

**Analys av kvaliteten
i rapporteringen till
Försäkringskassan inom det
statliga tandvårdsstödet**



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Fredrik Lindström
010-116 94 98
fredrik.lindstrom@forsakringskassan.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 juli 2008. Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett treårigt utvärderingsprogram avseende förändringarna i tandvårdsstödet. Denna socialförsäkringsrapport redovisar resultatet av en enkätundersökning och som utgör en del av utvärderingsprogrammet.

Enkätundersökningens syfte har varit att inhämta information och därmed öka kunskapen om hur behandlare rapporterar till Försäkringskassan. Resultatet visar att hänsyn bör tas till flera olika faktorer vid analys och utvärdering av det statliga tandvårdsstödet.

Enheten för statistisk analys hos Försäkringskassan har svarat för framtagning av urvalsram, analys och rapportering av undersökningens resultat. Statistiska centralbyrån har svarat för urval och utförande av undersökningen. Fredrik Lindström har varit projektledare och huvudförfattare för denna rapport. Representanter från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Socialstyrelsen har bidragit med kunskap och kommentarer till enkäten och rapporten. Representanter från Privattandläkarna och Tjänstetandläkarna har bidragit med expertkunskap vid utformningen av enkäten.

Eva-Lo Ighe
Chef enheten för Statistisk analys

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	7
Bakgrund	9
Syfte och metod	12
Resultat och analys	14
Bakgrundvariabler	14
Frågor om priser	19
Diagnos/tillstånd och åtgärd	32
Speciella diagnoser/tillstånd och åtgärder	38
Resultatsammanfattning	39
Sammanfattning av slutsatser	41
Undersökningens Enkät	43
Täckning	48
Bortfall	49
Speciella diagnoser och tillstånd	52

Sammanfattning

För att kunna utveckla det statliga tandvårdsstödet behöver vi analysera och utvärdera det, få kunskap om hur det fungerar i praktiken. God kvalitet i data är en förutsättning för att de analyser och utvärderingar som Försäkringskassan och andra myndigheter tar fram ska ge en så bra och tillförlitlig bild som möjligt. Kunskap om hur behandlare rapporterar till Försäkringskassan, via IT-stödet, ökar möjligheterna att upptäcka systematiska skillnader och brister och ta hänsyn till dessa, förstå var fallgropar finns och hur de kan undvikas. Denna rapport syftar till att inhämta och öka kunskapen om hur behandlare rapporterar till Försäkringskassan, och visa områden där viss försiktighet bör iakttas vid analys och utvärdering.

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett treårigt utvärderingsprogram avseende det nuvarande statliga tandvårdsstödet, som trädde i kraft den 1 juli 2008. Denna rapport är resultatet av en enkätstudie som utförts av Försäkringskassan som en del i utvärderingen av förändringarna i det statliga tandvårdsstödet. Undersökningen utfördes med hjälp av en enkätstudie som administrerades av Statistiska centralbyrån. Enkäten skickades ut till de personer som rapporterat till Försäkringskassan under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2009. Enkäten skickades ut till respondenterna under perioden december 2009 till februari 2010. Avidentifierat material levererades efter avslutad insamling till Försäkringskassan.

Ur analysen framkommer bland annat att:

- En fjärdedel av de personer som någon gång under aktuell period rapporterat till Försäkringskassan är personer som saknar tandvårdslegitimation till exempel tandsköterskor eller administrativ personal.
- Den vanligaste orsaken till att en patients pris ligger över referenspriset är att annat än standardmaterial använts än det som ligger till grund för referenspriset.
- Den vanligaste orsaken till att patientens pris ligger under referenspriset är att arbetet gick fortare än normalt.
- 62 procent av alla behandlare anger att de alltid, oftast eller ibland lämnar rabatt till patienten.
- 58 procent av alla behandlare som använder tandtekniskt material lägger till kostnaden för detta till det pris som anges i prislistan.
- 28 procent av alla respondenter anger att de alltid lämnar ut kopia på tandteknikerfaktura.
- Av alla respondenter anger 57 procent att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan diagnos än den som de anser vara helt korrekt.
- Den vanligaste orsaken till att annan än helt korrekt diagnos rapporteras anges vara att diagnos/tillståndslistan är svår att tillämpa.

- 75 procent av alla respondenter anger att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt.
- Den vanligaste orsaken till att annan än helt korrekt åtgärd rapporteras anges vara att ingen åtgärd tydligt stämmer in på den behandling som utförts.

Sammanfattningsvis visar undersökningen att:

- Skillnader mellan grupper av behandlare har identifierats när det gäller sättet att rapportera priser inom det statliga tandvårdsstödet.
- Tandteknikerfaktura lämnas sällan ut till patient trots att detta ska ske enligt lag.
- Skillnader mellan grupper av behandlare har identifierats när det gäller sättet att rapportera diagnos/tillstånd och åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet.

Slutsatserna av undersökningen/studien är att Försäkringskassan vid analys och uppföljning av det statliga tandvårdsstödet bör ta hänsyn till att det finns skillnader i hur olika grupper av behandlare rapporterar utförd tandvård.

Två uppföljande studier föreslås:

- i.) en undersökning av frekvensen av de systematiska skillnader som finns i data till följd av skillnader i inrapporteringen till Försäkringskassan.
- ii.) en uppföljning av gjord enkätstudie för att undersöka om de systematiska skillnader som identifierats, kvarstår, och om så är fallet en eventuell omfattning av dessa, efter ”release tre” av Försäkringskassans IT-stöd.

Inledning

Den 1 juli 2008 trädde lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd i kraft. Det nuvarande tandvårdsstödet har som huvudsakliga mål att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov samt göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad.¹

I ett regeringsbeslut från 2008² står angivet att Försäkringskassan ska samordna ett utvärderingsprogram avseende de förändringar som genomfördes i tandvårdsstödet den 1 juli 2008. Utvärderingsprogrammet innehåller tre delar och ska genomföras i två steg.

- Besöksfrekvensen när det gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte
- Effekterna av skyddet mot höga kostnader
- En särskild utvärdering av implantatsbehandlingar

Det första steget i utvärderingsprogrammet redovisades den 31 maj 2010. Resultaten från det andra steget i utvärderingsprogrammet ska redovisas senast den 30 april 2011. Den 21 december 2009 lämnade Försäkringskassan en delrapport innehållande en bedömning av prisutvecklingen och i vilken omfattning de ökade statliga resurserna inneburit lägre kostnader för patienterna.

Denna rapport är resultatet av en enkätstudie som och som utgör en del i utvärderingen av förändringarna i det statliga tandvårdsstödet. Samråd har skett med representanter från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Socialstyrelsen i den s.k. samverkansgruppen Bryggan. Studien beslutades av Försäkringskassan då farhågor fanns att egenheter hos de sju olika journalsystem som är godkända att rapportera till Försäkringskassan och Försäkringskassans eget It-stöd kan påverka kvaliteten i data som samlas in av Försäkringskassan. Dessa data ligger till grund för analys och utvärdering av det statliga tandvårdsstödet och används även i viss mån som underlag för förändringar av tandvårdsstödet. Studien finansierades till viss del av de medel som är avsatta för uppföljning av det statliga tandvårdsstödet.

Syftet med undersökningen är att inhämta kunskap om hur de personer som behandlat patienter och rapporterat till Försäkringskassan (behandlare) och om skillnader mellan dessa detta kan leda till systematiska egenheter i de data myndigheten samlar in.

¹ Lagrådsremiss, 20071108, s. 45.

² Regeringsbeslut S2008/10484/HS.

Undersökningen har genomförts med hjälp av en enkät som skickats ut till de personer som rapporterade till Försäkringskassan under perioden 1 juli 2008 till 1 juli 2009. Under den aktuella perioden omfattade detta 13 788 personer. Den person som rapporterar till Försäkringskassan ska ange personnummer på den tandläkare eller tandhygienist som utfört behandlingen. Dessa personnummer har sedan utgjort urvalsramen. Av dessa valdes 1000 ut slumpmässigt. Svarsfrekvensen var 55 procent. Enkäten skickades ut av Statistiska centralbyrån (SCB) vilken också stod för datainsamlingen och levererade en aidentifierad datamängd till Försäkringskassan.

Bakgrund

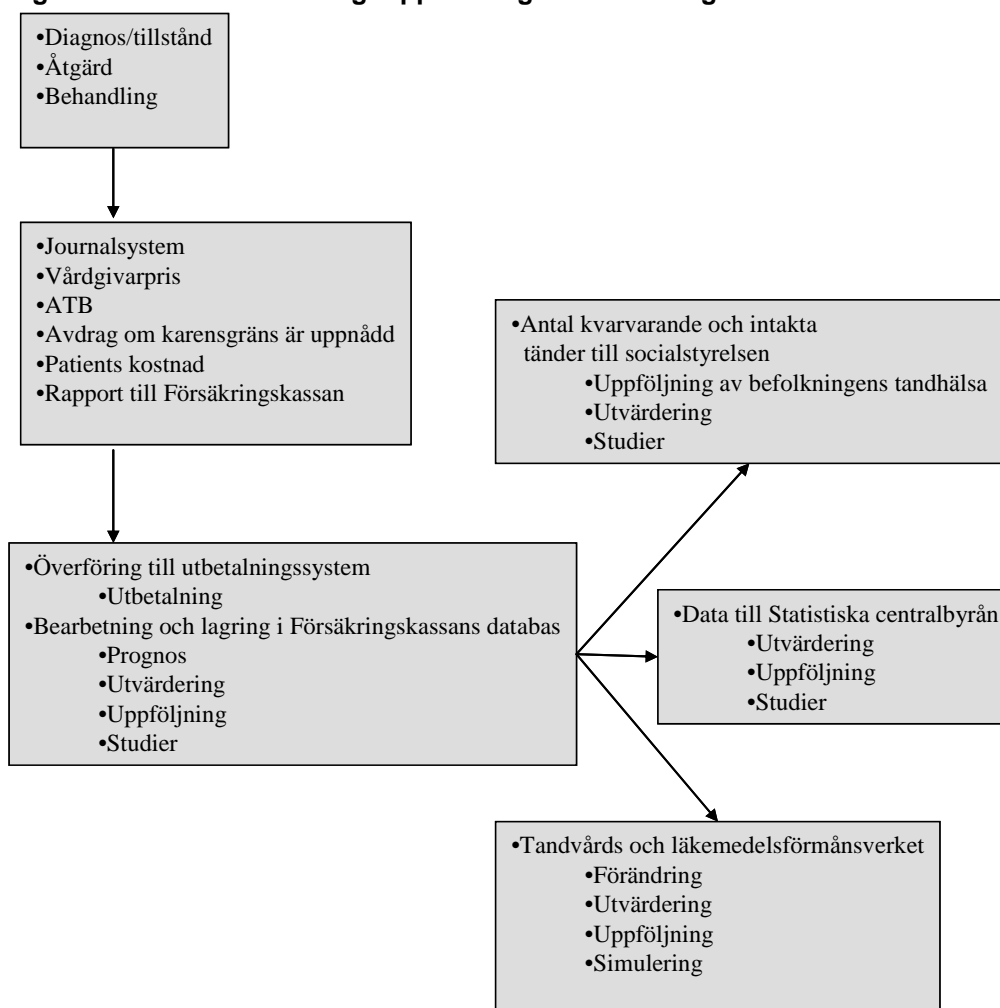
I det nuvarande statliga tandvårdsstödet rapporteras merparten av all tandvård som utförs på vuxna i Sverige in till Försäkringskassan, vilket möjliggör registerbaserade studier. Det är endast den ersättningsberättigande tandvården som rapporteras in till Försäkringskassan. Uppgifter om den landstingsfinansierade tandvården för barn och ungdomar (upp till det år då patienten fyller 20 år) ingår inte i Försäkringskassans register.

För att beräkna den ersättning en patient har rätt till används en lista av diagnoser och åtgärder som berättigar till ersättning. För varje åtgärd finns ett pris, referenspris, som används som referensnivå när ersättningen beräknas. Ersättningen baseras på det lägsta av referenspriset och det pris som patienten fått betala. Är referenspriset lägst används detta vid beräkningen. Är patientens faktiska pris lägre än referenspriset används detta vid beräkningen. Patienten får sedan ersättning med 50 procent av den del av kostnaderna som överstiger 3 000 kronor och samtidigt ligger under 15 000 kronor. Överstiger kostnaderna 15 000 kronor får patienten 85 procent ersättning för den del som överstiger 15 000 och 50 procent ersättning för den del som ligger mellan 3 000 och 15 000 kronor. Utgifterna summeras under en period av ett år med av patienten fastlagt startdatum. Patienten kan när som helst välja att starta en ny ersättningsperiod om detta anses vara fördelaktigt. Ersättningen betalas inte ut direkt till patienten utan vårdgivaren drar av beräknad ersättning från patientens kostnad. Försäkringskassan betalar sedan ut ersättningen till vårdgivaren.

För att administrera utbetalningarna till behandlare är ett antal certifierade journalsystem anslutna till Försäkringskassans IT-stöd. Behandlarna rapporterar senast 14 dagar efter slutförd behandling uppgifter om patient, diagnos/tillstånd, utförd åtgärd och priser till Försäkringskassan. Inom 14 dagar från ankomstdatum ska ersättning till behandlaren vara utbetald.

Redan under konstruktionen av Försäkringskassans IT-stöd identifierades områden där ytterligare information behövs för att kunna utföra rättvisande utvärdering och uppföljning samt korrekta analyser. Den första bristen som identifierades i den insamlade datamängden var avsaknaden av information om varför ett pris avvek från referenspriset. Utan denna information finns en stor risk att studier av priser drar felaktiga slutsatser om priserna avviker från referenspriserna på grund av val av material och annat som patienten gjort. Ett exempel på detta är protetiska ingrepp där patienten kan välja på ett stort antal kombinationer av olika material men endast ett material ingår i det beräknade referenspriset.

Figur 1 Processen kring rapportering till Försäkringskassan



I Figur 1 beskrivs processen kring rapporteringen till Försäkringskassan. Allt som sker i stegen till vänster i figuren ovan kan påverka kvalitén i data som skickas till SCB, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Försäkringskassan. Därmed påverkar det också indirekt kvaliteten på resultat från analyser och utvärderingar som baseras på dessa data. SCB bearbetar dessutom data och skickar dem vidare till Socialdepartementet för att ligga till grund för deras analyser och utvärderingar.

Data med brister till följd av begränsningarna i IT-stödet eller avsaknad av kunskap om systematiska skillnader i den aktuella datamängden kan få återverkningar inom en rad områden men främst för de analyser och utvärderingar av det statliga tandvårdsstödet som utförs av flera olika myndigheter och andra intressenter. Dålig kvalitet på data innebär att slutsatser från analyser och utvärderingar riskerar att bli felaktiga och leda till slutsatser som inte är korrekta. Okänd kvalitet på data innebär att osäkerheten i resultat från utvärdering och analys av data ökar och risken att slutsatser inte kan dras blir stor.

De insamlade data används också av Försäkringskassan för att beräkna utgiftsprognoser för det statliga tandvårdsstödet. Om kvalitetsbrister i data föreligger kan utgiftsprognoserna bli felaktiga och i förlängningen leda till

svårigheter för Försäkringskassan att bedöma storleken på utbetalningarna från det statliga tandvårdsstödet.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utföra uppföljning av den vuxna befolkningens tandhälsa. Denna uppföljning utförs till viss del med hjälp av de insamlade data. Förekommer det felaktigheter i den del av data som används för detta leder det till att en felaktig bild av befolkningens tandhälsa presenteras.

Syfte och metod

Syftet med undersökningen är att inhämta kunskap om hur behandlare rapporterar till Försäkringskassan och om detta kan leda till systematiska brister i de data myndigheten samlar in. Kunskapen ska leda till att öka kvaliteten i de analyser och utvärderingar som utförs med data som samlas in av Försäkringskassans IT-stöd då eventuella fallgropar kan undvikas och hänsyn kan tas till systematiska skillnader.

Undersökningen har utförts med hjälp av en enkätundersökning som skickas ut av enkätenheten på Statistiska centralbyrån under perioden december 2009 till februari 2010. Två påminnelser skickades ut. Undersökningspopulationen består av de 13 788 behandlare som rapporterat till Försäkringskassan under perioden 1 juli 2008 till 1 juli 2009. Av dessa valdes 1000 ut slumpmässigt. Svarsfrekvensen var 55 procent. Statistiska centralbyrån stod också för datainsamlingen och levererade en avidentifierad datamängd till Försäkringskassan. Analys och rapportering har utförts av Försäkringskassan med stöd av referenspersoner från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Enkäten har granskats av representanter för branschen³ och av representanter för myndigheterna som igår i ”Bryggan⁴”. Enkäten har också granskats av SCB:s mättekniska laboratorium.

Totalt 77 personer som ingick i urvalet hade av en eller annan anledning fallit ur undersökningspopulationen. En orsak var att personen själv eller anhörig angivit att den inte längre ingick i den aktuella populationen. Eftersom ingen ytterligare information inhämtats om personerna i urvalet än den information de själva angivit i enkäten kan ingen bortfallsredovisning göras utöver kön, ålder och verksamhetsområde⁵. Internt svarsbortfall (uteblivna svar på en viss fråga) anges med alternativet saknas. Detta alternativ anger då antalet eller andelen personer som inte har svarat på den aktuella frågan.

Informationsbrevet som bifogats enkäten innehöll information om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes som ett samarbete mellan Försäkringskassan och SCB. Information fanns också om att samtliga uppgifter är skyddade av personuppgiftslagen och offentlighets- och sekretesslagen. Information fanns också om att det var frivilligt att delta och att data levereras till Försäkringskassan i avidentifierad form.

³ Privattandläkarna och Tjänstetandläkarna.

⁴ Försäkringskassan, TLV och Socialstyrelsen.

⁵ Se avsnittet om bortfallsredovisning på sidan 48.

En sekretessöverenskommelse har dessutom upprättats mellan Försäkringskassan och SCB med avseende på hur det avidentifierade materialet får hanteras. Kopplingen till personuppgifter tas bort tre månader efter slutleverans från SCB.

Resultaten från undersökningen presenteras som grafer eller i tabellform. De grafer som används är antingen cirkeldiagram eller histogram för att visa frekvensen av svaren. Tabellerna som används är antingen vanliga tabeller eller korstabeller. Frågorna som redovisas i tabeller är antingen av typen där endast ett⁶ svar kan förekomma eller frågor där flera⁷ svarsalternativ kan förekomma. Korstabeller förekommer för båda typerna av frågor. Korstabeller där frågorna kan ha mer än ett svarsalternativ presenteras utan att statistisk säkerhet beräknats. Resultaten i korstabellerna för frågor med endast ett svarsalternativ är signifikanta på 1 procents nivå. Detta innebär att med 99 procents sannolikhet har resultaten i tabellen inte uppkommit av en slump (utom Tabell 14 som är signifikant på 6 procents nivå). Att resultaten inte uppkommit av en slump innebär att det finns ett samband mellan hur uppgiftslämnarna svarar och vilken gruppering de tillhör. Analysmetoden ger dock ingen insikt i hur sambandet ser ut.

⁶ Tabell 9–Tabell 12 samt Tabell 14–Tabell 15

⁷ Tabell 2–Tabell 7, Tabell 13 samt Tabell 16–Tabell 19.

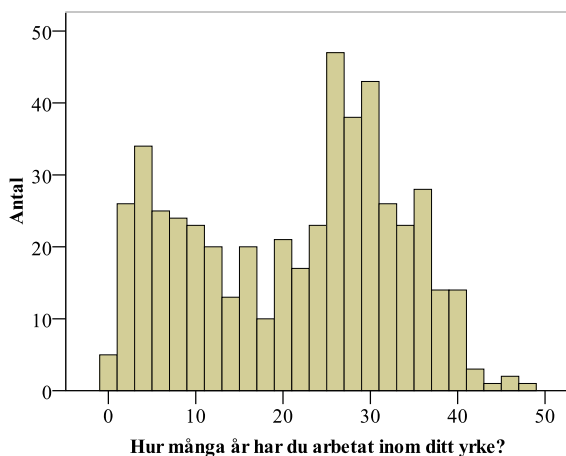
Resultat och analys

Undersökningen visar att en fjärdedel av dem som rapporterar in till Försäkringskassan är personal som saknar tandvårdslegitimation. Skillnader har vidare identifierats mellan privattandvård och folktandvård i sättet som rapportering sker inom flera områden. Skillnader har också identifierats mellan allmäntandläkare, specialisttandläkare och tandhygienister. Hänsyn bör vid analys, uppföljning och utvärdering tas till vilken grupp behandlaren hör. Undersökningen säger däremot väldigt lite om hur ofta de identifierade systematiska skillnaderna förekommer och om de verkligen är ett problem. En djupare studie föreslås för att fastställa hur ofta de identifierade systematiska skillnaderna förekommer och om detta är ett problem för kvaliteten i inrapporterade data.

Bakgrundvariabler

Enkäten inleds med en sida där frågor ställs om ett antal bakgrundsfaktorer som används för att ge information om specifika problem med rapportering finns för olika grupper av rapportörer som till exempel folktandvård eller privat tandvård. Nedan presenteras svaren från bakgrundsvariablerna som tabeller eller grafer.

Figur 2 Fördelning över verksamhetstiden



I medeltal har de som svarat på enkäten varit verksamma inom sitt yrke i 21 år. Fördelningen för verksamhetstiden finns i Figur 2 ovan. Tydligt är också att fördelningen har två toppar, en vid 25–31 år och en vid 3–5 år som verksam inom yrket.

Tabell 1 Korstabell över huvudsakligt verksamhetsområde och yrkesroll⁸

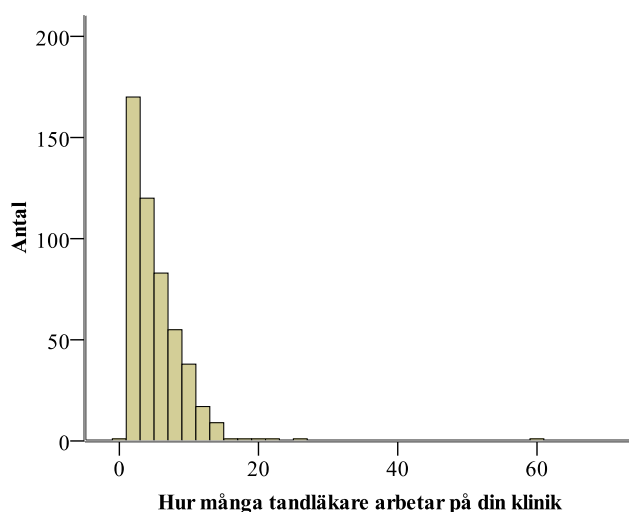
Vad är du i huvudsak verksam som?	Är verksam inom				Total
	Privat-tandvård	Folk-tandvård	Tandvårds-utbildning	Flera alternativ	
Allmän-tandläkare	156	140	..	..	301
	51,8%	46,5%	..	..	100,0%
	66,1%	54,9%	..	..	59,8%
Specialist-tandläkare	10	33	..	..	48
	20,8%	68,8%	..	..	100,0%
	4,2%	12,9%	..	..	9,5%
Tandhygienist	69	82	..	..	152
	45,4%	53,9%	..	..	100,0%
	29,2%	32,2%	..	..	30,2%
Flera alternativ	..	..	..	..	..

Totalt	236	255	6	6	503
	46,9%	50,7%	1,2%	1,2%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Av alla som svarat på enkäten anger 60 procent att de är yrkesverksamma som allmäntandläkare, 30 procent uppger att de är verksamma som tandhygienister och 10 procent anger att de är verksamma som specialisttandläkare. Endast en mycket liten del anger att de huvudsakligen är verksamma inom tandvårdsutbildning eller har svarat med fler än ett alternativ. Av de respondenter som uppgivit verksamhetsområde är 51 procent verksamma i huvudsak inom folktandvård, 47 procent inom privattandvård. Mycket få eller inga respondenter anger att de är verksamma inom tandvårdsutbildning eller har angett flera svarsalternativ. Eftersom det är så få respondenter som angett flera alternativ och då frågan var ställd så att flera alternativ inte tilläts tas dessa bort. Även de som angett att de är verksamma inom tandvårdsutbildning tas bort då resultaten för dessa inte kan presenteras utan att enskilda behandlares identitet kan röjas.

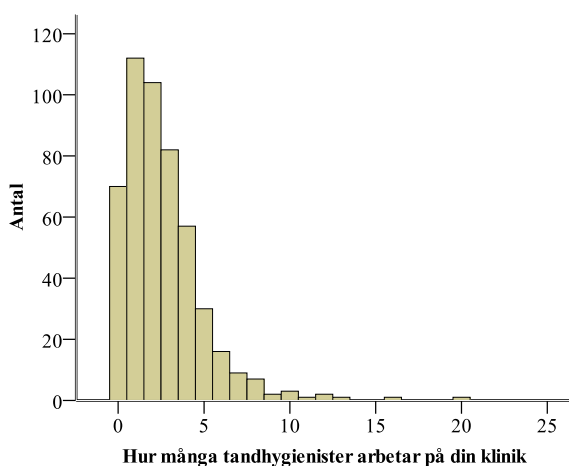
⁸ Innehåller en cell 3 eller färre individer markeras denna med två punkter (..) av sekretesskäl. För att försvåra baklänges identifiering kan även intilliggande celler markeras med två punkter.

Figur 3 Fördelning av antalet tandläkare som arbetar på kliniken



Figur 3 visar fördelningen för antalet tandläkare som arbetar på kliniken. Medianvärdet för antalet tandläkare som arbetar på kliniken är 4. Grafen visar därför att det är respondenter från kliniker med färre antal tandläkare som till största delen svarat på enkäten.

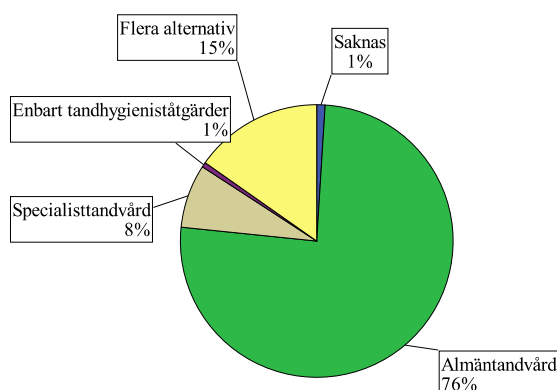
Figur 4 Fördelning av antalet tandhygienister som arbetar på kliniken



Fördelningen av antalet tandhygienister som arbetar på kliniken skiljer sig från fördelningen för antalet tandläkare genom att de är färre även om utseendet är liknande med större antal kliniker med färre antal tandhygienister jämfört med antalet tandläkare. Medianvärdet av antalet tandhygienister som arbetar på kliniken är 2. Ungefär 70 kliniker anger att de inte har några tandhygienister anställda.

Klinikens inriktning är en faktor som misstänktes skulle kunna påverka sättets som behandlare rapporterar till Försäkringskassan då olika inriktningar kan ha olika förutsättningar att rapportera. Inriktningen kunde tänkas påverka kunskapen om tandvårdsstödet regler och tillåtna diagnoser/tillstånd inom olika områden. Svårigheter att sätta korrekt diagnos/tillstånd som ligger utanför klinikens inriktning skulle därmed ha kunnat uppstå.

Figur 5 Typ av vuxentandvård som kliniken huvudsakligen utför

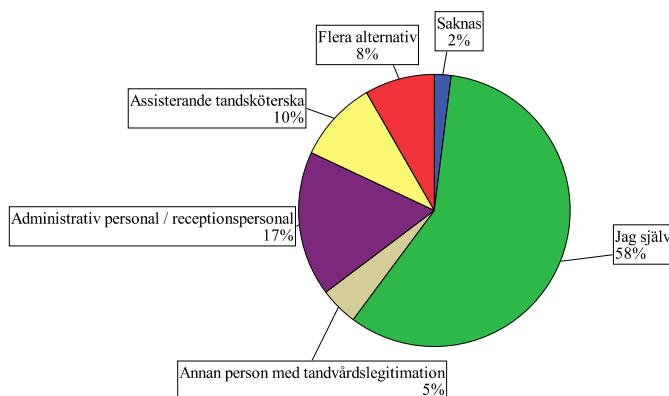


Den vanligaste typen av vuxentandvård som utförs av respondenterna är allmäntandvård som utförs av 76 procent. Därefter är det vanligast att kliniken utför specialistandvård. Endast 1 procent har svarat att kliniken bara utför tandhygieniståtgärder. Av de som svarat har 15 procent angivit flera alternativ vilket troligtvis beror på att kliniken utför flera olika typer av vuxentandvård och det kan vara svårt att välja en huvudsaklig typ av vård.

I reglerna för det statliga tandvårdsstödet framgår att det är vårdgivaren och inte behandlaren som är skyldig att lämna uppgifter till Försäkringskassan⁹. Detta innebär att annan person än behandlaren kan sköta rapporteringen till Försäkringskassan. I de fall behandlaren själv rapporterar finns möjligheten att kvalitén blir bättre då denne har full kontroll på vilken behandling som är utförd och ställda diagnoser/tillstånd och utförda åtgärder. Samtidigt som situationen skulle kunna uppstå att personen som rapporterar har ont om tid och detta går ut över rapporteringen. I de fall rapporteringen utförs av annan person än behandlaren kan kvalitén i rapporteringen öka då denna person kan ha större möjlighet att inhämta kunskap om regelverket och mer tid att ägna åt rapportering. Av ovanstående resonemang framgår att det kan finnas både fördelar och nackdelar med att låta en annan person sköta rapporteringen men att vi inte kan uttala oss om dessa utifrån denna studie. Om mer information önskas om detta behövs en separat studie för att undersöka hur kvalitén i rapporterna påverkas av vem som rapporterar.

⁹ Lag om statligt tandvårdsstöd; SFS 2008:145.

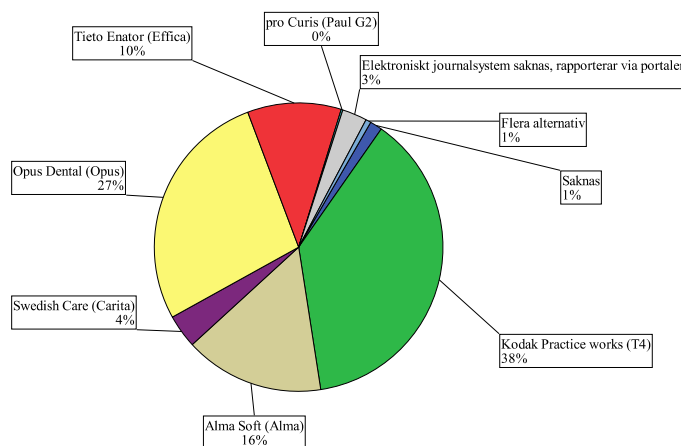
Figur 6 Vem sköter oftast rapporteringen till Försäkringskassan



Figur 6 visar att 58 procent av alla respondenter själva rapporterar till Försäkringskassan och att ytterligare 5 procent rapporteras av en annan person med tandvårdslegitimation. Assisterande tandsköterska rapporterar huvudsakligen i 10 procent av fallen och administrativ/ receptionspersonal rapporterar i 17 procent av fallen. Detta innebär att i 63 procent av fallen är det en person med tandvårdslegitimation som rapporterar och i 27 procent av fallen kan det vara en person som saknar tandvårdslegitimation som rapporterar. I 8 procent av fallen anger respondenterna flera alternativ vilket kan tyda på att vem som rapporterar är situationsbundet och att det inte är en och samma person som huvudsakligen sköter rapporteringen till Försäkringskassan. Viktigt att påpeka är att detta inte betyder att kvaliteten på rapporterna är sämre om de är utförda av en person som saknar tandvårdslegitimation.

Innan enkäten skickades ut fanns farhågor att skillnader i de olika journal-systemens uppbyggnad kunde leda till systematiska skillnader i rapporteringen till Försäkringskassan. Exempelvis skulle journalsystemens sätt att föreslå förvalda åtgärder beroende på ställd diagnos påverka den odontologiska korrektheten i de rapporterade åtgärderna.

Figur 7 Journalsystem som används för att rapportera till Försäkringskassan



Det är enkelt att se att T4, Alma och Opus dominerar vid rapportering till Försäkringskassan med totalt 80 procent av all rapportering. Om något av dessa system skulle råka ha någon egenhet som påverkar rapporteringen så kan det påverka kvaliteten på data som samlas in. Vissa system har 32 kvarvarande och intakta tänder förvalt vilket kan öka risken att av misstag rapportera felaktigt antal situation. Andra system utgår från diagnos/tillstånd för att sedan föreslå möjliga åtgärder utifrån vald diagnos/tillstånd vilket kan ställa till problem då en tand kan ha flera diagnoser/tillstånd och systemet inte tillåter den nödvändiga åtgärden utifrån vald diagnos/tillstånd.

Frågor om priser

Vissa tabeller i detta avsnitt (till exempel Tabell 2) visar svaren från frågor där fler än ett svarsalternativ är möjligt och skall därför läsas mot den bakgrunden. Den första kolumnen visar de olika alternativen som ges i frågan. Andra kolumnen visar andelen respondenter som gett det svar som finns på den aktuella raden vilket gör att summan för denna kolumn överstiger 100 procent då varje respondent kan förekomma med flera alternativ.

Prissättningen på tandvårdsåtgärder är fri och vårdgivarna sätter de priser de själva anser vara lämpliga för deras verksamhet och erbjuden vård. Utbetalad ersättning betalas ut efter ett förutbestämt referenspris för varje ersättningsberättigad åtgärd om detta är lägre än det pris som patienten fått betala. Om patientens pris är lägre än referenspriset är det detta pris som ligger till grund för ersättningen. I data som samlas in av Försäkringskassan finns inte möjligheten att se vad avvikelser från referenspriser beror på. Vid studier av priser och patientkostnader kan det vara viktigt att känna till vad avvikelser från referenspriset beror på för att inga felaktiga slutsatser skall dras. Till exempel kan en felaktig slutsats dras att priserna för en viss grupp av behandlare är högre än en annan grupp behandlare. Skillnaden kan i själva verket bero på att gruppen med högre priser utför vård där patienten valt annat dyrare material i sin behandling. När hänsyn tas till det dyrare materialet kan det bli så att det inte går att påvisa någon skillnad mellan de båda grupperna.

Tabell 2 Orsak till att patienternas kostnader ibland ligger över referenspriset

	Andel av respondenterna
Klinikens priser överstiger aldrig referenspriserna	19%
Annat material används än det som ligger till grund för referenspriset	44%
Arbetet tog längre tid än normalt	38%
Mer dyrbar metod användes	26%
Längre garantitid	6%
Högre kostnadsnivå på kliniken	43%
Patientens kostnad har överstigit något av karensbeloppen	13%
Annan orsak	19%
Totalt	208% ¹⁰

Tabell 2 visar orsaker till att vårdgivarpriserna kan överstiga referenspriset. Totalt 44 procent av alla respondenter som svarat på frågan kryssat i alternativet att annat material används än det som ligger till grund för referenspriset. Detta är den vanligaste orsaken till att patientens pris överstiger referenspris. Nästan lika stor andel, 43, anger att kliniken har en högre kostnadsnivå. Därefter följer att arbetet tog längre tid än normalt med 38 procent och fjärde vanligaste alternativet var att en mer dyrbar metod användes med 26 procent.

Några andra orsaker till att patienternas priser ligger över referenspriset återfinns nedan och är hämtade från de svar respondenterna skrivit in i rutan för annan orsak.

”Då tekniker debiterar extra för skulderporclin eller färgtagning vid lab”

”Krävs kostnadstäckning, i privattandvården finns inga subventioner”

”Vid patients begäran används mer dyrbara metoder”

Tre av de fyra vanligaste orsakerna är sådana att om man bara tittar på de vårdgivarpriser som rapporterats till Försäkringskassan så kan den felaktiga slutsatsen dras att klinikens prisnivå ligger över referenspriserna. Enkätens utformning gör att det inte går att säga något om hur frekvent förekommande det är att behandlare gjort något av ovan. Det går bara att se att behandlare någon gång gjort något av dem.

Det kan finnas skillnader mellan olika grupper av behandlare i orsaker till att priserna avviker från referenspriserna. I nästföljande två tabeller visas orsakerna till avvikelser från referenspriset uppdelat på allmäntandläkare, specialisttandläkare och tandhygienist (Tabell 3) samt om behandlaren är verksam inom privattandvård eller folktandvård (Tabell 4).

¹⁰ Eftersom frågan som ligger till grund för tabellen tillåter att respondenten anger flera alternativ summerar denna kolumn till över 100 procent.

Tabell 3 Orsak till att patienternas kostnader ibland ligger över referenspris uppdelat på yrkesroller

	Allmän- tandläkare	Specialist- tandläkare	Tand- hygienist
Klinikens priser överstiger aldrig referenspriserna	19%	12%	23%
Annat material används än det som ligger till grund för referenspriset	52%	34%	32%
Arbetet tog längre tid än normalt	38%	22%	44%
Mer dyrbar metod användes	32 %	17%	16%
Längre garantitid	7%	0%	5%
Högre kostnadsnivå på kliniken	44%	42%	41%
Patientens kostnad har överstigit något av karensbeloppen	11%	12%	17%
Annan orsak	18%	37%	14%
Totalt antal	286	41	140

Tabell 3 ovan visar orsaker till att patientens pris ibland överstiger referenspriset. Tabellen är baserad på andelen respondenter inom varje kategori vilket innebär att tabellen skall läsas på följande sätt; andra cellen uppifrån i kolumnen för allmäntandläkare visar att 52 procent av alla allmäntandläkare anger att priser över referenspriset kan bero på att annat material användes än det som ligger till grund för referenspriset. Av alla allmäntandläkare anger 44 procent att priser som överstiger referenspriserna ibland beror på att de har en högre kostnadsnivå på kliniken. Att arbetet tog längre tid än beräknat anges av 38 procent av allmäntandläkarna. Summan av procent-satserna för gruppen allmäntandläkare överstiger 100 procent vilket beror på att varje respondent har möjlighet att ange flera olika alternativ. Bland specialisttandläkarna är den vanligaste orsaken till att ett pris överstiger referenspriset att kliniken har en högre kostnadsnivå vilket 42 procent anger. Näst vanligaste orsaken är annan orsak (37 procent) följt av att annat material använts än det som ligger till grund för referenspriset (34 procent). Bland tandhygienisterna är den vanligaste orsaken att arbetet tog längre tid (44 procent) följt av att kliniken har en högre kostnadsnivå (42 procent). Tredje vanligaste alternativet är att annat material använts än det som ligger till grund för referenspriset med 32 procent.

De två orsaker som återfinns bland de vanligaste orsakerna hos alla tre grupperna, även om ordningen är olika, är att kliniken har en högre kostnadsnivå och att ett annat material använts än det som ligger till grund för referenspriset. Detta visar att en viss likhet kan finnas mellan yrkesrollerna när det gäller orsaker till att patientens pris avviker från referenspriset. Olikheter gör ändå att viss hänsyn till behandlarens yrkesroll bör tas när priser analyseras.

Tabell 4 Orsak till att patienternas kostnader ibland ligger över referenspris uppdelat på verksamhetsområde

	Privat-tandvård	Folk-tandvård
Klinikens priser överstiger aldrig referenspriserna	14%	24%
Annat material används än det som ligger till grund för referenspriset	48%	41%
Arbetet tog längre tid än normalt	44%	33%
Mer dyrbar metod användes	34%	17%
Längre garantitid	10%	2%
Högre kostnadsnivå på kliniken	48%	39%
Patientens kostnad har överstigit något av karensbeloppen	11%	15%
Annan orsak	14%	22%
Totalt antal	230	228

Av dem som anger att de är verksamma inom privattandvård (Tabell 4) har 48 procent angivit att de vanligaste orsakerna till att patientens kostnad ligger över referenspriset är att annat material använts samt att kliniken har en högre kostnadsnivå. Den tredje vanligaste anledningen för privattandläkare anges vara att arbetet tog längre tid än normalt med 44 procent. För behandlare verksamma inom folktandvården är det vanligaste alternativet att annat material användes med 41 procent och det näst vanligaste alternativet är en högre kostnadsnivå med 39 procent. Tredje vanligaste alternativet är att arbetet tog längre tid än normalt (33 procent). Intressant att notera är att bara 14 procent av dem som anger att de är verksamma inom privattandvård anger att klinikens prislista aldrig överstiger referenspriset medan 24 procent av dem som är verksamma inom folktandvården anger det samma. Tabell 4 visar att det finns skillnader mellan privat och folktandvård när det gäller vilka anledningar som medför att ett pris för patienten ligger över referenspriset.

Oavsett om behandlaren är verksam inom privat eller folktandvård är de tre vanligaste orsakerna desamma. Ordningen de förekommer i skiljer sig däremot åt mellan grupperna. För alla alternativ utom ”klinikens priser överstiger aldrig referenspriserna” och ”annan orsak” har behandlare inom privattandvård högre svarsfrekvens än folktandvård. Vid studier av priser är det därför viktigt att vara medveten om att förekomsten av vissa orsaker till att ett pris ligger över referenspriset skiljer sig åt mellan folktandvård och privattandvård.

Tabell 5 Orsaker till att patienternas kostnader ibland ligger under referenspriset

	Andel av respondenterna
Klinikens priser understiger aldrig referenspriserna	33%
Annat material användes än det som ligger till grund för referenspriset	12%
Arbetet gick fortare än normalt	49%
Patient skulle inte acceptera högre pris än referenspris	6%
Lägre kostnadsnivå på kliniken	16%
Rabatt lämnad till kund	35%
Patientens kostnad kommer ej att överstiga något av karensbeloppen	6%
Avstår att debitera patienten då behandlingen blev dyr relativt tidsåtgången	25%
Annan orsak	14%
Totalt	195% ¹¹

Patientens kostnad kan likväl ligga under referenspriset som över referenspriset, orsaker till detta presenteras i Tabell 5. En av tre respondenter anger att klinikens priser aldrig ligger under referenspriset. De tre vanligaste orsakerna till att patientens kostnad inte når upp till referenspriset är att arbetet gick fortare än normalt vilket 49 procent av alla respondenter angivit följt av att rabatt är lämnad till kund med 35 procent av alla svar. Den tredje vanligaste orsaken är att behandlaren avstått att debitera patienten då behandlingen blev för dyr relativt tidsåtgången vilket 25 procent av alla svarande.

Andra orsaker till att patienternas priser ligger under referenspriset återfinns nedan och är hämtade från de svar respondenterna angivit som annan orsak.

”Vissa åtgärder tar jag lägre på om jag använder mig av 2–3 st. så det ej blir för dyrt för patienten.”

”Enklare akut åtgärd – ingen debitering”

Intressant är också att endast 6 procent av de svarande anger att patienten ej skulle acceptera ett högre pris än referenspriset. Detta skulle kunna tyda på att patienterna saknar information om prisnivåer och referenspriser. Det kan också tolkas som att patienten faktiskt har information om prisnivåer och vad en åtgärd bör kosta. En viktig slutsats av detta är att i de fall som det rapporterade patientpriset inte är lika högt som referenspriset behöver detta inte bero på att klinikens prisnivå ligger under referensprislistan. Hänsyn till orsaken för avvikelser från referenspriser bör tas vid studier av priser och patientkostnader.

¹¹ Eftersom frågan som ligger till grund för tabellen tillåter att respondenten anger flera alternativ summerar denna kolumn till över 100 procent.

Tabell 6 Orsak till att patienternas kostnader ibland ligger under referenspris uppdelat på yrkesroller¹²

	Allmän- tandläkare	Specialist- tandläkare	Tand- hygienist
Klinikens priser understiger aldrig referenspriserna	30%	38%	39%
Annat material användes än det som ligger till grund för referenspriset	13%	..	12%
Arbetet gick fortare än normalt	51%	38%	47%
Patient skulle inte acceptera högre pris än referenspris	6%	..	6%
Lägre kostnadsnivå på kliniken	16%	18%	15%
Rabatt lämnad till kund	41%	10%	30%
Patientens kostnad kommer ej att överstiga något av karensbeloppen	6%	..	6%
Avstår att debitera patienten då behandlingen blev dyr relativt tidsåtgången	32%	..	16%
Annan orsak	12%	28%	13%
Totalt antal	284	40	130

Olika typer av utförd vård kan på olika sätt påverka det pris som rapporteras till Försäkringskassan. För att undersöka om det förekommer skillnader mellan olika typer av yrkesroller har de behandlare som svarat delats in i om de angivit att de är verksamma som allmäntandläkare, specialisttandläkare eller tandhygienister. Vanligaste orsaken till att vårdgivarpriset ligger under referenspriset är att arbetet gick fortare än normalt för alla tre kategorier av yrkesinriktning (allmäntandläkare 51 procent, specialisttandläkare 38 procent och tandhygienister 47 procent). Näst vanligaste orsaken för allmäntandläkare (41 procent) och tandhygienister (30 procent) är att rabatt är lämnad till patienten. Tredje vanligaste orsaken är för allmäntandläkare (32 procent) och tandhygienister (16 procent) är att de avstår att debitera patienten då behandlingen blev dyr relativt tidsåtgången. För specialisttandläkare är näst vanligaste svaret annan orsak med 28 procent och tredje vanligaste orsaken en lägre kostnadsnivå på kliniken med 18 procent. Totalt 30 procent av allmäntandläkarna, 38 procent av specialisttandläkarna och 40 procent av tandhygienisterna anger att klinikens priser aldrig understiger referenspriserna.

För allmäntandläkare och tandhygienister är de tre vanligaste orsakerna till att patientens pris ligger under referenspriset lika och har samma inbördes ordning. För specialisttandläkare är den vanligaste orsaken samma som för allmäntandläkare och tandhygienister medan de nästföljande två orsakerna inte är samma som för allmäntandläkare och tandhygienister. Olikheterna gör ändå att viss hänsyn till behandlarens yrkesroll bör tas innan analys av priser.

¹² Innehåller en cell 3 eller färre individer markeras denna med två punkter (..) av sekretesskäl. För att försvåra baklänges identifiering kan även andra celler markeras med två punkter.

Tabell 7 Orsak till att patienternas kostnader ibland ligger under referenspris uppdelat på verksamhetsområde

	Privat-tandvård	Folk-tandvård
Klinikens priser understiger aldrig referenspriserna	33%	33%
Annat material användes än det som ligger till grund för referenspriset	10%	15%
Arbetet gick fortare än normalt	64%	34%
Patient skulle inte acceptera högre pris än referenspris	4%	7%
Lägre kostnadsnivå på kliniken	8%	24%
Rabatt lämnad till kund	54%	16%
Patientens kostnad kommer ej att överstiga något av karensbeloppen	4%	8%
Avstår att debitera patienten då behandlingen blev dyr relativt tidsåtgången	32%	19%
Annan orsak	6%	23%
Totalt antal	230	217

Eftersom möjligheterna för privattandvård och folktandvård att ge rabatt skiljer sig åt presenteras i Tabell 7 anledningarna till att det rapporterade vårdgivarpriset kan ligga under referenspriset uppdelat på verksamhetsområde. Den vanligaste orsaken till att det rapporterade vårdgivarpriset kan ligga under referenspriset för behandlare verksamma inom både privat och folktandvård är att arbetet gick fortare än normalt. Behandlare verksamma inom privattandvård anger i 64 procent av fallen att det rapporterade vårdgivarpriset kan understiga referenspriset på grund av att arbetet gått fortare än normalt. Motsvarande andel för behandlare verksamma inom folktandvård är 34 procent. Näst vanligaste anledningen är för privat-tandläkare att rabatt är lämnad till patient med 54 procent och för behandlare verksamma inom folktandvård en lägre prisnivå på kliniken med 24 procent. Det tredje vanligaste alternativet är för privattandläkare att de avstått att debitera patienten då behandlingen blev dyr relativt tidsåtgången. För behandlare verksamma inom folktandvård var det annan orsak med 23 procent. Bland behandlare verksamma inom privat- och folktandvård angav 33 procent att klinikens priser aldrig understiger referenspriserna.

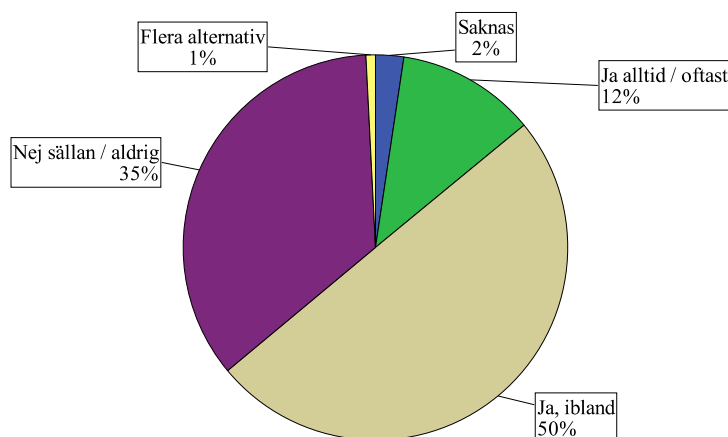
Det framgår av Tabell 7 ovan att rabatt i huvudsak lämnas av privat-tandläkare (54 procent) medan behandlare verksamma inom folktandvården mer sällan lämnar rabatt (16 procent). Den stora skillnaden beror på att folktandvården har andra förutsättningar¹³ att lämna rabatt till patienten än behandlare verksamma inom privattandvård. Folktandvården har ofta en centralt satt prislista som de har små möjligheter att påverka genom egna initiativ. Därför är det förvånande att 16 procent av respondenterna som är verksamma inom folktandvården angivit att de lämnat rabatt till kund. Detta

¹³ Enligt kommunallag (1991:900) skall kommuner och landsting behandla sina medborgare lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Om rabatt lämnas av folktandvården till enskilda individer kan detta ses som att alla inte behandlas lika.

kan troligtvis bero på att respondenten antingen angivit en lägre latitud¹⁴ som rabatt, att kompensation som liknar rabatt lämnats på annat sätt eller att ett centralt satt pris som ligger under referenspriset ses som en form av rabatt. I Försäkringskassans svar på ett regeringsuppdrag¹⁵ visas att det finns skillnader i prisnivåer mellan folktandvård och privattandvård. Tillsammans med resultaten i tabellerna ovan gör detta att hänsyn måste tas till om vårdgivaren tillhör privat eller folktandvård. Sammanslagning av dessa kategorier kan leda till felaktiga slutsatser.

Fri prissättning råder för tandvårdstjänster och behandlare har möjligheten att lämna rabatt till patienten om de finner detta lämpligt. Lämnad rabatt är en möjlig orsak till att det pris patienten får betala innan ersättningen är avdragen ligger under referenspriset. Om rabatt lämnas frekvent inom vissa grupper kommer detta att påverka hur uppföljningar och analyser skall utföras.

Figur 8 Lämnar du rabatt på behandling om den var snabbare eller enklare än beräknat



Som tidigare visats i Tabell 5 kan priset på den vård patientens fått ligga under referenspriset av flera olika anledningar. På den direkta frågan om behandlaren lämnar rabatt till kunden svarar 50 procent att de lämnar rabatt ibland. Figur 8 visar att 12 procent svarar att de alltid eller oftast lämnar rabatt om en behandling gått snabbare eller varit enklare än de beräknat. 35 procent anger att de sällan eller aldrig lämnar rabatt vilket kan bero på att möjlighet att ge rabatt saknas för behandlaren. Intressant är att i Tabell 5 har 160 behandlare angett att ett patientpris under referenspriset bland annat beror på att de lämnat rabatt medan 311 behandlare i den direkta frågan angett att de lämnar rabatt ibland, ofta eller alltid om en behandling varit enklare eller gått snabbare än beräknat. För att se hur de 160 behandlarna

¹⁴ Latituder är en benämning på olika svårighetsgrader av samma ingrepp och används främst av folktandvården för att differentiera priserna då folktandvården inte får lämna rabatt.

¹⁵ ”Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet”.

har svarat på den direkta frågan om rabatt lämnas har dessa sorterats ut och i Tabell 8 presenteras deras svar.

Tabell 8 Lämnar du rabatt på behandling om den gått snabbare eller varit enklare än beräknat. Tabellen visar de som i fråga 9 angivit att en patientkostnad under referenspris kan bero på att rabatt lämnats

	Antal	Andel
Ja alltid / oftast	30	20%
Ja, ibland	109	69%
Nej sällan / aldrig	19	12%
Totalt	158	100%

Av de respondenter som i fråga 9 angivit att en orsak till att patientens kostnad ligger under referenspris är att rabatt lämnats har endast 20 procent av behandlarna (se Tabell 8) angivit att de lämnar rabatt alltid/oftast. Totalt 69 procent av behandlarna anger att de ibland lämnar rabatt. Totalt anger 89 procent att de själva lämnar rabatt ibland, ofta eller alltid. Överensstämmelsen mellan frågorna är hög och visar att flertalet av dem som anger att rabatt är en möjlig orsak till avvikelse från referenspriset också lämnar rabatt. Detta gör att slutsatsen dras att de orsaker som anges till avvikelser från referenspris sannolikt till största delen baseras på egna erfarenheter och inte är ett svar på en hypotetisk fråga.

Tabell 9 Lämnar du rabatt på en behandling om den gick snabbare eller enklare än beräknat uppdelat på behandlarens inriktning

	Allmäntandläkare	Specialisttandläkare	Tandhygienist
Ja alltid / oftast	9%	13%	16%
Ja, ibland	57%	33%	45%
Nej sällan / aldrig	32%	54%	39%
Flera alternativ	1%	0%	0%
Totalt antal	297	46	148

Tabell 9 visar att 10 procent av alla allmäntandläkare, 13 procent av alla specialisttandläkare och 16 procent av alla tandhygienister som svarat på frågan lämnar rabatt ofta eller alltid. Totalt 57 procent av alla allmäntandläkare, 33 procent av alla specialisttandläkare och 39 procent av alla tandhygienister anger att de lämnar rabatt ibland. Tabellen ovan visar att det finns skillnader¹⁶ i hur behandlare lämnar rabatt om hänsyn tas till vilken inriktning de har.

¹⁶ Statistiskt signifikant på 1% nivån.

Tabell 10 Lämnar du rabatt på en behandling om den gick snabbare eller enklare än beräknat uppdelat på typ av vårdgivare¹⁷

	Privattandvård	Folktandvård
Ja alltid / oftast	20%	4%
Ja, ibland	63%	41%
Nej sällan / aldrig	17%	55%
Totalt antal	230	245

Då folktandvård och privattandvård har olika förutsättningar för prissättning och rabatt där folktandvården¹⁸ ofta har svårare att lämna rabatter är det förvånande att se att 4 procent av dem som anger att de tillhör folktandvård också anger att de lämnar rabatt alltid/ofta. Inom samma grupp anger 41 procent att de lämnar rabatt ibland. Den troligaste anledningen till detta resultat borde vara att de antingen anser att användandet av latituder är en typ av rabatt eller så anser de att de lämnar rabatt på något annat sätt till exempel genom att utföra en flerytsfyllning men bara rapportera en enytsfyllning. Inom privat tandvård anger 20 procent av dem som svarat på frågan att de lämnar rabatt ofta eller alltid och 63 procent att de gör det ibland. Tabell 10 ovan visar att det finns skillnader¹⁹ i hur ofta en behandlare lämnar rabatt om hänsyn tas till om behandlaren är verksam inom privat eller folktandvård.

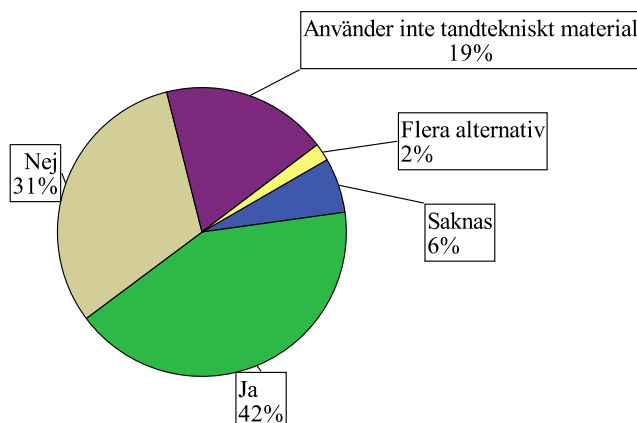
I data som samlas in av Försäkringskassans IT-stöd går att se patientens pris för en enskild åtgärd men det går inte att se vad en eventuell avvikelse från referenspriset beror på. För åtgärder och behandlingar där tandtekniskt material ingår finns många olika material att välja mellan men endast ett av dem ingår i beräkningen av referenspriset. Kunskap om vad avvikelser från referenspriset och hur rapportering sker i dessa fall bedöms mycket värdefull för Försäkringskassans analys och prognosverksamhet vid analys och uppföljning av tandvårdsstödet.

¹⁷ Innehåller en cell 3 eller färre individer markeras denna med två punkter (..) av sekretesskäl. För att försvåra baklänges identifiering kan även intilliggande celler markeras med två punkter.

¹⁸ Enligt kommunallag (1991:900) skall kommuner och landsting behandla sina medborgare lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Om rabatt lämnas av folktandvården till enskilda individer kan detta ses som att alla inte behandlas lika.

¹⁹ Statistiskt signifikant på 1% nivån.

Figur 9 Har du ett pris i prislistan till vilket du lägger kostnaden för tandtekniskt material då detta är en del av behandlingen



Av dem som använder tandtekniskt material²⁰ lägger 58 procent (42 procent av samtliga) till detta till priset för behandlingen. Totalt 19 procent av alla svarande anger att de inte använder tandtekniskt material och 6 procent har inte svarat på frågan. Ett rimligt antagande bör vara att de som inte svarat på frågan inte använder tandtekniskt material vilket då innebär att 25 procent av alla som svarat på frågan inte använder tandtekniskt material. Antaganden om de som angett flera alternativ på frågan går inte att göra.

Tabell 11 Har du ett pris i prislistan till vilket du lägger kostnad för tandtekniskt material då detta är en del av behandlingen uppdelat på behandlarens inriktning

	Allmän- tandläkare	Specialist- tandläkare	Tand- hygienist
Ja	60%	43%	11%
Nej	37%	39%	25%
Använder inte tandtekniskt material	..	18%	65%
Totalt antal	296	44	130

På frågan om behandlaren har ett pris i prislistan till vilket det läggs till en kostnad för tandtekniskt material om det ingår i behandlingen svarar 60 procent av alla allmäntandläkare, 43 procent av alla specialisttandläkare och 11 procent av alla tandhygienister som svarat på frågan att de lägger till kostnaden för tandtekniskt material på priset i prislistan. Totalt 18 procent av alla specialisttandläkare och 65 procent av alla tandhygienister som svarat på frågan anger att de inte använder tandtekniskt material. Totalt 37 procent av alla allmäntandläkare, 39 procent av alla specialisttandläkare och 25 procent av alla tandhygienister som svarat på frågan anger att de inte har ett pris i prislistan till vilket de lägger kostnaden för tandtekniskt material då

²⁰ Tandtekniskt material är porslin, plaster, prefabricerade tänder och olika metallegeringar som tandteknikerna använder för att framställa fast och avtagbara proteser vid beställningar från tandläkare.

detta ingår i behandlingen. Skillnaderna²¹ i svaren i Tabell 11 ovan har inte uppkommit av en slump och hänsyn bör tas till behandlarens inriktning då priser och prissättning analyseras i andra studier.

Tabell 12 Har du ett pris i prislistan till vilket du lägger kostnaden för tandtekniskt material då detta är en del av behandlingen uppdelat på verksamhetsområde

	Privattandvård	Folktandvård
Ja	38%	51%
Nej	47%	22%
Använder inte tandtekniskt material	15%	24%
Totalt antal	222	238

Delas frågan om behandlaren lägger till kostnaden för tandtekniskt material till priset i prislistan upp på om behandlaren är verksam inom privattandvård, folktandvård eller tandvårdsutbildning (Tabell 12) så uppger var annan av dem som angivit att de arbetar inom folktandvård att de lägger till priset på material till priset i prislistan. Totalt 37 procent av dem som angivit att de är verksamma inom privattandvård anger att de har ett pris i prislistan till vilket de lägger kostnaden för tandtekniskt material då detta ingår i behandlingen. Av dem som är verksamma inom folktandvård anger 22 procent att de inte lägger till kostnaden för tandtekniskt material medan 47 procent av dem som är verksamma inom privattandvården anger att de inte lägger till denna kostnad till priset i prislistan. Totalt 23 procent av de som är verksamma inom folktandvården och 15 procent av de som är verksamma inom privattandvård anger att de inte använder tandtekniskt material. Resultaten²² i Tabell 12 ovan visar att vid analyser av priser och behandlingar/åtgärder som innefattar tandtekniskt material kan hänsyn behöva tas till om de är utförda inom privat- eller folktandvård.

Tabell 13 Material för vilket kostnad läggs till priset för behandlingen. Tabellen grundas på de behandlare som angivit att de lägger till kostnaden för tandtekniskt material till priset för behandlingen

Typ av material	Antal svar	Andel av respondenterna
Guld	191	91%
Titan	36	17%
Helkeram	80	38%
Keramisk hätta	92	44%
Annat material	20	10%
Totalt	419	200%

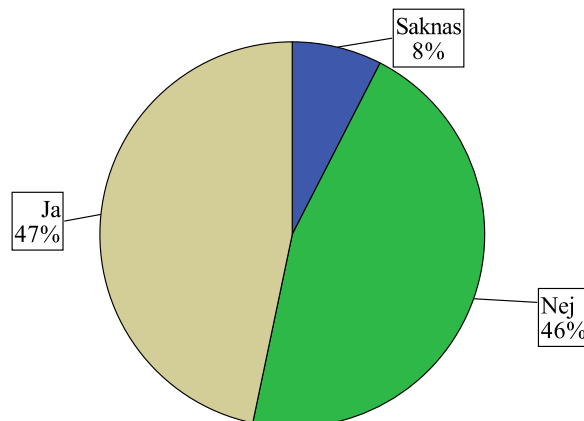
Guld är det vanligaste tandtekniska materialet som behandlare lägger till kostnaden för till priset för behandlingen. Hela 91 procent av de behandlare som lägger till kostnaden för tandtekniskt material på behandlingskostnaden

²¹ Statistiskt signifikant på 1% nivån.

²² Statistiskt signifikant på 1% nivån.

lägger till kostnaden för guld till priset för behandlingen. Näst vanligast är keramisk hätta som förekommer hos 44 procent av behandlarna.

Figur 10 Läger du till kostnaden för tandtekniskt material på åtgärdspriset vid rapportering till Försäkringskassan

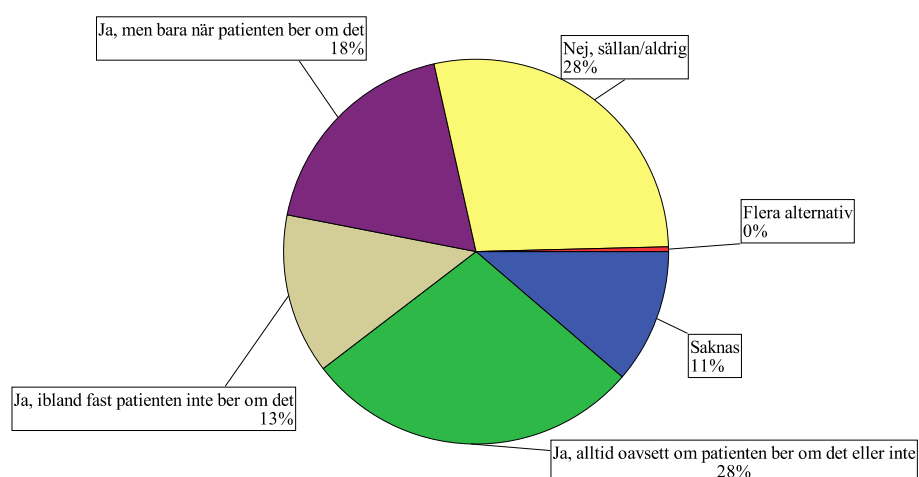


Enligt reglerna för det statliga tandvårdsstödet ska kostnaden för annat material än det som ingår i beräkningen av referenspriset läggas till vårdgivarpriset vid rapportering till Försäkringskassan. Trots detta anger 46 procent av de behandlare som anger att de lägger till kostnaden för tandtekniskt material på priset om det ingår i behandlingen att de inte lägger till denna kostnad på det pris de rapporterar till Försäkringskassan. När behandlare avstår att rapportera denna del av patientens kostnad leder till att en del av de vårdgivarpriser som rapporterats inte ger en korrekt bild av den faktiska prisnivån för behandlingar där tandtekniskt material ingår. Andel behandlare som följer regelverket och lägger till kostnaden för tandtekniskt material på priset vid rapportering till Försäkringskassan är i denna undersökning 47 procent. Även om dessa behandlare följer reglerna så innebär detta att det i många fall kan förekomma avvikelser från referenspriset som inte beror på att kliniken eller behandlare har en högre prisnivå utan att annat material än det som referenspriset är baserat på används. Detta i sin tur innebär att analyser av rapporterade priser bör ta hänsyn till att det förekommer fall där ett högre pris beror på att annat material använts.

Oavsett om behandlaren lägger till kostnaden för tandtekniskt material eller låter bli att lägga till denna kostnad på priset vid rapportering till Försäkringskassan kommer det att leda till osäkerhet kring studier av priser på åtgärder där sådant material ingår. Om kostnaden för tandtekniskt material inte läggs till priset för åtgärden kommer prisnivån för åtgärder där sådant material ingår att underskattas. I båda fallen förekommer en osäkerhet om vad en eventuell avvikelse från referenspriset beror på och svårigheter att utföra korrekta analyser med relevanta slutsatser kan bli följden. En djupare studie av hur rapportering av tandtekniskt material sker och hur ofta de olika materialen förekommer föreslås därför.

I reglerna²³ för det statliga tandvårdsstödet står angivet att behandlare ska lämna ut en kopia av det underlag som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna för det tandtekniska arbetet. Om behandlare lämnar ut kopia på tandteknikerfaktura eller inte påverkar inte kvalitén på data utan har ett allmänintresse då det kan vara svårt för behandlare att följa regelverket om exempelvis patienten inte vill ta emot kopian.

Figur 11 Lämnar du ut kopia på tandtekniker faktura?



Det är lika vanligt att behandlare alltid lämnar ut kopia av tandteknikerfakturan till patient som att de gör det sällan eller aldrig, med 28 procent för båda alternativen. Totalt 18 procent anger att de lämnar ut kopia bara när patienten ber om det medan 13 procent gör det ibland även om patienten inte ber om det. Totalt 11 procent har inte svarat på frågan. Att endast 28 procent anger att de alltid lämnar ut kopia på tandteknikerfakturan måste anses lågt och insatser för att öka medvetenheten att detta är nödvändigt föreslås.

Diagnos/tillstånd och åtgärd

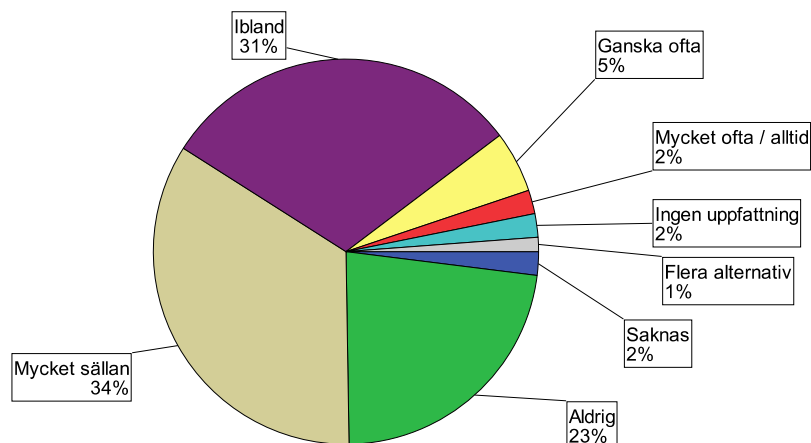
Systemet med åtgärder som är kopplade till de olika diagnoserna/tillstånden bygger på att en patient uppsöker tandläkare för vård av någon anledning. Anledningen eller tillståndet diagnossätts av behandlaren som sedan utför en åtgärd som är kopplad till den aktuella diagnosen. Den diagnos/tillstånd som rapporteras är den som ska ligga till grund för den åtgärd som utförs på patienten. För att säkerställa kvaliteten i analyser och statistik är det viktigt att få kunskap om hur rapportering av diagnos/tillstånd samt åtgärder utförs. Samma information kan också användas för att analysera och utvärdera förändringar i konsumtionsmönstret för tandvård.

Ur en odontologisk synvinkel kan det vara möjligt att en diagnos/tillstånd kan behandlas med flera olika åtgärder. Det statliga tandvårdsstödet är inte konstruerat på så sätt att alla dessa kombinationer berättigar till ersättning. Antalet möjliga kombinationer av diagnoser/tillstånd och åtgärder som

²³ SFS 2008:193 11§.

berättigar till ersättning är mycket stort men antalet möjliga kombinationer är ännu större. Till detta skall läggas att en patient ofta kan uppvisa flera olika diagnoser/tillstånd på samma tand. Det är lätt att inse att i en behandlingssituation kan uppstå svårigheter att leta fram exakt rätt kombination av diagnos/tillstånd i journalsystemen när en tillräckligt korrekt kombination är lättare att hitta.

Figur 12 Hur ofta rapporterar du av någon anledning annan diagnos/tillstånd än den du anser vara helt korrekt



Figur 12 visar att 57 procent anger att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan diagnos än den som de anser vara helt korrekt. Totalt 31 procent anger att de ibland rapporterar annan diagnos än den som de anser vara helt korrekt. Endast 7 procent av alla behandlare anger att de ganska ofta eller mycket ofta/alltid rapporterar annan diagnos tillstånd än den de anser vara helt korrekt. Möjliga anledningar till detta anges i (Tabell 16) nedan för dem som anger att de rapporterat annan än helt korrekt diagnos.

Tabell 14 Hur ofta rapporterar du annan diagnos/tillstånd än den du anser vara helt korrekt på behandlarnas inriktning

	Allmän- tandläkare	Specialist- tandläkare	Tand- hygienist
Aldrig	22 %	44 %	22 %
Mycket sällan	41 %	22 %	31 %
Ibland	33 %	30 %	33 %
Ganska ofta, mycket ofta/alltid	5 %	4 %	14 %
Totalt antal	288	45	144

Delas svaren upp på om respondenten är verksam som allmäntandläkare, specialisttandläkare eller tandhygienist visar Tabell 14 att 66 procent av specialisttandläkarna, 53 procent av tandhygienisterna och 63 procent av allmäntandläkarna anger att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan diagnos/tillstånd än den de anser vara helt korrekt. Av allmäntandläkarna anger 33 procent att de ibland rapporterar annan än helt korrekt diagnos/tillstånd, för specialisttandläkarna är motsvarande siffra 30 procent och för tandhygienisterna är siffran 33 procent. Endast 5 procent av allmän-

tandläkarna och 4 procent av specialisttandläkarna anger att de rapporterar annan än helt korrekt diagnos ganska ofta eller mycket ofta/alltid. Bland tandhygienisterna är motsvarande siffra 15 procent. Tabell 14 visar att ett beroende²⁴ finns mellan behandlarens inriktning och hur ofta de rapporterar annan diagnos/tillstånd än den de anser vara helt korrekt. Hänsyn till behandlarens inriktning måste därför tas när studier och analyser av det statliga tandvårdsstödet innefattar rapporterade diagnoser/tillstånd.

Tabell 15 Hur ofta rapporterar du annan diagnos/tillstånd än den du anser vara helt korrekt på behandlarens verksamhetsområde

	Privattandvård	Folktandvård
Aldrig	24 %	22 %
Mycket sällan	41 %	33 %
Ibland	31 %	34 %
Ganska ofta, Mycket ofta / alltid	4 %	11 %
Totalt antal	227	240

Andelen behandlare inom privattandvård som anger att de aldrig rapporterar annan diagnos/tillstånd än den som de anser vara helt korrekt är 25 procent och inom folktandvården är den 22 procent. Tabell 15 visar också att 41 procent av dem som är verksamma inom privattandvård och 32 procent av dem som är verksamma inom folktandvård anger att de mycket sällan rapporterar annan diagnos/tillstånd än den de anser vara helt korrekt. Bland dem som är verksamma inom privattandvård anger 35 procent att de ibland till mycket ofta rapporterar annan diagnos än den de anser vara helt korrekt. Motsvarande andel bland dem som är verksamma inom folktandvården är 43 procent. Detta visar att ett beroende²⁵ finns mellan behandlarnas verksamhetsområde och hur ofta de rapporterar annan diagnos tillstånd än den de anser vara helt korrekt. Hänsyn till behandlarens verksamhetsområde bör därför tas när studier och analyser av det statliga tandvårdsstödet innefattar rapporterade diagnoser/tillstånd.

²⁴ Statistiskt signifikant på 6 % nivå

²⁵ Statistiskt signifikant på 2 % nivå

Tabell 16 Anledning till rapport av annan än helt korrekt diagnos för de behandlare som angivit att de någon gång rapporterat annan än helt korrekt diagnos

Anledning till rapport av annan diagnos	Andel av respondenterna
Mitt journalsystem utgår från åtgärd	7%
Jag råkar ibland ange fel och hinner inte korrigera detta innan rapportering till Försäkringskassan	14%
Mitt journalsystem anger inte diagnos/tillstånd i klartext, det blir lätt fel	4%
Åtgärden är viktigast	8%
Jag tycker att diagnos-/tillståndslistan är svår att tillämpa, är osäker på om jag väljer rätt	35%
Diagnos/tillstånd saknar lämplig ersättningsberättigad åtgärd	28%
Jag hittar ingen diagnos/tillstånd som helt stämmer in	81%
Annan orsak	8%
Total	185%

Tabell 16 visar att den vanligaste orsaken till att behandlare har rapporterat annan diagnos/tillstånd än den som de anser vara helt korrekt är att de inte hittar någon diagnos som stämmer in helt. 81 procent anger att de gjort det av detta skäl. Sedan följer att de upplever att diagnos-/tillståndslistan är svår att tillämpa, är osäker på om de väljer rätt med 35 procent. Tredje vanligaste alternativet är att de upplever att de inte hittar någon diagnos/tillstånd med en ersättningsberättigad åtgärd.

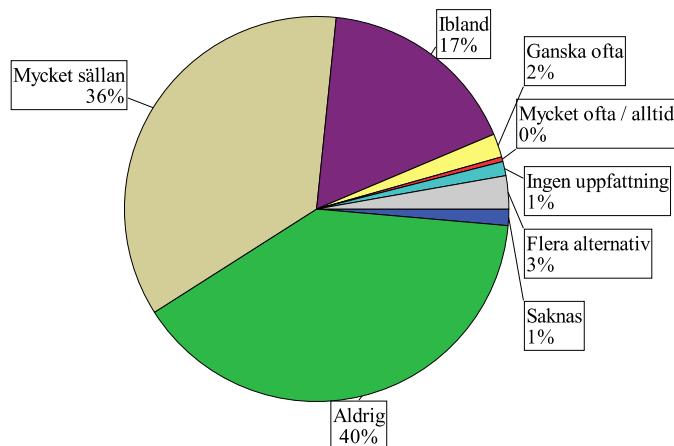
”Ibland är det svårt att hitta diagnosen bland så många diagnoser, men det är lätt att skriva åtgärden först och välja diagnosen som passar bäst sedan”

”Dessa problem är mycket vanliga dessvärre. Diagnostexterna stämmer ej. Kombinationsmöjligheter av åtgärder är ej möjliga”

”Kan vara flera diagnoser och vet inte vilken som är rätt”

De två vanligaste orsakerna till rapportering av annan än helt korrekt diagnos/tillstånd beror på orsaker som går att härleda till behandlaren upplevelse av konstruktionen av diagnos/tillståndslistan. En studie av hur denna skulle kunna göras bättre och mer lättanvänd föreslås därför. Det är också möjligt att behandlaren upplevda svårigheter kan bero på att ett nytt regelverk införts samtidigt med nya IT system för rapportering till Försäkringskassan. De systematiska skillnader som identifieras när det gäller rapport av diagnoser och tillstånd kan eventuellt vara en följd av barnsjukdomar i regelverk och IT system.

Figur 13 Hur ofta rapporterar du av någon anledning en annan åtgärd än den du anser vara helt korrekt



Figur 13 visar att 75 procent av de behandlare som svarar på frågan anger att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt. Av alla behandlare som svarat på enkäten rapporterar 17 procent ibland in annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt. Endast 2 procent anger att de ganska ofta eller mycket ofta/alltid rapporterar annan åtgärd än den de anser helt korrekt.

Tabell 17 Hur ofta rapporterar du annan åtgärd än den du anser vara helt korrekt på behandlarens yrkesroll

	Allmäntandläkare	Specialisttandläkare	Tandhygienist
Aldrig	43 %	53 %	37 %
Mycket sällan	39 %	36 %	36 %
Ibland	17 %	11 %	22 %
Ganska ofta, Mycket ofta/alltid	2 %	0 %	5 %
Totalt Antal	285	47	144

Delas svaren in efter om respondenterna är allmäntandläkare, specialisttandläkare eller tandhygienister visar Tabell 17 att; 82 procent av allmäntandläkarna anger att aldrig eller mycket sällan rapportera annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt. 17 procent av dem anger att de gör det ibland och endast 2 procent anger att de ganska ofta eller mycket ofta/alltid rapporterar annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt. Av specialisttandläkarna anger 89 procent att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan åtgärd än den de anser helt korrekt samtidigt som 11 procent av dem anger att de gör det ibland. Ingen specialisttandläkare anger att de rapporterar annan än helt korrekt åtgärd ganska ofta eller mycket ofta alltid. Bland tandhygienisterna anger 73 procent att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan än helt korrekt åtgärd till Försäkringskassan. 22 procent av dem anger att de ibland rapporterar annan än helt korrekt åtgärd. Endast 5 procent anger att de gör det ganska ofta eller mycket ofta/alltid. Detta visar att ett beroende²⁶

²⁶ Statistiskt signifikant på 6 % nivå

finns mellan behandlarnas yrkesroll och hur ofta de rapporterar annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt. Hänsyn till behandlarens yrkesroll måste därför tas när studier och analyser av det statliga tandvårdsstödet innefattar rapporterade åtgärder.

Tabell 18 Hur ofta rapporterar du annan åtgärd än den du anser vara helt korrekt på behandlarens verksamhetsområde

	Privattandvård	Folktandvård
Aldrig	48 %	36 %
Mycket sällan	34 %	41 %
Ibland	17 %	19 %
Ganska ofta, Mycket ofta/alltid	1 %	4 %
Totalt antal	221	245

Delas svaren in efter behandlarens verksamhetsområde visar det att inom privattandvården rapporterar 82 procent av behandlarna att de rapporterar annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt medan 17 procent anger att de gör det ibland. Endast 1 procent anger att de rapporterar annan än helt korrekt åtgärd ganska ofta eller mycket ofta/alltid. Bland behandlarna verksamma inom folktandvården anger 76 procent att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan än helt korrekt åtgärd medan 19 procent anger att de gör det ibland. Endast 4 procent av behandlarna anger att de rapporterar annan än helt korrekt åtgärd ganska ofta eller mycket ofta/alltid. Detta visar att ett beroende²⁷ finns mellan behandlarnas verksamhetsområde och hur ofta de rapporterar annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt. Hänsyn till behandlarens verksamhetsområde måste därför tas när studier och analyser av det statliga tandvårdsstödet innefattar rapporterade åtgärder.

Tabell 19 Anledning till rapport av annan åtgärd av de behandlare som angivit att de någon gång rapporterat annan åtgärd än den de ansett vara helt korrekt

	Andel av respondenterna
Jag tycker åtgärdslistan är svår att tillämpa	18%
Jag hittar ingen åtgärd som tydligt stämmer in på den behandling jag utfört	75%
Flera åtgärder tillämpliga, väljer den som är mest ekonomiskt fördelaktig för patienten	19%
Annan orsak	3%
Totalt	114%

Anledningen till att behandlare rapporterar annan åtgärd än den de tycker är helt korrekt kan variera, bland de alternativ som gavs i denna undersökning angav 75 procent att de inte hittar en åtgärd som tydligt stämmer in på den behandling de utfört. 19 procent angav att de valde att rapportera annan behandling än den de ansåg vara helt korrekt eftersom det var mer

²⁷ Statistiskt signifikant på 2 % nivån

ekonomiskt fördelaktigt för patienten. Endast 17 procent av behandlarna angav att de tycker att åtgärdslistan är svår att tillämpa.

”Åtgärden står inte med”

”Blir för dyrt för patienten annars. Exempelvis finns ej enkla fyllningar ÖK-front, men det finns för premolarer och molarer”

”Lämplig åtgärd/kombination och/eller diagnos saknas i systemet. Ibland går det ej att kombinera de korrekta åtgärderna pga. systemet. Till exempel 200 och 300 åtgärder.”

De två vanligaste orsakerna till rapportering av annan än helt korrekt åtgärd beror på orsaker som går att härleda till behandlarens upplevelse av konstruktionen av åtgärdsslistan. Det är också möjligt att behandlars upplevda svårigheter kan bero på att ett nytt regelverk införts samtidigt med nya IT system för rapportering till Försäkringskassan. De systematiska skillnader som identifieras när det gäller rapport av diagnoser och tillstånd kan eventuellt vara en följd av barnsjukdomar i regelverk och IT system.

Jämfört med anledningarna till att behandlare rapporterar annan än helt korrekt diagnos/tillstånd visar detta samma typ av anledningar. För Försäkringskassans databas innebär detta att det finns rapporterade diagnos/tillstånd och åtgärder som inte stämmer med dem som faktiskt är utförda och analys och uppföljning som baseras på dessa data kan innehålla felaktigheter som ger missvisande resultat. Omfattningen av detta går inte att uppskatta genom denna undersökning. Andra följder detta kan få är att vid justering av referenspriser och åtgärdslista måste hänsyn till att det finns felaktig rapportering tas.

Därför föreslås att denna studie följs upp genom ny djupare studie efter release 3 av Försäkringskassans IT-stöd. Syftet med studien ska vara att undersöka om behandlare upplever det enklare att rapportera korrekt diagnos/tillstånd och åtgärd när Försäkringskassans IT-stöd utvecklats vidare. Samtidigt ska omfattning och konsekvenser av eventuella systematiska skillnader bedömas.

Speciella diagnoser/tillstånd och åtgärder

I journalsystemen finns bara möjlighet att rapportera en diagnos även om det finns flera möjliga diagnoser. För att få en bild av hur rapportering kan se ut i fall då flera olika diagnoser är möjliga ställdes frågor om speciella diagnoser och tillstånd.

En hypotetisk tand med följande möjliga diagnoser; Karies, Parodontit²⁸, Endodontisk diagnos²⁹ och fraktur³⁰ presenterades och respondenten ombads att välja den diagnos de skulle ha rapporterat till Försäkringskassan.

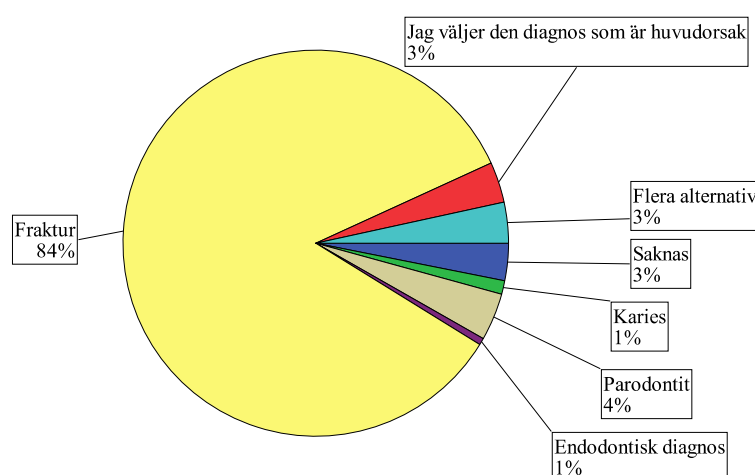
²⁸ Parodontit = Tandlossning

²⁹ Endodontisk diagnos = tillstånd som kräver rotfyllning

³⁰ Fraktur = mekaniskt skadad tand avbiten, spricka eller dyl.

Utöver ovan alternativ fanns även alternativen ”Jag väljer den diagnos som är huvudorsak” och ”Eftersom samtliga är ok, väljer jag den som kommer först i journalsystemets diagnoslista”. Tandens är aktuell för extraktion³¹ och diagnos som passar till detta skulle ställas.

Figur 14 Behandlarens val av diagnos för extraktion för en hypotetisk tand med flera korrekta diagnoser för enbart tandläkare och specialisttandläkare



Totalt³² 84 procent av alla behandlare anger att de skulle välja att rapportera fraktur som diagnos/tillstånd som orsakar extraktionen. Andelen behandlare som inte svarat på frågan är 3 procent. Detta bör visa att diagnossättning inte sker slumpmässigt utan efter en viss logik. Eventuellt väljer man att rapportera fraktur då denna diagnos kan upplevas enklare och tydligare att dokumentera.

Resultatsammanfattning

Enligt studiens resultat utförs i huvudsak rapporteringen till Försäkringskassan av personer med tandvårdslegitimation men lite mer än en fjärdedel av alla som rapporterar är personer utan tandvårdlegitimation som tandsköterskor eller administrativ personal.

Av alla respondenter anger 65 procent att de använder journalsystemen Opus eller T4 för att rapportera till Försäkringskassan. Om något av dessa journalsystem uppvisar särdrag som påverkar rapporteringen kan detta visa sig i data. Alma och Effica är de journalsystem som följer i popularitet med 26 procent av alla respondenter. Totalt innebär detta att fyra journalsystem står för 91 procent av de system som används för att rapportera till Försäkringskassan. En inventering av de certifierade journalsystemen och dess påverkan på rapporteringen till Försäkringskassan kan behöva göras.

³¹ Extraktion = ”dra ut en tand”

³² Tandhygienister utesluts ur denna analys då de inte får dra ut tänder

De tre vanligaste orsakerna till att en patientens kostnader för en åtgärd ibland ligger över referenspriset är i fallande ordning:

- Annat material används än det som ligger till grund för referenspriset
- Högre kostnadsnivå på kliniken
- Arbetet tog längre tid än normalt

Behandlaren yrkesroll kan ha viss betydelse för orsaken till att en patients kostnader för en åtgärd ligger över referenspriset. Oavsett om behandlaren är verksam inom privat eller folktandvård är de tre vanligaste orsakerna till att patientens kostnader för en åtgärd ibland ligger över referenspriset de samma. Ordningen de förekommer i skiljer sig däremot åt mellan grupperna.

De tre vanligaste orsakerna till att en patients kostnader för en åtgärd ibland ligger under referenspriset är i fallande ordning:

- Arbetet gick fortare än normalt
- Rabatt lämnad till kund
- Avstår att debitera patienten då behandlingen blev dyr relativt tidsåtgången

Orsakerna till att en patients kostnader för en åtgärd ibland ligger under referenspriset är olika beroende på om behandlaren är allmäntandläkare, specialisttandläkare eller tandhygienist. Skillnader i orsaker finns även mellan privat och folktandvård.

Av alla behandlare anger 62 procent att de alltid, oftast eller ibland lämnar rabatt till kund. Överensstämmelsen mellan de frågor där rabatt lämnats till kund är hög då 87 procent av de behandlare som angivit rabatt som en orsak till att kundens kostnad för en åtgärd ligger under referenspriset angivit att de lämnat rabatt alltid, oftast eller ibland.

Majoriteten allmäntandläkare och tandhygienister anger att de lämnar rabatt alltid, ofta eller ibland medan majoriteten av specialisttandläkarna anger att de lämnar rabatt sällan eller aldrig då behandlingen gått snabbare än eller var enklare än beräknat. Bland allmäntandläkare är det vanligare att lämna rabatt sällan eller aldrig medan privattandläkare oftast angav att de lämnade rabatt ibland. Andelen privattandläkare som lämnade rabatt ofta när behandlingen gått snabbare eller varit enklare än normalt var större än motsvarande andel för allmäntandläkare.

Av dem som använder tandtekniskt material lägger 58 procent (42 procent av samtliga) till detta till priset för behandlingen. De flesta allmäntandläkare och specialisttandläkare lägger till kostnaden för tandtekniskt material till åtgärdens pris i prislistan medan de flesta tandhygienister anger att de inte använder tandtekniskt material. För behandlare verksamma inom folktandvård är det vanligare att lägga till kostnaden för tandtekniskt material till priset i prislistan medan det är vanligare för behandlare verksamma inom privattandvård att inte göra det.

Bland dem som lägger till kostnaden för tandtekniskt material till priset i prislistan är de vanligaste materialen guld, keramisk hätta eller helkeram.

47 procent av alla behandlare lägger till kostnaden för tandtekniskt material på priset för åtgärden när de rapporterar till Försäkringskassan vilket är helt korrekt om det inte är standardmaterial.

Endast 28 procent av alla behandlare lämnar alltid ut kopia på tandteknikerfaktura oavsett om kunden efterfrågar den eller inte.

Av alla respondenter anger 57 procent att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan diagnos än den som de anser vara helt korrekt.

De tre vanligaste orsakerna till att annan diagnos rapporteras än den som behandlaren anser vara helt korrekt är i fallande ordning:

- Jag tycker att diagnos-/tillståndslistan är svår att tillämpa, är osäker på om jag väljer rätt
- Diagnos/tillstånd saknar lämplig ersättningsberättigad åtgärd
- Jag hittar ingen diagnos/tillstånd som helt stämmer in

Av alla behandlare anger 75 procent att de aldrig eller mycket sällan rapporterar annan åtgärd än den de anser vara helt korrekt.

De tre vanligaste orsakerna till att annan åtgärd rapporteras än den behandlaren anser vara helt korrekt är i fallande ordning:

- Jag hittar ingen åtgärd som tydligt stämmer in på den behandling jag utfört
- Flera åtgärder tillämpliga, väljer den som är mest ekonomiskt fördelaktig för patienten
- Jag tycker åtgärdslistan är svår att tillämpa

Diagnossättningen av en hypotetisk tand som skulle extraheras men uppvisade följande diagnoser/tillstånd; Karies, Parodontit, Endodontisk diagnos och fraktur visade att 84 procent av alla behandlare valde att rapportera diagnosen/tillståndet fraktur. Tandhygienister är uteslutna ur denna andel då de inte får extrahera tänder.

Sammanfattning av slutsatser

I de fall som det rapporterade patientpriset avviker från referenspriset behöver detta inte bero på att klinikens prisnivå skiljer sig från referensprislistans. Hänsyn till orsaken för avvikelser från referenspriser bör tas vid studier av priser och patientkostnader. Omfattningen av detta går inte att uppskattas genom denna undersökning. En djupare studie skulle behövas för att följa upp omfattning och utseende på rapportering av annan än helt korrekta diagnoser/tillstånd och åtgärder.

Studien visar att insatser för att öka medvetenheten om att tandteknikerfaktura måste lämnas ut till patient kan behövas.

För Försäkringskassans databas innebär rapporteringen av diagnos/tillstånd och åtgärder att analys och uppföljning som baseras på denna kan innehålla missvisande resultat och leda till felaktiga slutsatser. Omfattningen av detta går inte att uppskatta genom denna undersökning. Det skulle krävas en djupare studie där omfattning och utseende på rapportering av annan än helt korrekta diagnoser/tillstånd och åtgärder följs upp.

Sammanfattningsvis visar studien att hänsyn till att det finns skillnader i hur olika grupper av behandlare rapporterar till Försäkringskassan bör tas vid analys och uppföljning av det statliga tandvårdsstödet.

Av ovan nämnda skäl föreslås att denna studie följs upp genom ny djupare studie efter release 3 av Försäkringskassans IT-stöd. Syftet med studien ska vara att undersöka om behandlare upplever det enklare att rapportera korrekt diagnos/tillstånd och åtgärd när Försäkringskassans IT-stöd utvecklats vidare. Samtidigt ska omfattning och konsekvenser av eventuella systematiska skillnader bedömas.

Undersökningens Enkät



Utvärdering av Försäkringskassans tandvårdsdatabas 2009

Vi behöver din hjälp för att bli bättre

Nu har du möjlighet att hjälpa oss att hitta brister i Försäkringskassans tandvårdsdatabas.

Dina svar på vår enkät är mycket värdefulla. Vi kommer att använda dem för att kunna säkerställa kvaliteten på delar av de data som används för att utvärdera, analysera och förändra det nya tandvårdsstödet. Vi skulle därför uppskatta om du tar dig tid att fylla i enkäten och skickar den till oss i det portofria svarskuvertet. Det är viktigt att du svarar på alla frågor. Om det är någon annan person hos dig som sköter rapporteringen och kontakterna med Försäkringskassan så kan han eller hon svara på enkäten.

Syftet med enkäten

Syftet med enkäten är att validera kvaliteten på de data som samlas i databasen och att få in kompletterande information. Därför är det av yttersta vikt att denna undersökning håller hög kvalitet.

Enkätstudien är ett samarbete mellan Försäkringskassan, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Socialstyrelsen, och den är en del av det samarbete för utvärdering som Regeringen ålagt dessa myndigheter.

Dina uppgifter behandlas anonymt

Dina svar kommer att behandlas anonymt och användas enbart för utvärdering, validering och analys. Myndigheterna har ingen möjlighet att koppla svar till någon enskild vårdgivare, eftersom all insamling och avidentifiering av data görs av Statistiska centralbyrån.

Vill du fråga om något är du välkommen att ringa:

Fredrik Lindström 010-116 9498

Telefontid vardagar kl. 9–11.

Tack för hjälpen!

Fredrik Lindström

Projektledare, Försäkringsutveckling, Enheten för Statistisk analys.

Försäkringskassan, Huvudkontoret

103 51 Stockholm


Enkät
Bakgrundsfrågor

1. Vad är du i huvudsak verksam som?
- Allmäntandläkare
- Specialisttandläkare
- Tandhygienist
2. Hur många år har du arbetat inom ditt yrke?
- år
3. Är du verksam inom
- Privat tandvård
- Folktandvård
- Tandvårdsutbildning
4. Hur många tandläkare arbetar på din klinik?
- stycken
5. Hur många tandhygienister arbetar på din klinik?
- stycken
6. Vilken typ av vuxentandvård utför kliniken huvudsakligen?
Flera svarsalternativ är möjliga.
- Allmäntandvård
- Specialisttandvård
- Enbart tandhygieniståtgärder
7. Vem sköter oftast rapporteringen till Försäkringskassan?
- Jag själv
- Annan person med tandvårdslegitimation
- Administrativ personal/ Receptionspersonal
- Assisterande tandsköterska
8. Vilket journalsystem använder du för att rapportera till Försäkringskassan?
- 1 Kodak PracticeWorks (T4)
- 2 AlmaSoft (Alma)
- 3 Swedish Care (Carita)
- 4 Opus Dental (Opus)
- 5 TietoEnator (Efficia)
- 6 ProCuris (Paul G2)
- Jag saknar elektroniskt journalsystem och rapporterar via portalen.





Frågor om priser

9. Försäkringskassans tandvårdsdatabas har ingen möjlighet att ta emot rapporter om vad enskilda avvikelser från referenspriset beror på. Därför behöver vi veta vad som är vanligast i de olika situationerna nedan.

Ibland ligger patientens kostnader för en åtgärd över referenspriset.

Markera de tre alternativ som är vanligast på din klinik.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Klinikens priser överstiger aldrig referenspriserna | <input type="checkbox"/> Längre garantitid |
| <input type="checkbox"/> Annat material används än det som ligger till grund för referenspriset | <input type="checkbox"/> Högre kostnadsnivå på kliniken |
| <input type="checkbox"/> Arbetet tog längre tid än normalt | <input type="checkbox"/> Patientens kostnad har överstigit något av karensbeloppen |
| <input type="checkbox"/> Mer dyrbar metod användes | <input type="checkbox"/> Annan orsak (ange vad): |

Ibland ligger patientens kostnader för en åtgärd under referenspriset.

Markera de tre alternativ som är vanligast på din klinik.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Klinikens priser understiger aldrig referenspriserna | <input type="checkbox"/> Rabatt lämnad till kund |
| <input type="checkbox"/> Annat material användes än det som ligger till grund för referenspriset | <input type="checkbox"/> Patientens kostnad kommer ej att överstiga något av karensbeloppen. |
| <input type="checkbox"/> Arbetet gick fortare än normalt | <input type="checkbox"/> Avstår att debitera patienten då behandlingen blev dyr relativt tidsåtgången |
| <input type="checkbox"/> Patient skulle inte acceptera högre pris än referenspris | <input type="checkbox"/> Annan orsak (ange vad): |
| <input type="checkbox"/> Lägre kostnadsnivå på kliniken | |

10. Hur anger du priset i de fall där tandtekniskt **material** ingår?

Har du ett pris i prislistan till vilket du lägger till kostnad för material? Ja Nej

Om du svarat Ja på frågan ovan – ange typ av material nedan (markera de tre vanligaste).

- Guld
- Titan
- Helkeram
- Keramisk hätta
- Annat (ange vad)

Lägger du till den kostnaden på åtgärdspriset vid rapporteringen till Försäkringskassan? Ja Nej





11. Hur anger du priset i de fall där tandtekniskt **arbete** ingår?

Har du ett pris i prislistan till vilket du lägger till kostnad för tandtekniskt arbete inklusive material?

Ja Nej

Lägger du till den kostnaden på åtgärdspriset vid inrapporteringen till Försäkringskassan?

Ja Nej

12. Lämnar du rabatt på en behandling om den har gått snabbare eller var enklare än du hade beräknat?

Ja

Nej

Ibland

Frågor om diagnos/tillstånd och åtgärd

13. I det nya tandvårdsstödet ska orsaken till en behandling anges i form av diagnos/tillstånd. Utformningen av Försäkringskassans tandvårdsdatabas kan göra det svårt att rapportera helt korrekt diagnos/tillstånd och åtgärd. För att få en bild av tillförlitligheten på rapporterade diagnoser/tillstånd och åtgärder behöver vi få svar på följande frågor:

När du rapporterar diagnos/tillstånd händer det att du av olika anledningar rapporterar annan diagnos/tillstånd än den som du anser vara helt korrekt?

Markera ditt svar på skalan från 1–5, där 1 betyder "Aldrig", 2 betyder "Mycket sällan" och 5 betyder "Mycket ofta/alltid". (0= ingen uppfattning).

1

2

3

4

5

0

Om svaret är 2, 3, 4 eller 5 på ovanstående fråga, anger du orsaken nedan (markera de tre vanligaste).

Mitt journalsystem utgår från åtgärd.

Jag tycker att diagnos-/tillståndslistan är svår att tillämpa så jag är osäker på om jag valt rätt.

Jag råkar ibland ange fel och hinner inte korrigera detta innan rapportering till Försäkringskassan.

Diagnos/tillstånd saknar lämplig ersättningsberättigad åtgärd

Mitt journalsystem anger inte diagnos/tillstånd i klartext, det blir lätt fel.

Jag hittar ingen diagnos/tillstånd som helt stämmer in

Åtgärden är viktigast.

Annan orsak (ange vad):

14. När du rapporterar åtgärd händer det då att du av olika anledningar rapporterar någon annan åtgärd än den som du anser vara helt korrekt?

Markera ditt svar på skalan från 1–5, där 1 betyder "Aldrig", 2 betyder "Mycket sällan" och 5 betyder "Mycket ofta/alltid". (0= ingen uppfattning).

1

2

3

4

5

0

Om svaret är 2, 3, 4 eller 5 på ovanstående fråga, anger du orsaken nedan. Du kan ange flera alternativ

Jag tycker åtgärdslistan är svår att tillämpa

Fler åtgärder tillämpliga, väljer den som är mest ekonomiskt fördelaktig för patienten.

Jag hittar ingen åtgärd som tydligt stämmer in på den behandling jag utfört

6





Övriga frågor

15. I reglerna för det nya tandvårdsstödet står det att kopia på tandteknikerfaktura alltid ska lämnas ut till kunden. I flera fall kan det vara svårt eller omöjligt, till exempel om patienten inte vill ta emot den.

Lämnar du ut kopia på tandteknikerfaktura (*endast ett alternativ*)?

- Ja alltid
 Ja ibland
 Ja om patienten ber om det
 Ja men patienten vill inte ha
 Nej aldrig

Tillstånd/diagnos- och åtgärdsspecifika frågor

16. Som en del i myndighetssamarbetet med uppföljning av det nya tandvårdsstödet ingår även en uppföljning av tandhälsan i Sverige efter införandet av det nya tandvårdsstödet.

Extraktion på grund av karies och/eller parodontit

En tand som ska extraheras kan samtidigt ha flera diagnoser, till exempel karies, parodontit, någon sjukdom i pulpan eller fraktur av tandsubstans/fyllning. Dessa tillstånd kan var och en för sig utgöra indikation för extraktion.

Vilken diagnos väljer du att rapportera till Försäkringskassan för extraktion?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Karies | <input type="checkbox"/> Fraktur |
| <input type="checkbox"/> Parodontit | <input type="checkbox"/> Jag väljer den diagnos som är huvudorsak |
| <input type="checkbox"/> Endodontisk diagnos | <input type="checkbox"/> Eftersom samtliga är ok, väljer jag den som kommer först i journalsystemets diagnoslista |

Periimplantit

Ett implantat har drabbats av periimplantit och måste tas bort.

Vilken diagnos/tillstånd föreslår du vid denna behandling?

Diagnos/tillstånd Åtgärd

Har du någon gång utfört denna behandling utanför ramen för det statliga tandvårdsstödet? Ja Nej

Tack för att du svarade på frågorna!



Täckning

77 personer som ingick i urvalet hade av en eller annan anledning fallit ur undersökningspopulationen. Detta kan bero på att personen avlidit eller emigrerat. En annan orsak var att personen själv eller anhörig angivit att den inte längre ingick i den aktuella populationen. Att personer som ingår i urvalsramen inte kommer med kan teoretiskt inte förekomma då alla behandlare som rapporterar till Försäkringskassan finns registrerade i den datamängd som legat till grund för urvalet.

Bortfall

Vid alla undersökningar förekommer det bortfall av olika typer. Antingen svarar uppgiftslämnaren inte på enkäten och då fås objektsbortfall. Objektsbortfall kan bero på att uppgiftslämnaren inte kunnat, inte varit villig att delta i undersökningen eller inte gått att nå. Objektsbortfallet presenteras okommenterat i Tabell 20 nedan. Objektsbortfallet redovisas också uppdelat på kön och åldersklasser i Tabell 21 och Tabell 22 nedan. Kalibrering för bortfall som redovisas nedan kan inte göras då information om uppgiftslämnarens kön och ålder inte beställts i leveransen från SCB eftersom ytterligare information än den som lämnades i enkäten inte ansågs främja undersökningens syfte.

Tabell 20 Objektsbortfall³³

	Antal	Procent
Har ej svarat på enkäten	401	43,4
Postreturer	4	0,4
Hemlig/skyddad/saknar adress	0	0,0
Förhindrad medverkan	0	0,0
Avböjd medverkan	10	1,1
Insänd blank	3	0,3
Fel person har svarat	0	0,0
Totalt	418	45,3

Tabell 21 Bortfallsredovisning uppdelat på uppgiftslämnarens kön³⁴

Kön	Svarande		Bortfall		Urval	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Män	170	62,7	101	37,3	271	100
Kvinnor	335	51,4	317	48,6	652	100
Samtliga	505	54,7	418	45,3	923	100

³³ Objektsbortfallet är beräknat av SCB

³⁴ Bortfallet är beräknat av SCB

Tabell 22 Bortfallsredovisning uppdelat i åldersklasser³⁵

10-års-klasser	Svarande		Bortfall		Urval	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
20–29	44	37,3	74	62,7	118	100
30–39	80	45,7	95	54,3	175	100
40–49	92	50,3	91	49,7	183	100
50–59	189	64,9	102	35,1	291	100
60–69	97	64,2	54	35,8	151	100
Samtliga	505	54,7	418	45,3	923	100

Om uppgiftslämnaren svarar på enkäten men inte på vissa frågor skapas ett partiellt bortfall på de aktuella frågorna. Partiellt bortfall kan bero på att uppgiftslämnaren inte är villig att svara på frågan, inte kan svara på frågan eller att frågan inte berör uppgiftslämnaren. Exempel där det partiella bortfallet är stort är frågorna i enkäten som rör speciella diagnoser/tillstånd och åtgärder. Frågan om extraktion kan vara svår eller olämplig att besvara för tandhygienister då dessa inte utför extraktioner. Frågorna om peri-implantit kan vara svåra att besvara för tandläkare som inte behandlar denna typ av tillstånd. I Tabell 23 nedan redovisas det partiella bortfaller per fråga.

³⁵ Bortfallet är beräknat av SCB

Tabell 23 Partiellt bortfall

Fråga	Bortfall i procent
Hur många år har du arbetat inom ditt yrke?	0,8
Vad är du i huvudsak verksam som?	2,0
Är du verksam inom	0,4
Hur många tandläkare arbetar på din klinik?	1,2
Hur många tandhygienister arbetar på din klinik?	1,4
Vilken typ av vuxentandvård utför kliniken huvudsakligen?	1,0
Vem sköter oftast rapporteringen till Försäkringskassan?	2,0
Vilket journalsystem används för att rapportera till Försäkringskassan?	1,8
Ibland ligger patientens kostnader för en åtgärd över referenspriset.	7,1
Ibland ligger patientens kostnader för en åtgärd under referenspriset.	9,7
Lämnar du rabatt på en behandling om den har gick snabbare eller var enklare än du hade beräknat?	2,4
Har du ett pris i prislistan till vilket du lägger till kostnad för tandtekniskt material då detta är en del av behandlingen?	6,1
Om du svarat Ja på frågan ovan – ange typ av material nedan.	2,3
Lägger du till den kostnaden på åtgärdspriset vid rapporteringen till Försäkringskassan?	9,0
Lämnar du ut kopia på tandteknikerfaktura?	11,3
Har du ett pris i prislistan till vilket du lägger till kostnad för tandtekniskt arbete inklusive material då detta är en del av behandlingen?	15,0
Lägger du till den kostnaden på åtgärdspriset vid inrapporteringen till Försäkringskassan?	7,6
Hur ofta rapporterar du av någon anledning en annan diagnos/tillstånd än den som du anser vara helt korrekt?	2,0
Av vilken eller vilka anledningar?	4,5
Hur ofta rapporterar du av någon anledning en annan åtgärd än den som du anser vara helt korrekt?	0,8
Av vilken eller vilka anledningar?	6,3
Vilken diagnos väljer du att rapportera till Försäkringskassan för extraktion?	16,7
Vilken diagnos/tillstånd och åtgärd föreslår du vid denna behandling?	
<i>Diagnos/tillstånd</i>	64,2
<i>Åtgärd</i>	64,4
Har du någon gång utfört denna behandling utanför ramen för det statliga tandvårdsstödet?	30,7

Speciella diagnoser och tillstånd

För en tand med diagnosen periimplantit (implantatlossning) och som måste tas bort efterfrågades lämpligt diagnosnummer samt lämplig åtgärd. Liksom i avsnittet ovan rör detta sig om en teoretisk situation varför bedömningen kan bli mycket svår då i vissa fall det kan vara mycket enkelt att avlägsna implantatet om det lossnat helt från käkbenet. I andra fall kan en omfattande operation krävas då även befintliga proteser måste avlägsnas och ytterligare implantat måste tas bort. Vidare får tandhygienister ställa diagnosen men de får ej operera i anslutning till implantaten. Detta kan förklara varför så många olika förslag på diagnoser och åtgärder lämnats.

Tabell 24 Föreslagna diagnoser/tillstånd för ett implantat som drabbats av implantit och måste tas bort

Diagnos/tillstånd	Andel i procent
Saknas	64,2
1301	..
1343	..
2222	..
3042	..
3043	..
3044	28,3
3046	3,8
5446	..
8044	..
T848	..
Total	100,0

Av Tabell 24 framgår att de flesta respondenterna (64 procent) inte lämnat förslag på lämplig diagnos för en tand med periimplantit. Av dem som svarat har 28 procent valt korrekt kod för diagnos/tillstånd (3044) som omfattar den odontologiska diagnosen periimplantit (inflammation runt implantat). Att 3,8 procent rapporterar ”andra sjukdomar och tillstånd i tandköttet och vävnaderna kring tänder och implantat” (3046) kan vara förklarligt mot bakgrund av respondenternas erfarenhet av att diagnostisera detta tillstånd eftersom det ännu är relativt ovanligt med implantit i befolkningen. T848 är en ICD³⁶ diagnos som är korrekt men den går inte att rapportera till Försäkringskassan.

³⁶ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007 ; WHO

Tabell 25 Föreslagna åtgärder för ett implantat som drabbats av implantit och måste tas bort

Åtgärd	Andel i procent
Saknas	64,4
103	..
222	,6
302	..
303	..
341	,6
342	1,2
401	3,4
402	1,8
404	1,4
405	1,4
429	20,2
441	1,2
443	2,0
492	..
882	..
Total	100,0

Andelen respondenter som inte föreslagit åtgärd är lika stor som andelen respondenter som inte föreslagit diagnos. Åtgärd 429 "borttagande av implantat per operationstillfälle" är den korrekta åtgärden vilket 20 procent av alla har svarat. Frågekonstruktionen innehåller mycket knapphändig information om förhållanden som gällde för just detta tillfälle som kan förklara varför det blivit en spridning runt det som var tänkt att vara det korrekta svaret, åtgärd 429, "Borttagande av implantat, per operationstillfälle". Med den knapphändiga information som givits har de svarat kunnat lägga in sina egna erfarenheter om borttagande av implantat något som kan förklara den spridning som förekommer i svaren.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2011:

- 2011:1 Intygskrav inom tillfällig föräldrapenning. En utvärdering av införd reform 1 juli 2008
- 2011:2 Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet