4 visar att kvinnor och män fördelar sig jämt mellan de olika riskklasserna. Samtidigt visar resultaten att medelåldern stiger i takt med att riskklassen ökar för att sedan avtar något i de två högsta riskklasserna. Något som indikerar att risken att drabbas av sjukdomar och skador i munhålan är högre bland äldre patienter. Medelåldern hos patienterna i riskklass ett är 27 år, medan patienterna i riskklass fyra i snitt är 37 år gamla. Det är svårt att uttala sig om varför medelåldern sjunker i de översta riskklasserna.

<sup>42</sup> SOU 2007:19

**Tabell 4 Fördelning av patienter mellan de olika riskklasserna med avseende på kön och ålder**

| Riskklass | Medelålder | Fördelning kvinnor (%) | Fördelning män (%) |
|-----------|------------|------------------------|--------------------|
| 1         | 27         | 10,0                   | 10,4               |
| 2         | 30         | 36,1                   | 36,0               |
| 3         | 34         | 14,6                   | 14,9               |
| 4         | 37         | 20,6                   | 21,0               |
| 5         | 44         | 8,1                    | 7,7                |
| 6         | 48         | 6,8                    | 6,4                |
| 7         | 47         | 2,8                    | 2,6                |
| 8         | 49         | 0,7                    | 0,7                |
| 9         | 42         | 0,2                    | 0,2                |
| 10        | 45         | 0,1                    | 0,1                |

Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Resultaten antyder att det förekommer ett samband mellan ålder och tandhälsa, vilket stämmer överens med resultaten från Försäkringskassans tidigare studie av det statliga tandvårdsstödet.<sup>43</sup> Där framgår att äldre patienter i snitt gör fler tandvårdsbesök och genererar större utbetalningar från tandvårdsstödet än yngre individer, vilket tyder på ett mer omfattande tandvårdsbehov. På motsvarande sätt visar studien att yngre patienter främst besöker tandvården i förebyggande syfte, gör färre tandvårdsbesök, samt genererar lägre utbetalningar från tandvårdsstödet.<sup>44</sup>

Yngre abonnemangspatienter bedöms ha bättre tandhälsa än äldre patienter. Tabell 5 visar att patienter under 50 år framför allt placeras i riskgrupp ett till fyra, medan äldre patienters tandhälsa i större utsträckning bedöms motsvara risknivå fyra till sex. Cirka var sjätte patient i åldern 20–29 år har en tandhälsa som avspeglar riskklass ett och två, medan endast drygt tre procent av patienter mellan 65 och 74 år hamnar i dessa riskgrupper.

**Tabell 5 Fördelning av patienter per åldersgrupp mellan riskklasser, i procent**

| Ålders-kategori | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8   | 9   | 10  |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| 20–29           | 16,3 | 46,7 | 13,8 | 16,6 | 3,5  | 1,9  | 1,0  | 0,2 | 0,1 | 0,0 |
| 30–49           | 6,2  | 33,9 | 17,2 | 24,3 | 8,8  | 6,3  | 2,5  | 0,6 | 0,2 | 0,0 |
| 50–64           | 1,7  | 8,6  | 12,2 | 25,4 | 18,8 | 21,5 | 8,4  | 2,7 | 0,5 | 0,2 |
| 65–74           | 0,5  | 2,7  | 7,0  | 20,4 | 23,3 | 31,0 | 11,3 | 2,9 | 0,5 | 0,3 |
| 75+             | 1,2  | 4,2  | 8,2  | 18,8 | 24,3 | 29,8 | 11,8 | 1,5 | 0,1 | 0,1 |

Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Förhållandet mellan risk och ålder bidrar till att prisnivån för avtalspremierna varierar mellan de olika åldersgrupperna. Figur 3 illustrerar hur premien för abonnemangsavtalen fördelar sig mellan de olika åldersgrupperna.

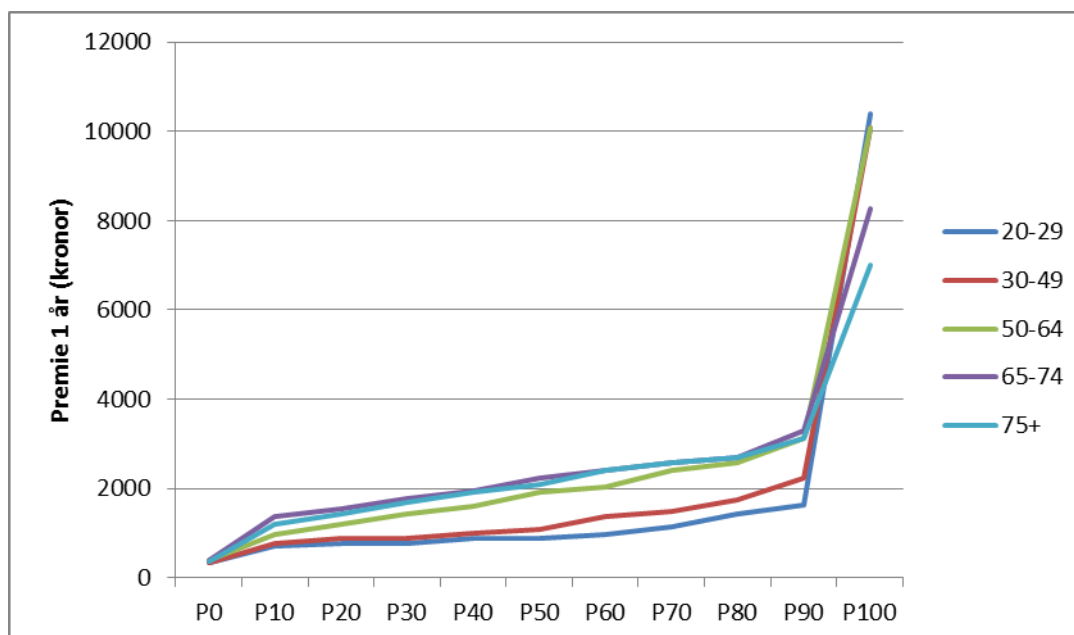
<sup>43</sup> Försäkringskassan 2011a

<sup>44</sup> Besöksfrekvensen ökar i takt med att patientens ålder ökar till och med 65 års ålder, varefter besöksfrekvensen sjunker i takt med stigande ålder.

Patienter under 50 år har genomgående lägre premier än äldre personer, med undantag för premierna i de översta percentilerna<sup>45</sup>.

Medianpremien för abonnemangstandvård bland de yngsta patienterna är 900 kronor per år, vilket motsvarar 75 kronor i månaden. Samtidigt betalar minst hälften av abonnemangspatienterna mellan 65 och 74 år 2 250 kronor per år för abonnemangstandvård. Det motsvarar en månatlig kostnad om knappt 190 kronor. Resultaten är en direkt följd av åldersfördelningen mellan riskklasserna.

**Figur 3** fördelning av avtalspremier per åldersgrupp, pris per år



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

### 4.3 Vilken vård utförs inom ramen för abonnemangstandvården?

Knappt hälften av de abonnemangspatienter som tecknade avtal mellan den 1 juli 2009 och den 30 juni 2011 besökte tandvården vid något tillfälle under samma period. I figur 4 framgår det att nästan hälften av den vård som utfördes under tandvårdsbesöken bestod av undersökningar och utredningar, medan hälsofrämjande vård utgör 10 procent av vården. Reparativ vård och behandling av sjukdoms- och smärttillstånd representerar vardera drygt 20 procent av de utförda åtgärderna.

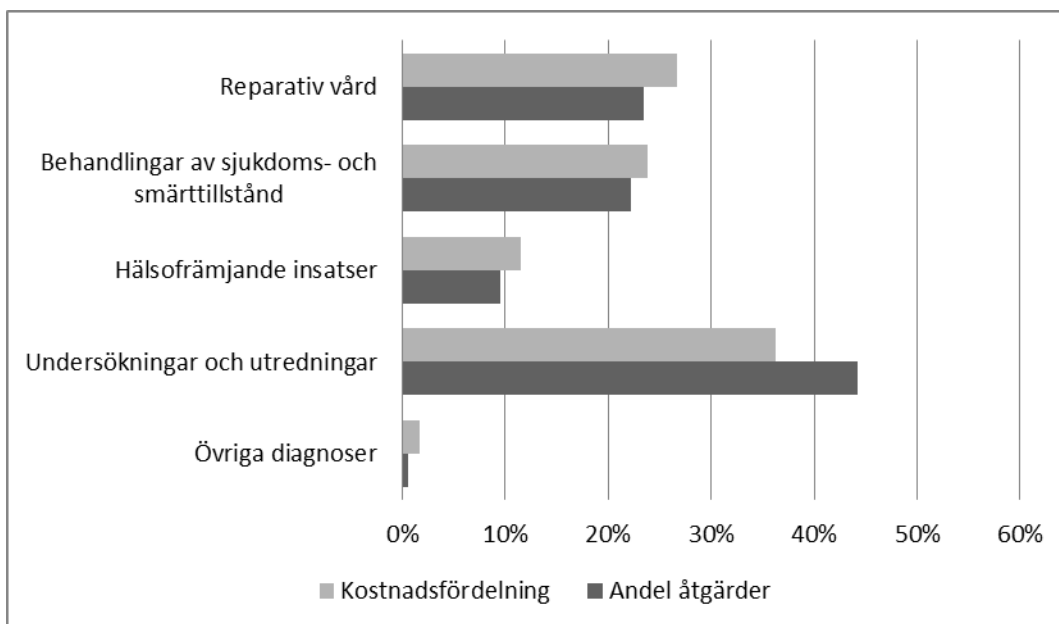
Genom att beakta referenspriserna<sup>46</sup> för varje specifik åtgärd är det möjligt att beräkna kostnaderna för den vård som abonnemangspatienterna efter-

<sup>45</sup> Premien för abonnemangstandvården fördelar sig mycket lika mellan män och kvinnor. En mindre skillnad mellan avtalspremierna uppkommer först i den nittiononde percentilen, då kvinnor betalar något mer än män för sitt avtal.

<sup>46</sup> Referenspriset avser det pris som Tandvård och läkemedelsverket fastslår för varje tandvårdsåtgärd som är ersättningsberättigande inom ramen för det statliga tandvårdsstödet (Tandvårds- och läkemedelförmånsverkets författningssamling 2011:1).

frågat. Resultaten visar att reparativ vård utgjorde en något större andel av de totala vårdkostnaderna än som andel av den totalt utförda tandvården. Det är ett förväntat resultat eftersom reparativ vård generellt är mer kostsam än exempelvis den vård som utförs inom ramen för undersökningar och utredningar. Följaktligen representerar undersökningar en större andel av den utförda abonnemangstandvården än av de totala kostnaderna för vården.

**Figur 4** Abonnemangstandvård under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2011, fördelning av antal utförda åtgärder och totala kostnader

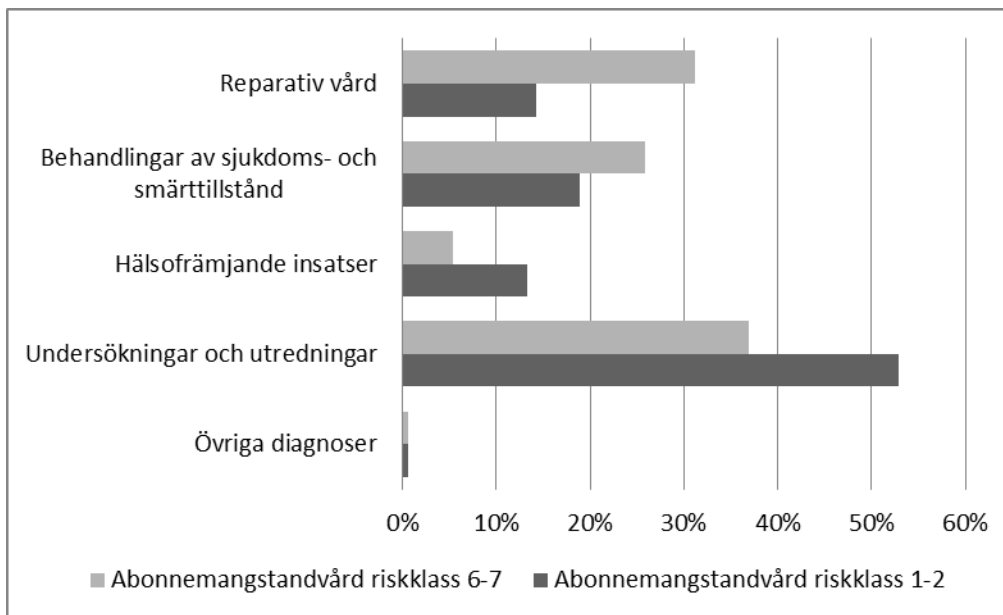


Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

När abonnemangstandvården studeras utifrån patientens risknivå, uppstår det tydliga skillnader i den efterfrågade vården mellan patienter med hög respektive låg risk. Figur 5 visar att reparativ vård utgör en betydligt större andel av den tandvård som efterfrågas bland patienter i de högre riskklasserna, än bland de med låg risk. Samtidigt framgår att undersökningar och utredningar, samt hälsöfrämjande insatser, är vanligare bland patienter i de låga riskklasserna. Närmare 70 procent av den totala abonnemangstandvården bland patienter med låg risk utgörs av sådan tandvård. Behandlingar av sjukdoms- och smärttillstånd står för drygt en femtedel av abonnemangstandvården hos patienterna i de låga riskgrupperna, medan den är något vanligare bland patienter med sämre tandhälsa.



**Figur 5 Abonnemangstandvård bland patienter med hög respektive låg riskklass, fördelning av antal utförda åtgärder per diagnos/tillstånd**



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

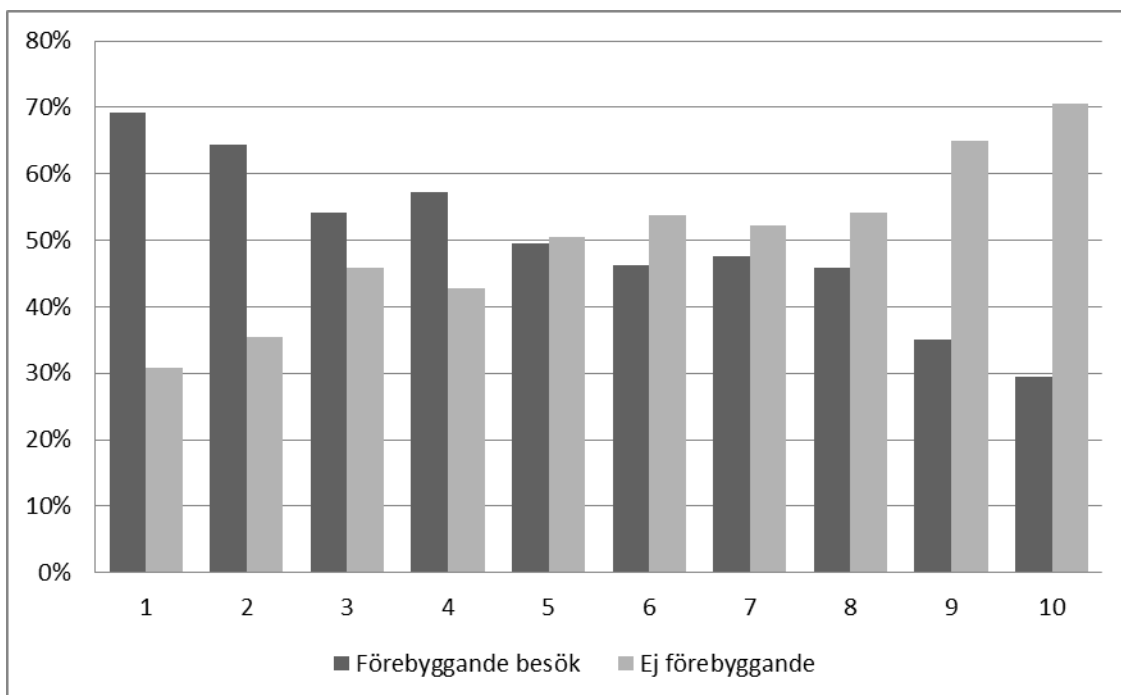
Vidare kartläggning av abonnemangstandvården visar att en betydande del av den utförda vården består av förebyggande tandvård.<sup>47</sup> Drygt 56 procent av besöken inom abonnemangstandvården under den studerade tvåårsperioden var förebyggande. Knappt 85 procent av de abonnemangspatienter som besökte tandvården under perioden har utfört minst ett besök i förebyggande syfte.<sup>48</sup>

Figur 6 visar andelen förebyggande besök inom abonnemangstandvården, i förhållande till patienternas riskklassificering. Patienter i de lägsta riskklasserna besöker till störst del tandvården i förebyggande syfte. Vart sjunde tandvårdsbesök bland patienterna i den lägsta riskgruppen utgörs av ett förebyggande besök, vilket indikerar att patienterna har en generellt god tandhälsa. I de högsta riskklasserna var drygt trettio procent av tandvårdsbesöken förebyggande, vilket samtidigt innebär att patienterna vid sju av tio besök endast har utfört icke förebyggande åtgärder. Detta är ett förväntat resultat. Patienter i de högre riskklasserna löper högre risk att drabbas av sjukdomar eller skador i munhålan, vilket bidrar till att dessa patienter också efterfrågar mer reparativ och icke-förebyggande vård.

<sup>47</sup> Förebyggande åtgärder avser åtgärd 101, 102, 105, 201, 202, 203, 204, 311, 321, 341, 342 enligt TLV:s föreskrifter (Försäkringskassan 2010).

<sup>48</sup> Förebyggande besök avser de besök då minst en förebyggande åtgärd har utförts.

**Figur 6 Andel förebyggande- respektive icke förebyggande besök inom abonnemangstandvården, per riskklass (antal besök totalt=234 018)**



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

#### 4.4 Tandvårdskostnader bland abonnemangspatienter

Tabell 6 visar fördelningen av de genomsnittliga tandvårdskostnaderna för de abonnemangspatienter som tecknade avtal under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2010. Kostnaderna beräknas utifrån referenspriserna för de utförda tandvårdsåtgärderna. Beräkningarna avser den tandvård som patienterna efterfrågade inom ramen för abonnemangstandvården under avtalets första år.

I tabellen framgår det att den genomsnittliga kostnaden för den vård som patienterna efterfrågade ökar i takt med att riskklassen ökar. Patienter med hög risk konsumerar i snitt mer tandvård än patienterna i de lägre riskklasserna, vilket är ett förväntat resultat utifrån gruppens relativt sämre tandhälsa. Detsamma gäller när kostnaderna endast beräknas bland de patienter som har gjort minst ett tandvårdsbesök sedan de tecknade sitt avtal. Tabell 6 visar att den genomsnittliga konsumtionen bland de abonnemangspatienter som besökte tandvården under det första året uppgick till knappt 1 200 kronor i den lägsta riskklassen. Patienterna i de tre högsta riskklasserna efterfrågade samtidigt tandvård till en kostnad som översteg 4 000 kronor. När den genomsnittliga kostnaden beräknas bland samtliga patienter i den lägsta riskklassen uppgår konsumtionen däremot endast till cirka 400 kronor. Detta eftersom en så stor andel av patienterna i denna riskklass inte besökte tandvården alls under det första året.

**Tabell 6 Kostnader för den tandvård som abonnemangspatienterna efterfrågat under det första året inom abonnemangstandvården<sup>49</sup> (kronor)**

| Risk-<br>klass | Medel-<br>konsumtion<br>samtliga | Medel-<br>konsumtion<br>1 besök | P1 | P25  | P50  | P75  | P99   |
|----------------|----------------------------------|---------------------------------|----|------|------|------|-------|
| 1              | 434                              | 1199                            | 0  | 0    | 0    | 640  | 4680  |
| 2              | 465                              | 1183                            | 0  | 0    | 0    | 710  | 4485  |
| 3              | 624                              | 1514                            | 0  | 0    | 0    | 730  | 6235  |
| 4              | 1039                             | 1644                            | 0  | 0    | 680  | 1390 | 6980  |
| 5              | 1546                             | 2303                            | 0  | 0    | 815  | 2035 | 10330 |
| 6              | 2179                             | 2725                            | 0  | 640  | 1505 | 2970 | 11605 |
| 7              | 2492                             | 3047                            | 0  | 650  | 1690 | 3395 | 12975 |
| 8              | 3800                             | 4143                            | 0  | 1345 | 2783 | 5285 | 15995 |
| 9              | 4621                             | 5121                            | 0  | 1695 | 3655 | 6745 | 17770 |
| 10             | 6105                             | 8658                            | 0  | 0    | 4098 | 8830 | 31495 |

Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Det finns abonnemangspatienter inom samtliga riskgrupper som inte har efterfrågat någon tandvård alls under det första året. Minst hälften av patienterna i de tre lägsta riskklasserna har inte besökt tandvården under avtalets första år. Detsamma gäller för minst var fjärde patient i riskgrupp fyra och fem. Resultaten är sannolikt en direkt följd av den korta studieperioden. Många patienter besöker tandvården med ett längre tidsintervall än ett år och förekommer därmed inte i tabellen. Detta eftersom samtliga patienter utför en obligatorisk undersökning i samband med att de tecknar sitt abonnemangsavtal.<sup>50</sup> En längre studieperiod krävs därför för att kunna ge en komplett bild av tandvårdskonsumtionen. Kostnadsfördelningen i tabell 6 ger dock en approximativ bild av abonnemangspatienternas tandvårdskonsumtion.

I den lägsta riskgruppen har endast var fjärde patient efterfrågat tandvård till en summa om minst 640 kronor (P75), vilket ungefär representerar referenspriset för en basundersökning. I riskklass sex och sju har däremot minst tre av fyra patienter efterfrågat tandvård till en kostnad som överstiger detta belopp. Kostnaderna för de patienter som genererat de högsta tandvårdskostnaderna (P99) understiger 5 000 kronor i de lägsta riskklasserna. Detta belopp motsvaras av minst det dubbla bland motsvarande patienter i riskklass sex och sju, medan patienterna i den högsta riskklassen genererar tandvårdskostnader som överstiger 30 000 kronor.

Sammantaget visar kostnadsfördelningen att en stor del av patienterna har efterfrågat tandvård som motsvarar relativt låga tandvårdskostnader. Samtidigt pekar resultaten på att de patienter som genererat de mest omfattande tandvårdskostnaderna kommit upp i relativt omfattande belopp inom samtliga riskklasser. Det betyder att det även i de lägre riskklasserna kan finnas

<sup>49</sup> Endast de patienter som tecknat avtal 1 juli 2009 till och med 30 juni 2010.

<sup>50</sup> Om undersökningen visar att patienten är i behov av behandling är det vanligt att all nödvändig tandvård utförs innan abonnemangsavtalet tecknas, till ordinarie patientpris. När patienten fått samtliga tandvårdsbehov åtgärdade utför vårdgivaren en bedömning av risken att patienten utvecklar sjukdomar i munhålan.

behov av att hitta ett sätt att hantera den ekonomiska aspekten av oförutsedda tandvårdsbehov, trots att patienten har en generell god tandhälsa.

#### 4.5 Tandvårdskostnader innan abonnemangsavtalet tecknas

Försäkringskassans studie kring nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet visar att andelen patienter som gjort tandvårdsbesök till följd av karies eller andra skador ökar i takt med att antalet intakta tänder minskar hos patienterna.<sup>51</sup> Resultaten visar att patienter som tidigare har haft skador på tänderna besöker tandvården för liknande problem i större utsträckning än patienter med helt intakta tänder. Det betyder att patientens tidigare tandvårdskonsumtion har betydelse för den vård som kan komma att efterfrågas i framtiden. De faktorer som ligger till grund för bedömningen av patientens tandhälsa och riskklass utgår ifrån patientens tandhälsostatus. Den riskbedömningen som abonnemangspatienterna genomgår innan de tecknar avtal baseras till stor del på patientens tandvårdshistorik och tidigare tandvårdskonsumtion. Därmed blir tidigare tandvårdsbehov och konsumtion direkt avgörande för vilken riskklass patienten placeras i.

Samtidigt är det rimligt att anta att tidigare tandvårdskonsumtion utgör en viktig faktor för patientens möjlighet att skatta sin tandhälsa och bedöma risken att drabbas av tandvårdskostnader i framtiden. Därmed skulle tidigare tandvårdskostnader även kunna utgöra en viktig faktor för patientens beslut att teckna abonnemangsavtal eller inte. Patienter med tidigare omfattande tandvårdsbehov skulle troligtvis vara mer villiga att betala en högre premie för ett abonnemangsavtal, än patienter vars tidigare tandvårdsbehov inte har medfört betydande kostnader.

Tabell 7 presenterar kostnaden för abonnemangspatienternas tandvårdskonsumtion under 12 månaderna innan de tecknade sitt avtal. Även här visar resultaten att kostnaderna är mer omfattande i de högre riskklasserna än i de lägre. Det betyder att patienter vars tandvårdsrisk har bedömts som relativt hög också hade en mer omfattande tandvårdskonsumtion innan de tecknade sitt abonnemangsavtal, i förhållande till patienter med lägre tandhälsorisk. Detta blir framför allt tydligt bland de patienter vars tandvårdskonsumtion har genererat de högsta tandvårdskostnaderna (P99).

Samtidigt som resultaten visar att konsumtionen generellt ökar i takt med patientens riskklass, finns en del avvikande resultat där tandvårdskostnaderna i stället minskar mellan riskklasserna. Detta kan troligen förklaras utifrån den korta studieperioden. Tandvårdskonsumtionen är nödvändigtvis inte homogen över tiden utan kan variera från år till år.

---

<sup>51</sup> Försäkringskassan 2011a

**Tabell 7 Kostnader för den tandvård som abonnemangspatienterna efterfrågat ett år innan de tecknade sitt abonnemangsavtal<sup>52</sup> (kronor)**

| Risk-klass | Medel-konsumtion samtliga | Medel-konsumtion 1 besök | P1 | P25 | P50 | P75  | P99   |
|------------|---------------------------|--------------------------|----|-----|-----|------|-------|
| 1          | 443                       | 954                      | 0  | 0   | 0   | 640  | 3635  |
| 2          | 561                       | 1153                     | 0  | 0   | 0   | 710  | 4440  |
| 3          | 1096                      | 1492                     | 0  | 0   | 710 | 1420 | 7060  |
| 4          | 822                       | 1895                     | 0  | 0   | 0   | 995  | 7455  |
| 5          | 1663                      | 2613                     | 0  | 0   | 765 | 2310 | 11530 |
| 6          | 1539                      | 3034                     | 0  | 0   | 585 | 2120 | 12595 |
| 7          | 1228                      | 3376                     | 0  | 0   | 0   | 1355 | 11900 |
| 8          | 896                       | 2935                     | 0  | 0   | 0   | 640  | 12045 |
| 9          | 1236                      | 2350                     | 0  | 0   | 585 | 1620 | 12285 |
| 10         | 1288                      | 2391                     | 0  | 0   | 585 | 1450 | 11615 |

Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Minst var fjärde patient i samtliga riskklasser förekommer inte i Försäkringskassans tandvårdsregister under de senaste tolv månaderna innan de tecknade sitt avtal. Det betyder att patienterna inte har efterfrågat någon tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet under perioden. Eftersom abonnemangsavtalet förutsätter att patienten genomgår en undersökning i samband med att avtalet tecknas för att fastställa tandhälsan, kan resultatet anses förvånande. Vid närmare efterforskning har det visat sig att ett antal landsting erbjuder gratis undersökning i samband med att patienten tecknar avtal om abonnemangstandvård.<sup>53</sup> Gratis undersökningar utgör troligen en viktig faktor för att kunna tolka kostnadsfördelningen hos abonnemangspatienterna i tabell 7. Det finns inga uppgifter kring i vilken utsträckning denna gratisvård rapporteras in till Försäkringskassan.<sup>54</sup>

Figur 7 visar den genomsnittliga kostnaden för den tandvård som abonnemangspatienterna i de olika riskklasserna har efterfrågat, i förhållande till den genomsnittliga premie som patienterna betalade för sitt abonnemangsavtal.<sup>55</sup> I enighet med tidigare analys ökar de genomsnittliga tandvårdskostnaderna för den vård som efterfrågats inom abonnemangständerna i takt med att patientens risknivå stiger. Det syns tydligt i figuren att avtalspremierna inom samtliga riskklasser överstiger den genomsnittliga kostnaden för den efterfrågade vården under den studerade perioden. Tidigare kostnadsbeskrivning visar dock att det finns stora variationer vad gäller tandvårds-

<sup>52</sup> Endast de patienter som tecknat avtal 1 juli 2009 t.o.m. 30 december 2009.

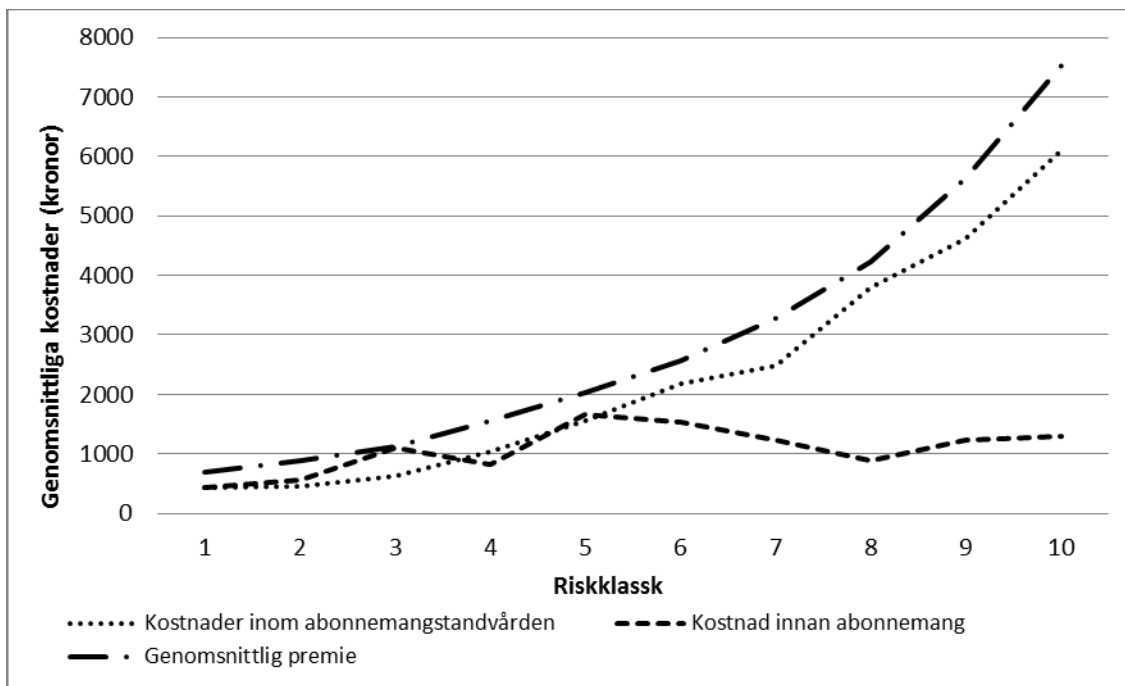
<sup>53</sup> Se exempelvis folktandvården i Sörmland och Uppsala.

<sup>54</sup> Vidare har det tidigare visats att drygt 10 procent av abonnemangspatienterna var 20 år när de tecknade sitt abonnemangsavtal. Det innebär att den tandvård som patienten utfört innan de ingick avtal har utförts inom ramen för barn- och ungdomständerna. Denna vård finns inte registrerad hos Försäkringskassan, vilket bidrar till att de yngre patienternas tidigare tandvårdskonsumtion inte framgår i registret.

<sup>55</sup> Tandvårdskostnaderna som presenteras i figuren avser kostnaderna för den vård som patienterna efterfrågade under 12 månader innan respektive efter den tidpunkt då de tecknade sitt avtal. Endast de patienter som tecknade avtal under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2010 finns med i beräkningarna.

kostnaderna inom varje riskgrupp. Det betyder att tandvårdskostnaderna för en del patienter överstiger den premie som patienten betalt för sitt avtal.

**Figur 7** Genomsnittliga tandvårdskostnader per riskklass i förhållande till genomsnittlig premie, avser tandvårdskonsumtion under ett år innan respektive efter den tidpunkt då patienten tecknat avtal om abonnemang (kronor)



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Det syns inget tydligt samband mellan genomsnittlig kostnad och riskklass när kostnaderna i stället beskriver den tandvård som abonnemangspatienterna efterfrågade under 12 månader innan de tecknade avtal. Det kan troligtvis förklaras av att vårdgivarens riskbedömning baseras på en betydligt längre period. Tandvårdskonsumtionen under ett år ger endast en mycket begränsad bild av patientens tandvårdshistorik. Det är därmed inte förvånande att det uppstår variationer mellan å ena sidan de genomsnittliga tandvårdskostnaderna för respektive riskklass och å andra sidan vårdgivarens riskbedömning och patientens riskklass.

Sammantaget framgår det i figur 7 att de genomsnittliga kostnaderna för den tandvård som abonnemangspatienterna efterfrågade under det första året inom abonnemangstandvården var högre än de genomsnittliga kostnaderna för den vård som konsumerades under året innan de tecknade sitt avtal. Resultaten gäller inom de flesta riskklasserna, men skillnaden är särskilt märkbar i de högsta riskklasserna. Resultaten antyder att patienternas efterfrågan på tandvård ökar när de tecknat avtal om abonnemang. Ett sådant beteende skulle kunna förklaras av att patienten inte möter någon extra kostnad för en ökad efterfrågan på tandvård. Samtidigt är det rimligt att tro att en ökad efterfrågan även skulle kunna vara resultatet av en medveten strategi hos folktandvården om ökad vård i förebyggande syfte.

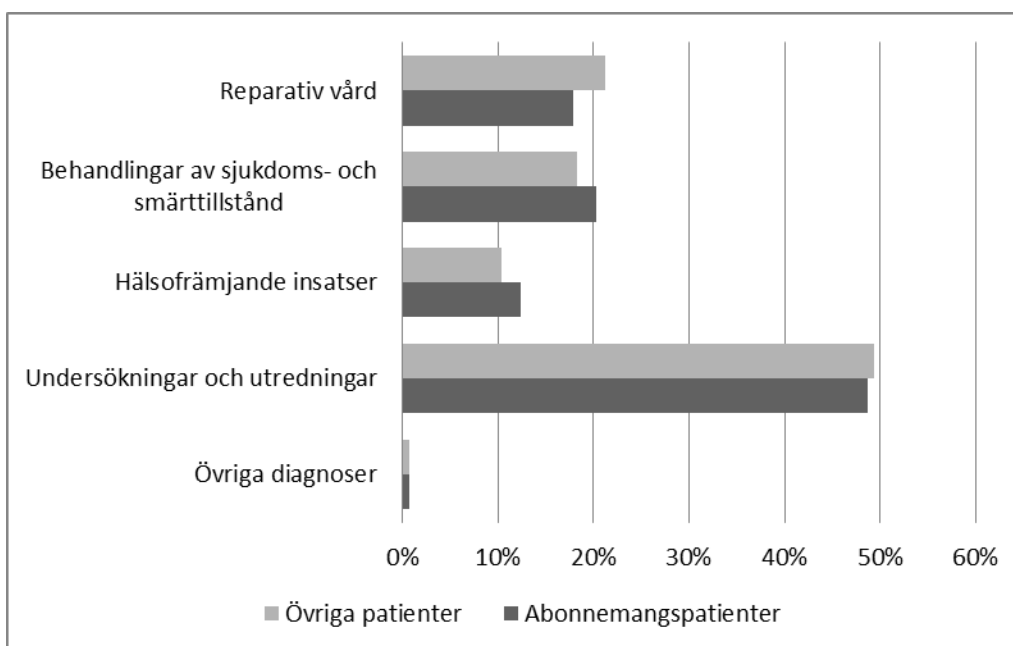
Det är dock inte möjligt att uttala sig kring generella mönster i patienternas tandvårdsvanor genom att endast studera tandvårdskonsumtionen under två år. För att kunna uttala sig vidare kring i vilken utsträckning abonnemangsvalet påverkar patienternas tandvårdskonsumtion skulle det vara nödvändigt att följa patienternas tandvårdskonsumtion under en längre tid. Samtidigt är det viktigt att ta hänsyn till att det finns relativt få personer registrerade i de högsta riskklasserna, samt att det förekommer stora variationer i tandvårdskonsumtionen mellan patienterna i respektive grupp. Även sådana faktorer påverkar troligen de genomsnittliga tandvårdskostnaderna i dessa grupper.

#### 4.6 Abonnemangstandvård i förhållande till övrig tandvård

För att kunna kartlägga eventuella skillnader mellan abonnemangspatienternas tandvårdskonsumtion och övriga patienters konsumtion, är det intressant att jämföra de båda grupperna. En sådan jämförelse kan dock vara problematisk eftersom patientgrupperna i flera avseende skiljer sig åt. Resultaten visar exempelvis att drygt hälften av abonnemangspatienterna är under 30 år, vilket endast motsvarar 13 procent bland övriga tandvårdspatienter. De stora åldersskillnaderna påverkar sannolikt gruppens tandvårdsbehov i stor utsträckning, vilket i sin tur medför att gruppernas tandvårdskonsumtion inte är direkt jämförbar. Det har samtidigt visats att just patientens ålder i stor utsträckning kan användas som en indikator för patientens tandhälsa. Analysen av abonnemangstandvården i förhållande till övrig tandvård utförs därmed separat för specifika åldersgrupper.

I figur 8 presenteras tandvårdskonsumtionen för såväl abonnemangspatienter som för övriga patienter i åldern 20–29 år. Konsumtionen avser den vård som patienterna efterfrågat under perioden 1 juli 2009 till och med 30 juni 2011. Resultaten visar att det inte finns någon större skillnad mellan den vård som efterfrågas bland abonnemangspatienterna respektive bland övriga patienter. Utredningar och undersökningar utgör runt 50 procent av den utförda tandvården i båda patientgrupperna, medan reparativ vård utgör en något mindre andel av abonnemangstandvården än av övrig tandvård.

**Figur 8** Abonnemangstandvård i förhållande till övrig tandvårds-konsumtion bland patienter i åldern 20–29 år, andel utförda åtgärder per diagnos/tillstånd under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2011



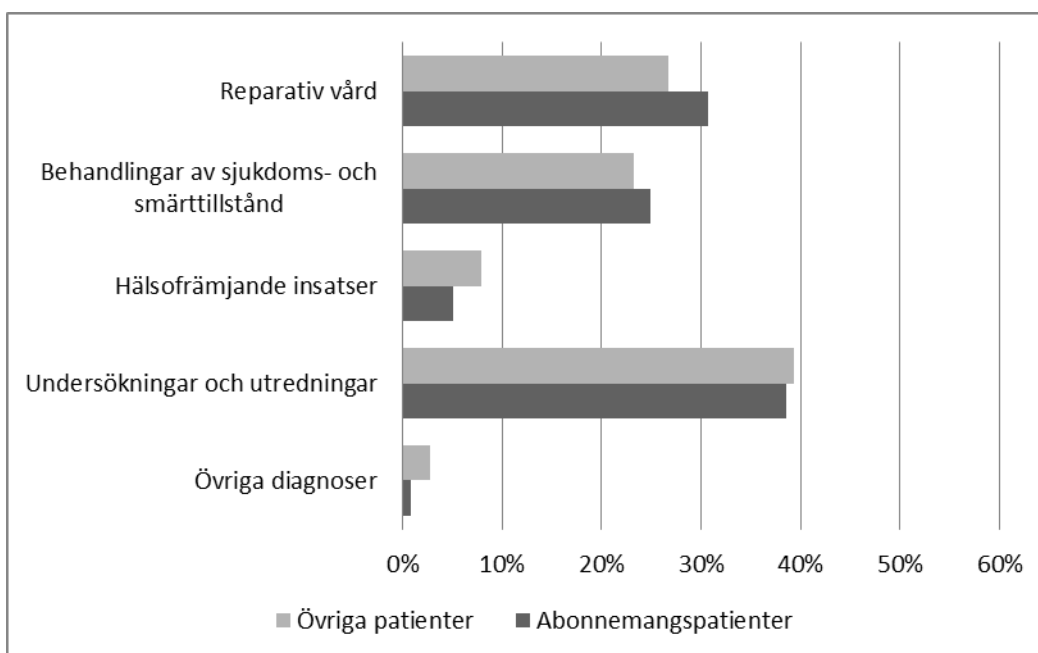
Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Vidare undersökningar visar att de patienter som tecknat, respektive inte tecknat, avtal om abonnemang besöker tandvården i förebyggande syfte i lika stor utsträckning. Var nionde patient som besökte tandvården under den studerade perioden i åldern 20–29 gjorde minst ett förebyggande besök, oavsett om de hade tecknat ett abonnemangsavtal eller inte.

Figur 9 beskriver den tandvård som efterfrågas av patienter i åldrarna 50–64 år. Det finns vissa olikheter i tandvårdskonsumtionen mellan abonnemangspatienter och övriga patienter, men dessa skillnader är relativt små. Reparativ vård och hälsöfrämjande insatser utgör en något större andel av abonnemangstandvården än av övrig vård.



**Figur 9** Abonnemangstandvård i förhållande till övrig tandvårds-konsumtion bland patienter i åldern 50–64 år, andel utförda åtgärder per diagnos/tillstånd under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2011



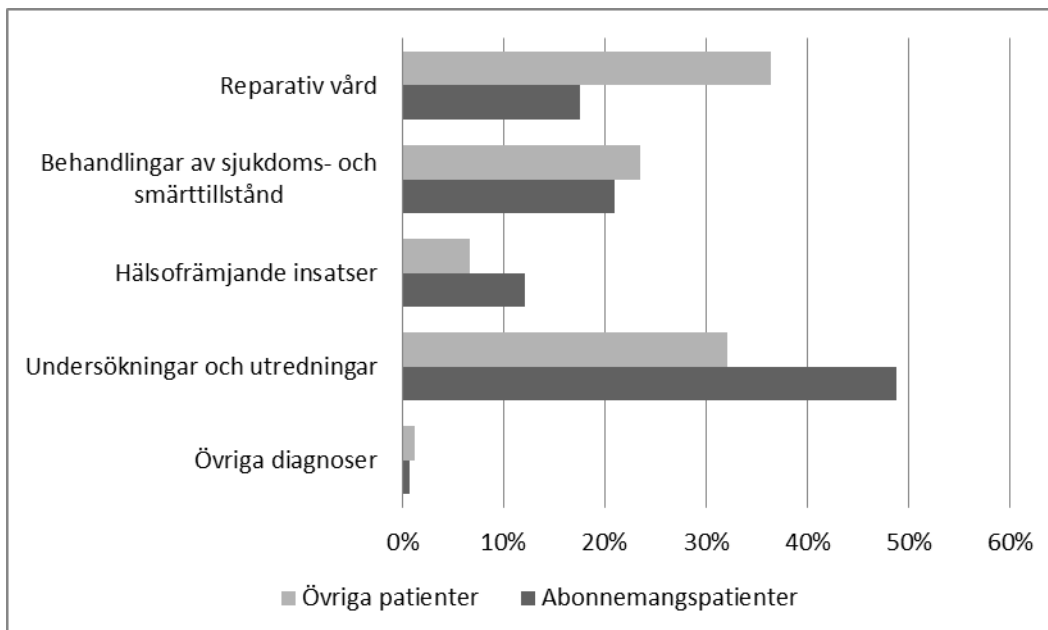
Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Drygt 75 procent av de abonnemangspatienter i åldern 50–64 år som besökte tandvården under den studerade perioden har gjort minst ett förebyggande besök, vilket motsvaras av cirka 90 procent bland övriga patienter i samma ålder.

Skillnaden i besöksfrekvensen mellan abonnemangspatienter och övriga patienter kan troligtvis till viss del förklaras av att samtliga abonnemangspatienter besöker tandvården i samband med att de tecknar sitt avtal. En stor del av de vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård kräver samtidigt att patienten åtgärdar de tandvårdsbehov som upptäcks vid undersökningen innan de ingår avtal. Det är troligt att detta påverkar patientens tandvårds-konsumtion under den första tiden inom abonnemangstandvården. Det innebär att konstruktionen av abonnemangsavtalen till viss del skapar skillnader i konsumtionsmönstret mellan abonnemangspatienter och övriga patienter. Resultaten ger dock en övergripande bild av tandvårds-konsumtionen inom de båda patientgrupperna. Ytterligare analys av hur abonnemangspatienternas tandvårds-konsumtion förhåller sig till övriga patienters tandvård är nödvändig när data för en längre period finns att tillgå.

Genom att studera tandvårds-konsumtionen för de patienter som har kunnat följas under ett helt år efter ett tidigare besök, respektive efter det datum då abonnemangsavtalet tecknats, är det möjligt att få en mer detaljerad bild av patienternas konsumtionsmönster. Figur 10 visar fördelningen av utförd tandvård i den yngsta åldersgruppen. Utredningar och undersökningar utgör en betydligt större andel av återbesöken inom abonnemangstandvården än av övrig tandvård, knappt 50 procent respektive drygt 30 procent. Återbesöken bland övriga patienter består i större utsträckning av reparativ vård.

**Figur 10** Abonnemangstandvård i förhållande till övrig tandvårds-konsumtion under ett år bland patienter i åldern 20–29 år, andel utförda åtgärder per diagnos/tillstånd<sup>56</sup>



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

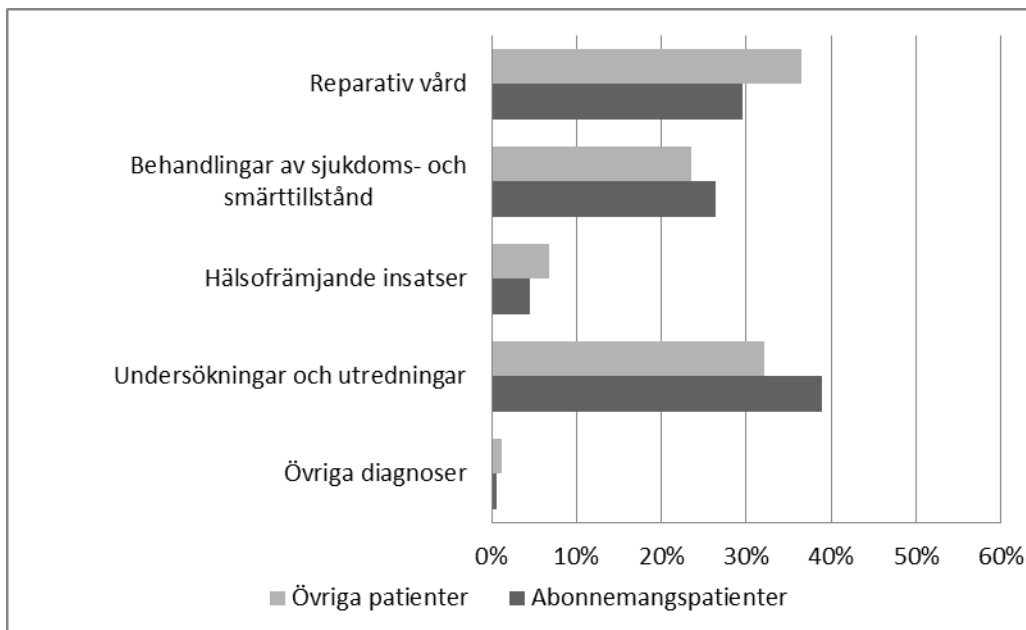
Vad gäller fördelningen av förebyggande- respektive icke förebyggande tandvård, visar det sig att drygt 45 procent av abonnemangspatienterna i åldern 20–29 år återvänder till tandvården inom ett år efter att de tecknat sitt abonnemangsavtal.<sup>57</sup> Knappt 40 procent av patienterna återvänder i förebyggande syfte. Samtidigt visar det sig att 38 procent av de patienter som inte tecknar avtal gör ett återbesök inom ett år. Knappt 20 procent utför ett förebyggande besök under perioden. Resultaten tyder på att de yngsta abonnemangspatienterna har en mer regelbunden och förebyggande kontakt med tandvården än övriga patienter i samma ålder.

Figur 11 beskriver den tandvård som efterfrågas av patienter i åldrarna 50–64 år under det år som följer ett tidigare besök. Resultaten visar även i denna åldersgrupp att abonnemangstandvården i större omfattning består av undersökningar i förhållande till den vård som efterfrågas av övriga patienter under återbesöken. Vad gäller andelen förebyggande besök så kan man se i figur 11 att knappt 50 procent av abonnemangspatienterna i den äldre åldersgruppen gör ett återbesök i förebyggande syfte inom ett år, vilket motsvaras av 42 procent bland övriga patienter.

<sup>56</sup> Figuren beskriver efterfrågad vård bland de patienter som tecknat avtal om abonnemang respektive gjort minst ett tandvårdsbesök under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2011.

<sup>57</sup> Resultaten förutsätter att abonnemangspatienterna utför en undersökning i samband med att de tecknar sitt avtal.

Figur 11 Abonnemangstandvård i förhållande till övrig tandvårds-konsumtion under ett år bland patienter i åldern 50–64 år, andel utförda åtgärder per diagnos/tillstånd<sup>58</sup>



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Även i detta fall är det sannolikt att konstruktionen av abonnemangstandvården påverkar resultaten. Det är troligt att patienter utan abonnemang som besöker tandvården vid ett flertal tillfällen inom ett år, gör det till följd av ett tandvårdsbehov som kartlagts vid första besöket. De patienter som inte uppvisar några direkta behov har däremot ingen anledning att göra ett återbesök med så kort intervall. Det skulle kunna förklara den relativt högre andelen reparativ vård. Abonnemangspatienterna å andra sidan, åtgärdar samtliga eventuella tandvårdsbehov innan de tecknar sitt avtal.

Resultaten stödjer detta resonemang. Den vård som 20-29-åringar konsumerar under de 12 månader som följer ett tandvårdsbesök utgörs till större del av reparativ vård, än den vård som efterfrågas under de 12 månader som föregick besöket. Samtidigt utgör andelen undersökningar och utredningar en betydligt större del av den vård som utförs i samband med det första besöket. Ett liknande mönster uppkommer bland patienter i åldern 50–64 år. Förändringarna i sammansättningen av tandvårdskonsumtionen är däremot något mindre inom denna patientgrupp<sup>59</sup>.

Vad gäller abonnemangspatienterna visar det sig att konsumtionsmönstret i stor utsträckning är detsamma innan respektive efter tecknandet av abonnemangsavtalet, med undantag för en viss ökning av andelen behandlingar av sjukdoms- och smärttillstånd inom ramen för abonnemangstandvården. Detta gäller bland de yngsta patienterna, såväl som för patienter i åldern 50–64 år<sup>60</sup>. Den ökade efterfrågan skulle kunna vara ett resultat av att patienten

<sup>58</sup> Figuren beskriver efterfrågad vård bland de patienter som tecknat avtal om abonnemang respektive gjort minst ett tandvårdsbesök under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2011.

<sup>59</sup> Se bilaga figur 14–15.

<sup>60</sup> Se bilaga figur 12–13.

med regelbundna behov av denna typ av vård besöker tandvården mer regelbundet sedan de tecknat avtal. Patienten möter då inte någon extra kostnad för ett extra tandvårdsbesök till följd av sitt abonnemangsavtal. Det krävs dock en längre studieperiod för att kunna utvärdera eventuella skillnader i konsumtionsmönster mellan abonnemangspatienter och övriga patienter, samt eventuella förändringar i tandvårdskonsumtionen i samband med att patienten tecknar avtal.

## 5 Avslutande diskussion

Det är framför allt unga patienter som väljer att teckna abonnemangsavtal. Knappt 50 procent av de patienter som tecknat avtal är under 30 år. Denna åldersgrupp motsvarar endast 14 procent av det totala antalet patienter som besöker tandvården. Resultaten visar att det finns en överrepresentation av yngre patienter inom abonnemangstandvården. Endast drygt 2 procent av de patienter som har tecknat avtal är över 65 år gamla.

Knappt hälften av abonnemangspatienterna betalar en premie som motsvarar de två lägsta riskklasserna, medan endast en procent av de som tecknar avtal tillhör de tre högsta riskgrupperna. Det indikerar att majoriteten av abonnemangspatienterna har en god tandhälsa och att risken att de ska utveckla sjukdomar och skador i munhålan är låg. Fördelningen av abonnemangspatienterna mellan riskklasserna innebär även att individer med mer omfattande tandvårdsbehov och högre risk att drabbas av omfattande tandvårdskostnader inte väljer att teckna avtal. En rimlig förklaring till detta skulle kunna vara att patienterna anser att premien för avtalet blir för hög och att de därför föredrar att nyttja högkostnadsskyddet inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Premien för ett abonnemangsavtal ersätts inte inom ramen för högkostnadsskyddet.

Resultaten visar att det finns ett tydligt fokus på förebyggande vård inom abonnemangstandvården. Nästan hälften av den tandvård som har utförts inom ramen för abonnemangsavtalen bestod av undersökningar och utredningar, medan endast 20 procent av åtgärderna var reparativa. Tandvårdskonsumtionen skiljer sig dock mellan de olika riskklasserna. Patienterna i de lägsta riskklasserna besöker i stor utsträckning tandvården i förebyggande syfte. Det betyder att en stor del av abonnemangspatienterna främst efterfrågar sådan tandvård som de i stor utsträckning själva kan kontrollera och styra. Endast en begränsad andel av abonnemangstandvården uppstår till följd av plötsliga och oförutsägbara tandvårdsbehov.

Det begränsade tandvårdsbehovet bland abonnemangspatienterna, tillsammans med en tydligt förebyggande profil på den vård som patienterna efterfrågar, tyder på att abonnemangsavtalet i första hand utgör ett avbetalningssystem som gör det möjligt att periodisera tandvårdskostnaderna. Resultaten bekräftar det resonemang som förs kring abonnemangstandvården i tandvårdsutredningen. Utredningen pekar på att abonnemangstandvården i stor utsträckning vänder sig till yngre patienter med små tandvårdsbehov. Detta eftersom tandvården till stor del består av förebyggande

åtgärder som i stor utsträckning kan förutses av patienten och därmed inte anses vara direkt förknippade med risk.<sup>61</sup> Det är därmed rimligt att anta att avtalet endast i begränsad utsträckning används av patienterna som ett verktyg för att försäkra sig mot risken för omfattande tandvårdsbehov.

Samtidigt är det viktigt att påpeka att risken att utveckla skador och sjukdomar i munhålan, vilket i sin tur kan leda till oförutsedda tandvårdskostnader, är högre bland patienter i de högre riskklasserna. Behovet av att skydda sig mot oförutsedda kostnader borde därmed vara större bland dessa patienter. Abonnemangstandvården fyller därmed en annorlunda roll för denna patientgrupp. Antalet patienter i de högre riskklasserna är dock begränsat och patienter med relativt hög tandhälsorisk utgör en väldigt liten del av abonnemangspatienterna.

Ett annat viktigt syfte med abonnemangsavtalen är att stimulera patienterna till regelbunden förebyggande tandvårdskonsumtion genom att knyta patienten till en vårdgivare under en längre period. Knappt 85 procent av de abonnemangspatienter som besökt tandvården under den studerade tvåårsperioden har utfört minst ett tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Besöksfrekvensen är något lägre än bland övriga patienter där 92 procent gjorde minst ett förebyggande besök under samma period. I tandvårdsutredningen anses det särskilt viktigt att öka besöksfrekvensen bland de yngsta patienterna i åldern 20–29 år. Resultaten visar dock att abonnemangspatienterna och övriga patienter har besökt tandvården i förebyggande syfte i lika stor utsträckning under perioden. 90 procent av patienterna i åldern 20–29 år har gjort ett förebyggande besök, oavsett om de tecknat avtal eller inte.

När tandvårdskonsumtionen i stället följs bland ett antal patienter under ett år efter ett tidigare tandvårdsbesök, uppstår vissa skillnader. Abonnemangspatienterna återvänder till tandvården i förebyggande syfte i större utsträckning än övriga patienter. Knappt 40 procent av abonnemangspatienterna återvänder till tandvården i förebyggande syfte inom ett år, vilket motsvaras av 20 procent bland de patienter som inte har tecknat avtal. Resultaten antyder att abonnemangspatienterna har en mer regelbunden kontakt med tandvården i förebyggande syfte än övriga patienter. Det är ett viktigt syfte med abonnemangstandvården utifrån ett odontologiskt perspektiv.

För att kunna uttala sig vidare kring eventuella effekter av abonnemangstandvården är det dock nödvändigt att följa patienternas tandvårdskonsumtion under en längre tid än vad som har varit möjligt inom ramen för denna rapport. Analysen antyder däremot att en stor del av abonnemangspatienterna i den yngsta åldersgruppen har en relativt god tandhälsa och låg risk att utveckla sjukdomar och skador i munhålan. Drygt var sjätte 20–29-åring har en tandhälsa som motsvarar de två lägsta riskklasserna. Följaktligen är det inte troligt att en mer regelbunden kontakt med tandvården bland de yngsta abonnemangspatienterna i första hand förklaras av ett mer omfattande tandvårdsbehov inom gruppen i förhållande till övriga patienter i samma ålder. Mer frekventa tandvårdsbesök skulle däremot kunna vara resultatet av en medveten strategi från folktandvården för att uppfylla syftet med abonne-

---

<sup>61</sup> SOU 2007:19

mangstandvården. Samtidigt är det inte möjligt att uttala sig kring i vilken utsträckning de patienter som har tecknat ett abonnemangsavtal skulle ha besökt tandvården mer regelbundet även om de inte hade tecknat avtalet.

Ytterligare analys av hur abonnemangspatienternas tandvårdskonsumtion förhåller sig till övriga patienters tandvård kan ske när data för en längre period finns att tillgå.

## Referenser

Augur Marknadsanalys (2011) *Privatpersoners resonemang kring konsumtion av tandvård – En kvalitativ undersökning genomförd med hjälp av fokusgrupper med privatpersoner och med tandläkare*. 2011-03-14

Grönqvist Erik (2006) ”Håll i plånboken: Hur kan man försäkra sig mot höga tandvårdskostnader?”, *Ekonomisk debatt*. 34(3)

Försäkringskassan (2011a) *Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008 – Analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv*. Socialförsäkringsrapport 2011:9

Försäkringskassan (2011b) *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*. Socialförsäkringsrapport 2011:10

Proposition 2007/08:49, *Statligt tandvårdsstöd*

Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa 2009*

Sveriges Kommuner och Landsting (2009) *Kartläggning av frisktandvården år 2009*

Sveriges Kommuner och Landsting (2010) *Kartläggning av frisktandvården år 2010*

Sveriges Kommuner och Landsting (2011) *Kartläggning av frisktandvården år 2011*

SOU (2002:53) *Tandvård till 2010*, Stockholm: Fritzes

SOU (2007:19) *Friska tänder till rimliga kostnader – Slutbetänkande av utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*, Stockholm: Fritzes

Tandvårds- och läkemedelförmånsverkets författningssamling 2011:1, Elanders: Vällingby 2011

# Bilaga

**Tabell 8**      **Percentilfördelning för avtalspremie (3 år), med avseende på patientens ålder (n = 227 539)**

| Ålder | P0  | P10  | P20  | P30  | P40  | P50  | P60  | P70  | P80  | P90  | P100  |
|-------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 20–29 | 330 | 720  | 780  | 780  | 900  | 900  | 960  | 1140 | 1440 | 1620 | 10387 |
| 30–49 | 350 | 774  | 894  | 900  | 990  | 1080 | 1380 | 1500 | 1758 | 2250 | 10080 |
| 50–64 | 400 | 960  | 1200 | 1434 | 1600 | 1920 | 2040 | 2400 | 2574 | 3120 | 10080 |
| 65–74 | 400 | 1360 | 1560 | 1770 | 1950 | 2250 | 2400 | 2574 | 2700 | 3294 | 8280  |
| 75+   | 380 | 1200 | 1440 | 1680 | 1920 | 2100 | 2400 | 2580 | 2700 | 3140 | 7000  |

**Tabell 9**      **Percentilfördelning av avtalspremie (3 år), fördelat på ålder och kön (n = 227 539)**

| Ålder | Kön    | P0  | P10  | P20  | P30  | P40  | P50  | P60  | P70  | P80  | P90  | P100  |
|-------|--------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 20–29 | Kvinna | 340 | 720  | 780  | 780  | 900  | 900  | 960  | 1080 | 1440 | 1620 | 10387 |
| 20–29 | Man    | 330 | 720  | 780  | 840  | 900  | 900  | 960  | 1140 | 1440 | 1620 | 7387  |
| 30–49 | Kvinna | 350 | 774  | 894  | 900  | 1014 | 1122 | 1380 | 1520 | 1770 | 2260 | 10080 |
| 30–49 | Man    | 360 | 774  | 894  | 900  | 960  | 1074 | 1380 | 1488 | 1716 | 2250 | 10080 |
| 50–64 | Kvinna | 400 | 960  | 1200 | 1434 | 1600 | 1920 | 2040 | 2400 | 2574 | 3120 | 9954  |
| 50–64 | Man    | 400 | 960  | 1200 | 1434 | 1600 | 1920 | 2040 | 2400 | 2574 | 3120 | 10080 |
| 65–74 | Kvinna | 400 | 1360 | 1560 | 1770 | 1920 | 2250 | 2400 | 2574 | 2700 | 3140 | 6960  |
| 65–74 | Man    | 400 | 1360 | 1560 | 1810 | 1974 | 2250 | 2400 | 2574 | 2700 | 3360 | 8280  |
| 75+   | Kvinna | 533 | 1200 | 1440 | 1632 | 1920 | 2100 | 2400 | 2520 | 2700 | 3120 | 5040  |
| 75+   | Man    | 380 | 1200 | 1440 | 1680 | 1920 | 2100 | 2400 | 2580 | 2700 | 3300 | 7000  |



**Tabell 10 Premie per landsting för riskklasser inom den nationella modellen för abonnemangstandvård (SKL 2011), priser per år**

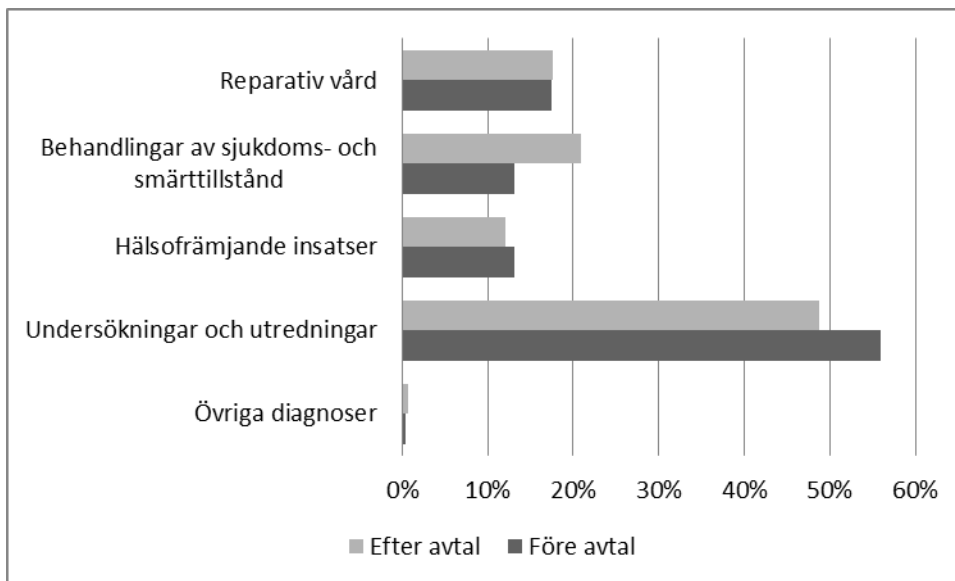
|                 | Grupp 1 | Grupp 2 | Grupp 3 | Grupp 4 | Grupp 5 | Grupp 6 | Grupp 7 | Grupp 8 | Grupp 9 | Grupp 10 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Blekinge        | 780     | 972     | 1344    | 1836    | 2508    | 3180    | 4092    | 5136    | 6420    | 7956     |
| Dalarna         | 780     | 936     | 1260    | 1728    | 2412    | 3072    | 3960    | 4992    | 6960    | 9960     |
| Gotland         | 780     | 936     | 1260    | 1728    | 2412    | 3072    | 3960    | 4992    | 6240    | 7440     |
| Gävleborg       | 780     | 1050    | 1440    | 1920    | 2400    | 3400    | 4500    | 5500    | 7000    | 8900     |
| Halland         | 780     | 938     | 1224    | 1632    | 2142    | 2754    | 3570    | 4488    | 5610    | 8500     |
| Jämtland        | 720     | 960     | 1200    | 1680    | 2400    | 3120    | 4080    | 5040    | 6000    | 6960     |
| Jönköping       | 480     | 864     | 1128    | 1764    | 2520    | 3300    | 4200    | 5592    | 7716    | 10356    |
| Kalmar          | 720     | 960     | 1440    | 1920    | 2640    | 3120    | 3600    | 4320    | 5040    | 6000     |
| Kronoberg       | 720     | 900     | 1140    | 1560    | 2100    | 3000    | 3900    | 4800    | 5800    | 6600     |
| Norrbottn       | 780     | 1010    | 1360    | 1810    | 2430    | 3140    | 4080    | 5040    | 6100    | 7000     |
| Skåne           | 780     | 960     | 1200    | 1500    | 1920    | 2460    | 3360    | 4840    | 6780    | 9960     |
| Stockholm       | 780     | 960     | 1200    | 1560    | 1920    | 2400    | 3000    | 3600    | 4800    | 6000     |
| Södermanland    | 760     | 1460    | 2670    | 3300    | 4130    | 5210    | 6300    | 7380    | 8710    | 10680    |
| Uppsala         | 780     | 960     | 1200    | 1560    | 2040    | 2700    | 3780    | 4860    | 6900    | 8820     |
| Värmland        | 780     | 960     | 1224    | 1488    | 2052    | 2616    | 3396    | 4248    | 5304    | 6576     |
| Västerbotten    | 720     | 960     | 1212    | 1716    | 2376    | 3270    | 4200    | 5040    | 5844    | 6996     |
| Västernorrland  | 780     | 1010    | 1360    | 1810    | 2430    | 3140    | 4080    | 5040    | 6100    | 7000     |
| Västra Götaland | 780     | 900     | 1080    | 1440    | 1980    | 2580    | 3540    | 4860    | 6960    | 9960     |
| Örebro          | 840     | 1140    | 1380    | 1740    | 2040    | 2496    | 3000    | 3498    | 4500    | 5496     |
| Östergötland    | 780     | 1020    | 1260    | 1680    | 2200    | 3000    | 3800    | 4860    | 6000    | 7800     |

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2011

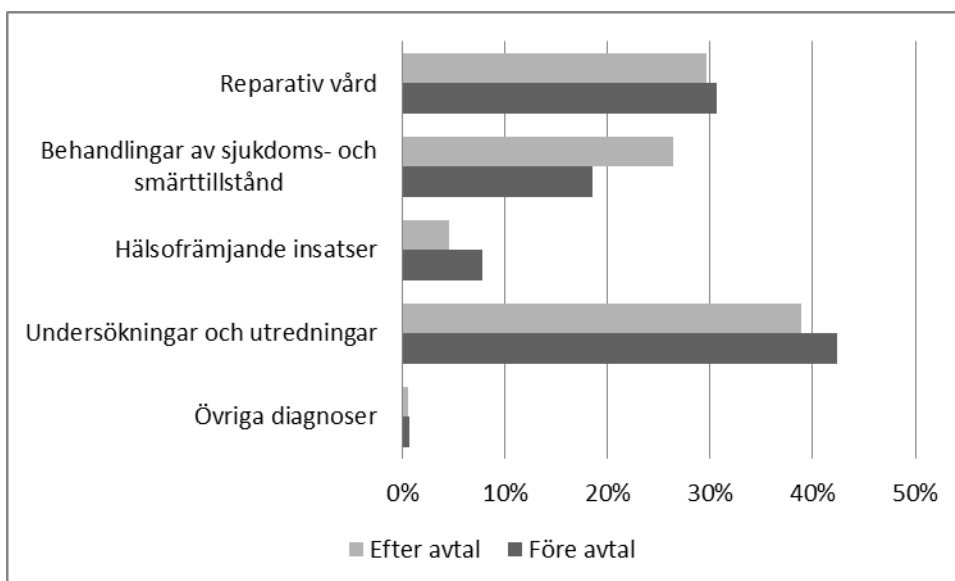
**Tabell 11 Antal abonnemangspatienter 30 april 2011 samt beräknad vikt per landsting**

| Landsting       | Antal patienter | Vikt     |
|-----------------|-----------------|----------|
| Blekinge        | 1800            | 0,005    |
| Dalarna         | 66              | 0,000    |
| Gotland         | 13              | 0,000    |
| Gävleborg       | 14818           | 0,039    |
| Halland         | 6264            | 0,017    |
| Jämtland        | 1490            | 0,004    |
| Jönköping       | 6488            | 0,017    |
| Kalmar          | 23394           | 0,062    |
| Kronoberg       | 4857            | 0,013    |
| Norrbottn       | 24674           | 0,065    |
| Skåne           | 65637           | 0,174    |
| Stockholm       | 15158           | 0,040    |
| Södermanland    | 36800           | 0,098    |
| Uppsala         | 29000           | 0,077    |
| Värmland        | 10800           | 0,029    |
| Västerbotten    | 15403           | 0,041    |
| Västernorrland  | 15202           | 0,040    |
| Västra Götaland | 88000           | 0,233    |
| Örebro          | 8497            | 0,023    |
| Östergötland    | 8885            | 0,024    |
| <b>Summa</b>    | <b>377246</b>   | <b>1</b> |

**Figur 12** Utförd vård bland abonnemangspatienter i åldern 20–29 år, fördelning av antal utförda åtgärder under tolv månader före respektive efter tecknandet av abonnemangsavtal<sup>62</sup>



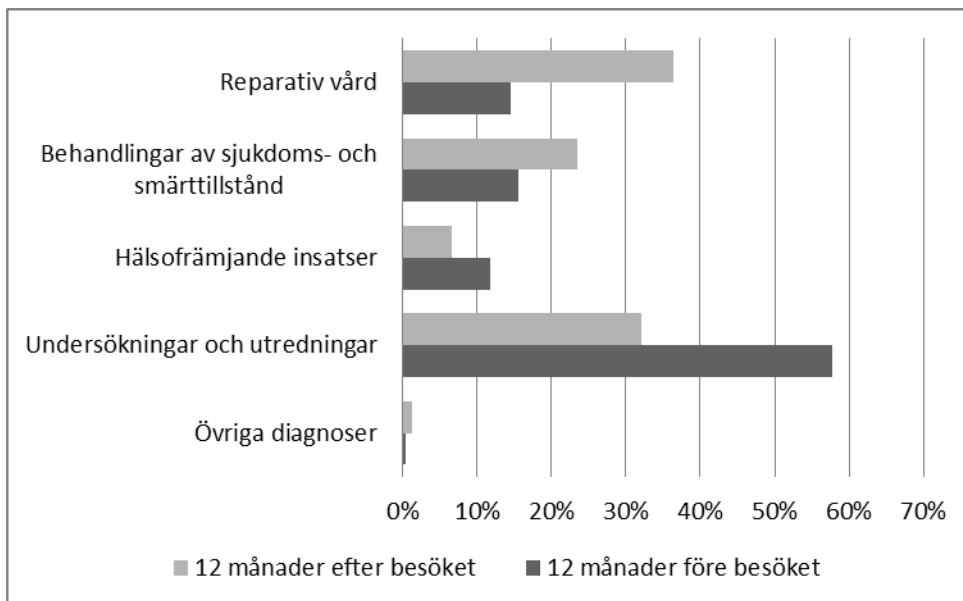
**Figur 13** Utförd vård bland abonnemangspatienter i åldern 50–64 år, fördelning av antal utförda åtgärder under tolv månader före respektive efter tecknandet av abonnemangsavtal<sup>63</sup>



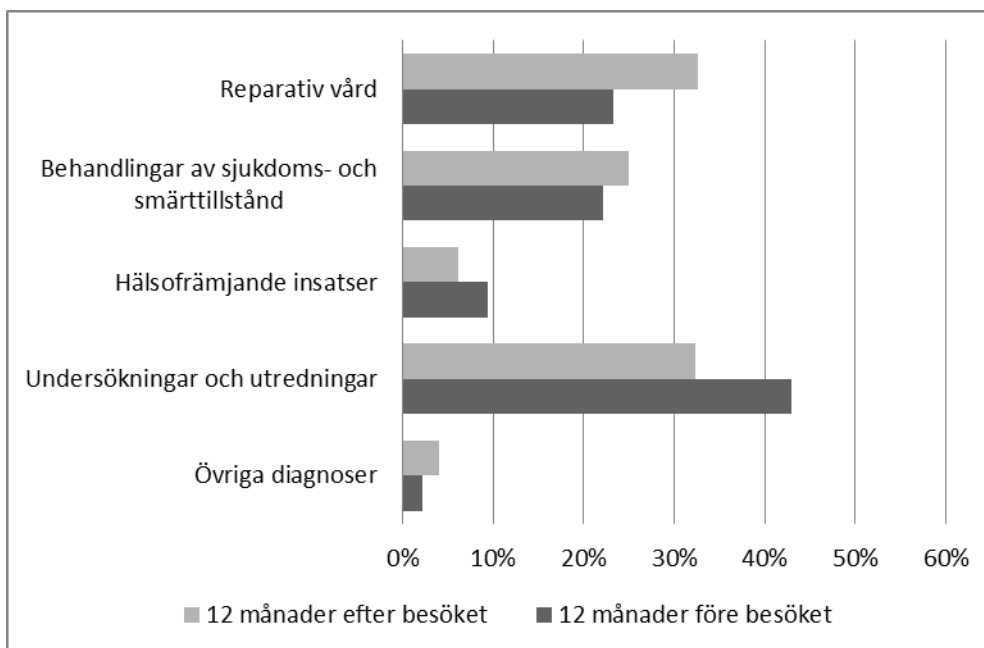
<sup>62</sup> Avser tandvårdskonsumtion bland de patienter som tecknat avtal under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2010.

<sup>63</sup> Avser tandvårdskonsumtion bland de patienter som tecknat avtal under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2010.

**Figur 14** Utförd vård bland patienter som inte tecknat abonnemangsavtal i åldern 20–29 år, fördelning av antal utförda åtgärder under tolv månader före respektive det första besöket<sup>64</sup>



**Figur 15** Utförd vård bland patienter som inte tecknat abonnemangsavtal i åldern 50–64 år, fördelning av antal utförda åtgärder under tolv månader före respektive det första besöket<sup>65</sup>



<sup>64</sup> Avser tandvårdskonsumtion bland de patienter som besökt tandvården minst en gång under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2010.

<sup>65</sup> Avser tandvårdskonsumtion bland de patienter som besökt tandvården minst en gång under perioden 1 juli 2009 t.o.m. 30 juni 2010.

**Tabell 12 Fördelning av åtgärder som utförts i samband med diagnoskategori 1000 och 2000**

| D/T 1000 |        |                |    | D/T 2000 |        |                |    |
|----------|--------|----------------|----|----------|--------|----------------|----|
| Åtgärd   | Totalt | Antal åtgärder | %  | Åtgärd   | Totalt | Antal åtgärder | %  |
| 101      | 162133 | 29442          | 18 | 201      | 35088  | 2101           | 6  |
| 102      | 162133 | 59469          | 37 | 202      | 35088  | 27933          | 80 |
| 103      | 162133 | 38940          | 24 | 203      | 35088  | 3224           | 9  |
| 104      | 162133 | 3153           | 2  | 204      | 35088  | 89             | 0  |
| 105      | 162133 | 8047           | 5  | 362      | 35088  | 10             | 0  |
| 106      | 162133 | 753            | 0  | 604      | 35088  | 514            | 1  |
| 121      | 162133 | 16754          | 10 | 605      | 35088  | 1197           | 3  |
| 122      | 162133 | 2962           | 2  | .        | .      | .              | .  |
| 123      | 162133 | 50             | 0  | .        | .      | .              | .  |
| 124      | 162133 | 1774           | 1  | .        | .      | .              | .  |
| 125      | 162133 | 257            | 0  | .        | .      | .              | .  |
| 126      | 162133 | 59             | 0  | .        | .      | .              | .  |
| 141      | 162133 | 153            | 0  | .        | .      | .              | .  |
| 161      | 162133 | 31             | 0  | .        | .      | .              | .  |
| 162      | 162133 | 7              | 0  | .        | .      | .              | .  |
| 163      | 162133 | 22             | 0  | .        | .      | .              | .  |
| 191      | 162133 | 95             | 0  | .        | .      | .              | .  |

**Tabell 13 Fördelning av åtgärder som utförts i samband med diagnoskategori 3000 och 4000**

| D/T 3000 |        |                |    | D/T 4000 |        |                |    |
|----------|--------|----------------|----|----------|--------|----------------|----|
| Åtgärd   | Totalt | Antal åtgärder | %  | Åtgärd   | Totalt | Antal åtgärder | %  |
|          |        |                |    | 161      | 85839  | 1              | 0  |
| 163      | 81453  | 1              | 0  | 202      | 85839  | 252            | 0  |
| 201      | 81453  | 84             | 0  | 203      | 85839  | 61             | 0  |
| 202      | 81453  | 3213           | 4  | 204      | 85839  | 2              | 0  |
| 203      | 81453  | 1706           | 2  | 301      | 85839  | 4722           | 6  |
| 204      | 81453  | 1              | 0  | 302      | 85839  | 2866           | 3  |
| 301      | 81453  | 8870           | 11 | 303      | 85839  | 300            | 0  |
| 302      | 81453  | 2817           | 3  | 311      | 85839  | 695            | 1  |
| 303      | 81453  | 334            | 0  | 321      | 85839  | 175            | 0  |
| 311      | 81453  | 11148          | 14 | 341      | 85839  | 8              | 0  |
| 321      | 81453  | 2046           | 3  | 362      | 85839  | 38             | 0  |
| 341      | 81453  | 23180          | 28 | 401      | 85839  | 1481           | 2  |
| 342      | 81453  | 17340          | 21 | 402      | 85839  | 441            | 1  |
| 343      | 81453  | 75             | 0  | 403      | 85839  | 1              | 0  |
| 362      | 81453  | 29             | 0  | 404      | 85839  | 191            | 0  |
| 401      | 81453  | 1913           | 2  | 405      | 85839  | 18             | 0  |
| 402      | 81453  | 906            | 1  | 441      | 85839  | 3              | 0  |
| 403      | 81453  | 13             | 0  | 491      | 85839  | 19             | 0  |
| 404      | 81453  | 1090           | 1  | 501      | 85839  | 111            | 0  |
| 405      | 81453  | 157            | 0  | 502      | 85839  | 76             | 0  |
| 435      | 81453  | 1              | 0  | 503      | 85839  | 137            | 0  |
| 441      | 81453  | 53             | 0  | 504      | 85839  | 15             | 0  |
| 442      | 81453  | 17             | 0  | 521      | 85839  | 170            | 0  |
| 443      | 81453  | 3              | 0  | 522      | 85839  | 20             | 0  |
| 444      | 81453  | 1              | 0  | 523      | 85839  | 5              | 0  |
| 491      | 81453  | 260            | 0  | 591      | 85839  | 1              | 0  |
| 492      | 81453  | 88             | 0  | 701      | 85839  | 3779           | 4  |
| 501      | 81453  | 677            | 1  | 702      | 85839  | 2680           | 3  |
| 502      | 81453  | 440            | 1  | 703      | 85839  | 964            | 1  |
| 503      | 81453  | 1212           | 1  | 704      | 85839  | 17654          | 21 |
| 504      | 81453  | 206            | 0  | 705      | 85839  | 28366          | 33 |
| 521      | 81453  | 1595           | 2  | 706      | 85839  | 10510          | 12 |
| 522      | 81453  | 278            | 0  | 707      | 85839  | 1085           | 1  |
| 523      | 81453  | 13             | 0  | 708      | 85839  | 205            | 0  |
| 541      | 81453  | 48             | 0  | 801      | 85839  | 1582           | 2  |
| 591      | 81453  | 198            | 0  | 802      | 85839  | 352            | 0  |
| 604      | 81453  | 206            | 0  | 803      | 85839  | 115            | 0  |
| 605      | 81453  | 878            | 1  | 809      | 85839  | 3              | 0  |
| 691      | 81453  | 283            | 0  | 811      | 85839  | 310            | 0  |
| 831      | 81453  | 2              | 0  | 891      | 85839  | 30             | 0  |
| 882      | 81453  | 1              | 0  |          |        |                |    |

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2012:**

- 2012:1 Med bristande känsla av sammanhang. De försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion
- 2012:2 Abonnemangstandvård. En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal