

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



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Jan Almqvist
010-116 94 62
jan.almqvist@forsakringskassan.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett utvärderingsprogram avseende tandvårdsstödet, som trädde i kraft den 1 juli 2008. Denna rapport är den första i en serie av rapporter som kommer under 2010 och 2011. I denna rapport görs en bedömning av prisutvecklingen, samt i vilken omfattning de ökade statliga resurserna inneburit lägre kostnader för patienterna.

I Socialförsäkringsrapporten 2010:11 "Det nya tandvårdsstödet" har en analys av besöksfrekvenserna vid regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte och av effekterna av skyddet mot höga kostnader redovisats. I det fortsatta programmet för utvärdering av tandvårdsstödet pågår en särskild utvärdering av implantatbehandlingar. Vidare kommer en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården att genomföras.

Anna Arwidsson och Nicklas Korsell har genomfört analysen och skrivit rapporten.

Jan Almqvist
Verksamhetsområdeschef

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	7
1.1 Uppdraget	7
2 Bakgrund	7
2.1 Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd	8
2.2 Det tidigare tandvårdsstödet.....	9
2.3 Skillnader mellan det nya och gamla tandvårdsstödet	10
3 Prisutvecklingen för tandvård sedan den 1 juli 2008	11
3.1 Inledning prisutvecklingen	11
3.2 Prisutvecklingen på riksnivå – totalt samt för olika åtgärds-kategorier.....	13
3.3 Prisutvecklingen inom olika vårdgivarkategorier	18
3.4 Prisutvecklingen i olika kommungrupper	19
3.5 Faktorer som påverkar prisutveckling inom tandvård.....	21
4 Patientkostnader för tandvård	23
4.1 Patientkostnader i det nya och gamla tandvårdsstödet.....	23
4.2 Statliga subventioners effekt på patientkostnader.....	38
5 Slutsatser	38
5.1 Prisutvecklingen.....	38
5.2 Patientkostnaden	39
Referenser	41
Bilaga 1 – Ordlista	42
Bilaga 2 – Metod prisindex	45
Bilaga 3 – Behandlingspaket	47

Sammanfattning

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett utvärderingsprogram avseende det nya tandvårdsstödet, som trädde i kraft den 1 juli 2008. I denna delrapport görs en bedömning av prisutvecklingen, samt i vilken omfattning de ökade statliga resurserna inneburit lägre kostnader för patienterna.

Under det nya tandvårdsstödet första tolv månader ökade prisen för den ersättningsberättigande tandvården med 2.7 procent. På årsbasis är detta en betydligt lägre prisökning än under tidigare år. Under perioden januari 2003 till juni 2008 var prisökningen i snitt 4.5 procent per år. Över hela den studerade perioden (juli 2008–oktober 2009) ökade prisen med 5.0 procent. En stor del av denna prisökning skedde i samband med att referenspriserna höjdes 1 september 2009. P.g.a. deflationen i slutet av 2008 så har dock prisökningen i fasta priser under perioden juli 2008–juli 2009 varit något högre än under 5-årsperioden innan, 3.8 procent mot 2.7 procent på årsbasis.

Under den första 12-månadersperioden ökade den generella prisen i folktandvården med 1.3 procent och i den privata med 3.3 procent. Försäkringskassan har även jämfört prisutveckling och prisenivåer för 5 olika kommungrupper. Prisutvecklingen har varit likartad i de olika kommungrupperna under den studerade perioden, men det finns en viss variation i prisenivåer. På årsbasis (juli 2008–juli 2009) hade storstadsregionerna (Stor-Stockholm, Stor-Göteborg och Stor-Malmö) en marginellt högre prisutveckling än övriga regioner med 2.9 procent mot 2.5 procent bland små- och medelstora kommuner.

Två olika ansatser har använts för att kunna bedöma om patienterna fått lägre kostnader genom det nya tandvårdsstödet. I den ena jämförs den genomsnittliga patientkostnaden vid olika konsumtionsnivåer (vårdgivarpriser) under de nya ersättningsreglerna med den genomsnittliga patientkostnaden vid samma konsumtionsnivå i det gamla tandvårdsstödet. I den andra ansatsen jämförs patientkostnaden för ett antal behandlingspaket som använts i tidigare prisutvecklingsstudier. Generellt är det vanskligt att göra jämförelser mellan det nya och gamla tandvårdsstödet vad gäller patientkostnader, främst på grund av att det inte finns någon heltäckande statistik över tandvårdskonsumtionen innan den 1 juli 2008.

En generell slutsats vad gäller patientkostnaden i det nya tandvårdsstödet jämfört med det gamla är att:

1. patienter med låg tandvårdskonsumtion, t.ex. endast en undersökning samt en enkel förebyggande åtgärd under en hel ersättningsperiod, har fått en lägre kostnad än tidigare. Detta gäller för alla åldersgrupper utom för åldersgruppen 65–74 år som har fått en högre kostnad

2. patienter med hög eller mycket hög konsumtion har också fått lägre kostnader än tidigare. Detta gäller för alla ålderskategorier, även för patienter som fyllt 65 år.

Dessa resultat gäller *i snitt*. Resultaten är i linje med målen med det nya tandvårdsstödet att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små behov samt att göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få dessa behov tillgodosedda till en rimlig kostnad.

Tittar man däremot på *medelpatientens* (med avseende på konsumerad tandvård) kostnader är resultaten mera blandade mellan de olika åldersgrupperna. Medelpatienten i åldersgruppen 20–29 år har fått en patientkostnad som är 15.8 procent högre än i det gamla stödet, medan medelpatienten i åldersgruppen 30–64 år har fått näst intill oförändrad patientkostnad, 0.2 procent högre. Medelpatienten i åldersgruppen 65–74 år har under de nya ersättningsreglerna fått en patientkostnad som är 16.6 procent högre och bland dem som fyllt 75 år har medelpatienten fått en ökad patientkostnad 20.5 procent. Att medelpatienten i gruppen 20–29 år fått högre patientkostnader bedöms dels bero på att konsumtionen om 2 274 kronor inte når över karensbeloppet i högkostnadsskyddet och dels på att det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) vid detta vårdgivarpris procentuellt sett inte minskar patientkostnaden i större omfattning än vad ersättningen i det gamla stödet gjorde. Att vårdgivarpriserna ökade i samband med införandet av referenspriserna har förstås också påverkat patientkostnaden.

1 Inledning

Den 1 juli 2008 trädde lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd i kraft. Med det nya tandvårdsstödet finns två huvudsakliga mål. Det första målet är att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov. Det andra målet är att göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad.¹

1.1 Uppdraget

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett utvärderingsprogram avseende de förändringar som genomförts i tandvårdsstödet den 1 juli 2008.

I denna första delrapport görs en bedömning av prisutvecklingen och i vilken omfattning de ökade statliga resurserna inneburit lägre kostnader för patienterna. Försäkringskassan har getts förlängd svarstid till den 21 december 2009 för denna delrapport.

Delrapporten består av fem avsnitt. I det första avsnittet har det regeringsuppdrag som getts till Försäkringskassan beskrivits. I avsnitt två redogörs för det nya och det tidigare tandvårdsstödet, samt skillnaderna mellan nuvarande och tidigare tandvårdsstöd. I avsnitt tre presenteras prisutvecklingen för tandvård. Avsnitt fyra behandlar frågan om den ökade statliga tandvårdssubventionen inneburit lägre patientkostnader. I avsnitt fem innehåller sammanfattande slutsatser.

Odontologisk ordlista samt metodbeskrivning finns i bilaga 1.

2 Bakgrund

Regeringen föreslog i propositionen 2007/08:49 Statligt tandvårdsstöd att ett nytt statligt tandvårdsstöd skulle införas. Efter beslut av riksdagen trädde lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd i kraft den 1 juli 2008. Sedan det nya statliga tandvårdsstödet infördes anslår regeringen 6 miljarder kronor per år på tandvårdsersättningen. Detta är en ökning med 3 miljarder kronor jämfört med innan reformen infördes.

I propositionen formulerades två särskilda övergripande mål för det nya tandvårdsstödet. Det första målet är att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov. Det andra målet är att göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad.

¹ Lagrådsremiss, 20071108, s. 45

Det första målet, att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov, har satts upp eftersom det bedöms minska det framtida behovet av tandvård och därigenom minska risken för höga kostnader för tandvård på sikt. Det bedöms vidare som extra viktigt att få personer i åldersgruppen 20–29 år att i högre omfattning än tidigare besöka tandvården i förebyggande syfte. Det första målet ska uppnås genom att ge ekonomiskt stöd för förebyggande tandvård och regelbundna besök i förebyggande syfte. Det andra målet, att möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad, bedöms som det viktigaste målet för enskilda individer. Det andra målet ska uppnås genom ett skydd mot höga kostnader i syfte att minska de ekonomiska hindren för tandvård. Även den förebyggande tandvården uppges dock vara central för de med stora tandvårdsbehov.²

I propositionen angavs även att de övergripande mål som fanns i Tandvårdslagen (1985:125), skulle vara vägledande vid framtagandet av det nya tandvårdsstödet. I denna lag angavs de övergripande målen med tandvård vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.³

Ytterligare ett syfte med tandvårdsreformen är att stärka patienters ställning på tandvårdsmarknaden. Detta ska bland annat uppnås genom att göra det lättare för patienter att kunna jämföra priser hos olika vårdgivare. Det har därför lanserats en prisjämförelsetjänst på Försäkringskassans hemsida (www.forsakringskassan.se). I denna ska vårdgivare registrera sina priser för olika åtgärder. På prisjämförelsetjänsten ska patienter på ett enkelt sätt kunna jämföra priserna hos olika vårdgivare.

Tidigare studier av det gamla tandvårdsstödet indikerar att skillnaderna mellan kvinnors och mäns tandvårdskonsumtion är relativt liten. Skillnaden i vårdgivar- och konsumentpris mellan kvinnor och män uppgavs då inte vara större än 50 kronor⁴. Försäkringskassan har därför inte i denna studie delat upp tandvårdspriser och patient kostnader på kvinnor och män. Detta bedöms dock som en relevant uppdelning i nästkommande steg i utvärderingen av tandvårdsstödet när det bland annat ska studeras hur besöksfrekvenser i förebyggande syfte och effekter av skyddet mot höga kostnader ska studeras.

2.1 Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Det nya tandvårdsstödet omfattar hela befolkningen från och med det år de fyller 20 år. Tandvårdsstödet består av ett allmänt tandvårdsbidrag samt ett skydd mot höga kostnader.

² Proposition 2007/08:49, sid. 48

³ Proposition 2007/08:49, sid. 48

⁴ SOU 2007:19, s. 150

All tandvård berättigar inte till ersättning från det statliga tandvårdsstödet utan endast

1. förebyggande tandvård
2. tandvård som syftar till att åstadkomma:
 - a) frihet från smärta och sjukdomar,
 - b) förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder,
 - c) ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) innebär att alla får ett bidrag om 150 kronor respektive 300 kronor per år beroende på patientens ålder. Bidraget finns som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan. Pengarna betalas direkt till vårdgivaren som utfört behandlingen. Vid besök hos en vårdgivare ska patienten meddela vårdgivaren att han/hon vill använda sitt tandvårdsbidrag för att betala en del av kostnaden för behandlingen. Hela bidraget ska användas vid samma tillfälle och ett nytt bidrag berättigas varje år. Ett tandvårdsbidrag kan sparas och på så sätt kan två tandvårdsbidrag användas vid ett tillfälle. Det är inte möjligt att ha fler än två sparade tandvårdsbidrag samtidigt. Det allmänna tandvårdsbidraget är för åldersgruppen 20–29 år 300 kronor per år. För åldersgruppen 30–74 år är bidraget 150 kronor per år. Personer som fyllt 75 år får 300 kronor per år i allmänt tandvårdsbidrag.

Högekostnadsskyddet i det nya tandvårdsstödet består av en tandvårdsersättning som kan utbetalas i det fall patientens ersättningsgrundande belopp överstiger 3 000 kronor. Det ersättningsgrundande beloppet är summan av referenspriserna (se nedan) eller vårdgivarens pris, om det är lägre, för alla ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder patienten utfört under en ersättningsperiod. För del av patientens ersättningsgrundande belopp mellan 3 000 och 15 000 kronor lämnas tandvårdsersättning med 50 procent, för delen över 15 000 kronor lämnas ersättning med 85 procent.

Samtidigt som den nya tandvårdsreformen trädde i kraft infördes referenspriser för ersättningsberättigande tandvård. Referenspriserna tas fram av Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) och uppdateras en gång per år. Det är utifrån dessa referenspriser ersättning i skyddet mot höga kostnader beräknas. Vårdgivarna är dock inte bundna av referenspriset, de kan ta ut både ett högre och ett lägre pris. Det är alltid det lägsta av vårdgivarpriset och referenspriset för åtgärden som används i beräkningen av ersättningen. Tar en vårdgivare ut ett högre pris än referenspriset av en patient betalar patienten själv mellanskillnaden. Referenspriserna ska följa utvecklingen av vårdgivarnas kostnader för att producera tandvård. Detta, tillsammans med att patienten alltid bär en del av kostnaden, gör att det inte bör vara möjligt för vårdgivarna att göra prishöjningar som inte motiveras av motsvarande kostnadsökningar.

2.2 Det tidigare tandvårdsstödet

Den första allmänna tandvårdsförsäkringen infördes 1974. Det tandvårdsstöd som var gällande innan den 1 juli 2008 byggde på den tandvårdsreform som infördes 1999. Samma år infördes fri prissättning på tandvård. Samtidigt infördes också en ersättning med avsikten att ge alla vuxna

ekonomiskt stöd för hälsofrämjande tandvård (bstandvård). I stödet lämnades ersättning med ett grundbelopp för utförd bstandvård, med undantag för undersökningar för patienter i åldersspannet 30–64 år. För patienter 65 år fyllda lämnades ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för viss bstandvård.⁵ Grundbeloppen motsvarade cirka 30 procent av arvodet enligt en tidigare fastställd tandvårdstaxa.⁶ För protetik och tandreglering utbetalades ersättning när grundbeloppen överstigit ett karensbelopp om 3 500 kronor⁷. Åren 2001 och 2002 avskaffades i två steg karensbeloppet för avtagbara proteser⁸.

År 2002 infördes ett särskilt högkostnadsskydd för personer som fyllt 65 år. Högkostnadsskyddet ersatte patienters kostnader för protetiska åtgärder, med avdrag för ett karensbelopp om 7 700 kronor. Bstandvård ersattes inte inom detta. Att protetik- men inte bstandvård ersattes, hade troligen vårdstyrande effekter. Detta kan ha medfört att protetiska behandlingar utförts när det i stället hade varit odontologisk möjligt att med bstandvård bevara befintliga tänder. Ersättningen baserades på Folktandvårdens pris (i det landsting åtgärden utfördes), inte på det faktiska priset vårdgivaren tog ut. Om vårdgivaren hade ett högre pris debiterades patienten mellanskillnaden. Detta i kombination med att vissa materialkostnader (ädel- och gjutmetaller) inte ersattes ledde till att den faktiska kostnaden för patienten kunde överstiga 7 700 kronor. Om det var mer förmånligt för patienten skulle det generella högkostnadsskyddet tillämpas.⁹

I det tidigare tandvårdsstödet fanns en rätt till förhöjd ersättning på grund av långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. Dessa patienter kunde få ersättning med dubbla grundbelopp för all bstandvård som var nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionsnedsättningen. Vidare fanns det för dessa patienter inget karensbelopp när det gällde det generella skyddet mot höga kostnader för protetik och tandreglering.¹⁰

2.3 Skillnader mellan det nya och gamla tandvårdsstödet

De största skillnaderna mellan det gamla och nya tandvårdsstödet är dels att i det nya har hela den vuxna befolkningen ett högkostnadsskydd, dels att högkostnadsskyddet innefattar bstandvård såväl som protetik och tandreglering och dels att i det nya tandvårdsstödet bär patienten alltid en del av totala vårdgivarpriset. I det gamla stödet var det bara personer som fyllt 65 år som hade ett reellt högkostnadsskydd, och då bara för protetiska åtgärder.

⁵ Riksförsäkringsverket, 2002, s. 11

⁶ Proposition 2007/08:49, s. 29

⁷ Riksförsäkringsverket, 2002, s. 12

⁸ Lagrådsremiss, 20071108, s. 46

⁹ SOU 2007:19, s. 238

¹⁰ Proposition 2007/08:49, s. 30

Även om konstruktionen med ett allmänt tandvårdsbidrag är ny så fanns ett visst stöd för förebyggande tandvård även i det gamla stödet. Ersättning lämnades för bastandvård där förebyggande åtgärder ingår, men för personer i åldersgruppen 30–64 år var undersökningar undantagna från denna ersättning.

I det tidigare tandvårdsstödet fanns en rätt till förhöjd ersättning på grund av långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. Något särskilt stöd till dessa ges inte i det nya tandvårdsstödet. Regeringen har dock under våren 2009 tillsatt en arbetsgrupp som fått i uppdrag att utforma förslag till ett särskilt stöd för personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård. Denna arbetsgrupp ska presentera sina förslag senast 1 oktober 2010.

3 Prisetvecklingen för tandvård sedan den 1 juli 2008

I detta avsnitt görs en bedömning av prisutvecklingen inom tandvården sedan den 1 juli 2008 t.o.m. 31 oktober 2009 samt en diskussion kring kostnaderna för att producera tandvård.

3.1 Inledning prisutvecklingen

För att få en bild av tandvårdsåtgärdernas prisutveckling efter införandet av det nya statliga tandvårdsstödet har ett antal indexserier beräknats. Dataunderlaget till dessa index är vårdgivarpriserna för de 60 mest utförda tandvårdsåtgärderna som inrapporterats till Försäkringskassans tandvårdsregister. I volym utgör dessa åtgärder 99 procent av all ersättningsberättigande tandvård som rapporterats in till Försäkringskassan under undersökningsperioden. Anledningen till att inte alla åtgärder används i beräkningarna är att många åtgärder görs det så få av att det dels är svårt att mäta *utvecklingen* i priset på månadsbasis (som denna undersökning tittar på), dels går det inte att göra någon uppdelning på t.ex. region, landsting eller vårdgivarkategori eftersom i många av kategorierna har åtgärden inte utförts alls under undersökningsperioden.

I det nya tandvårdsstödet rapporteras merparten av all tandvård som utförs på vuxna i Sverige in till Försäkringskassan, vilket möjliggör en rent registerbaserad skattning av prisutvecklingen. Det är i detta sammanhang viktigt att poängtera att de framräknade indexserierna endast mäter prisutvecklingen för den *ersättningsberättigande* tandvården. Dessutom ingår inte den landstingsfinansierade tandvården i denna undersökning eftersom denna inte innefattas av det statliga tandvårdsstödet.

I beräkningarna av indexserierna har olika uppdelningar gjorts beroende på vårdgivarkategori. Folktandvårdens taxor för de olika ersättningsberättigande åtgärderna bestäms centralt av landstingsfullmäktige och gäller sedan under en viss period. Det finns dock en viss spridning i inrapporterade priser

för varje enskild åtgärd inom ett och samma landsting. Detta beror dels på att Landstingen för vissa åtgärder tillämpar s.k. latituder, (i princip: ”svårighetsgrad”), dels olika taxor beroende på om det är en specialist- eller allmäntandläkare som utfört åtgärden. Dessutom tillämpar många Folk- tandvårder s.k. jourtaxor. Försäkringskassan har beräknat snittpriser för varje åtgärd i varje landsting under varje ”taxaperiod” separat. Dvs. om ett visst landsting tillämpade en viss taxa under perioden 1 juli 2008–31 december 2008 och en annan taxa fr.o.m. 1 januari 2009 så har ett snitt av de inrapporterade priserna beräknats separat för varje period (och åtgärd). Detta snittpris används sedan för denna åtgärd i just det landstinget under hela taxaperioden i indexberäkningen. Det är viktigt att framhålla att skattningen alltså fortfarande är registerbaserad. Endast om det inte utförts en enda av den aktuella åtgärden under en viss taxaperiod har listpriset för denna åtgärd använts (eller snarare ett vägt snitt av allmäntandvårdstaxan och specialist- eller jourtandvårdstaxan). Med den ovan beskrivna uppdelningen blir indexen för ett visst landsting stabilare än om snittpriset för varje månad hade använts i indexberäkningen.

För de privata vårdgivarna har en annan uppdelning använts. En sak som komplicerar beräkningen av prisindex för de privata vårdgivarna är att majoriteten av mottagningarna har stängt under sommarsemestern, och många av dem som har öppet ligger på en lägre prisnivå än övriga (detta gäller särskilt i storstadsregionerna). Ett exempel på detta är City-dental som har öppet under hela sommaren och tillämpar en lägre taxa än många andra privata vårdgivare. För att undvika en säsongseffekt har de privata klinikerna därför delats upp dels efter kommungrupp och dels efter om de utfört vård under juli eller inte.

Försäkringskassan har beräknat sammanfattande prisindex avseende den generella prisnivån efter följande dimensioner:

1. Totalt Riket
2. Olika åtgärds-kategorier (Riket)
3. Olika kommungrupper: (Stor-Stockholm, Stor-Göteborg, Stor-Malmö, medelstora kommuner samt små kommuner).
4. Folktandvård – Privata vårdgivare

Samtliga index är beräknade för perioden juli 2008–oktober 2009 och oftast har juli 2008 använts som basperiod. Samtliga index är beräknade med fasta kvantiteter för varje åtgärd.

I tabell 1 nedan redovisas sammanfattande statistik över tandvårdskonsumtionen under perioden 1 juli 2008–31 oktober 2009. Av de cirka 20.2 miljoner åtgärder som utfördes under denna period har cirka 19.4 miljoner använts i beräkningarna av indexserierna. Att inte alla inrapporterade vårdgivarpriser för en viss åtgärd använts i beräkningarna beror på vi i denna undersökning bara tittar på de 60 vanligaste åtgärderna samt att det finns en hel del uppenbart felrapporterade priser i tandvårdsregistret. Eftersom ingen kontroll av det inrapporterade vårdgivarpriset görs i Försäkringskassans system kan en vårdgivare i princip rapportera in vilket pris som helst. Detta påverkar inte själva ersättningen om det felaktiga vårdgivarpriset är över referenspriset för åtgärden eftersom tandvårdsersättningen

grundas på det lägsta av dessa båda. Av samma skäl är det rimligt att anta att det finns fler felaktiga priser som ligger över referenspriset än som ligger under. För beräkningen av indexserierna är det dock viktigt att rensa ut så många av de felaktiga priserna som möjligt, särskilt de som ligger extremt högt över snittet (det högsta enskilda inrapporterade åtgärdspriset var något över 4.2 miljarder kronor för en åtgärd 801). Ingen rensning har dock gjorts av ”låga” priser. Ofta ges rabatt på enskilda åtgärder i en behandling och dessa har inte rensats ut från data. I Bilaga 2 redovisas metoden som använts i denna rapport för att rensa data.

**Tabell 1 Antal patienter, besök och utförda åtgärder under perioden
1 juli 2008–31 oktober 2009**

Antal patienter (tusental)	4 652
Varav	
20–29 år	549
30–64	2 890
65–74	714
>= 75 år	499
Antal besök (milj.)	12.3
Antal åtgärder (milj.)	20.2

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

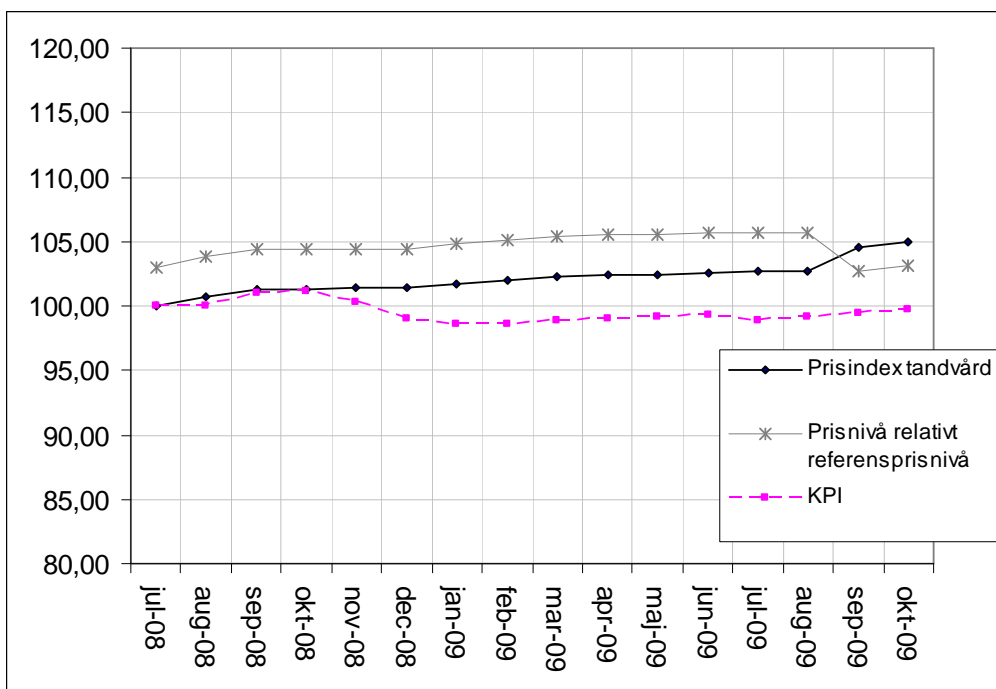
3.2 Prisutvecklingen på riksnivå – totalt samt för olika åtgärds-kategorier

Diagram 1 nedan visar dels ett sammanvägt prisindex för den ersättningsberättigande tandvården, dels en indexserie för hur den generella prisnivån förhåller sig till referenspriserna under perioden 1 juli 2008–31 oktober 2009, och dels hur konsumentprisindex (KPI) utvecklats under perioden. Värdena ska ses som månadsmedelvärden för tandvårdspriser så att de avser mitten på månaden. Prisindexet för en viss månad mäter i princip vad hela den första 12-månadersperiodens ”varukorg” hade kostat med den aktuella månadens snittpriser i förhållande till basperiodens (juli 2008) snittpriser. Totalt ökade prisnivån inom den ersättningsberättigande tandvården med 2.7 procent under perioden juli 2008–juli 2009 och med 5.0 procent över hela den studerade perioden (juli 2008–oktober 2009). På årsbasis är detta en betydligt lägre prisökning än under tidigare år. Enligt SCB:s index för tandläkararvode ökade prisnivån under perioden januari 2003–juni 2008 med i snitt 4.5 procent per år. I fasta (KPI-deflaterade) priser har prisnivån inom tandvården ökat med 3.8 procent mellan juli 2008 och juli 2009 och med 5.4 procent t.o.m. oktober 2009. På årsbasis är detta en något snabbare prisökning än under perioden januari 2003–juli 2008. Under denna period ökade prisnivån i tandvården med i snitt 2.7 procent per år i fasta priser enligt SCB:s index för tandläkararvode. Att prisutvecklingen mätt i fasta priser blir högre än i löpande priser beror på att den allmänna prisnivån (enligt KPI) har sjunkit under perioden. Detta innebär att relativpriset på tandvård ökat sedan början på undersökningsperioden (juli 2008). Under antagande om konstanta kvantiteter betyder det att en större andel av den totalräknade konsumtionen läggs på tandvård.

Under perioden juli 2008 till juli 2009 ökade SCB:s konsumentprisindex (KPI) för hälso- och sjukvård med 4.1 procent. SCB:s delindex för bara tandvård var för juli 2009 2.6 procent högre än juli 2008, alltså marginellt mindre än med det index som Försäkringskassan beräknat. SCB:s index baseras på listpriser för 12 tandvårdsåtgärder som inhämtas genom enkäter till vårdgivare.

Den relativt snabba prisökningen under augusti–september 2008 (jämfört med resten av undersökningsperioden) är förmodligen en effekt av att referenspriserna infördes 1 juli 2008, dvs. under sommarsemestern då de flesta privata kliniker har stängt. Dessa kliniker justerade antagligen sedan sina prislistor under augusti. När referenspriserna höjdes 1 september 2009 fick det en direkt effekt på prisnivån. Detta avspeglas ganska tydligt i indexserien med en relativt stor ökning av vårdgivarpriserna mellan augusti och september 2009: 1.9 procent. Motsvarande förändring mellan samma månader under 2008, då inga förändringar av referenspriser gjordes, var 0.5 procent.

Diagram 1 Prisindex för tandvård (Basperiod = juli 2008), index för prisnivå relativt referensprisnivå, samt KPI



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

Det är också intressant att titta på hur prisnivån totalt sett förhåller sig till referenspriserna och hur detta förhållande utvecklats under perioden, särskilt när referenspriserna höjdes 1 september 2009. Den tredje serien i diagram 1 avser att mäta vad hela den första 12-månadersperiodens ”varukorg” kostat med indexmånadens priser i jämförelse med vad samma kvantiteter kostat om vårdgivarna debiterat referenspriserna. I juli 2009 var detta index 105.7 dvs. den generella prisnivån var 5.7 procent högre än referensprisnivån denna månad. I september 2009 (när de nya referenspriserna infördes) sjönk indexet till 102.7. Att detta index sjönk abrupt när de nya referenspriserna kom beror på att många vårdgivare (särskilt Folk tandvården i de olika

länen) inte justerade sina prislister direkt utan med en viss fördröjning. Några landsting har ännu inte justerat taxorna.

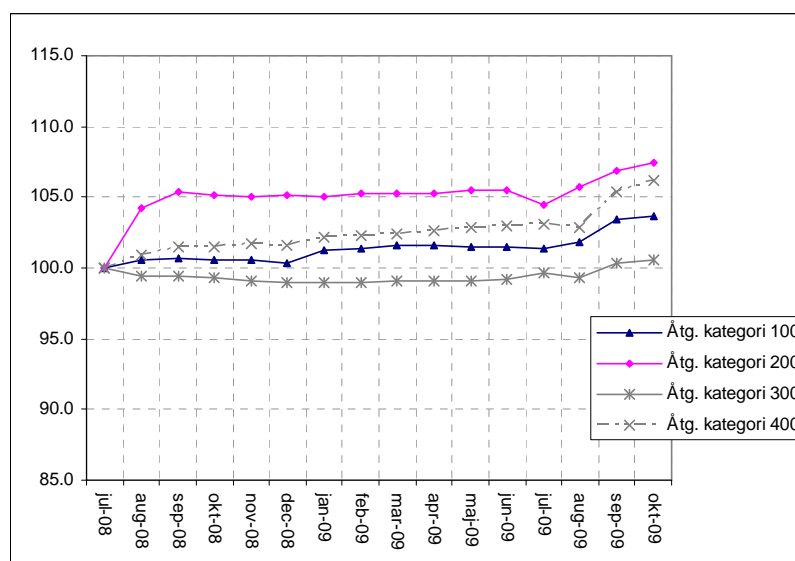
Det finns viss variation i prisutvecklingen över olika tandvårdsåtgärder och åtgärds-kategorier. Tabell 2 samt Diagram 2 och 3 nedan visar relativa prisutvecklingen samt prisindex för de olika åtgärds-kategorierna i det nya tandvårdsstödet. Den relativt sett högre prisökningstakten under juli–augusti 2008 avspeglar främst snabba prisökningar inom sjukdomsförebyggande och bettfysiologiska åtgärder. Inom den förstnämnda kategorin var det främst snittpriset för åtgärd 202 ("Professionell rengöring, fluorbehandling och kostrådgivning i kombination med undersökning") utförd i privat tandvård som ökade under denna period. Sett över hela den första 12-månadersperioden var det dock bettfysiologiska och protetiska åtgärder som ökade mest i pris. Prisnivån för dessa åtgärds-kategorier ökade med 6.6 respektive 4.6 procent mellan juli 2008 och juli 2009.

Tabell 2 Prisutvecklingen för olika åtgärds-kategorier på årsbasis

Åtgärds-kategori	Prisutveckling juli 2008–juli 2009 (procent)	Prisutveckling aug 2008–aug 2009 (procent)
100. Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder	1.4	1.2
200. Sjukdomsförebyggande åtgärder	4.5	1.5
300. Sjukdomsbehandlande åtgärder	-0.3	-0.1
400. Kirurgiska åtgärder	3.1	1.9
500. Rotbehandling	3.6	2.6
600. Bettfysiologiska åtgärder	6.6	2.7
700. Reparativa åtgärder	2.6	1.8
800. Protetiska åtgärder	4.6	3.1

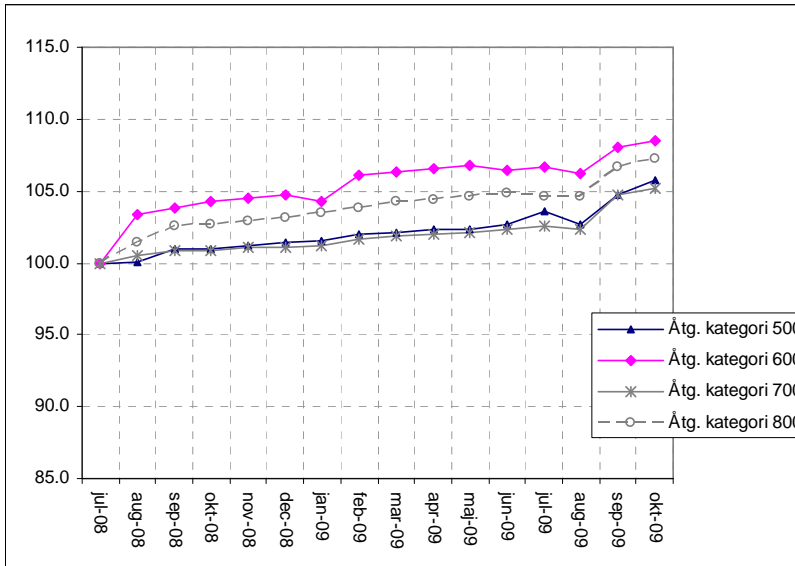
Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

Diagram 2 Prisindex för åtgärds-kategorier 100–400 (Basperiod = juli 2008)



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

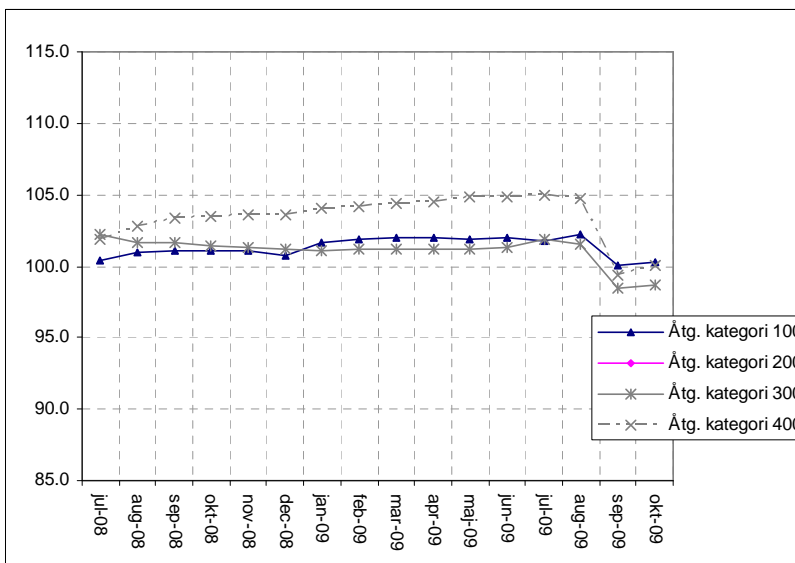
Diagram 3 Prisindex för åtgärds-kategorier 500–800 (Basperiod = juli 2008)



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

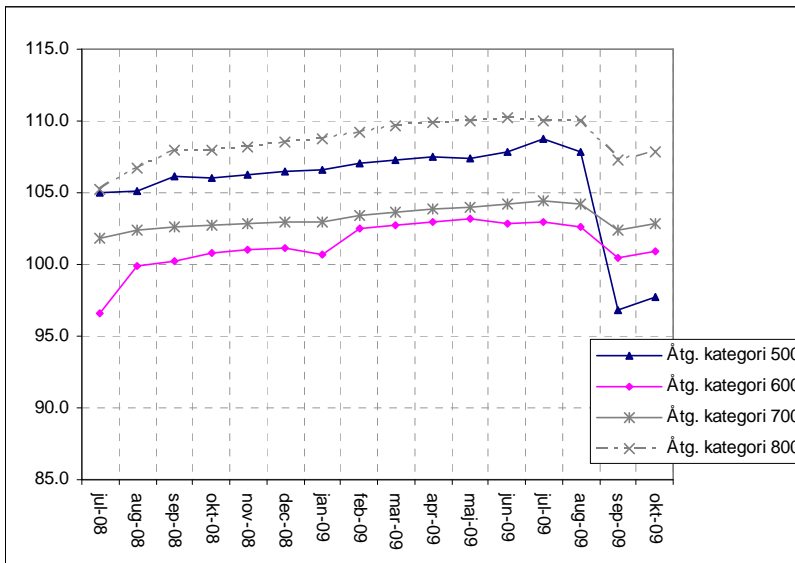
Diagram 4 och 5 nedan visar hur prisnivåerna för de olika åtgärds-kategorierna ligger i förhållande till referensprisnivån. Detta index visar alltså totala vårdgivarpriset på de konsumerade åtgärderna i förhållande till vad priset varit om vårdgivarna debiterat referenspriset. Ett indexvärde över 100 innebär att prisnivån är över referensprisnivån. Över hela undersökningsperioden är det protetiska åtgärder (åtgärdsserie 800) som legat högst över referensprisnivån. I juli 2009 var indexet relativt referenspriserna för denna åtgärds-kategori 110.0, dvs. den faktiska prisnivån var 10 procent högre än referensprisnivån. Efter referensprishöjningen 1 september 2009 låg prisnivån för denna åtgärds-kategori 7.8 procent över referenspriserna (oktober 2009).

Diagram 4 Prisindex relativt referensprisnivå för åtgärdsserier 100–400



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

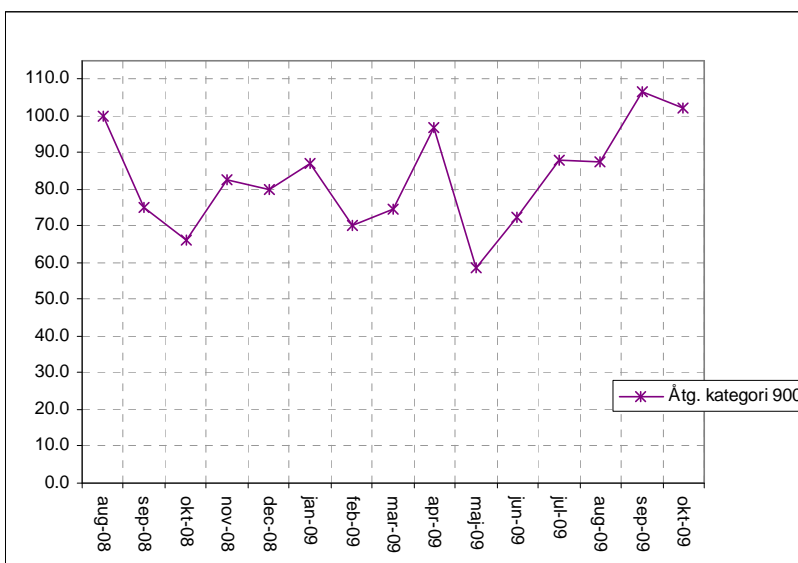
Diagram 5 Prisindex relativt referensprisnivå för åtgärdsserier 500–800



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

Vad gäller åtgärdsserie 900 (Tandreglering) är det så få av varje åtgärd som utförs varje månad (även på riksnivå) att det är svårt att mäta prisutvecklingen. I denna studie har prisindex för denna åtgärdsgrupp beräknats enbart utifrån de två vanligaste åtgärderna i denna grupp, åtgärderna 901 och 990. Diagram 6 nedan visar det skattade prisindexet för denna serie. Som synes blir det en ganska volatil serie vilket förklaras av det låga antalet utförda åtgärder varje månad. Till skillnad från övriga åtgärdsgrupper verkar det inte finnas någon trend i prisutvecklingen: bortser man från justeringen av prisnivån till följd av de nya referenspriserna verkar prisnivån ha legat (trendmässigt) stilla under undersökningsperioden. Försäkringskassan anser att underlaget (antalet utförda åtgärder under den aktuella perioden) för att mäta prisutvecklingen på månadsnivå för denna åtgärdsgrupp är för litet. I framtida prisutvecklingsstudier kanske helårsskattningar kan användas i stället.

Diagram 6 Prisindex relativt referensprisnivå för åtgärdsserier 900

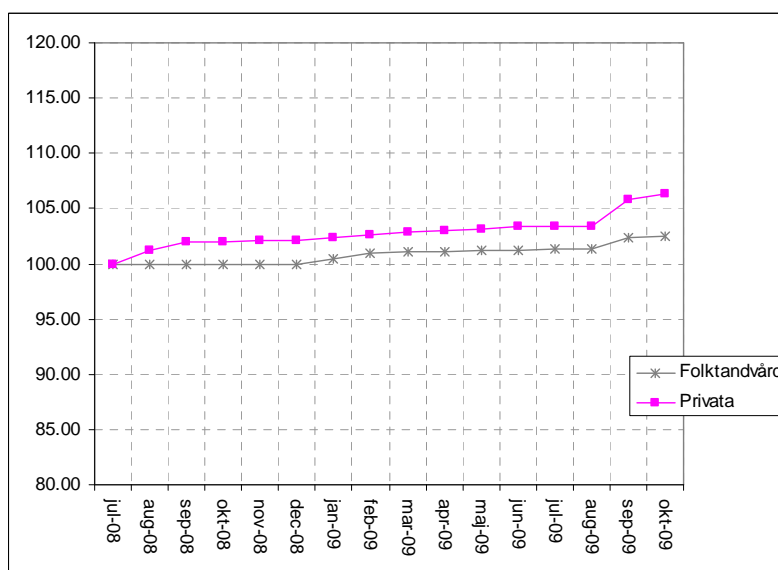


Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

3.3 Prisutvecklingen inom olika vårdgivarkategorier

Diagram 7 nedan visar prisindex för Folk tandvården samt privata vårdgivare. Sett över perioden juli 2008–till juli 2009 ökade den generella prisnivån i Folk tandvården med 1.3 procent och i den privata med 3.3 procent. I diagrammet syns en markant höjning av prisnivån under september 2009, alltså samtidigt som de nya (högre) referenspriserna infördes. Folk tandvårdens taxor höjdes dock inte lika mycket (relativt sett) som privata vårdgivares. Folk tandvårdens taxor bestäms centralt av landstingsfullmäktige och flera landsting har ännu inte beslutat om nya taxor till följd av de nya referenspriserna.

Diagram 7 Prisindex för Folk tandvård samt privata vårdgivare. (Basperiod = juli 2008)



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

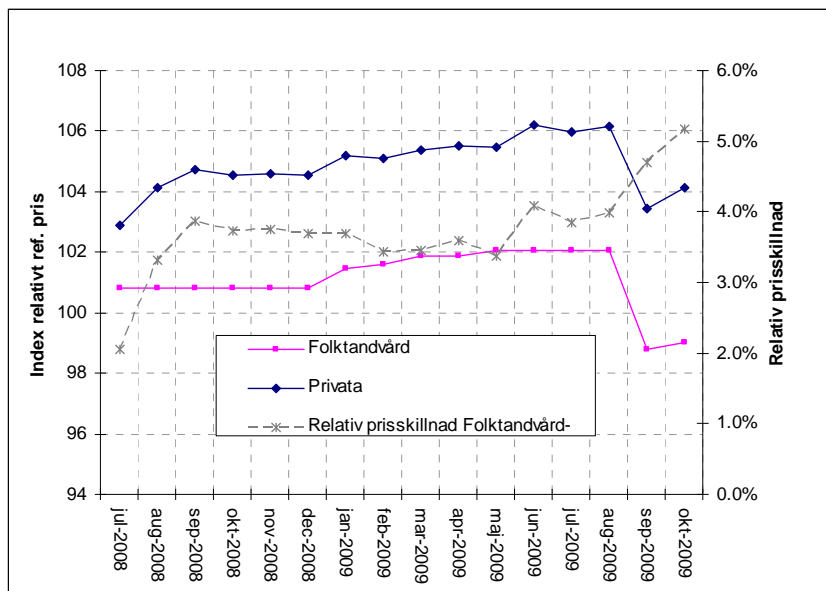
Tabell 3 Prisetvecklingen (i procent) för Folktandvård resp. privat tandvård på årsbasis

	juli 2008–juli 2009	aug 2008–aug 2009
Folktandvården	1.3	1.3
Privat	3.3	2.1

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

Försäkringskassan har även beräknat ett relativindex som mäter hur Folktandvårdens respektive privata vårdgivares prisnivå förhåller sig gentemot referensprisnivån. För att få en mer rättvisande jämförelse har vårdpanoramamat hållits konstant i detta index, dvs. samma kvantiteter har använts i de olika vårdgivarkategorierna (s.k. standardvägning). De kvantiteter som använts här är den totala konsumtionen av varje åtgärd i riket under perioden 1 juli 2008–30 juni 2009. Detta index är användbart på två sätt: förutom att det mäter utvecklingen gentemot referensprisnivån så kan det också användas som ett mått på den absoluta prisnivån i en vårdgivar-kategori. Eftersom samma kvantiteter använts för båda vårdgivarkategorierna så blir kvoten mellan de två indexen en viss månad ett mått på relativa skillnaden i prisnivå. Med detta mått så var prisnivån bland privata vårdgivare 2.1 procent högre än Folktandvården i juli 2008 och 3.8 procent högre i juli 2009. Eftersom många landsting ännu inte justerat sina taxor efter att de nya referenspriserna började gälla i september 2009 blir jämförelsen mellan Folktandvård och privata vårdgivare med detta mått under september–oktober 2009 inte särskilt rättvisande.

Diagram 8 Prisindex för Folktandvård och privata vårdgivare relativt referensprisnivåer samt relativ prisskillnad Folktandvård-privata vårdgivare



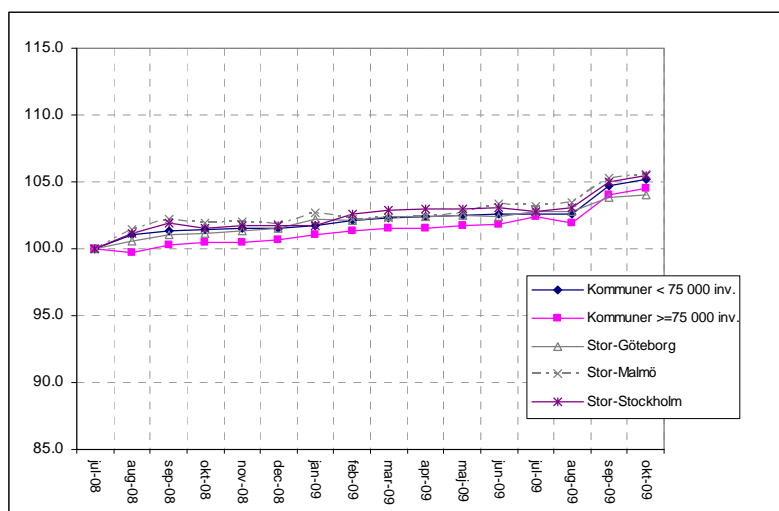
Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

3.4 Prisetvecklingen i olika kommungrupper

Diagram 9 nedan visar prisutvecklingen sen 1 juli 2008 i olika kommungrupper. Indelningen i kommungrupper är gjord dels efter SCB:s storstads-

regioner (Stor-Stockholm, Stor-Malmö, Stor-Göteborg) och dels efter befolkningsstorleken i övriga kommuner. De senare är klassificerade som antingen kommuner med färre än 75 000 invånare eller kommuner med 75 000 invånare eller fler. Under hela undersökningsperioden har prisutvecklingen varit likartad i de olika regionerna. På årsbasis (juli 2008–juli 2009) hade storstadsregionerna en marginellt högre prisutveckling än övriga regioner: 2.9 procent jämfört med 2.5 procent bland små- och medelstora kommuner. Tabell 4 visar de relativa prisförändringarna i varje region under den undersökta perioden.

Diagram 9 Prisindex för olika kommungrupper. (Basperiod = juli 2008)



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Tabell 4 Prisutvecklingen (i procent) i olika kommungrupper

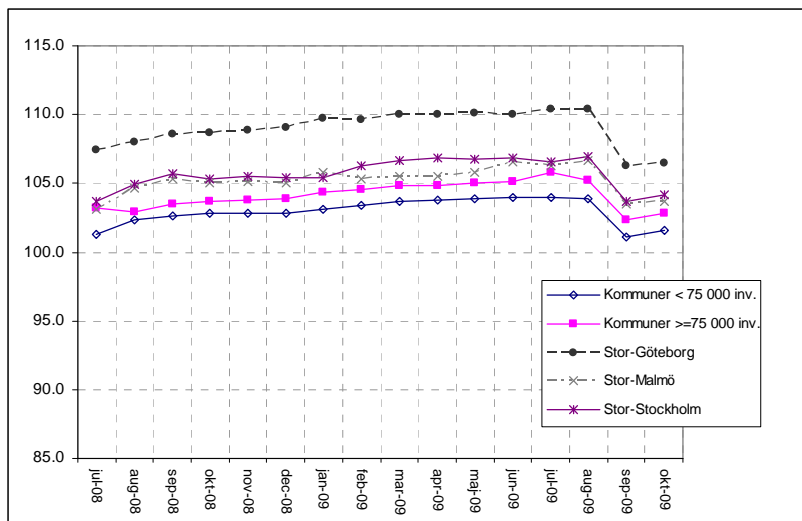
	juli 2008–juli 2009	juli 2008–okt 2009
Kommuner < 75 000 inv.	2.6	5.2
Kommuner >= 75 000 inv.	2.4	4.5
Stor-Göteborg	2.8	4.0
Stor-Malmö	3.1	5.6
Stor-Stockholm	2.8	5.5

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Försäkringskassan har även beräknat ett index relativt referensprisnivån för varje kommungrupp. Detta mått kan ses som ett mått på den faktiska prisnivån och kan användas till jämförelser av den sammanvägda prisnivån mellan olika regioner. I diagram 10 nedan visas detta relativindex för de olika kommungrupperna. Generellt håller storstadsregionerna en högre prisnivå än små och medelstora kommuner. Stor-Göteborg sticker ut något i förhållande till övriga regioner. I denna region ingår delar av både Västra Götalands- och Hallands län. I juli 2009 var denna regions index relativt referensprisnivån 110.4, dvs. prisnivån var 10.4 procent högre jämfört med om samma varukorg prissatts med referenspriserna. Under samma månad låg rikssnittet 5.7 procent över referensprisnivån. Relativt sett låg Stor-Göteborgs prisnivå 4.4 procent över rikssnittet denna månad. Efter att referenspriserna höjts har Folkandvården i Hallands län justerat sina taxor men inte Västra Götalands län. Efter detta har den generella prisnivån i

denna region närmade sig riksnittet. I oktober 2009 låg Stor-Göteborgs prisnivå 3.3 procent över riksnittet, alltså något mindre än i juli 2009. Detta är förmodligen en effekt av att Västra Götalands Folktandvård ännu inte justerat sina taxor.

Diagram 10 Prisindex relativt referensprisnivå i olika kommungrupper. Juli 2008–oktober 2009



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

3.5 Faktorer som påverkar prisutveckling inom tandvård

En viktig del i att analysera orsakerna till prisutvecklingen inom tandvård är att titta på kostnaderna att producera tandvård. Hur priset på en vara utvecklas beror enligt den enklaste modellen på förändringar i produktivitet, förändringar i pris på insatsvaror och förändringar i vinstmarginal. Det har dock inte varit möjligt att ta fram tillräckligt underlag för att kunna beräkna dessa faktorer. T.ex. finns ingen statistik över löneutvecklingen inom tandvården under den undersökta perioden tillgänglig ännu. I stället kommer några av de insatsvaror som behövs för att producera tandvård att anges, och i de fall det är möjligt dess prisutveckling att analyseras.

Konkurrensverket fann i en studie från 2004 att konkurrensen på marknaden för tandvård inte är väl fungerade¹¹. Vårdgivaren har genom sin profession betydligt mer information om vårdbehov, behandlingsalternativ, pris och kvalitet, än patienten. Patienten saknar ofta den information som är nödvändig för att kunna göra välgrundade val vad gäller vårdgivare och behandlingsmetoder. Vårdgivaren får därför även rollen som rådgivare. En sådan roll skulle kunna utnyttjas till att skapa efterfrågan i vårdgivarens intresse. Om det förekommer och hur stort problemet med utbudsstyrd efterfrågan är råder det dock delade meningar om.¹² Det finns dock professionella normer inom branschen bland annat med syftet att motverka

¹¹ Konkurrensverket, 2004, s. 5

¹² Konkurrensverket, 2004, s. 23

detta. En annan faktor som kan bidra till minskad konkurrens är att många patienter anser det besvärligt att ta reda på vilka alternativa vårdgivare som finns samt information om pris och förtroende för dessa. Enligt en rapport från Forskningsgruppen för Samhälls- och informationsstudier skulle endast hälften av patienterna byta tandläkare om de på detta sätt kunde reducera sina kostnader för tandvård¹³.

Historiskt sett har den inhemska marknaden för tandvård varit skyddad mot internationell konkurrens. Det har dock på senare tid etablerats tandvårdskliniker med utländsk personal i Sverige. Samtidigt har antalet svenskar som söker tandvård utomlands ökat. Detta har lett till att konkurrensen på den svenska tandvårdsmarknaden ökat något.¹⁴

Den prisjämförelsetjänst som lanserats på Försäkringskassans hemsida under oktober 2009 syftar till att göra det möjligt för patienter att på ett enkelt sätt kunna jämföra priser hos olika vårdgivare. I denna ska vårdgivare registrera sina priser för olika åtgärder. I nuläget har i stort sett samtliga landsting registrerat sina priser för Folktandvården, men endast en fjärdedel av de privata vårdgivarna har gjort detta. Det är dock för tidigt att kunna dra slutsatser om dess effekter för konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Lönekostnader står för cirka tre fjärdedelar av de totala kostnaderna för att producera tandvård inom Folktandvården. Löner för en yrkesgrupp bestäms i huvudsak av utbud och efterfrågan på denna yrkesgrupp. Eftersom tandvård är en arbetsintensiv vara där arbetskraft är den största insatsvaran påverkas produktionskostnaden mycket av lönenivåer. Vare sig inom privat- eller landstingssektorn har dock löneutvecklingen för tandläkare ökat uppseendeväckande mycket de senaste åren. Inom landstingen ökade tandläkares medellöner från 29 700 kronor år 2000 till 40 100 kronor 2008¹⁵. Tandsköterskors löner har ökat från 16 000 kronor 2000 till 21 100 kronor 2008. Tandhygienisters löner har från 17 900 kronor 2005 stigit till 23 900 kronor 2008. Statistik över tandläkarlöner i privat sektor finns inte tillräcklig för att kunna se hur lönerna utvecklats. Lönestatistik för hela första tolv-månadersperioden i det nya tandvårdsstödet finns inte tillgänglig, vilket gör att en lönekostnadsanalys för det första året i den nya tandvårdsreformen inte är möjlig.

Ytterligare utgifter för att producera tandvård är kostnader för dentala material, tandtekniskt arbete och lokalkostnader. Ett av flera dentala material som används inom tandvården är guld. När det nya tandvårdsstödet infördes juli 2008 var råvarupriset på guld cirka 950 dollar/ounce (cirka 28 gram) mot cirka 1 200 dollar/ounce i december 2009. Vårdgivarnas kostnader för dentala material påverkas också av den svenska kronans värde i förhållande till den amerikanska dollarn. I juli 2008 var värdet på den svenska kronan relativt dollarn högt (6 kronor för en dollar) och gick sedan ner i början av 2009. Jämfört med vid införandet av tandvårdsstödet är nu

¹³ FSI, 2005, s. 7f

¹⁴ SOU 2006:27, s. 71

¹⁵ <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Produkt.asp?produktid=AM0105>

värdet på den svenska kronan i förhållande till den amerikanska dollarn ungefär en krona lägre (7 kronor för en dollar).¹⁶

När det gäller kostnader för lokaler kan hyran variera mellan olika kommuner. Lokaler behöver inte nödvändigtvis vara billigare på landsbygd än i större städer. Detta kan bland annat bero på att mindre orter kan ha ett mindre utbud av lämpliga lokaler än större städer och därför kan fastighetsägare ta ut högre hyror. Vidare kan stora kostnader vara förenade med att byta lokal. Det kan vara en delförklaring till skillnader i priser mellan olika regioner.

Enligt en rapport från Tillväxtverkets¹⁷ (2009) har de administrativa kostnaderna ökat dramatiskt i och med införandet av det nya tandvårdsstödet. I rapporten anges att krav relaterade till den nya tandvårdsreformen står för över 90 procent av ökningen av administrativa kostnader sedan reformen infördes. Enligt denna rapport har de administrativa kostnaderna för tandvården ökat från 82 miljoner kronor 2006 till 378 miljoner kronor efter att reformen infördes. Enligt Tillväxtverket kommer vissa av dessa kostnader att minska som en följd av att vårdgivarna blir mer vana att arbeta i det nya tandvårdsstödet och när problem med IT-stöden blir mer sällsynta.¹⁸ Försäkringskassan anser att det är relevant att beakta dessa kostnader, men att det saknas tillräckligt underlag för att kunna göra en beräkning av hur dessa kostnader utvecklats i relation till prisökningen på tandvård. Dessa kostnader har tillkommit för privata såväl som offentliga vårdgivare.

4 Patientkostnader för tandvård

Försäkringskassan har getts i uppdrag att, utöver prisutveckling, studera i vilken omfattning de ökade statliga resurserna för tandvård lett till lägre kostnader för patienterna. För att kunna besvara detta kommer Försäkringskassan i detta avsnitt att undersöka patientkostnaderna i det gamla respektive nya tandvårdsstödet.

4.1 Patientkostnader i det nya och gamla tandvårdsstödet

Det är i princip omöjligt att få en helhetsbild av hur patienternas konsumtion och kostnader fördelade sig innan 1 juli 2008. Det finns flera anledningar till detta. Den tandvård som rapporterades in till Försäkringskassans gamla tandvårdsregister PLOMBEN var långt ifrån heltäckande och det var bara en

¹⁶ www.di.se

¹⁷ Standardkostnadsmodellen har använts i rapporten. Modellen bygger på värderingar av hur mycket tid ett normaleffektivt företag lägger på att följa de krav som finns i lagstiftningen. Det är inte en statistisk metod, utan en kvalitativ metod baserad på intervjuer med företag. Underlaget för studien består av 16 privattandläkare eller tandvårdsexperter.

¹⁸ Tillväxtverket, 2009, s. 15f

mindre del av den inrapporterade tandvården som kunde följas på individnivå. I den tandvård i PLOMBEN som fanns på individnivå var dyra protetiska behandlingar dessutom kraftigt överrepresenterade.

I SOU 2007:19 uppges att 80 procent av patienterna betalade mindre än 3 000 kronor för tandvård i det tidigare tandvårdsstödet under 2005. Drygt 90 procent av patienterna betalade under 5 000 kronor för sin tandvård. Tandvårdskostnader på över 10 000 kronor återfanns hos mindre än en procent av patienterna. Endast en liten del av patienterna hade höga kostnader flera år i rad.¹⁹

I det nya tandvårdsstödet rapporteras i princip all ersättningsberättigande tandvård in till Försäkringskassan. I och med detta kan vi få en heltäckande bild av hur både konsumtionen (mätt i vårdgivarpriser eller åtgärder) såväl som patientkostnaden fördelar sig inom olika ålderskategorier. Tabell 5 och 6 nedan redovisar centralmått och percentiler för värdet på konsumtionen (totalt vårdgivarpris) samt patientkostnaden för olika åldersgrupper i det nya tandvårdsstödet. Dataunderlaget till dessa beräkningar är all tandvård som utförts av de patienter som har kunnat följas under en hel 12-månadersperiod. dvs. alla patienter som gjorde sitt första besök någon gång under perioden 1 juli 2008–31 oktober 2008.

Tabell 5 Total konsumtion (vårdgivarpris) under en 12-månadersperiod för olika åldersgrupper i det nya tandvårdsstödet

Ålder-kategori	Medel-värde	Median	Typ-värde	1:a per-centilen	Q1	Q3	99:e per-centilen
20–29	2 274	1 276	615	300	705	2 465	14 800
30–64	4 929	2 370	615	375	1 300	4 865	46 484
65+	5 129	2 678	615	400	1 540	5 285	41 716

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Tabell 6 Patientkostnader (i kr) under en 12-månadersperiod för olika åldersgrupper i det nya tandvårdsstödet

Ålder-kategori	Medel-värde	Median	Typ-värde	1:a per-centilen	Q1	Q3	99:e per-centilen
20–29	1 660	976	315	0	405	2 165	9 310
30–64	3 301	2 220	465	225	1 150	4 013	18 055
65+	3 479	2 470	465	191	1 326	4 233	17 344

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Tabell 6 visar att den genomsnittliga patientkostnaden per patient i åldersgruppen 20–29 under en 12-månadersperiod i det nya tandvårdsstödet var 1 660 kronor, för de mellan 30–64 år 3 301 kronor och för de som fyllt 65 år 3 479 kronor. Från tabellerna framgår det ganska tydligt hur ”skeva” fördelningen av vårdgivarpriset och patientkostnaden är om man tittar på skillnaderna mellan genomsnitt, median och typvärde inom varje ålderskategori. Kort sammanfattat kan man t.ex. säga att bland ”ungdomar” (20–29 år) är den vanligaste behandlingen en enda undersökning (åtgärd 101)

¹⁹ SOU 2007:19, s.151-152

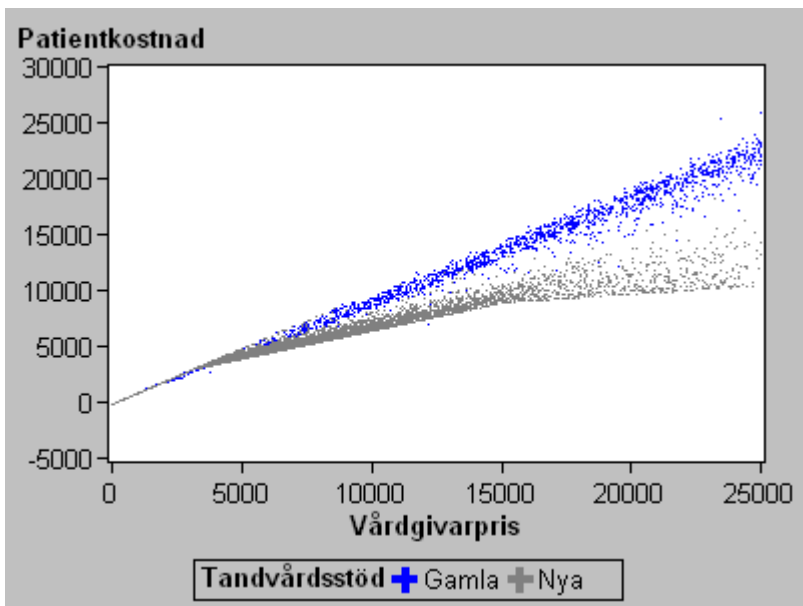
under en 12-månadersperiod. Därmed blir typvärdet för vårdgivarpriset nära snittpriset för denna åtgärd. Men nästan hälften av patienterna i denna åldersgrupp gör fler än 2 åtgärder under en ersättningsperiod vilket drar upp genomsnitts och medianpris och patientkostnad betydligt.

Vid jämförelser mellan det gamla och nya tandvårdsstödet med avseende på patientens kostnad anser Försäkringskassan att det är mer relevant att titta på en hel ersättningsperiod, snarare än enskilda besök eller behandlingar. I tidigare studier av patientkostnader har man, på grund av otillräcklig data, varit hänvisad till metoden att jämföra olika behandlingspaket. Det går dock inte att utifrån sådana behandlingspaket uttala sig om patientkostnader under en hel ersättningsperiod. Detta gäller särskilt i det nya tandvårdsstödet där tandvårdsersättningen från Försäkringskassan helt bestäms av storleken på det ersättningsgrundande belopp som byggs upp under (högst) tolv månader.

Ett sätt att göra en jämförande analys av patientens totala kostnad i de olika tandvårdsstöden är att studera sambandet mellan totala vårdgivarpriset och patientens kostnad under en tolv månadersperiod i både det gamla och det nya tandvårdsstödet. I diagram 11 nedan plottas den totala patientkostnaden på individnivå mot vårdgivarpriset för den konsumerade tandvården för patienter i åldersgruppen 30–64 år. Dataunderlaget är ett slumpmässigt urval från de patienter vars tandvård rapporterats in till Försäkringskassan dels under 12-månadersperioden innan 1 juli 2008 och dels 12-månadersperioden efter. En enskild punkt i diagrammet visar dels totala vårdgivarpriset på den tandvård patienten köpte under hela 12-månadersperioden (horisontella axeln), och dels vilken kostnad patienten hade för den tandvården (vertikala axeln). Diagrammet illustrerar ganska tydligt det nya högkostnadsskyddets verkan på kostnaden för de 30–64-åringar med hög tandvårdskonsumtion. För alla åldersgrupper utom 65+ var inte ersättningsnivån i det gamla stödet progressiv utan patienten fick (genomsnittligt sett) bära en och samma andel av priset oavsett hur mycket man konsumerade.

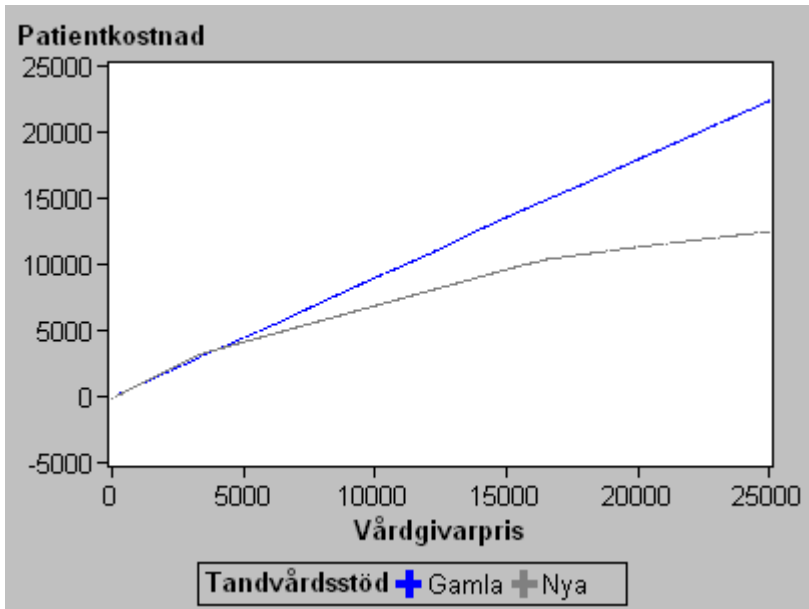
Utifrån individdata över vårdgivarpris och patientkostnad som illustreras i diagram 11 har genomsnittliga patientkostnader för olika vårdgivarpriser i det nya respektive gamla tandvårdsstödet skattats. Med hjälp av en sådan ”genomsnittskurva” (regressionskurva) kan vi sedan ”räkna om” en enskild individs patientkostnad i det nya tandvårdsstödet till vad det *i snitt* hade kostat i det gamla stödet. Denna analys är gjord för olika åldersgrupper. I diagram 12 nedan visas den skattade medelvärdeskurvan för patientkostnad över olika vårdgivarpriser för åldersgruppen 30–64 år under de olika ersättningsreglerna.

Diagram 11 Patientkostnad mot vårdgivarpris (total konsumtion under en 12-månadersperiod) i det gamla respektive nya tandvårdsstödet. Åldersgruppen 30–64 år



Källa: Försäkringskassans beräkningar

Diagram 12 Skattad genomsnittlig patientkostnad för olika konsumtionsnivåer i det gamla respektive nya tandvårdsstödet. Åldersgruppen 30–64 år



Källa: Försäkringskassans beräkningar

För att omräkningen av patientkostnaden som beskrivits ovan ska vara rättvisande måste hänsyn också tas till att införandet av referenspriserna i praktiken innebar en prishöjning inom tandvården. Om man fick mera ”tandvård per krona” innan den 1 juli än efter första juli måste detta tas hänsyn till i jämförelsen. För att kunna ”prisjustera” vårdgivarpriserna i jämförelsen av patientens kostnad mellan det gamla och det nya tandvårdsstödet har Försäkringskassan skattat hur den generella prisnivån förändrades

i och med införandet av referenspriserna. Denna skattning blir av naturliga skäl grov eftersom många åtgärder i det nya tandvårdsstödet inte är jämförbara med någon enskild åtgärd i det gamla. Försäkringskassan har använt en lista med 20 jämförbara åtgärder som odontologiska experter på Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket tagit fram. Utifrån dessa jämförbara åtgärder har sedan ett sammanvägt index för prisförändringen beräknats. Snittpriserna för de gamla åtgärderna har hämtats från Försäkringskassans tandvårdsregister "PLOMBEN". De kvantiteter som använts i sammanvägningen är de kvantiteter (åtgärd för åtgärd) som konsumerades under perioden 1 juli 2008–30 juni 2009. Den skattade prisökningen som skedde i samband med införandet av referenspriserna var enligt denna beräkning 7.8 procent. Vissa åtgärder ökade kraftigt medan andra minskade men det ovan angivna värdet är ett vägt snitt baserat på hur vanliga åtgärderna är i konsumtionen.

Utifrån de skattade genomsnittskurvorna för patientkostnader för olika ålderskategorier samt den beräknade prishöjningen i samband med införandet av det nya tandvårdsstödet har Försäkringskassan gjort en beräkning på hur medel-, median- och typpatientens kostnader påverkats. I tabell 7 visas konsumtion (vårdgivarpris) samt genomsnittlig patientkostnad givet den konsumtionen under en 12-månadersperiod för olika patienter och åldersgrupper. Med medelpatientens konsumtion menas här det genomsnittliga vårdgivarpriset under en 12-månadersperiod i det nya tandvårdsstödet. Enligt denna tabell köpte genomsnittspatienten i åldersgruppen 20–29 år tandvård för 2 274 kronor (vårdgivarpris) under en 12 månadersperiod i det nya stödet. Detta hade enligt Försäkringskassans beräkningar kostat patienten i snitt 1 704 kronor i det gamla tandvårdsstödet mot 1 974 kronor i det nya tandvårdsstödet. I beräkningen av vad ett visst vårdgivarpris implicerade för patientkostnad i det gamla stödet har vårdgivarpriset först räknats ned med den skattade prisökningen mellan 1 januari 2008 och 1 januari 2009, 7.8 procent som, diskuterades ovan.

Tabell 7 Konsumtion (vårdgivarpris) och patientkostnad under en 12 månadersperiod för olika patienter

Ålder-kategori		Konsumtion (vårdgivarpris i kr) under en 12 månadersperiod	Patientkostnad (kr)		Procentuell skillnad
			Gamla stödet (prisjusterad)	Nya stödet	
20–29 år	Typpatienten	615	459	315	–31.4
	Medianpatienten	1 276	953	976	2.4
	Medelpatienten	2 274	1 704	1 974	15.8
	95:e percentilen	7 397	5 856	5 322	–9.1
30–64 år	Typpatienten	615	497	465	–6.6
	Medianpatienten	2 370	1 924	2 220	15.4
	Medelpatienten	4 929	4 048	4 056	0.2
	95:e percentilen	16 052	13 414	10 107	–24.7
65–74 år	Typpatienten	615	386	465	20.5
	Medianpatienten	2 814	1 834	2 664	45.3
	Medelpatienten	5 392	3 709	4 326	16.6
	95:e percentilen	17 850	11 400	10 753	–5.7
≥ 75 år	Typpatienten	615	386	315	–18.2
	Medianpatienten	2 500	1 604	2 199	37.1
	Medelpatienten	4 759	3 253	3 921	20.5
	95:e percentilen	15 900	10 477	9 708	–7.3

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

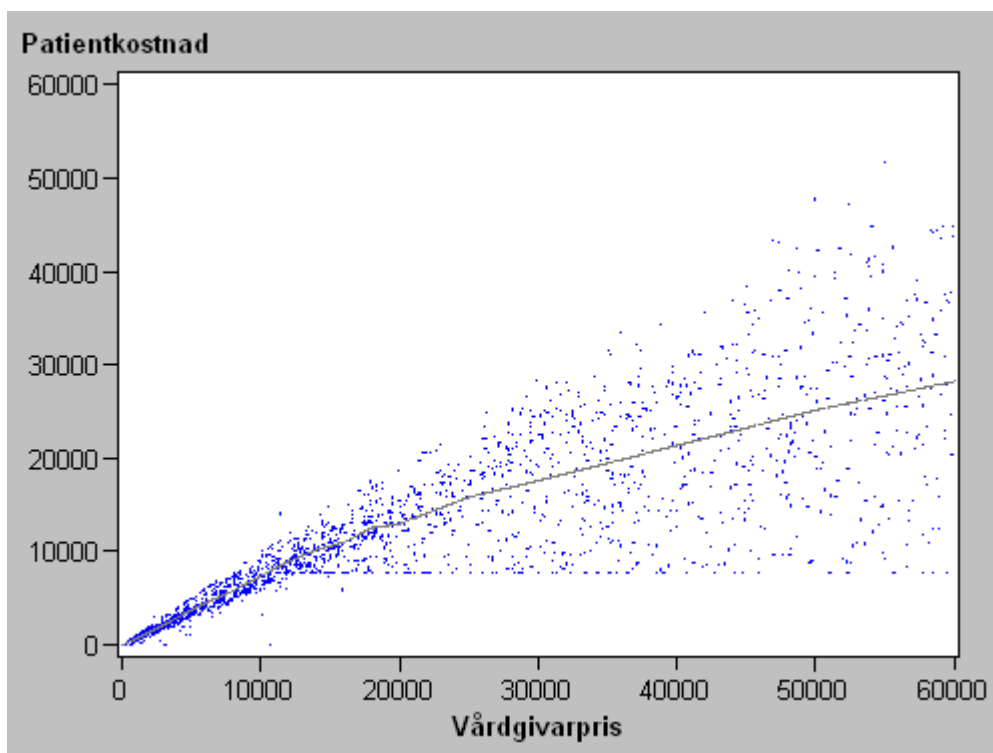
Tabell 7 visar ganska tydligt att patienter i samtliga ålderskategorier med relativt stor tandvårdskonsumtion fått sänkt patientkostnad med de nya ersättningsreglerna. I tabellen framgår detta genom att patienten vid den 95:e percentilen (med avseende på konsumerad tandvård) i samtliga åldersgrupper fått sänkt patientkostnad, även patienter som fyllt 65 år. Det bör förstås vara de patienter som har ett stort tandvårdsbehov, men som förut inte innefattades av ett högkostnadsskydd som ”tjänade mest” på reformen. Från tabell 7 framgår också att patienter i åldersgruppen 30–64 år med relativt stor tandvårdskonsumtion (patienten vid 95:e percentilen) fick betydligt sänkt kostnad, 24.7 procent.

De patienter som konsumerar lite tandvård, (t.ex. en undersökning och/eller en enkel förebyggande åtgärd) har också fått lägre kostnader. Detta illustreras i tabell 7 av att typpatienten i samtliga åldersgrupper utom 65–74 år fått en lägre patientkostnad i det nya tandvårdsstödet. Detta gäller särskilt patienter som får dubbelt allmänt tandvårdsbidrag, 300 kronor, dvs. patienter mellan 20 och 29 år eller patienter som fyllt 75 år. Anledningen till detta är att det allmänna tandvårdsbidraget blir en stor andel av vårdgivarpriset vid denna konsumtionsnivå. Om en undersökning kostade 615 kronor så tar tandvårdsbidraget bort nästan hälften av kostnaden för patienten (för ålderskategorierna 20–29 och 75+ år). I det gamla stödet fick patienten ett litet belopp för varje åtgärd. Anledningen till att typpatienten i åldersintervallet 65–74 år i stället fått en högre kostnad i det nya tandvårdsstödet beror dels på att patienter i denna åldersgrupp fick ett och ett halvt grundbelopp i tandvårdsersättning med de gamla ersättningsreglerna och dels att de har 150 kronor i allmänt tandvårdsbidrag i stället för 300 kronor.

För samtliga ålderskategorier i tabell 7 gäller också att median- och medelpatientens tandvård kostar mer efter 1 juli 2008. Detta gäller särskilt för äldre patienter. För medelpatienten i åldersgruppen 65–74 beräknas kostnaden för medelpatienten ha blivit 16.6 procent dyrare under de nya ersättningsreglerna. Medianpatientens kostnad beräknas ha blivit 45.3 procent dyrare. Anledningen till detta är att medianpatienten i denna ålderskategori (och i samtliga ålderskategorier) inte konsumerar så pass mycket tandvård att man kommer över karensnivån i högkostnadsskyddet. Därmed så blir den enda ersättningen från Försäkringskassan det allmänna tandvårdsbidraget på 150 kronor (för gruppen 65–74 år). I det gamla stödet fick patienten en ersättning för varje åtgärd (för bastandvård och viss del av den protetiska vården) och dessutom fick patienter i denna åldersgrupp ett och ett halvt grundbelopp för åtgärderna i bastandvården.

Att även patienter som fyllt 65 år med stor tandvårdskonsumtion beräknas ha fått en lägre patientkostnad under de nya ersättningsreglerna kan kanske verka förvånande med tanke på att denna åldersgrupp var den enda som hade ett egentligt högkostnadsskydd i det gamla stödet. I det gamla högkostnadsskyddet ersattes dock bara protetisk tandvård och dessutom bara vissa åtgärder i denna. Detta, tillsammans med att patienten fick stå för kostnaden för gjut- och ädelmetaller själv samt att karensnivån var högre (7 700 mot 3 000 kronor), innebar att det fanns en väldigt stor spridning på hur mycket patienten betalade vid en viss konsumtion (vårdgivarpris) i denna ålderskategori. Detta illustreras i diagram 13 nedan där patienternas kostnader i åldersgruppen 65+ plottats mot vårdgivarpriset. I diagrammet visas också den skattade regressionskurvan för sambandet mellan patientkostnad och vårdgivarpris. Enligt den skattade regressionskurvan hade en patient i denna åldersgrupp som köpte tandvård för 30 000 kronor i snitt en kostnad på cirka 17 600 kronor. Men spridningen på patientkostnaden runt detta medelvärde går från 7 700 kronor (karensbeloppet) till 28 000 kronor. I det nya högkostnadsskyddet blir patientkostnaden någon stans runt 12 000–13 000 kronor om man antar att vårdgivarpriset är någonting mellan 3 och 7 procent högre än referenspriserna.

Diagram 13 Patientkostnader samt skattad genomsnittlig patientkostnad för olika vårdgivarpriser för åldersgruppen 65+ år i det gamla tandvårdsstödet



I tabell 8 nedan visas Försäkringskassans skattningar av hur mycket mer eller mindre som en viss åldersgrupps *totala* konsumtion kostade patienterna *totalt* i det nya tandvårdsstödet jämfört med vad det kostat i det gamla (i procent). Ett negativt värde indikerar att vården blev billigare i det nya stödet. I tabellen framgår att den totalräknade konsumtionen för åldersgruppen 30–64 år hade kostat patienten 17.6 procent mer under de gamla ersättningsreglerna.

Tabell 8 Procentuell skillnad i totala patientkostnaden mellan det nya och gamla tandvårdsstödet. Beräknat på hela ersättningsperioder under perioden 1 juli 2008–31 oktober 2009

Ålderskategori	Procentuell skillnad
20–29 år	–5.4
30–64 år	–17.6
65–74 år	10.0
>= 75 år	7.8

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

En intressant, men i denna delrapport obesvarad fråga är vilken vård som inte genomfördes innan reformen på grund av att patienter bedömde att de inte hade råd, men som det fanns ett behov av redan då. Denna vård kan ha genomförts efter reformens införande. Eftersom det inte finns heltäckande statistik över konsumtionen i det tidigare tandvårdsstödet har det inte varit möjligt att studera förändringar i efterfrågan i denna rapport. Analysen om patientkostnader i denna delrapport har gjorts utifrån den tandvård som utfördes under en tolv månaders period i det nya tandvårdsstödet.

En annan ansats att jämföra patientkostnaden före/efter reformen är att konstanthålla vårdpanoramats helt och bara jämföra pris och patientkostnaden för de åtgärder eller kombinationer av åtgärder som är någorlunda jämförbara i det gamla respektive nya tandvårdsstödet. I tidigare prisutvecklingsstudier som Försäkringskassan (och Riksförsäkringsverket) gjort har ett antal behandlingssituationer använts. Dessa avsåg att representera ett antal vanliga behandlingssituationer²⁰. Inför tandvårdsreformen 2008 ”översattes” åtgärderna i behandlingssituationerna till de nya åtgärderna för att kunna beräkna skillnaderna i förväntade patientkostnader för olika behandlingar i det nya respektive det tidigare tandvårdsstödet. I denna studie används 11 av dessa behandlingssituationer. Efter dialog med branschorganisationerna samt odontologiska experter på Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket samt Försäkringskassan har innehållet i flera av paketen dock modifierats något. I flera av paketen har både fler och dyrare tandvårdsåtgärder lagts till jämfört med de som genomförandegruppen beräknade skulle komma att ingå. Skillnader i patientkostnader mellan de nya och gamla tandvårdsstöden, utifrån den översättning som gjordes i samband med införandet av det nya tandvårdsstödet, presenteras i bilaga 3.

För att beräkna patientkostnader för behandlingssituationerna i det gamla tandvårdsstödet används prisuppgifter från Försäkringskassans prisstudie från hösten 2007²¹. Patientkostnader efter den 1 juli 2008 har beräknats från registerdata med genomsnittspriser under reformens första 12 månader. Patientkostnaderna redovisas uppdelat på åldersgrupp. Beräkningarna av patientkostnader i det nya tandvårdsstödet är gjorda utifrån antagandet att patienten endast utför ett behandlingssituation under en ersättningsperiod och använder ett allmänt tandvårdsbidrag. Skulle flera behandlingssituationer utföras skulle det få effekter på patientkostnaderna i det nya tandvårdsstödet både med anledning av att det allmänna tandvårdsbidraget då är förbrukat och med anledning av att (högre) ersättning från högkostnadsskyddet då kan bli aktuell.

I tabell 9 nedan redovisas beräknade patientkostnader för gruppen 20–29 år utifrån behandlingssituationerna. Flertalet behandlingssituationer har enligt dessa beräkningar blivit mindre kostsamma för patienten efter att det nya tandvårdsstödet infördes, men paketen 6, 9 och 10 har fått högre patientkostnad. Ökningen i patientkostnader kan för dessa behandlingssituationer förklaras av att vare sig ersättningen från högkostnadsskyddet eller det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) minskar patientkostnaden i större omfattning än vad ersättningen i det gamla stödet gjorde. Att vårdgivarpriserna ökat i samband med att referenspriserna infördes bedöms också ha påverkat patientkostnaden. De paket som enligt dessa beräkningar fått lägre patientkostnader ligger i vårdgivarprisintervall där antingen det allmänna tandvårdsbidraget eller högkostnadsskyddet eller dessa tillsammans ger lägre patientkostnader jämfört med ersättning i det tidigare tandvårdsstödet. Paket 12 har blivit 29 procent billigare för denna åldersgrupp, vilket kan förklaras av införandet av ett högkostnadsskydd som gäller för samtliga

²⁰ SOU 2007:19, s. 450ff

²¹ Försäkringskassan, 2007

åldersgrupper samt att detta behandlingspaket med stor marginal når över karensbeloppet för högkostnadsskyddet. Paket två som ska motsvara en vanlig undersökning, inklusive en förebyggande åtgärd, har nu en patientkostnad som är 27 procent lägre än innan reformen, vilket bedöms bero på att detta paket hamnar i det vårdgivarprisintervall där patientkostnaden blivit lägre under de nya reglerna för tandvårdsersättning eftersom konsumtionen är låg nog för att det allmänna tandvårdsbidraget ska motsvara en ersättning som reducerar patientkostnaden i större omfattning än grundbeloppet i det tidigare tandvårdsstödet.

Tabell 9 Patientkostnader för de olika behandlingspaketen innan och efter införandet av det nya tandvårdsstödet. Åldersgrupp 20–29 år

Behandlingspaket	Åtgärd (tidigare)	Åtgärd (ny)	Beskrivning	Patientkostnad	Patientkostnad (inkl. ATB)
	före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008		före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008
1.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd	996	721
2.	11	101	Undersökning		
	24	202	Förebyggande åtgärd	709	520
3.	12	102	Undersökning tandhygienist		
	24	202	Sjukdomsbehandlande åtgärd	665	455
4.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	55	705	Flerytsfyllning	1 864	1 705
5.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	64	803	Pelare		
	62	801	Krona		
		103	Akut/kompletterande undersökning/utredning		
	121	Röntgenundersökning	8 636	6 812	
6.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	55	705	Flerytsfyllning		
		103	Akut/kompletterande undersökning/utredning		
	121	Röntgenundersökning	3 886	3 995	
7.	11	101	Undersökning		
	15	123	Röntgen		
	31	401	Tanduttagning		
	2*62	2*801	Krona		
	65	804	Hängande broled	12 564	8 894
8.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
		702	Fyllning av två ytor		
		706	Fyllning av två eller fler ytor		
	3*55	705	Flerytsfyllning		
	73	824	Partiell protes		
	6*70	6*821	Prefabricerade tänder	9 058	8 126
9.	91	103	Akutbesök		
	42	502	Rotfyllning		
	56	707	Kompositkrona		
		121	Röntgenundersökning		
		708	Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi	3 814	3 899
10.	11	101	Undersökning		
	4*13	122	Röntgen		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	34	404	Operativt avlägsnande av en eller flera tänder	2 584	3 192
12.	11	104	Undersökning		
	87	862	Helkäksimplantat (överkäke)		
	85	425, 426	Operation		
	75	829	Helkäksprotes, temporär		
	5*68	–	Titankomponenter	57 366	40 511

Källa: Försäkringskassan beräkningar.

I tabell 10 nedan redovisas beräknade patientkostnader för gruppen 30–64 år. Majoriteten av behandlingspaketen har enligt dessa beräkningar blivit mindre kostsamma för patienten efter att det nya tandvårdsstödet infördes, men liksom för den yngre åldersgruppen har behandlingspaketen 6, 9 och 10 blivit dyrare för patienten, vilket för dessa paket kan förklaras på samma sätt som för den yngre åldersgruppen. Paket 12 har fått en patientkostnad som är 29 procent lägre för denna åldersgrupp, vilket även för denna åldersgrupp bedöms bero på att införandet av det nya högkostnadsskyddet. Paket två som ska motsvara en vanlig undersökning, inklusive en förebyggande åtgärd, har nu enligt dessa beräkningar en patientkostnad som är 18 procent lägre än innan reformen. För denna åldersgrupp, liksom för de mellan 20 och 29 år, bedöms det bero på att detta paket hamnar i det kostnadsintervall där det allmänna tandvårdsbidraget får stor effekt på patientkostnaderna.

Tabell 10 Patientkostnader för de olika behandlingspaketen innan och efter införandet av det nya tandvårdsstödet. Åldersgrupp 30–64 år

Behandlingspaket	Åtgärd (tidigare)	Åtgärd (ny)	Beskrivning	Patientkostnad	Patientkostnad (inkl. ATB)
	före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008		före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008
1.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd	1 102	871
2.	11	101	Undersökning		
	24	202	Sjukdomsbehandlande åtgärd	815	670
3.	12	102	Undersökning, tandhygienist		
	24	202	Sjukdomsbehandlande åtgärd	771	605
4.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	55	705	Flerytsfyllning	1 970	1 855
5.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	64	803	Pelare		
	62	801	Krona		
		103	Akut/kompletterande undersökning/utredning		
	121	Röntgenundersökning	8 742	6 887	
6.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	55	705	Flerytsfyllning		
		103	Akut/kompletterande undersökning/utredning		
	121	Röntgenundersökning	3 992	4 070	
7.	11	101	Undersökning		
	15	123	Röntgen		
	31	401	Tanduttagning		
	2*62	2*801	Krona		
	65	804	Hängande broled	12 670	8 969
8.	11	101	Undersökning		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
		702	Fyllning av två ytor		
		706	Fyllning av två eller fler ytor		
	3*55	3*705	Flerytsfyllning		
	73	824	Partiell protes		
	6*70	6*821	Prefabricerade tänder	9 164	8 201
9.	91	103	Akutbesök		
	42	502	Rotfyllning		
	56	707	Kompositkrona		
		121	Röntgenundersökning		
		708	Stifförankring i rotkanal vid fyllningsterapi	3 814	3 974
10.	11	101	Undersökning		
	4*13	122	Röntgen		
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd		
	34	404	Operativt avlägsnande av en eller flera tänder	2 690	3 267
12.	11	104	Undersökning		
	87	862	Helkäksimplantat (överkäke)		
	85	425, 426	Operation		
	75	829	Helkäksprotes, temporär		
	5*68	–	Titankomponenter	57 472	40 533

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

På grund av konstruktionen av det nya tandvårdsstödet har ersättningsgruppen 65+ delats upp på 65–74 år respektive 75 år och uppåt. Detta eftersom de som fyllt 75 år har ett allmänt tandvårdsbidrag om 300 kronor per år till skillnad från de mellan 65 och 74 år som får 150 kronor per år i allmänt tandvårdsbidrag. Högkostnadsskyddet är det samma oavsett ålder.

Tabell 11 över patientkostnader för åldersgrupperna 65–74 år och 75 år + visar att behandlingspaketen 6, 9, 10 och 12 blivit dyrare för patienter i dessa åldersgrupper efter införandet av det nya tandvårdsstödet. För åldersgruppen 65–74 år har även behandlingspaket 4 fått en högre patientkostnad. För behandlingspaketen 4, 6, 9, 10 och 12 kan ökningen i patientkostnader förklaras av att dessa paket ligger i ett vårdgivarprisintervall där varken det allmänna tandvårdsbidraget eller högkostnadsskyddet eller dessa tillsammans ger lägre patientkostnad än ersättningarna i det tidigare tandvårdsstödet. Paket två har för åldersgrupperna 65–74 år och 75+ fått patientkostnader som är 1.9 procent respektive 23.9 procent lägre. Den lägre patientkostnaden för detta paket kan för dessa åldersgrupper, liksom för de yngre, förklaras av att behandlingspaketet motsvarar tandvårdskonsumtion i ett så lågt vårdgivarprisintervall att det allmänna tandvårdsbidraget fått stor effekt. Paket tolv, som innehåller protetisk tandvård och som omfattades av det tidigare högkostnadsskyddet, har efter införandet av det nya tandvårdsstödet fått patientkostnader som för åldersgruppen 65–74 och för 75+ är 147.8 procent respektive 147.7 procent högre under de nya ersättningsreglerna än under de gamla.

Tabell 11 Patientkostnader för de olika behandlingspaketen innan och efter införandet av det nya tandvårdsstödet. Åldersgrupp 65–75+ år

Behandlingspaket	Åtgärd (tidigare)	Åtgärd (ny)	Beskrivning	Patientkostnad	Patientkostnad 65–74 (inkl. ATB)	Patientkostnad 75+ (inkl. ATB)
	före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008		före 1 juli 2008	Efter 1 juli 2008	efter 1 juli 2008
1.	11	101	Undersökning			
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd	943	871	721
2.	11	101	Undersökning			
	24	202	Sjukdomsbehandlande åtgärd	683	670	520
3.	12	102	Undersökning, tandhygienist			
	24	202	Sjukdomsbehandlande åtgärd	639	605	455
4.	11	101	Undersökning			
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd			
	55	705	Flerytsfyllning	1746	1855	1705
5.	11	101	Undersökning			
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd			
	42	502	Rotfyllning			
	64	803	Pelare			
	62	801	Krona			
		103	Akut/kompletterande undersökning/utredning			
		121	Röntgenundersökning	8396	6887	6812

Behandlingspaket	Åtgärd (tidigare)	Åtgärd (ny)	Beskrivning	Patientkostnad	Patientkostnad 65–74 (inkl. ATB)	Patientkostnad 75+ (inkl. ATB)
	före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008		före 1 juli 2008	Efter 1 juli 2008	efter 1 juli 2008
6.	11	101	Undersökning			
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd			
	42	502	Rotfyllning			
	55	705	Flerytsfyllning			
		103	Akut/kompletterande undersökning/utredning			
		121	Röntgenundersökning	3582	4070	3995
7.	11	101	Undersökning			
	15	123	Röntgen			
	31	401	Tanduttagning			
	2*62	2*801	Krona			
	65	804	Hängande broled	9586	8969	8894
8.	11	101	Undersökning			
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd			
		702	Fyllning av två ytor			
		706	Fyllning av två eller fler ytor			
	3*55	3*705	Flerytsfyllning			
	73	824	Partiell protes			
	6*70	6*821	Prefabricerade tänder	8810	8201	8126
9.	91	103	Akutbesök			
	42	502	Rotfyllning			
	56	707	Kompositkrona			
		121	Röntgenundersökning			
		708	Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi	3537	3974	3899
10.	11	101	Undersökning			
	4*13	122	Röntgen			
	22	341	Sjukdomsbehandlande åtgärd			
	34	404	Operativt avlägsnande av en eller flera tänder	2369	3267	3192
12.	11	104	Undersökning			
	87	862	Helkäksimplantat (överkäke)			
	85	425, 426	Operation			
	75	829	Helkäksprotes, temporär			
	5*68	–	Titankomponenter	16 354	40 533	40 511

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Som beskrivits tidigare ger jämförelsen av enskilda behandlingspaket ingen helhetsbild av patientens *totala* kostnad påverkats av det nya tandvårdsstödet. En stor andel av patienterna konsumerar mer tandvård under ett år det som motsvaras av ett paket. Det är med anledning av det som den första ansatsen för att analysera patientkostnader använts i denna rapport. Ett annat problem med jämförelser mellan olika ersättningssystem med hjälp av behandlingspaket är att de olika åtgärderna i dag inte har exakt samma innehåll som innan reformen.

4.2 Statliga subventioners effekt på patientkostnader

Genom det statliga tandvårdsstödet subventionerar staten en del av den ersättningsberättigande tandvård som konsumeras. Subventionen betalas till vårdgivaren för utförd ersättningsberättigad vård. Avsikten med detta är att patientkostnaderna ska sänkas och att patienter ska ges ökad möjlighet att konsumera tandvård. Hur stor effekt subventionen får på patientkostnaden beror på hur stor del av subventionen som går till sänkta patientkostnader. Detta hade möjligen kunnat bedömas om det varit möjligt att beräkna utvecklingen av vårdgivarnas kostnader för att producera tandvård och ställa detta mot prisutvecklingen. Om det vid en sådan beräkning hade gått att visa att vårdgivarpriserna inte ökat mer än vad kostnaderna för att producera tandvård ökat hade det eventuellt indikerat att subventionen kommit patienterna till del i en stor omfattning. Hur pris på varor sätts beror dock på många olika faktorer varför en beräkning av vårdgivares marginaler hade varit svår att göra, även om uppgifter om kostnadsutvecklingen för att producera tandvård varit tillgänglig.

Hur stor effekt på konsumtionen en subvention, likt det nya tandvårdsstödet, som syftar till ökad efterfrågan genom lägre konsumentpris får beror bland annat på hur känslig efterfrågan av varan är på förändringar i pris. Hur mycket tandvård en person efterfrågar beror förutom på patientkostnaden och inkomsten också av preferenser och behovet av tandvård²². När delar av patienters tandvårdskostnader ersätts, och patientkostnaden blir lägre, leder det vanligen till att mer tandvård konsumeras. Att staten betalar en del av patienternas tandvårdskostnader leder vanligen även till att efterfrågan på tandvård blir mindre känslig för förändringar i priset, detta eftersom patienten inte ensam bär hela förändringen i vårdgivarpris.²³ Generellt kan det sägas att efterfrågan på tandvård liknar den för annan sjukvård, men att den är mer priskänslig. Detta kan delvis förklaras av att en del av tandvården består av förebyggande behandlingar, vilka är mera känsliga för priset förändringar än vad annan tandvård är.²⁴

5 Slutsatser

5.1 Prisutvecklingen

En viktig frågeställning angående prisutvecklingen för tandvård är om införandet av referenspriserna har haft en dämpande effekt på prisökningarna. I löpande priser har prisökningen varit lägre under den första 12-månadersperioden med de nya ersättningsreglerna, 2.7 procent jämfört 4.5 procent per år under perioden januari 2003–juni 2008. P.g.a. deflationen i slutet av 2008 så har dock prisökningen i fasta priser under perioden juli

²² Manning och Phelps, 1979, s. 523

²³ Manning och Phelps, 1979, s. 517f

²⁴ Manning och Phelps, 1979, s. 523

2008–juli 2009 varit något högre än under 5-årsperioden innan, 3.8 procent mot 2.7 procent på årsbasis.

När referenspriserna höjdes 1 september 2009 justerade vårdgivarna relativt snabbt upp sina taxor. Detta indikerar att vårdgivarprisernas *utveckling* till stor del följer referenspriserna. Däremot så har vårdgivarnas priser under hela undersökningsperioden legat runt 5 procent över referensprisnivån.

I samtliga kommungrupper som prisnivåerna mätts i denna rapport ligger den privata tandvårdens taxor något över Folktandvårdens. Detta förhållande gäller även om ett enskilt läns Folktandvård ligger högre i prisnivå än andra landsting, vilket är fallet i Västra Götalandsregionen. Detta kan vara en indikation på att Folktandvården är ”prissättande” i respektive region.

5.2 Patientkostnaden

Det finns två övergripande mål med det nya tandvårdsstödet. Det första målet är att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov. Det andra målet är att göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad. En generell slutsats vad gäller patientkostnaden i det nya tandvårdsstödet jämfört med det gamla är att:

- patienter med låg tandvårdskonsumtion, t.ex. endast en undersökning samt en enkel förebyggande åtgärd under en hel ersättningsperiod, har fått en lägre kostnad än tidigare. Detta gäller för alla åldersgrupper utom för åldersgruppen 65–74 år som har fått en högre kostnad.
- patienter med hög eller mycket hög konsumtion har också fått lägre kostnader än tidigare. Detta gäller för alla ålderskategorier, även för dem som fyllt 65 år.

Dessa resultat gäller *i snitt*. Resultaten är i linje med målen med det nya tandvårdsstödet som beskrevs ovan.

Tittar man däremot på medel- eller medianpatienten (med avseende på konsumerad tandvård) har dessa fått högre patientkostnader jämfört med det gamla stödet. Detta gäller särskilt för patienter som är 65 år eller äldre. Generellt är det dock vanskligt att göra jämförelser mellan det nya och gamla tandvårdsstödet vad gäller patientkostnader, främst på grund av att det inte finns någon heltäckande statistik över tandvårdskonsumtionen innan den 1 juli 2008.

En möjlig konsekvens av att medelpatienten fått högre kostnad skulle kunna vara att patienter som upplever att det blivit dyrare med ”vanlig” tandvård gör färre regelbundna besök i förebyggande syfte. Försäkringskassan kommer under 2010 att göra en analys av besöksfrekvensen när det gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte.

I Tandvårdsutredningen (SOU 2007:19) räknade man med att patienter med tandvårdskostnader på 2 000–3 000 kronor årligen skulle få något högre kostnader i det nya tandvårdsstödet. Försäkringskassans beräkningar indikerar att detta intervall är större samt att kostnaden för patienterna i detta

intervall blev högre än vad regeringen räknade med inför reformen. I åldersgruppen 30–64 år konsumerade t.ex. medianpatienten tandvård för 2 370 kronor under en 12-månadersperiod med de nya ersättningsreglerna. Enligt beräkningarna i denna rapport har patientens kostnad för denna vård blivit 15.4 procent dyrare i det nya tandvårdsstödet.

Referenser

FSI (2005) *Frågor och kostnader för tandvård*. Forskningsgruppen för Samhälls- och informationsstudier.

Försäkringskassan (2007) *Aktuella priser för tandvård hösten 2007 – Resultat från en enkätundersökning till tandläkare*.

Konkurrensverket (2004) *Tandvård och konkurrens*, Konkurrensverkets rapportserie: 2004:1, Ekonomi-Print AB, Stockholm.

Manning, W, G och Phelps, C, E (1979) *The Demand for Dental care*. The bell journal of economics 10, Autumn 1979, s.503-525.

Riksförsäkringsverket (2002) *Tandvårdsförsäkringen*, Vägledning 2002:5.

Sveriges Kommuner och Landsting (2008) *Folktandvårdens priser för allmäntandvård år 2008*.

Tillväxtverket (2009) *Näringslivets administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdsområdet*, Uppdatering 2008, Ordförrådet AB, Stockholm.

Lagrådsremiss, Statligt tandvårdsstöd 2007.

Proposition 2007/08:49, Statligt tandvårdsstöd.

SOU 2006:27, *Stöd till hälsofrämjande tandvård*. Delbetänkande av Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna, Fritzes, Stockholm.

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

Dagens Industri, www.di.se

SCB,
<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Produkt.asp?produktid=AM0105>

Bilaga 1 – Ordlista

För att underlätta för läsaren förklaras här ett antal olika begrepp inom tandvården.

Allmäntandvård

Tandvård som inte kräver specialistkompetens.

Abonnemangstandvård

En patient får sin tandvård tillgodosedd till ett fast pris enligt avtal med vårdgivaren

Bastandvård

Behandling av befintliga tänder, såsom akutbehandlingar, undersökningar, förebyggande behandlingar, kirurgiska behandlingar, lagning av hål som sker utan inblandning av tandtekniker och rotfyllning. Denna uppdelning fanns i det tidigare tandvårdsstödet, men inte i det nya.

Brygga/Bro, ersättning för en eller flera förlorade tänder som fästes på närliggande tänder. Konstruktionen fungerar som en ”bro” över tandluckan och konstruktionen går inte att ta av.

Ersättningsgrundande belopp

Belopp som högst motsvarar referenspriset för en viss åtgärd. Detta belopp byggs på under högst en tolv månaders period och ligger till grund för ersättningen inom skyddet mot höga kostnader.

Fyllning

Lagning.

Helkäksprotes

Avtagbar protes som ersätter samtliga tänder i en hel käke.

Implantat

Konstgjorda tänder som fästs i käkbenet med titanskruvar.

Krona

En tand kan delas in i en synlig del som kallas krona och en dold del, roten, som är förankrad i käkbenet. Om en tand är så skadad att en vanlig lagning inte är möjlig kan tandläkaren tillverka en konstgjord krona för att bygga upp tanden igen. Den konstgjorda kronan kan beskrivas som ett hölje som

formas för att likna tandens egen krona. Den skadade tanden slipas ned och kronan limmas och trycks fast utanpå. En krona tillverkas ofta av metall som täcks med ett yttre skikt av porslin.

Kompositkrona

Konstgjord tand som i huvudsak består av fyllmedel av kiseldioxidpartiklar i en matris av hårdbar plast.

Latitud

Priset för en tandvårdsbehandling kan variera beroende på svårighetsgrad. Användes i det tidigare tandvårdsstödet.

Partiell protes/delprotes

Avtagbar protes som ersätter en eller flera förlorade tänder.

Patientkostnad

Patientkostnad är det pris som en patient betalar för en behandling, med hänsyn tagen till eventuell tandvårdsersättning från Försäkringskassan.

Pelare

Stöd för protetisk krona eller brostöd. Fästs i rotkanalen på rotfylld tand.

Protetik/Oral protetik

Den del av odontologin som behandlar problem rörande ersättning av tänder och / eller käkar.

Referenspris

Referenspriser beslutas av Tandvårds- och Läkemedelsverket (TLV). Referenspriset ligger till grund för beräkningen av tandvårdsersättningen. De kan fungera som ett vägledande normvärde för patienter. Referenspriset tar hänsyn till behandlingskostnader inklusive dentalt material av normalstandard. Priset är beräknat utifrån tidsåtgång för olika moment, materialåtgång, normala overheadkostnader vid en vårdgivare, eventuella kostnader för tandtekniker m.m.

Rotfyllning

Metod som innebär att mjukvävnaden i tandpulpan och rotkanalen avlägsnas och kanalen fylls med rotfyllningsmaterial.

Rotspetsoperation

Operation av tandrot varvid rotspetsdelen fylls med tätningsmaterialmaterial för att göra rotkanalen tät och därigenom förhindrar fortsatt inflammation vid rotspetsen.

Specialisttandvård

Inom specialisttandvården behandlas patienter med särskilda behov av tandvård som ofta kräver mer omfattande och kvalificerad behandling. Denna tandvård utförs av en av Socialstyrelsen godkänd tandläkare med specialistbehörighet inom visst område. Det finns 8 specialiteter i Sverige.

Titanimplantat

Ett implantat, vanligen utformat som en skruv, som ersätter en förlorad rot. Implantatet växer samman med käkbenet. På implantatet kan sedan en konstgjord tand fästas.

Vårdgivarpris

Vårdgivarpriset är det pris som en tandläkare tar för en behandling, utan hänsyn tagen till eventuell tandvårdsersättning från Försäkringskassan.

Bilaga 2 – Metod prisindex

A. Metod för rensning av inrapporterade priser

Valet av metod för rensning av data har utgått från några viktiga egenskaper hos de inrapporterade åtgärdspriserna:

1. Priserna måste vara positiva
2. Det finns en hel del felinmatningar där det inrapporterade priset är av en annan storleksordning än övriga priser ("en nolla för mycket"). Detta betyder att fördelningen av alla inrapporterade priser har en lång svans åt höger.

Sammantaget innebär ovanstående att fördelningen av priserna för en viss given åtgärd oftast är skev åt höger. Om vi skulle bortse från detta och använda någon av de vanligaste teknikerna för rensning av outliers där man antar en symmetrisk fördelning skulle det skattade medelpriset därmed bli för lågt. Vi har därför valt en metod som använder en modifierad boxplot som tar hänsyn till skevheten i fördelningen i identifikationen av outliers. Denna metod beskrivs i Huber²⁵. Med denna metod betraktas ett enskilt observerat pris p_i som en potentiell outlier om det ligger utanför en "acceptansregion": (LB, UB) där

$$LB = Q1 - 1.5 \cdot e^{-3.5 \cdot QS} \cdot IQR$$

och

$$UB = Q3 + 1.5 \cdot e^{-4.0 \cdot QS} \cdot IQR$$

IQR är här det s.k. kvartilavståndet i data, dvs. $IQR = Q3 - Q1$. QS är det s.k. oktilmåttet på fördelningens skevhet såsom det föreslogs av Hinkley²⁶:

$$QS = \frac{(Q_{0.875} - Q_{0.5}) - (Q_{0.5} - Q_{0.125})}{Q_{0.875} - Q_{0.125}}$$

där Q_p betecknar den skattade p-kvantilen i data. I denna studie har alla rabatterade priser tagits med i beräkningen. Den lägre gränsen (LB) används alltså inte.

Metoden som beskrivs ovan har använts på de inrapporterade åtgärdspriserna åtgärd-för-åtgärd. Dessutom har denna rensning gjorts separat för perioden fram t.o.m. 31 augusti 2009 (alltså innan de nya referenspriserna började gälla) och efter 1 september 2009.

²⁵ Huber, 2004

²⁶ Hinkley, 1975, s. 105

B. Metod för beräkning av prisindex

Det finns en tydlig säsongs- och kalendervariation i konsumtionen och produktionen av tandvård. Under semestermånaderna (juli samt del av augusti) samt runt de viktigaste högtiderna, jul-nyår och påsken, utförs mycket litet tandvård över huvud taget. Detta har påverkat valet av metod för att beräkna prisindexen.

I denna rapport har Laspeyres metod för beräkning av prisindex använts. Generellt så ska ett prisindex mäta just prisernas utveckling hos en representativ varukorg men där hänsyn är tagen till förändringar i konsumtionens sammansättning. Med Laspeyres metod beräknas prisindexet enligt följande formel:

$$I_t = \frac{\sum_{k=1}^N P_{k,t} \cdot Q_k}{\sum_{k=1}^N P_{k,0} \cdot Q_k}$$

Där $P_{k,t}$ är det genomsnittliga priset för vara k under månad t och Q_k är en fix kvantitet av varan för någon basperiod. Den enskilda varan i denna undersökning är en specifik tandvårdsåtgärd. Som fixa kvantiteter har det totala antalet inrapporterade åtgärder (för varje åtgärd) under hela den första 12-månaderperioden använts. För åtgärd 101 (basundersökning) har alltså det totala antalet inrapporterade åtgärder 101 under 1 juli 2008–30 juni 2009 använts som kvantitet. Baspriset är det genomsnittliga priset för denna åtgärd under hela denna period.

Den främsta anledningen till att Laspeyres metod används med basperiod hela det första året är att vi annars skulle få en variation av indexvärdet för en viss månad enbart beroende på vilken månad vi skulle välja som basmånad. Om vi använde t.ex. Paasches index där kvantiteten är indexmånadens kvantitet skulle det dessutom bli en del säsongsmässiga variationer i de framräknade indexserierna. T.ex. så utförs relativt sett mindre tandvård inom den privata sektorn under juli jämfört med andra månader. Om man i indexberäkningen använde indexmånadens kvantiteter som vikter (som i Paasches metod) skulle alltså den privata tandvården mer eller mindre försvinna ur indexberäkningen för juli månad. Att hela det första årets konsumtion används som kvantitet Q_k beror på åtgärds panoramat (alltså antalet av olika åtgärder relativt totalen) varierar med säsong samt att den studerade perioden var en ”uppstartningsperiod”. Om vi använde en enskild månads (t.ex. juli 2008) kvantiteter som fasta vikter i beräkningen skulle varukorgen inte vara representativ för hela året.

Bilaga 3 – Behandlingspaket

Äldre definition av behandlingspaket

I denna bilaga redovisas patientkostnader för elva behandlingspaket utifrån den översättning av åtgärder som gjordes vid införandet av det nya tandvårdsstödet.

I tabell 12 nedan redovisas beräknade patientkostnader för gruppen 20–29 år utifrån de elva behandlingspaketen. Samtliga behandlingspaket, med undantag för paket 10, har enligt de ursprungliga översättningarna av behandlingspaketen blivit mindre kostsamma för patienterna i åldersgruppen efter att det nya tandvårdsstödet infördes. Paket 12 har enligt dessa beräkningar fått en patientkostnad som är 33.8 procent lägre för denna åldersgrupp. Paket två som ska motsvara en vanlig undersökning, inklusive en förebyggande åtgärd, har enligt dessa beräkningar en patientkostnad som är 26.7 procent lägre än innan reformen.

Tabell 12 Patientkostnader för de olika behandlingspaketen innan och efter införandet av det nya tandvårdsstödet. Åldersgrupp 20–29 år

Behandlingspaket	Åtgärd (tidigare)	Åtgärd (ny)	Beskrivning	Patientkostnad	
	före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008		före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008
1.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd	996	520
2.	11	101	Undersökning		
	24	202	Förebyggande åtgärd	709	520
3.	12	102	Undersökning, tandhygienist		
	24	202	Förebyggande åtgärd	665	455
4.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	55	705	Flerytsfyllning	1 864	1 505
5.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	64	803	Pelare		
	62	801	Krona	8 636	6 550
6.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	55	705	Flerytsfyllning	3 886	3 733
7.	11	101	Undersökning		
	15	123	Röntgen		
	31	401	Tanduttagning		
	2*62	2*801	Krona		
	65	804	Hängande broled	12 564	8 894
8.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	3*55	3*705	Flerytsfyllning		
	73	824	Partiell protes		
	6*70	6*821	Prefabricerade tänder	9 058	7 975
9.	91	103	Akutbesök		
	42	502	Rotfyllning		
	56	707	Kompositkrona	3 814	3 638
10.	11	101	Undersökning		
	4*13	122	Röntgen		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	34	541	Rotspetsoperation	2 584	3 559
12.	11	104	Undersökning		
	87	862	Helkäksimplantat		
	85	425, 426	Operation		
	75	829	Helkäksprotes, temporär		
	5*68	–	Titankomponenter	57 366	37 961

Källa: Försäkringskassan beräkningar.

I tabell 13 nedan redovisas beräknade patientkostnader för åldersgruppen 30–64 år utifrån de elva behandlingspaketen. Samtliga behandlingspaket, med undantag för paket 10, har enligt dessa beräkningar blivit mindre kostsamma efter att det nya tandvårdsstödet infördes. Paket 12 har enligt dessa beräkningar en patientkostnad som är 33.9 procent lägre för denna åldersgrupp efter införandet av det nya tandvårdsstödet. Paket två som ska motsvara en vanlig undersökning, inklusive en förebyggande åtgärd, har enligt dessa beräkningar en patientkostnad som är 17.8 procent lägre än innan reformen.

Tabell 13 Patientkostnader för de olika behandlingspaketen innan och efter införandet av det nya tandvårdsstödet. Åldersgrupp 30–64 år

Behandlingspaket	Åtgärd (tidigare)	Åtgärd (ny)	Beskrivning	Patientkostnad	
	före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008		före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008
1.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd	1 102	670
2.	11	101	Undersökning		
	24	202	Förebyggande åtgärd	815	670
3.	12	102	Undersökning, tandhygienist		
	24	202	Förebyggande åtgärd	771	605
4.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	55	705	Flerytsfyllning	1 970	1 655
5.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	64	803	Pelare		
	62	801	Krona	8 742	6 625
6.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	42	502	Rotfyllning		
	55	705	Flerytsfyllning	3 992	3 808
7.	11	101	Undersökning		
	15	123	Röntgen		
	31	401	Tanduttagning		
	2*62	2*801	Krona		
	65	804	Hängande broled	12 670	8 969
8.	11	101	Undersökning		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	3*55	3*705	Flerytsfyllning		
	73	824	Partiell protes		
	6*70	6*821	Prefabricerade tänder	9 164	8 050
9.	91	103	Akutbesök		
	42	502	Rotfyllning		
	56	707	Kompositkrona	3 814	3 713
10.	11	101	Undersökning		
	4*13	122	Röntgen		
	22	202	Förebyggande åtgärd		
	34	541	Rotspetsoperation	2 690	3 634
12.	11	104	Undersökning		
	87	862	Helkäksimplantat		
	85	425, 426	Operation		
	75	829	Helkäksprotes, temporär		
	5*68	–	Titankomponenter	57 472	37 983

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Tabell 14 över patientkostnader för åldersgruppen 65–74 år respektive 75 år+ utifrån de elva behandlingspaketen visar att behandlingspaket 6, 9, 10 och 12 enligt dessa beräkningar fått högre patientkostnader både för gruppen 65–74 och för gruppen 75+. Paket två har för patientgrupperna 65–74 år respektive 75+ blivit 1.9 procent respektive 23.9 procent billigare. Paket tolv kostar nu för åldersgruppen 65–74 år 132.3 procent mer och för åldersgruppen 75+ 132.3 procent mer.

Tabell 14 Patientkostnader för de olika behandlingspaketen innan och efter införandet av det nya tandvårdsstödet. Åldersgrupp 65–75+ år

Behandlingspaket	Åtgärd (tidigare)	Åtgärd (ny)	Beskrivning	Patientkostnad	Patientkostnad 65–74 (inkl. ATB)	Patientkostnad 75+ (inkl. ATB)
	före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008		före 1 juli 2008	efter 1 juli 2008	efter 1 juli 2008
1.	11	101	Undersökning			
	22	202	Förebyggande åtgärd	943	670	520
2.	11	101	Undersökning			
	24	202	Förebyggande åtgärd	683	670	520
3.	12	102	Undersökning, tandhygienist			
	24	202	Förebyggande åtgärd	639	605	455
4.	11	101	Undersökning			
	22	202	Förebyggande åtgärd			
	55	705	Flerytsfyllning	1 746	1 655	1 505
5.	11	101	Undersökning			
	22	202	Förebyggande åtgärd			
	42	502	Rotfyllning			
	64	803	Pelare			
	62	801	Krona	8 396	6 625	6 550
6.	11	101	Undersökning			
	22	202	Förebyggande åtgärd			
	42	502	Rotfyllning			
	55	705	Flerytsfyllning	3 582	3 808	3 733
7.	11	101	Undersökning			
	15	123	Röntgen			
	31	401	Tanduttagning			
	2*62	2*801	Krona			
	65	804	Hängande broled	9 586	8 969	8 894
8.	11	101	Undersökning			
	22	202	Förebyggande åtgärd			
	3*55	3*705	Flerytsfyllning			
	73	824	Partiell protes			
	6*70	6*821	Prefabricerade tänder	8 810	8 050	7 975
9.	91	103	Akutbesök			
	42	502	Rotfyllning			
	56	707	Kompositkrona	3 537	3 713	3 638
10.	11	101	Undersökning			
	4*13	122	Röntgen			
	22	202	Förebyggande åtgärd			
	34	541	Rotspetsoperation	2 369	3 634	3 559
12.	11	104	Undersökning			
	87	862	Helkäksimplantat			
	85	425, 426	Operation			
	75	829	Helkäksprotes, temporär			
	5*68	–	Titankomponenter	16 354	37 983	37 961

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2010:

- 2010:1 Tidig bedömning – en analys av faktorer som påverkar tidpunkten för överlämnande av ärenden till LFC
- 2010:2 Hälsa, arbetsmarknadsanknytning och behov av stödjande insatser hos personer med sjuk- och aktivitetsersättning
- 2010:3 Föräldrars syn på Försäkringskassans information om föräldraförsäkringen. Resultat från en enkätundersökning hösten 2009
- 2010:4 Försäkringskassans kundundersökning. Riksmätning 2009:2
- 2010:5 Jämställdhetsbonusen – en effektutvärdering
- 2010:6 Global kris – Håller välfärdssystemen? Rapport från forskarseminarium i Umeå 20–21 januari 2010
- 2010:7 Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar
- 2010:8 Tidiga insatser i sjukfallen – vad leder de till?
- 2010:9 Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?
- 2010:10 Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken
- 2010:11 Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008. Besöksfrekvenser i förebyggande syfte, samt effekterna av skyddet mot höga kostnader
- 2010:12 Utvärdering av handläggningsprocessen inför deltagande i aktiv insats. En försöksverksamhet med alternativa insatser för långtidssjukskrivna
- 2010:13 Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet