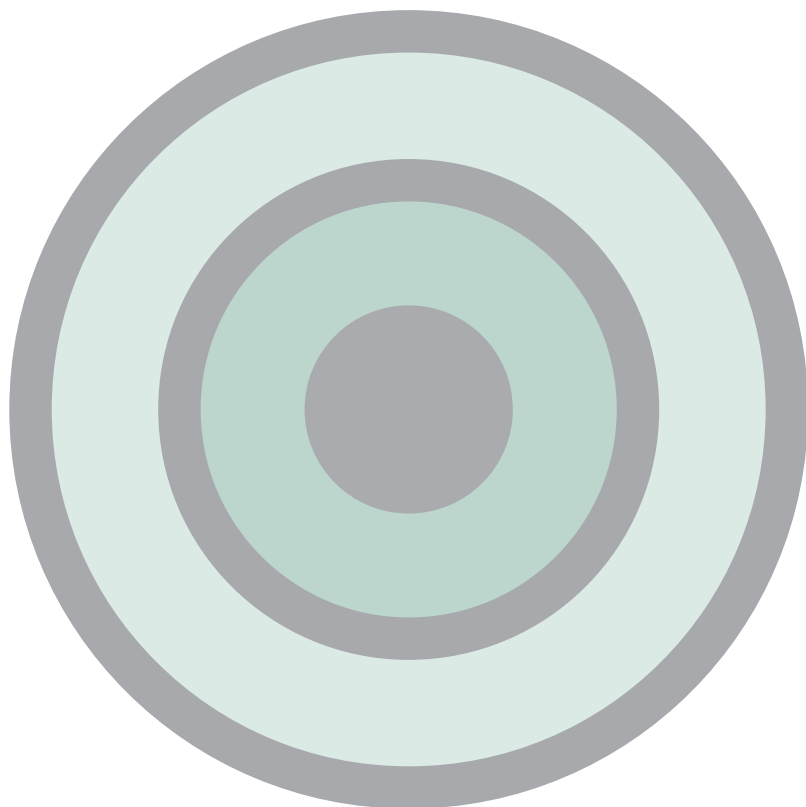


ANALYSERAR

2006:24



Utvecklingen av tandvårdsförsäkringen,
tandvårdskonsumtionen och tandhälsan

Utgivare	Försäkringsdivisionen Enheten för utvärdering
Upplysningar	Eva Olkiewicz 08-786 93 36 eva.olkiewicz@forsakringskassan.se
Beställning	E-post: forsakringskassan@ontime.se Telefon: 08-556 799 29, On Time Internet: www.forsakringskassan.se
Tryck	Lenanders Grafiska AB, 2006

Förord

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har gemensamt av regeringen haft i uppdrag att utveckla statistiken inom tandvårdsområdet på så sätt att det finns tillgång till riksomfattande och jämförbar statistik, att ta fram underlag som gör det möjligt att bedöma befolkningens tandhälsa och att analysera tandvårdsförsäkringens eventuella påverkan och effekter på tandhälsa.

Uppdraget redovisas i tre separata rapporter. I denna rapport redovisas en analys av sambanden mellan tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa.

Undersökningen har genomförts av Försäkringskassan. Eva Olkiewicz har varit projektledare och lagt upp studien och skrivit rapporten. Christina Olsson Bohlin har ansvarat dels för bearbetningarna av data från såväl Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar som Riksförsäkringsverkets tandvårdsundersökningar, dels för uppläggnings- och bearbetningen av databasen från Försäkringskassans och Socialstyrelsens gemensamma tandvårdsundersökning. Jan Håkansson har bidragit med synpunkter på tandvård och tandhälsa. Niklas Österlund och Patric Tirmén har utfört de logistiska regressionsanalyserna. Hans Olsson har bidragit med beräkningsmodell för kostnadsanalysen och Daniel Ramsé med inkomstanalys.

De två övriga delrapporterna i detta regeringsuppdrag, ”Riksomfattande statistik från tandvårdsräkningar” och ”Befolkningens tandhälsa”, har genomförts av Försäkringskassan och Socialstyrelsen gemensamt.

Britt-Marie Anderson
Tf chef för enheten för utvärdering

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Uppdraget i regleringsbrevet.....	10
Tandvårdsförsäkringens utveckling	11
Syftet med delprojektet	13
Metod och genomförande – en sammanfattning	14
Kostnadsutvecklingen inom tandvården.....	16
Tandvårdskonsumtionens utveckling	26
Tandhälsans utveckling	36
Samband mellan tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa.....	44
Bilaga Metod och genomförande	51

Sammanfattning

Patienternas kostnader har ökat drastiskt

Patienternas kostnader för tandvård har ökat kraftigt, särskilt från mitten av 1990-talet. Ökningen beror dels på höjning av tandläkar- och tandhygienistarvodena, dels på neddragningar i tandvårdsförsäkringen. För att beskriva utvecklingen har vi valt tre exempel på behandlingspaket. Utifrån dessa var patienternas kostnadsökning 1974–2005, omräknat i 2005 års penningvärde, följande:

- **Lagning av en tand** (inklusive undersökning och förebyggande åtgärder) ökade med 327 procent eller 1 200 kronor under tidsperioden. *Höjda tandläkar- och tandhygienistarvoden är den huvudsakliga orsaken till kostnadsökningen.*
- **Rotfyllning och krona** (inklusive undersökning och förebyggande åtgärder) ökade med 234 procent eller 5 400 kronor. *Höjda tandläkar- och tandhygienistarvoden och neddragningar i tandvårdsförsäkringen har haft ungefär lika stor betydelse för kostnadsökningen.*
- **Insättande av en brygga/bro** (inklusive undersökning, röntgen och uttagning av tand) ökade med 154 procent eller cirka 7 700 kronor. *Neddragningar i tandvårdsförsäkringen är den enda orsaken till kostnadsökningen.*

Tandvårdsersättningen skiljer sig mellan olika åldersgrupper

När tandvårdsförsäkringen infördes 1974 var reglerna för ersättning lika för alla grupper. Detta ändrades i samband med att ett nytt reformerat tandvårdsstöd infördes 1999. Förändringen innebar att ersättningsreglerna blev olika beroende på patienternas ålder. De tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen är:

- 20–29 år: Unga
- 30–64 år: Medelålders
- 65 år– : Äldre

De äldre får mest ersättning och de unga näst mest. Minst ersättning får de medelålders. I det följande analyseras därför utvecklingen av tandvårdskonsumtion och tandhälsa separat för de tre åldersgrupperna inom tandvårdsförsäkringen.

Statens utgifter för tandvården har minskat

En allmän tandvårdsförsäkring infördes 1974. Under de första åren steg statens utgifter för tandvård ganska kraftigt, för att sedan gradvis minska. Den stora minskningen av statsutgifterna kom dock först i samband med lågkonjunkturen i början av 1990-talet. Räknat i 2005 års penningvärde har kostnadsutvecklingen varit följande:

1974:	3,5 miljarder kronor
1985:	6,1 miljarder kronor
2002:	1,6 miljarder kronor

I samband med att ett högkostnadsskydd för protetisk behandling för äldre infördes 2002 ökade statsutgifterna åter och uppgick 2005 till cirka tre miljarder kronor. I dag går två tredjedelar av pengarna i tandvårdsförsäkringen till personer som är 65 år eller äldre.

Utvecklingen av tandvårdskonsumtionen

Under tiden 1980/81–1988/89 ökade tandvårdskonsumtionen inom alla tre åldersgrupperna, både när det gällde andelen som besöker tandvården regelbundet och andelen som besökt tandvården inom den senaste tvåårsperioden. Därefter, 1988/89–2004, ökade de äldres tandvårdskonsumtion medan den minskade bland unga och medelålders. Nedgången var särskilt markant bland de unga.

De som har låg tandvårdskonsumtion är i stor utsträckning unga eller tillhör socioekonomiskt svaga grupper. Det är personer som har barn, som är ensamstående, har arbetaryrken, är lägre tjänstemän eller som står utanför arbetsmarknaden som studerande, arbetslösa och förtids- och ålderspensionärer.

Utvecklingen av tandhälsan

Det har endast funnits ett begränsat antal frågor om tandhälsa, där utvecklingen har varit möjlig att följa över tid. Det är osäkert i vilken utsträckning dessa få frågor verkligen mäter ett så omfattande område som tandhälsa. Det gör att några mera långtgående slutsatser om tandhälsan inte går att dra. I de frågor som ingår i analysen finns emellertid en tendens till försämringar i tandhälsa bland de unga och förbättringar bland de äldre, medan bilden för de medelålders är mera blandad. Det finns också tydliga samband mellan att:

- besöka tandvården minst vartannat år och att ha god tandhälsa
- kunna klara en oväntad tandvårdsavgift och att ha god tandhälsa.

Diskussion och slutsatser

Vi har noterat att patienternas kostnader har ökat kraftigt under senare år. Både försämringar i tandvårdsförsäkringen och höjda tandläkar- och tandhygienist-arvoden har bidragit till att tandvården blivit dyrare för patienterna.

Trots att patientkostnaderna har stigit drastiskt, har de äldres tandvårdskonsumtion ökat och deras tandhälsa visar tendens till förbättring. För de unga har utvecklingen i stället varit den motsatta med minskad tandvårdskonsumtion och tendenser till försämrad tandhälsa. Bland de medelålders har andelen som har enbart egna tänder har ökat, medan deras tandhälsa i övrigt snarast tenderar att ha försämrats något.

Den statistiska analysen visar att det finns ett tydligt samband mellan att ha svaga ekonomiska resurser och att avstå från regelbunden tandvård. Det finns också ett tydligt samband mellan låg tandvårdskonsumtion och tendens till mindre god tandhälsa. Det innebär att ekonomiska faktorer spelar en väsentlig roll för tandvårdskonsumtion och tandhälsa.

Samma tandvårdsbehandling kostar ungefär lika mycket för patienterna i alla tre åldersgrupper

Patientkostnaderna för tandvård är relativt lika för de tre åldersgrupperna, givet att det gäller samma slags behandling. Även om de äldre är mest gynnade av tandvårdsförsäkringen, så är skillnaderna i kostnader mellan de olika åldersgrupperna relativt marginella i de tre exempel på behandlingspaket som använts i denna undersökning. Det innebär att unga och äldre betalar ungefär lika mycket för tandvård om de har samma behandling. Trots detta har andelen som besöker tandvården regelbundet ökat till 84 procent bland de äldre och minskat till 61 procent bland de unga. Även bland de medelålders har andelen regelbundna tandvårdsbesökare minskat, om än bara till 80 procent.

Den ekonomiska situationen är däremot olika i de tre åldersgrupperna

För att förklara detta behöver vi i stället rikta uppmärksamheten mot den ekonomiska situationen för de tre åldersgrupperna, alltså mot deras förmåga att klara de ökade kostnaderna för tandvård. Som visades i avsnittet om tandvårdskonsumtion har de medelålders den högsta disponibla inkomsten av de tre åldersgrupperna, cirka 190 000 kronor. De äldre har den näst högsta på omkring 135 000 kronor, medan de unga har den lägsta med cirka 120 000 kronor.

De unga är alltså den grupp som har lägst disponibel inkomst. Även om skillnaderna mellan unga och äldre inte är så stor, så finns det andra faktorer, som kan tänkas ha betydelse för deras ekonomiska situation. En del av de unga har

hemmavarande barn och därmed en större försörjningsbörda, vilket de äldre sällan har. De unga har just kommit ut på bostadsmarknaden och har därför oftast högre bostadskostnader än de äldre. De unga är också arbetslösa eller har projektanställningar i högre grad än andra grupper, något som gör att många av dem lever med osäkra inkomster. Låga och osäkra inkomster innebär ofta också att de tvingas fatta ekonomiska beslut, som inte är lika gynnsamma som för dem som har en mera stabil ekonomi och högre inkomster.

De medelålders har också minskat sin tandvårdskonsumtion men nedgången bland dem är mindre drastisk än bland de unga. De är också den grupp som har högst disponibel inkomst. Den tidigare analysen har visat att det, oavsett åldersgrupp, är de ekonomiskt sårbara grupperna som avstår från regelbunden tandvård. Det innebär att det även bland de medelålders i första hand är lågutbildade, ensamstående och personer med hemmavarande barn, som avstår från regelbunden tandvård.

Slutsatsen blir således att de höjda patientkostnaderna har slagit hårdast mot de grupper som har minst ekonomisk bärkraft, nämligen unga och socioekonomiskt svaga grupper.

Kan vi stå inför ett förändrat beteendemönster bland de unga i synen på tandvård?

Generellt är unga den grupp som har lägsta andelen regelbundna tandvårdsbesökare 61 procent och de äldre den högsta med 84 procent. Bland de medelålders är andelen 80 procent.

Detta ger upphov till frågan om vi står inför ett förändrat beteendemönster bland de unga. Sedan tandvårdsförsäkringen infördes 1974 har tyngdpunkten i tandvården legat på förebyggande åtgärder och regelbundna kontroller för att bevara en god tandhälsa. Under de senaste åren har det skett en stadig minskning av tandvårdskonsumtionen särskilt bland de unga men även hos medelålders. De som har låg tandvårdskonsumtion – som inte går regelbundet till tandvård respektive inte har besökt tandvården inom den senaste tvåårsperioden – tillhör också i stor utsträckning de ekonomiskt svagare grupperna i samhället. Risken är att unga och personer med svag ekonomi väljer bort regelbunden kontroll och förebyggande tandvård och bara vänder sig till tandvården vid akuta behov. För en ganska stor grupp – bland de unga 25 procent, medelålders 18 procent och äldre 9 procent – är inte ens akuta besvär tillräckligt för att de ska uppsöka tandvården. Det är oroväckande att denna grupp förefaller att öka.

Tandhälsans utveckling

Om unga och människor med svaga ekonomiska skäl avstår från regelbunden och förebyggande tandvård kan detta på sikt få betydelse för tandhälsan. Det

kan innebära att en del inte alls besöker tandvården, trots att de har behov av vård. En annan möjlighet är att man väntar med att besöka tandvården tills man får symptom från tänderna. I ett sådant fall finns det risk för att tandvårdsåtgärderna i stället blir mera omfattande. Ett exempel är om ett hål i en tand inte lagas i tid kan tandröten gå så långt att rotfyllning blir aktuellt. Som vi har sett tidigare kostade rotfyllning och krona, inklusive undersökning och förebyggande tandvård, omkring 8 000 kronor under 2005. Om individen i stället hade bestämt sig för att dra ut tanden, skulle kostnaden vanligen ha stannat på under tusen kronor. I en ekonomiskt pressad situation är det möjligt att individen väljer att dra ut tanden. Ett annat exempel är att de små antydningar till hål, som ofta uppkommer strax nedanför där två tandytor möts. Vid regelbunden tandvård kan detta åtgärdas snabbt och enkelt med till exempel slipning eller fluorlackering. När sådana kariesangrepp inte åtgärdas tidigt kan konsekvenserna för tandhälsan bli omfattande.

Det är emellertid alltför tidigt att dra några mera långtgående slutsatser om utvecklingen av tandhälsan. Det finns flera skäl till detta, bland annat att det endast har funnits ett begränsat antal frågor om tandhälsa, där utvecklingen har varit möjlig att följa över tid. Det är osäkert i vilken utsträckning dessa få frågor verkligen mäter ett så omfattande område som tandhälsa. I de frågor som ingår i analysen finns emellertid en tendens till försämring i tandhälsa bland de unga och en förbättring bland de äldre. Det finns därför starka skäl att följa den framtida utvecklingen av tandhälsan, särskilt när det gäller unga och personer som tillhör ekonomiskt utsatta grupper.

Uppdraget i regleringsbrevet

Regeringen har i Försäkringskassans och Socialstyrelsens respektive regleringsbrev för 2005 års verksamhet uppdragit åt de båda myndigheterna att ”gemensamt utveckla statistiken inom tandvården på så sätt att det finns tillgång till riksomfattande jämförbar statistik inom området. Socialstyrelsen och Försäkringskassan ska vidare i samverkan ta fram underlag som gör det möjligt att bedöma befolkningens tandhälsa samt analysera tandvårdsförsäkringens eventuella påverkan och effekter på tandhälsan. De insatser som har gjorts samt de resultat som erhållits ska redovisas till Socialdepartementet i en delrapport senast den 30 november 2005 och i en slutrapport senast den 30 juni 2006.”

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har i en projektplan delat in regeringsuppdraget i tre delprojekt, nämligen:

1. utarbeta förslag till regelbundet återkommande riksomfattande och jämförbar statistik
2. lämna underlag för att bedöma befolkningens tandhälsa och
3. besvara frågan om samband mellan tandvårdsförsäkring och tandhälsa.

Denna rapport är resultatet av arbetet med det tredje av dessa delprojekt.

Tandvårdsförsäkringens utveckling

Utvecklingen 1974–1998

En allmän tandvårdsförsäkring infördes i Sverige 1974. Syftet var att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för hela befolkningen. Tiden före reformen hade präglats av att många människor inte hade råd att anlita privata tandläkare, samtidigt som det var långa köer till folktandvården där tandvården var billigare.

Tandvårdsförsäkringen var till en början generös – den omfattade alla typer av behandlingar och åtgärder och ersättningsnivån var hög. Emellertid steg statens utgifter för tandvården ganska brant. För att motverka det fick patienterna gradvis betala en allt större del av tandvårdskostnaderna själva. Trots att tandvårdsförsäkringen med tiden blev alltmer urholkad fördubblades nästan statens utgifter för tandvården mellan 1974 och 1980.

Under de följande åren fortsatte neddragningarna i tandvårdsförsäkringen. Det ledde till att statens utgifter för tandvården planade ut mellan 1980 och 1985. Fortsatta neddragningar av subventionerna fick till sist effekt på statens utgifter. Mellan 1985 och 1998 minskade tandvårdsutgifterna från 6,1 miljarder kronor till 1,9 miljarder kronor, omräknat i 2005 års penningvärde.

Under 1980- och 1990-talen tillsattes ett flertal utredningar för att förändra tandvårdsstödet¹. Den utredning som kom att ligga till grund för förändringarna var *Tänder hela livet – Nytt ersättningsystem för vuxentandvård (1998)*².

Utvecklingen från 1999

En ny tandvårdsreform trädde i kraft den 1 januari 1999. I samband med detta upphörde även den tidigare prisregleringen på tandvård. Därmed blev tandläkarna fria att sätta de priser de ville.

¹ Reformerat tandvårdsstöd. Prop. 1997/98:112.

² SOU 1998:2.

Avsikten var att tandvårdsstödet, som omfattar alla från 20 års ålder, skulle ge ett ekonomiskt stöd för den så kallade bastandvården och ett visst men mycket begränsat stöd för protetiska åtgärder (kronor, broar och implantat samt avtagbara proteser såsom hel- och delproteser). Inriktningen var att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårdsbehov framför att ge stöd till behandling av redan uppkomna skador. Denna prioritering gjordes för att tandvårdsbehovet på sikt skulle minska och därmed även kostnaderna för den enskilde och samhället.

Denna utformning av tandvårdsstödet ledde emellertid till höga kostnader för dem som har behov av omfattande protetiska åtgärder. Detta gällde inte minst äldre personer, som har haft sämre förutsättningar än dagens unga att bevara en god tandhälsa. Det framfördes också att de äldre ofta har sämre ekonomiska möjligheter än de yngre.

Det var bakgrunden till att regelverket ändrades den 1 juli 2002 för patienter som är 65 år eller äldre; ersättningsnivåerna för bastandvården höjdes och ett högkostnadsskydd för protetiska behandlingar infördes³. Den fria prissättningen avseende vård inom ramen för högkostnadsskyddet begränsades till skäligt pris via en jämförelse med folktandvårdens inom landstingen pris. Den 1 januari 2004 skärptes denna regel till att ersättning till tandläkarna endast betalas i nivå med landstingens priser.

Till protetiska behandlingar räknas kronor, broar och implantat samt avtagbara proteser såsom hel- och delproteser. Om det skulle vara billigare för patienten tillämpas samma regelverk som för dem mellan 20 och 64 år även om patienten är över 65 år. Det gäller till exempel vid behandlingar där kostnaden är lägre än 7 700 kronor.

För exempelvis vissa större protetiska behandlingar gäller särskilda regler som innebär att vården måste förhandsprövas innan behandlingen påbörjas. Bland annat måste alla behandlingar inom ramen för högkostnadsskyddet förhandsprövas. Detta sker vid Försäkringskassan i Skåne. Vid förhandsprövningen tar Försäkringskassan ställning till om den föreslagna behandlingen är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

³ Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. Prop. 2001/02:51.

Syftet med delprojektet

I projektplanen formulerades ett syfte, som innebar att besvara frågan om samband mellan tandvårdsförsäkring och tandhälsa. Den närmare analysen visade att det var nödvändigt att närma sig frågan i flera steg.

Det första steget var att undersöka vilken betydelse tandvårdsförsäkringen har för utvecklingen av patienternas kostnader för tandvård. Sedan tandvårdsförsäkringen infördes 1974 har emellertid inte bara innehållet i försäkringen ändrats, utan även tandläkar- och tandhygienistarvoden, liksom priset på tandvårdsmaterial. Samtliga dessa faktorer måste vägas in för att vi ska få en klar bild av dels av utvecklingen av patientkostnaderna, dels tandvårdsförsäkringens bidrag till kostnadsutvecklingen för patienterna.

Det andra steget var att studera utvecklingen av tandvårdskonsumtion och tandhälsa över tid.

Det tredje och sista steget var att analysera om det finns något samband i utvecklingen dels mellan patientkostnader och tandvårdskonsumtion, dels mellan tandvårdskonsumtion och tandhälsa. Schematiskt kan syftet beskrivas på följande sätt:

Kartlägga kostnadsutvecklingen inom tandvården:

- Statens utgifter för tandvårdsförsäkringen
- Patienternas kostnader för tandvård

Analysera i vilken utsträckning följande faktorer har bidragit till utvecklingen av patientkostnaderna:

- Tandvårdsförsäkringen
- Tandläkar- och tandhygienistarvoden
- Priser på tandvårdsmaterial

Kartlägga utvecklingen av:

- Tandvårdskonsumtionen
- Tandhälsan

Analysera om det finns samband mellan utvecklingen av:

- Patientkostnader och tandvårdskonsumtion
- Tandvårdskonsumtion och tandhälsa

Metod och genomförande – en sammanfattning

För att undersöka om det finns något samband mellan tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa har vi använt oss av uppgifter om utvecklingen av:

- Kostnadsutvecklingen inom tandvården
- Tandvårdskonsumtionens utveckling
- Tandhälsans utveckling

Kostnadsutvecklingen beskrivs dels ur statens, dels ur patienternas perspektiv. Statens utgifter för tandvårdsförsäkringen har hämtats från Försäkringskassans budgetunderlag till Regeringen för åren 1974–2005. Patienternas kostnader har beräknats utifrån tre exempel på behandlingar, nämligen lagning av tand, rotfyllning och krona samt insättande av brygga/bro. Uppgifter om tandläkar-/tandhygienistavloade, ersättning från tandvårdsförsäkringen och priser på tandvårdsmaterial för 1974, 1982, 1990, 1998 och 2005 har hämtats från två olika källor. Uppgifterna om tandvårdsförsäkringen och arvoden inom tandvården har dels hämtats från *Lagen om allmän försäkring* för åren mellan 1974 och 1998, dels från Försäkringskassans prisutvecklingsstudie för 2005. Priserna för tandvårdsmaterial har beräknats utifrån guldpris och valutakurser under de aktuella åren. Därefter har kostnadsförändringarna beräknats, liksom olika faktors bidrag till kostnadsförändringarna.

Tandvårdskonsumtionens utveckling har beskrivits utifrån två datakällor. Den ena utgörs av de fördjupningsstudier av hälsoområdet som genomförts i Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) för åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004⁴. I dessa ingår frågor om tandvårdskonsumtionen. Två av dessa har använts i analysen. Den andra datakällan utgörs av tre enkätundersökningar om tandvård. De två första genomfördes av Riksförsäkringsverket 1998 respektive 2000.⁵ Den tredje enkätunder-

⁴ Antal tillfrågade var cirka 12 000 personer vid vart och ett av undersökningsåren 1980/81, 1988/89 och 1996/97 och cirka 6 000 personer 2004.

⁵ Antal tillfrågade var 5 000 personer vardera året. Svarsfrekvensen var 60 procent 1998 och 67 procent 2000.

sökningen genomfördes 2005 av Försäkringskassan och Socialstyrelsen gemensamt.⁶ Från dessa undersökningar har en fråga använts i analysen. Utvecklingen av tandvårdskonsumtionen har redovisats i form av frekvenser separat för de tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen; 20–29 år, 30–64 år och 65 år eller äldre. Med hjälp av logistisk regressionsanalys har sannolikheten för en hög tandvårdskonsumtion i olika socioekonomiska grupper undersökts.

Tandhälsans utveckling har beskrivit utifrån tre frågor som ingår i de ovan nämnda enkätundersökningarna från Riksförsäkringsverket respektive Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Även här har utvecklingen beskrivits i form av frekvenser, separat för de tre åldersgrupperna; 20–29 år, 30–64 år och 65 år eller äldre. Sannolikheten för god tandhälsa har undersökts för personer med olika hög tandvårdskonsumtion respektive ekonomisk bärkraft med hjälp av logistisk regressionsanalys.

Analys av samband. I det sista avsnittet har sambanden dels mellan patientkostnader och tandvårdskonsumtion, dels mellan tandvårdskonsumtion och tandhälsa analyserats.

För en mera detaljerad beskrivning av metod och genomförande hänvisas till bilagan.

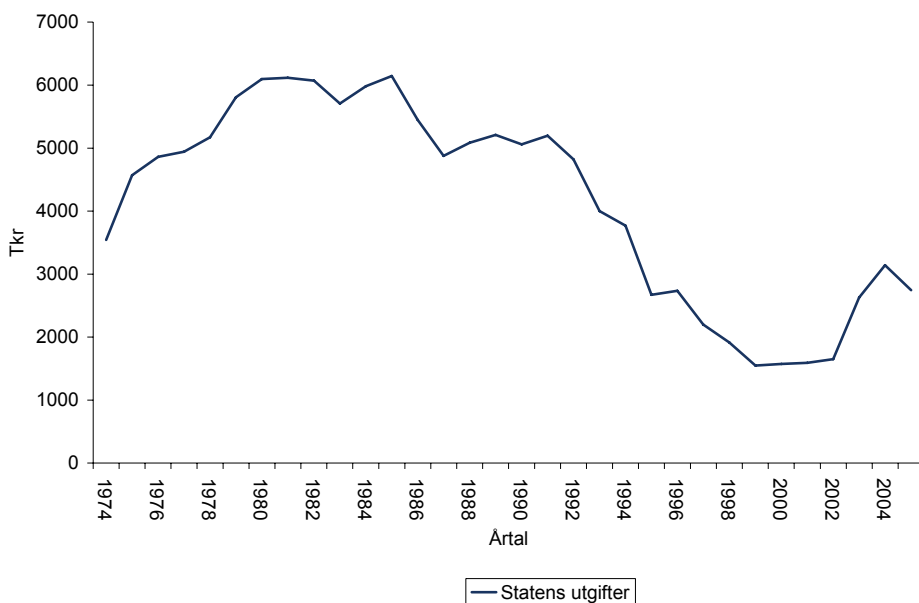
⁶ Antal tillfrågade var 8 400 personer och svarsfrekvensen 75 procent.

Kostnadsutvecklingen inom tandvården

Statens utgifter för tandvården

För att det ska vara lättare att följa förändringen i statsutgifterna över tid har alla utgifter räknats om i 2005 års priser. Som framgår av diagram 1 har statsutgifterna för tandvården förändrats kraftigt sedan tandvårdsförsäkringens först infördes 1974.

Diagram 1 Statens utgifter för tandvården 1974–2005. Samtliga utgifter omräknade i 2005 års penningvärde



Under åren efter tandvårdsförsäkringens införande närmast fördubblades utgifterna för tandvården – från 3,5 miljarder kronor vid införandet till 6,1 miljarder kronor 1985. Detta skedde trots att ersättningarna från tandvårdsförsäkringens till den enskilde hela tiden minskade. Året därpå började utgifterna minska för första gången. Den stora minskningen av statsutgifterna kom emellertid först i början

av 1990-talet i samband med lågkonjunkturen, då de fortlöpande neddragningarna i tandvårdsförsäkringen fick effekt. Statsutgifterna minskade då från drygt 5 miljarder kronor 1991 till 1,6 miljarder kronor 2002.

Som en följd av att regeringen uppmärksammade de äldres behov av ekonomiskt stöd för protetisk behandling ändrades regelverket i juli 2002. För personer som är 65 år eller äldre höjdes ersättningsnivåerna för bastandvården och ett högkostnadsskydd för protetiska behandlingar infördes. Detta ledde till att statsutgifterna återigen ökade. År 2004 hade utgifterna fördubblats och uppgick till omkring 3 miljarder kronor. Under 2005 blev de faktiska utgifterna 2,7 miljarder kronor⁷. Att hela anslaget på omkring 3 miljarder kronor inte utnyttjades, beror på de långa väntetiderna på Försäkringskassan för bedömning av ansökningar om högkostnadsskydd för protetikbehandling för personer som är 65 år eller äldre.

Enligt Försäkringskassans redovisning användes under 2004 hälften av de drygt tre miljarder kronorna i tandvårdsförsäkringen till protetikbehandlingar för dem som var 65 år eller äldre⁸. Totalt kom 65 procent av pengarna i tandvårdsförsäkringen de äldre tillgodo, trots att de bara utgjorde 23 procent av den grupp som tandvårdsförsäkringen var avsedd för. För resten av befolkningen har det skett en kraftig minskning av subventionerna under perioden 1974–2005.

Patienternas kostnader för tandvård

Som framgår av diagram 2 ökade patienternas kostnader för tandvård mycket kraftigt mellan 1974 och 2005.

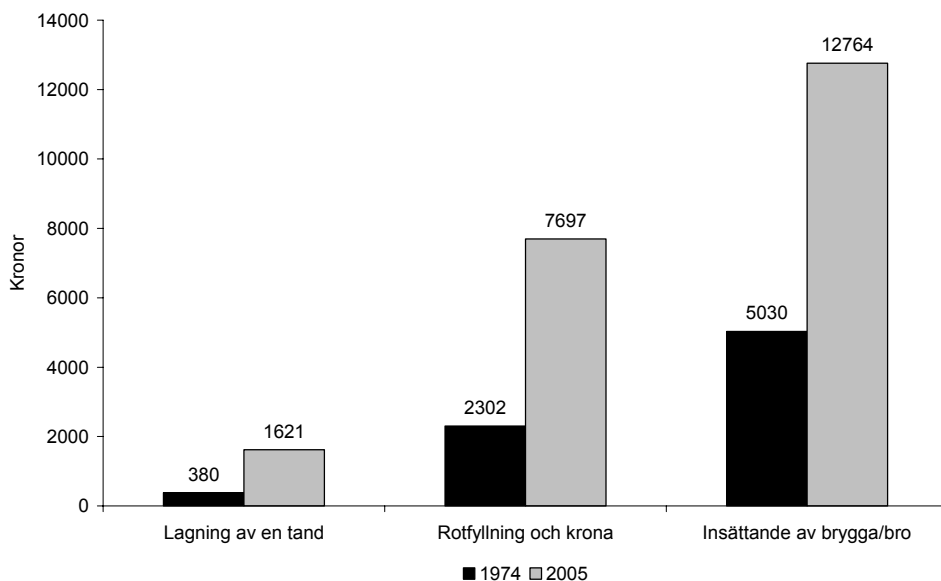
För att beskriva utvecklingen har vi valt tre exempel på behandlingspaket och beräknat kostnaderna för patienterna utifrån dessa. För att underlätta jämförelser mellan åren har samtliga kostnader räknats om i 2005 års penningvärde. De tre behandlingspaketen var:

- **Lagning av en tand**, inklusive undersökning och förebyggande åtgärder
- **Rotfyllning och krona**, inklusive undersökning och förebyggande åtgärder
- **Insättande av en brygga/bro**, inklusive undersökning, röntgen och uttagning av tand

⁷ De faktiska utgifterna var 2,7 miljarder kronor, medan de bokförda utgifterna för 2005 var drygt 2,4 miljarder kronor. Orsaken till skillnaderna är att en ny princip för hantering av redovisningen av tandvårdsförsäkringen har införts. Se Försäkringskassans ekonomimeddelande I-Me 2006:001, 2006-01-03

⁸ Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2005–2009. Dnr 64647-2005.

Diagram 2 Patientkostnaderna 1974 och 2005 för tre olika behandlingspaket – Lagning av tand, Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/ bro. Samtliga kostnader omräknade i 2005 års penningvärde



Sammanställningen i tabell 1 nedan visar att patienternas kostnader ökade med mellan 154 och 327 procent under perioden 1974–2005. Räknat i procent är höjningen störst för det minst omfattande behandlingspaketet. Räknat i pengar är det dock tvärtom. För lagning av en tand har priset ökat med drygt 1 000 kronor och för insättande av en brygga med över 7 000 kronor.

Tabell 1 Patienternas kostnader. Förändring i procent respektive kronor mellan 1974 och 2005, omräknat i 2005 års penningvärde, för tre olika behandlingspaket; Lagning av tand, Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/bro

Behandlingspaket	Kostnader		Förändring i kronor	Förändring i procent
	1974	2005		
Lagning av en tand	380	1 621	+1 241	+327
Rotfyllning och krona	2 302	7 697	+5 395	+234
Insättande av brygga/bro	5 030	12 764	+7 734	+154

Som tabell 2 nedan visar har patientkostnaderna ökat successivt ända sedan tandvårdsförsäkringen infördes. För två av behandlingspaketen, Lagning av en tand respektive Insättande av brygga/bro, var kostnadsökningen betydligt större under perioden 1990–1998 än under 1998–2005.

Tabell 2 Patienternas kostnader under 1974, 1982, 1990, 1998 och 2005 för tre olika behandlingspaket – Lagning av tand, Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/bro. Samtliga kostnader omräknade i 2005 års penningvärde

Behandlingspaket	1974	1982	1990	1998	2005
Lagning av en tand	380	454	560	1 241	1 621
Rotfyllning och krona	2 302	3 318	2 667	4 373	7 697
Insättande av brygga/bro	5 030	6 943	5 007	11 276	12 764

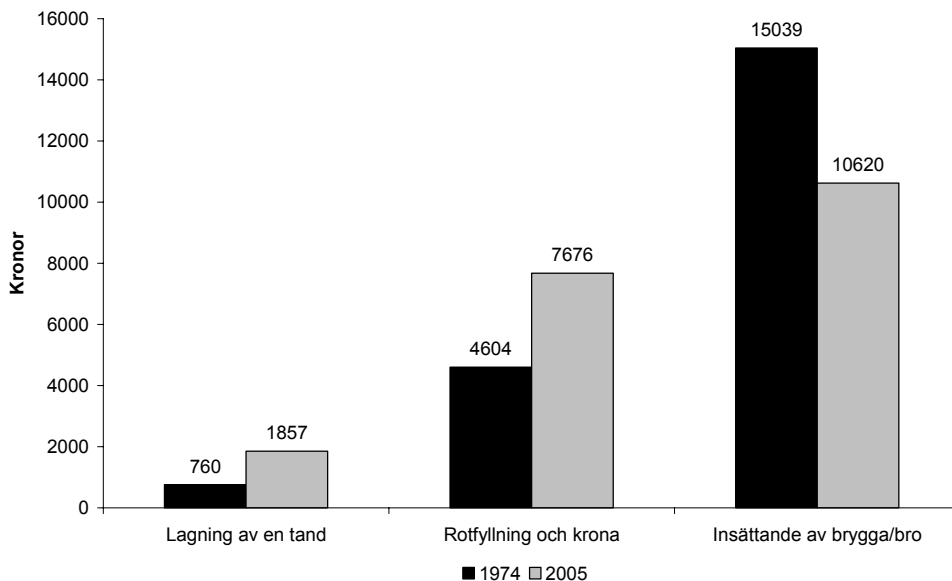
För att besvara vad patienternas kostnadsökningar beror på behöver vi undersöka betydelsen av följande faktorer:

- tandläkarnas och tandhygienisternas arvoden
- priset på tandvårdsmaterial
- regler och ersättningsnivåer i tandvårdsförsäkringen

Tandläkar- och tandhygienistarvoden

Tandläkar- och tandhygienistarvodena har förändrats både före och efter tandvårdsreformen, som infördes den 1 januari 1999. Som framgår av diagram 3 var emellertid prisutvecklingen mycket olika för de olika behandlingspaketen.

Diagram 3 Arvoden för tandläkare och tandhygienister 1974 och 2005 för tre olika behandlingspaket – Lagning av tand, Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/bro. Samtliga kostnader omräknade i 2005 års penningvärde



Som framgår av tabell 3 nedan har tandläkarnas och tandhygienisternas arvoden ökat mest, 144 procent, för den minst omfattande behandlingen, nämligen lagning av en tand. För rotfyllning och krona var ökningen 67 procent. Däremot har arvodet minskat med 42 procent för insättande av brygga. Generellt kan sägas att arvodena har ökat mer ju mindre omfattande behandlingspaketet det har gällt i exemplet. Omvänt har arvodena minskat för den mest omfattande behandlingen.

Tabell 3 Tandläkar-/tandhygienistarvoden. Förändring i procent respektive kronor mellan 1974 och 2005, omräknat i 2005 års penningvärde, för tre olika behandlingspaket; Lagning av tand, Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/bro

Behandlingspaket	Kostnader		Förändring i kronor	Förändring i procent
	1974	2005		
Lagning av en tand	760	1 857	+1 097	+144
Rotfyllning och krona	4 604	7 676	+3 072	+67
Insättande av brygga/bro	15 039	10 620	-4 419	-42

De ökade arvodena för de två första behandlingspaketen kan delvis förklaras av att tandvård är ett i huvudsak manuellt yrke, där den enklare tandvården tar

ungefär samma tid i anspråk. Det kan vara bakgrunden till att arvoden har ökat snabbare än konsumentprisindex. Om graden av höjning är rimlig eller inte är däremot inte möjligt att bedöma här. När det gäller minskningen av priset på det mest avancerade behandlingspaketet, är det troligt att en förbättrad teknik och kortare behandlingstid är orsaken.

Om vi studerar hela perioden ser vi att tandläkar- och tandhygienistarvoden har ökat kontinuerligt, vilket framgår av tabell 4. Mellan 1990 och 1998 ökade priserna generellt mera än de tidigare hade gjort. Den största höjningen skedde emellertid 1998–2005 för två av behandlingspaketen, Lagning av en tand respektive Rotfyllning och krona. Under samma period minskade dock priset på behandlingspaketet Insättande av brygga/bro.

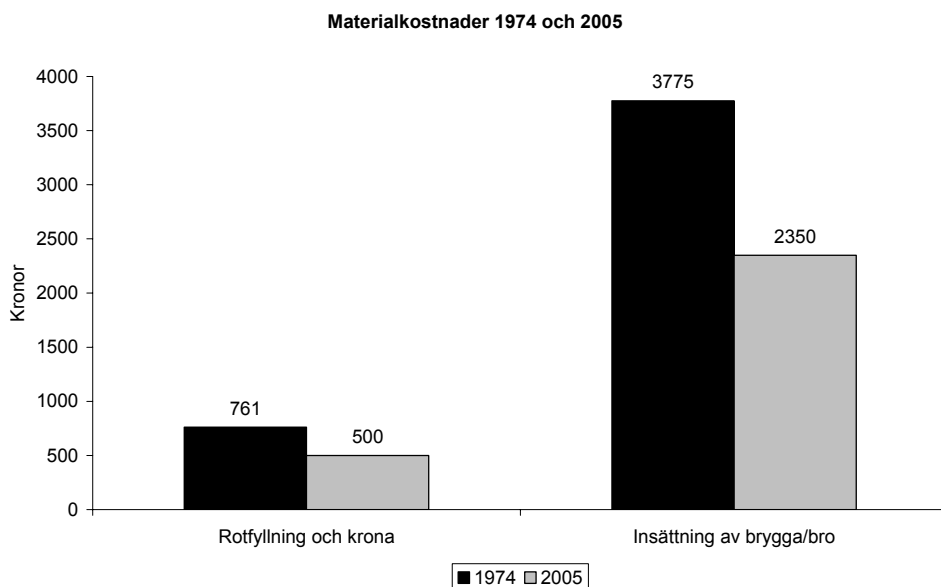
Tabell 4 Tandläkar- och tandhygienistarvoden under 1974, 1982, 1990, 1998 och 2005 för tre olika behandlingspaket – Lagning av tand, Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/bro. Samtliga kostnader omräknade i 2005 års penningvärde

Behandlingspaket	1974	1982	1990	1998	2005
Lagning av en tand	760	758	932	1 241	1 857
Rotfyllning och krona	4 604	4 366	4 345	5 124	7 676
Insättning av brygga/bro	15 039	14 234	11 282	12 638	10 620

Priserna på tandvårdsmaterial

I två av de tre behandlingspaketen, Rotfyllning och krona respektive Insättande av brygga/bro ingår kostnader för tandvårdsmaterial. Under 1974–1998 utgjordes tandvårdsmaterialet av guld. Prisutvecklingen på guld och valutakurserna bestämde därför priset på tandvårdsmaterial under denna tid. Under 2005 användes däremot andra material. Som framgår av diagram 4 minskade materialkostnaderna under perioden 1974–2005.

Diagram 4 Materialkostnader under 1974 och 2005 för två olika behandlingspaket – Rotfyllning och krona samt Insättning av brygga. Priserna omräknade i 2005 års penningvärde



Utvecklingen under hela perioden framgår av tabell 5. Som synes har kostnaderna för tandvårdsmaterial varit relativt stabilt under perioden, även om det har minskat totalt. Enda undantaget var mellan 1974 och 1982, då guldpriset steg kraftigt samtidigt som den svenska valutan försvagades.

Tabell 5 Kostnader för tandvårdsmaterial under 1974, 1982, 1990, 1998 och 2005 för två olika behandlingspaket – Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/bro. Priserna omräknade i 2005 års penningvärde

Behandlingspaket:	1974	1982	1990	1998	2005
Rotfyllning och krona	761	1 164	654	546	500
Insättning av brygga/bro	3 775	5 470	3 077	2 565	2 350

Tandvårdsförsäkringen

Perioden 1974–1998

Under tiden 1974–1998 ändrades reglerna i tandvårdsförsäkringen åtskilliga gånger. Som framgår av tabell 6 minskade gradvis den andel av kostnaden som ersattes av försäkringen samtidigt som beloppsgränserna höjdes. Det innebär att en allt mindre del av tandvårdskostnaderna ersattes av staten.

Tabell 6 Andel av patientkostnaderna som ersätts av tandvårdsförsäkringen vid olika beloppsgränser 1974, 1982, 1990 och 1998

1974		1982		1990		1998	
Beloppsgräns	Andel, %	Beloppsgräns	Andel, %	Beloppsgräns	Andel, %	Beloppsgräns	Andel, %
0–1 000	50	0–2 500	40	0–3 000	40	0–1 300	0
1 001–	75	2 501–	75	3 001–	75	1 301–13 500	35
						13 501–	70

Perioden från och med den 1 januari 1999

I samband med införandet av det nya tandvårdsstödet, som infördes den 1 januari 1999 infördes fri prissättning inom tandvården. I samband med detta förändrades försäkringen så att ett fast grundbelopp utbetalades för olika åtgärder, i stället för som tidigare en procentuellt beräknad ersättning. Ett fast grundbelopp för undersökning för personer mellan 20 och 29 år infördes också. Från och med den 1 juli 2002 infördes dessutom ett högkostnadsskydd för protetisk behandling för personer som är 65 år eller äldre. Samtidigt infördes en 50-procentig höjning av grundbeloppet för vissa åtgärder för denna grupp. Följden blev att ersättningen från tandvårdsförsäkringen är olika för de tre åldersgrupperna. Skillnaderna framgår av sammanställningen nedan.

Åldersgrupp

Ersättning från tandvårdsförsäkringen

- | | | |
|--------------------|-------------|---|
| Unga | (20–29 år): | <ul style="list-style-type: none"> • Fast grundbelopp för olika åtgärder • Fast grundbelopp för undersökning |
| Medelålders | (30–64 år): | <ul style="list-style-type: none"> • Fast grundbelopp för olika åtgärder |
| Äldre | (65 år +): | <ul style="list-style-type: none"> • Fast grundbelopp för olika åtgärder • Ökning av det fasta grundbeloppet för vissa åtgärder • Fast grundbelopp för undersökning • Högkostnadsskydd för protetisk behandling |

Ersättning för tandvårdsmaterial

Även reglerna för i vilken utsträckning kostnaderna för tandvårdsmaterial har ersatts av försäkringen har förändrats över tid. Som framgår av sammanställningen nedan betalade patienten från början ingen och i slutet av perioden hela kostnaden för tandvårdsmaterialet.

- 1974–1980: Tandvårdsförsäkring betalar hela materialkostnaden
 1981–1990: Materialkostnaden räknas in i det ersättningsgrundande beloppet
 1991–1995: Patienterna betalar hälften av materialkostnaden och hälften räknas in i det ersättningsgrundande beloppet
 1996–2005: Patienterna betalar hela materialkostnaden

Slutsats

Patientkostnaderna inom tandvården har ökat med mellan 154 och 327 procent mellan 1974 och 2005, räknat i 2005 års penningvärde. Orsakerna kan man finna bland följande tre faktorer, nämligen:

- Tandläkar- och tandhygienistavoden
- Priser på tandvårdsmaterial
- Tandvårdsförsäkringens utformning

Frågan är i vilken utsträckning de tre olika faktorerna har bidragit till denna utveckling⁹. Tandvårdsförsäkring utgör skillnaden mellan å ena sidan patientkostnaden och å andra sidan tandläkar- och tandhygienistavoden samt tandvårdsmaterialpriser. Beräkningarna har gjorts separat för vart och ett av de tre behandlingspaketen¹⁰. I tabell 7 nedan visas resultaten för vart och ett av de tre behandlingspaketen i sammanfattning.

Tabell 7 De faktorer som har bidragit till ökningen av patientkostnaderna mellan 1974 och 2005 för tre olika behandlingspaket: Lagning av en tand, Rotfyllning och krona samt Insättande av brygga/bro. De relativa bidragen från tandläkar- och tandhygienistavoden, tandvårdsmaterial och tandvårdsförsäkring

Behandlingspaket	Total ökning av patientkostnader, %	Bidrag till den totala ökningen av patientkostnaderna:		
		Tandläkar-/tandhygienistavoden	Tandvårdsmaterial	Tandvårdsförsäkring
Lagning av en tand	327	289	–	38
Rotfyllning och krona	234	133	–11	112
Insättande av rygga/bro	154	–88	–24	266

⁹ Beräkningsmetoden har föreslagits av experten Hans Olsson, Utvärderingsavdelningen, Försäkringskassans huvudkontor.

¹⁰ Beräkningsunderlagen för vart och ett av de tre behandlingspaketen framgår av bilagan, tabellerna 6, 7 och 8.

- För det minst omfattande av de tre behandlingspaketen, Lagning av en tand, har patientkostnaden ökat med 327 procent. Av dessa svarar höjningen av tandläkar- och hygienistarvodena för nästan hela kostnadsökningen, nämligen 289 procent. Försämringen av tandvårdsförsäkringen bidrog bara med 38 procent.
- Det näst mest omfattande behandlingspaketet, Rotfyllning och krona, har ökat med 234 procent. Av dessa bidrog höjningen av tandläkar- och tandhygienistarvodena med 133 procent och försämringen av tandvårdsförsäkringen med 112 procent. Samtidigt minskade kostnaderna för tandvårdsmaterial med 11 procent.
- I det tredje och mest omfattande av de tre behandlingspaketen, Insättande av brygga/bro, har patientkostnaden ökat med 154 procent. I detta fall svarar försämringen av tandvårdsförsäkringen för hela fördyringen med 266 procent, medan däremot tandläkar- och tandhygienistarvodena minskade med 88 procent. Även kostnaderna för tandvårdsmaterial minskade med 24 procent.

Sammanfattningsvis kan man konstatera, att patienternas kostnader för de tre exemplen på behandlingar har ökat med 154–327 procent, räknat i 2005 års penningvärde mellan 1974 och 2005.

- För de minst omfattande behandlingspaketen har:
 - patienternas kostnader ökat mest i procent, men minst i kronor
 - höjda tandläkar- och tandhygienistarvoden har betytt mest för patienternas kostnadsökning och försämringar i tandvårdsförsäkringen minst
- För det mest omfattande behandlingspaketet har:
 - patienternas kostnader ökat minst i procent, men mest i kronor
 - försämringar i tandvårdsförsäkringen har varit den enda orsaken till patienternas kostnadsökning

Tandvårdskonsumtionens utveckling

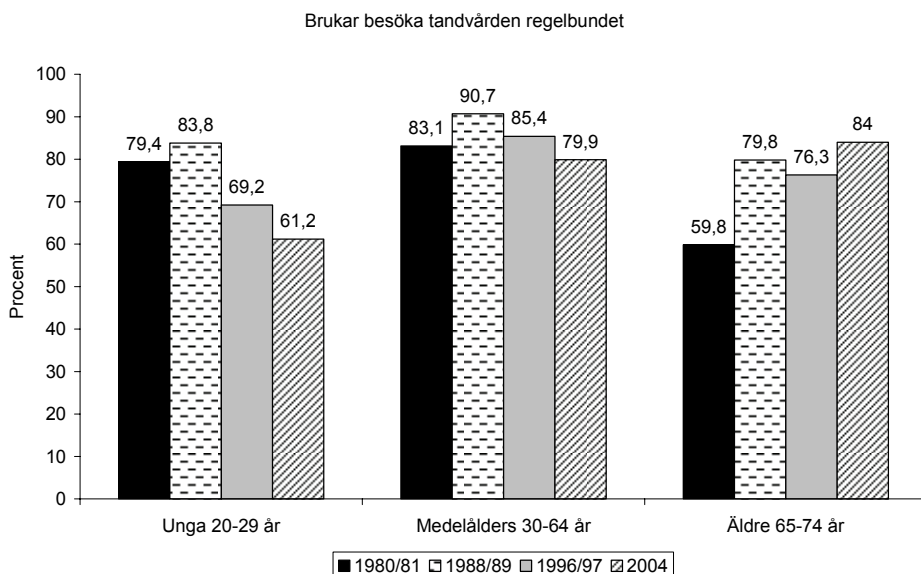
För att vi ska kunna studera sambanden med patientkostnadernas utveckling har vi följt förändringarna i tandvårdskonsumtion – utifrån frågor om regelbundenhet i tandvårdsbesök respektive tid sedan senaste tandvårdsbesök – mellan 1980/81 och 2004. Dessutom har vi följt förändringen mellan 1998 och 2005 i andelen personer som har svarat att de under de senaste tolv månaderna har behövt tandläkarvård men inte sökt vård. Analyserna har gjorts separat för de tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen, nämligen 20–29 år, 30–64 år och 65–74 år respektive 65–84 år¹¹.

Brukar besöka tandvården regelbundet

Den första frågan löd: ”Brukar du besöka tandvården regelbundet?” Som framgår av diagram 5 nedan har tandvårdskonsumtionen ändrats drastiskt under det gångna kvartsseket. Gemensamt för samtliga åldersgrupper är att andelen som går regelbundet till tandvården ökade mellan 1980/81 och 1988/89. Därefter skiljer sig utvecklingen mellan de tre åldersgrupperna.

¹¹ Den högsta åldersgruppen i tandvårdsförsäkringen är 65 år eller äldre. Resultaten i ULF-undersökningarna omfattar personer i åldern 65–74 år och i Riksförsäkringsverkets och Försäkringskassans/ Socialstyrelsens undersökningar personer i åldern 65–84 år.

Diagram 5 Brukar besöka tandvården regelbundet. Andelen personer i olika åldersgrupper; Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–74 år). Utvecklingen mellan 1980/81 och 2004



Källa: ULF-undersökningarna, Statistiska centralbyrån. Egna bearbetningar

De unga (20–29 år)

- Andelen unga som var regelbundna tandvårdsbesökare var 79,4 procent 1980/81. Detta ökade till 83,8 procent 1988/89. Därefter vände utvecklingen och andelen minskade först till 69,2 procent 1996/97 och sedan till 61,2 procent 2004. Det innebär att det i dag är nästan 20 procentenheter färre som går regelbundet till tandvård än 1980/81. Skillnaden mellan 1996/97 och 2004 är signifikant på 5 %-nivån.

De medelålders (30–64 år)

- Bland de medelålders gick 83,1 procent regelbundet till tandvården 1980/81. Denna andel ökade till 90,7 procent 1988/89. Den positiva trenden bröts och ledde till en nedgång till 85,4 procent 1996/97. Andelen regelbundna tandvårdsbesökare minskade ytterligare till 79,9 procent 2004. Skillnaden mellan 1996/97 och 2004 är signifikant på 5 %-nivån.

De äldre (65–74 år)

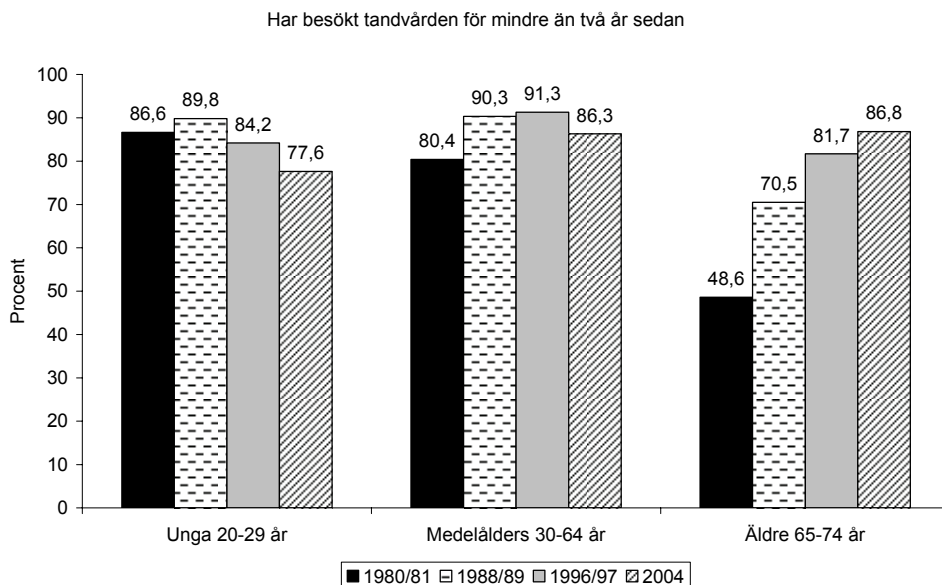
- De äldre har haft en klart positiv utveckling praktiskt taget oavbrutet fram till 2004. I början av perioden, 1980/81 var det bara 59,8 procent av gruppen som regelbundet besökte tandvården. De äldre skilde sig därmed markant

från de övriga åldersgrupperna, där andelen var betydligt högre. Andelen regelbundna tandvårdsbesökare bland de äldre ökade emellertid till 79,8 procent 1988/89, minskade något 1996/97 för att sedan stiga till 84 procent 2004. Skillnaden mellan 1996/97 och 2004 är signifikant på 5 %-nivån.

Har besökt tandvården för mindre än två år sedan

En annan indikator på tandvårdskonsumtion är hur ofta man besöker tandvården. Detta speglas i den andra frågan som löd: ”När var du senast hos tandläkare eller tandhygienist?” Även här finns en tydlig förändring över tid. De yngre och medelålders går alltmera sällan till tandvården och de äldre allt oftare.

Diagram 6 Har besökt tandvården för mindre än två år sedan. Andelen personer i olika åldersgrupper; Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–74 år). Utvecklingen mellan 1980/81 och 2004



Källa: ULF-undersökningarna, Statistiska centralbyrån. Egna bearbetningar

De unga (20–29 år)

- Av de unga hade 86,6 procent besökt tandvården inom en tvåårsperiod under 1980/81. Efter en uppgång till 89,8 procent 1988/89 sjönk andelen först till 84,2 procent 1996/97 och därefter till 77,6 procent 2004. Skillnaden mellan 1996/97 och 2004 är signifikant på 5 %-nivån.

De medelålders (30–64 år)

- Bland de medelålders ökade andelen som hade besökt tandvården inom en tvåårsperiod från 80,4 procent 1980/81 till 90,3 procent 1988/89. Ökningen fortsatte till 91,3 procent 1996/97, för att sedan vända nedåt till 86,3 procent 2004. Skillnaden mellan 1996/97 och 2004 är signifikant på 5 %-nivån.

De äldre (65–74 år)

- De äldre har haft en oavbrutet positiv utveckling fram till 2004. I början av perioden, 1980/81, hade bara 48,6 procent besökt tandvården inom en tvåårsperiod. Därefter har andelen stadigt ökat, först till 70,5 procent 1988/89, till 81,7 procent 1996/97 och 86,8 procent 2004. Skillnaden mellan 1996/97 och 2004 är signifikant på 5 %-nivån.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att utvecklingen är likartad för både *Regelbundet besöker tandvården* och de som *Varit hos tandvården inom de senaste två åren*:

- 1980/81–1988/89: ökning i alla tre åldersgrupperna
- 1988/89–2004: ökning för de äldre, minskning för de unga och medelålders

Det är fler som uppger att de har varit hos tandvården inom den senaste tvåårsperioden, än som anser sig vara regelbundna besökare. Bland de äldre är det 3 procentenheter fler, bland de medelålders 6 och bland de unga 16 procentenheter fler. Det innebär att en viss andel av de oregelbundna tandvårdsbesökarna ändå varit hos tandvården inom den senaste tvåårsperioden.

Vilka grupper som har mindre benägenhet än andra att besöka tandvården regelbundet

För att undersöka närmare vilka grupper som *Regelbundet besöker tandvården* respektive har *Varit hos tandvården inom de senaste två åren* har en analys¹² genomförts. Resultaten visar att det i hög utsträckning samma grupper som har en hög respektive låg tandvårdskonsumtion, oavsett om frågan gäller när man senaste var hos tandvården eller om man besöker tandvården regelbundet¹³. Här har vi därför valt att redovisa sannolikheten för olika grupper att regelbundet besöka tandvården.

¹² Logistisk regressionsanalys.

¹³ De exakta beräkningarna framgår av tabellerna 9 och 10 i bilagan.

De grupper som har lägre sannolikhet än andra att besöka tandvården regelbundet är:

- **Män** har 38 procent lägre sannolikhet än kvinnor
- **Personer med barn** har 19 procent lägre sannolikhet än personer *utan* barn
- **Ensamstående** har 35 procent lägre sannolikhet än gifta/sammanboende
- **Yngre** har lägre sannolikhet än äldre:
 - 20–29 år har 33 procent lägre sannolikhet än 30–39 år
 - 20–29 år har 67 procent lägre sannolikhet än 40–49 år
 - 20–29 år har 76 procent lägre sannolikhet än 50–59 år
 - 20–29 år har 70 procent lägre sannolikhet än 60–64 år
 - 20–29 år har 76 procent lägre sannolikhet än 65–74 år
- **Lägre socioekonomiska grupper**¹⁴ har lägre sannolikhet än högre socioekonomiska grupper:
 - *Studerande/arbetslösa/förtids- och ålderspensionärer* har 67 procent lägre sannolikhet än högre tjänstemän
 - *Arbetare* har 49 procent lägre sannolikhet än högre tjänstemän
 - *Lägre tjänstemän* har 41 procent lägre sannolikhet än högre tjänstemän
- **Lägre utbildade** har lägre sannolikhet än högre utbildade¹⁵:
 - *Lågutbildade* har 58 procent lägre sannolikhet än högutbildade
 - *Mellanutbildade* har 20 procent lägre sannolikhet än högutbildade

Sammantaget innebär det, att de som inte besöker tandvården regelbundet ofta tillhör grupper som förknippas med en sämre ekonomisk bärkraft än andra. Det är unga, ensamstående, lågutbildade och personer som har barn, liksom arbetare och lägre tjänstemän, studerande, arbetslösa eller som har förtids- eller ålderspension. Däremot fanns det praktiskt taget inga skillnader mellan olika regioner i landet.

Det är dock möjligt att även andra faktorer än rent ekonomiska kan spela in. Så till exempel är män betydligt mindre benägna än kvinnor att besöka tandvården regelbundet. Man kan därför spekulera om att även attityder och kunskaper om tandvårdsfrågor kan spela roll.

¹⁴ För en beskrivning av indelningen i grupper enligt socioekonomiskt index i ULF-undersökningarna, se exempelvis Bilaga 2, sidan 203 i Rapport 94 *Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975–1999*. Statistiska centralbyrån, 2001.

¹⁵ För definition av låg-, mellan- och högutbildade, se bilagan.

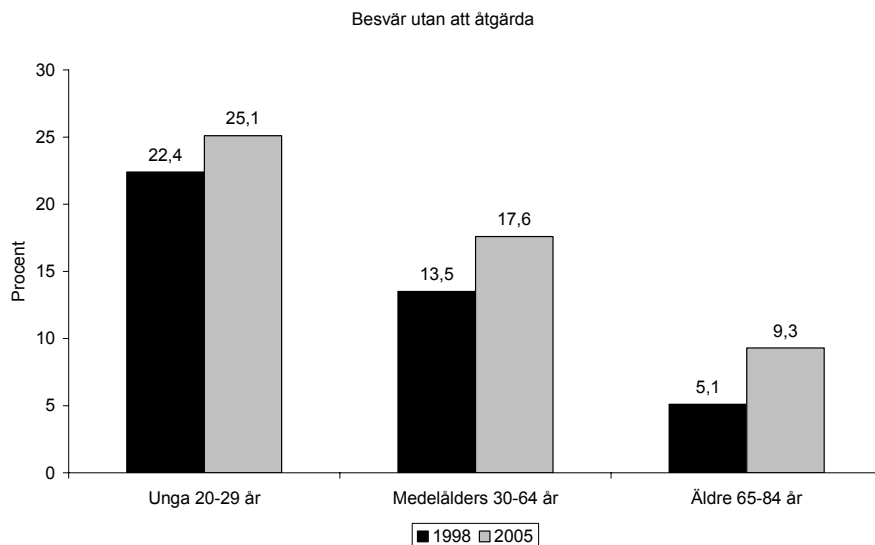
Behövt tandläkarvård utan att söka vård

En annan infallsvinkel på frågan om tandvårdskonsumtion är i vilken utsträckning människor avstår från att söka upp tandvården, trots att de har besvär från tänderna. Den tredje frågan löd således:

”Har du någon gång under de senaste tolv månaderna behövt tandläkarvård men inte sökt vård?”

Denna fråga tillkom först under senare hälften av 1990-talet.¹⁶ Det innebär att vi endast kan jämföra resultaten från två mätillfällen, 1998 och 2005.¹⁷ Som framgår av diagram 7 har det skett en ökning av andelen personer, som har haft besvär från tänderna utan att åtgärda det.

Diagram 7 Har behövt tandläkarvård, men inte sökt vård. Andelen personer i olika åldersgrupper; Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–84 år). Utvecklingen mellan 1998 och 2005



Källa: RFV:s tandvårdsundersökning 1998 och FK/SoS tandvårdsundersökning 2005.

¹⁶ Denna fråga ingick även i ULF-undersökningarna, men först från och med 1996/97. Under 1996/97 ställdes frågan emellertid i två led, nämligen ”Har du haft några besvär från dina tänder?” och vid ja-svar följdfrågan ”Gjorde du någonting åt det?” och vid 2004 års undersökning i ett led ”Har du under det senaste året någon gång ansett dig vara i behov av tandläkarvård men inte sökt vård?”. Uppdelningen i en respektive två frågor gör att vi i stället väljer att använda RFV:s och FK/SoS:s tandvårdsundersökningar från motsvarande period, 1998 och 2005.

¹⁷ I RFV:s tandvårdsundersökningar var frågan formulerad: ”Har du under 1998 haft något besvär med dina tänder utan att söka behandling för detta?”

De unga (20–29 år)

- Andelen unga som svarade att de inte hade sökt vård trots att de hade behövt det har ökat från 22,4 procent 1998 till 25,1 procent 2005. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

De medelålders (30–64 år)

- Bland de medelålders har det skett en ökning från 13,5 till 17,6 mellan de båda undersökningsåren. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

De äldre (65–84 år)

- Även bland de äldre har det skett en ökning. Under 1998 var det 5,1 procent som svarade att de hade avstått från att söka vård, trots att de hade behövt det. Den andelen hade ökat till 9,3 procent 2005. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

Generellt kan man konstatera att det är betydligt vanligare att unga avstår från tandvård, trots att de skulle ha behövt det, än äldre. Andelen som avstår från tandvård, trots att de skulle behöva vård, har dock ökat i samtliga åldersgrupper.

Tandvårdsförsäkringens utformning i olika åldersgrupper

I tandvårdsförsäringen är ersättningen differentierad mellan de tre åldersgrupperna. De äldre är mest gynnade, de unga mindre och minst de medelålders. I tabell 8 nedan har skillnaderna mellan de tre åldersgrupperna beräknats för de tre exempel på behandlingspaket, som använts i rapporten. Utgångspunkten har varit patientkostnaderna för de medelålders 30–64 år, alltså den åldersgrupp som har haft lägst ersättning från tandvårdsförsäringen.

Tabell 8 Skillnader i patientkostnader 2005 för tre åldersgrupper; Medelålders 30–64 år (utgör jämförelsegrupp), Unga 20–29 år och Äldre 65 år eller äldre för tre olika behandlingspaket: Lagning av en tand, Rotfyllning och krona och Insättande av brygga/bro

Åldersgrupp	Lagning av en tand		Rotfyllning och krona		Insättande av brygga/bro	
	Kostnad	Skillnad	Kostnad	Skillnad	Kostnad	Skillnad
Medelålders, 30–64 år	1 621	–	7 697	–	12 764	–
Unga, 20–29 år	1 516	–105	7 592	–105	12 659	–105
Äldre, 65 år och äldre	1 398	–223	7 352	–345	12 556*	–208
					11 333**	–1 431

* Utan högkostnadsskyddet för protetik för personer som är 65 år eller äldre

** Med högkostnadsskyddet för protetik för personer som är 65 år eller äldre

Generellt är det ganska små skillnader i hur hög ersättning de tre åldersgrupperna får från tandvårdsersättningen. För de unga är patientkostnaden drygt 100 kronor lägre och för de äldre drygt 200–300 kronor lägre än för de medelålders, oavsett behandlingspaket. Denna summa påverkar behandlingskostnaden så marginellt att den knappast kan ha någon betydelse för individens beslut om att anlita eller avstå från tandvård.

För de äldre, som i stället använder högkostnadsskyddet för protetik för personer som är 65 år eller äldre, blir patientkostnaden vid behandlingspaketet Insättande av brygga/bro däremot 1400 kronor lägre. Totalt sett är det dock fortfarande en betydande summa för patienten, även om den minskat från cirka 12 700 kronor till 11 300 kronor.

Sammantaget kan man konstatera att skillnaderna i ersättningsnivå i tandvårdsförsäkringen mellan olika åldersgrupper är ganska marginella. Det är därför osannolikt att tandvårdsförsäkringens utformning på den punkten kan förklara skillnaderna i tandvårdskonsumtion mellan olika åldersgrupper.

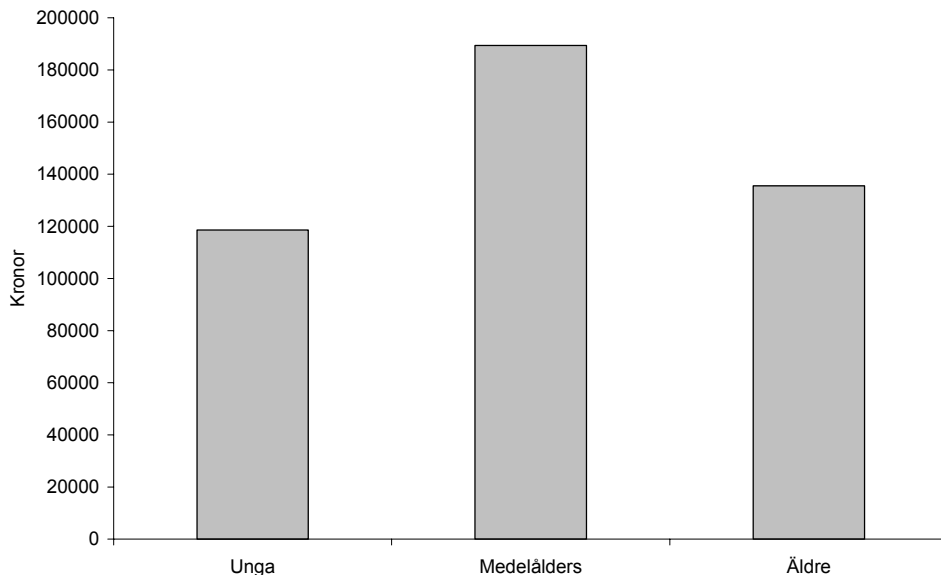
Disponibel inkomst

Oavsett vilka mått vi har på tandvårdskonsumtion är det framför allt bland de unga som besöksfrekvensen och regelbundenheten i tandvårdsbesöken har minskat. Analysen visar också att det är de socioekonomiskt svagaste i samtliga grupper som avstår från tandvård. Det finns därför anledning att undersöka skillnader i disponibel inkomst mellan de tre åldersgrupperna. Diagram 8 nedan visar att de medelålders har den högsta disponibla inkomsten av de tre åldersgrupperna, cirka 190 000 kronor. De äldre har den näst högsta på omkring 135 000 kronor, medan de unga har den lägsta med cirka 120 000 kronor.¹⁸

De unga är alltså den grupp som har lägst disponibel inkomst. Det finns också andra skillnader mellan dem och de äldre, som kan tänkas ha betydelse för deras ekonomiska situation. En del av de unga har hemmavarande barn och därmed en större försörjningsbörda, vilket de äldre sällan har. De unga har just kommit ut på bostadsmarknaden och har därför oftast högre bostadskostnader än de äldre. De unga är också arbetslösa eller har projektanställningar i högre grad än andra grupper, något som gör att många av dem lever med osäkra inkomster. Låga och osäkra inkomster innebär ofta också att de tvingas fatta ekonomiska beslut, som inte är lika gynnsamma som för dem som har en mera stabil ekonomi och högre inkomster.

¹⁸ Beräkningar i Lindadatabasen för 2004. Statistiska Centralbyrån.

Diagram 8 Disponibel inkomst 2004, medelvärde i tre olika åldersgrupper. Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–84 år).



Sammanfattning

De unga har minskat och de äldre har ökat sin tandvårdskonsumtion

- Under tiden 1980/81–1988/89 ökade tandvårdskonsumtionen inom alla tre åldersgrupperna i analysen. Därefter, 1988/89–2004, minskade andelen som går regelbundet till tandvården och som har varit där inom den senaste tvåårsperioden, särskilt bland de unga, men även de medelålders. Däremot har de äldre stadigt ökat sin tandvårdskonsumtion.

Det är de socioekonomiskt sämst ställda grupperna som har minskat sin tandvårdskonsumtion

- De som har inte går regelbundet till tandvården och som inte har varit hos tandvården på minst två år tillhör i stor utsträckning socioekonomiskt svaga grupper. Det är personer som har barn, som är unga, ensamstående, har arbetaryrken, är lägre tjänstemän eller som står utanför arbetsmarknaden som studerande, arbetslösa och förtids- och ålderspensionärer. Även män tillhör i större utsträckning dem som har lägre tandvårdskonsumtion än andra.

Generellt är unga den grupp som har den lägsta andelen regelbundna tandvårdsbesökare med 61 procent och de äldre den högsta med 84 procent. Bland de medelålders är andelen 80 procent.

Detta ger upphov till frågan om vi står inför ett förändrat beteendemönster bland de unga, när det gäller tandvård. Sedan tandvårdsförsäkringen infördes 1974 har tyngdpunkten i tandvården legat på förebyggande åtgärder och regelbundna kontroller för att bevara en god tandhälsa. Under de senaste åren har det skett en stadig minskning av tandvårdskonsumtionen, särskilt bland de unga men även hos medelålders. De som har låg tandvårdskonsumtion – som alltså inte går regelbundet till tandvård respektive inte har besökt tandvården inom den senaste tvåårsperioden – tillhör också i stor utsträckning de ekonomiskt svagare grupperna i samhället. Risken är att unga och personer med svag ekonomi väljer bort regelbunden kontroll och förebyggande tandvård och bara vänder sig till tandvården vid akuta behov. För en ganska stor grupp – bland de unga 25 procent, medelålders 18 procent och äldre 9 procent – är inte ens akuta besvär tillräckligt för att de ska uppsöka tandvården. Det är oroväckande att denna grupp förefaller att öka.

Tandhälsans utveckling

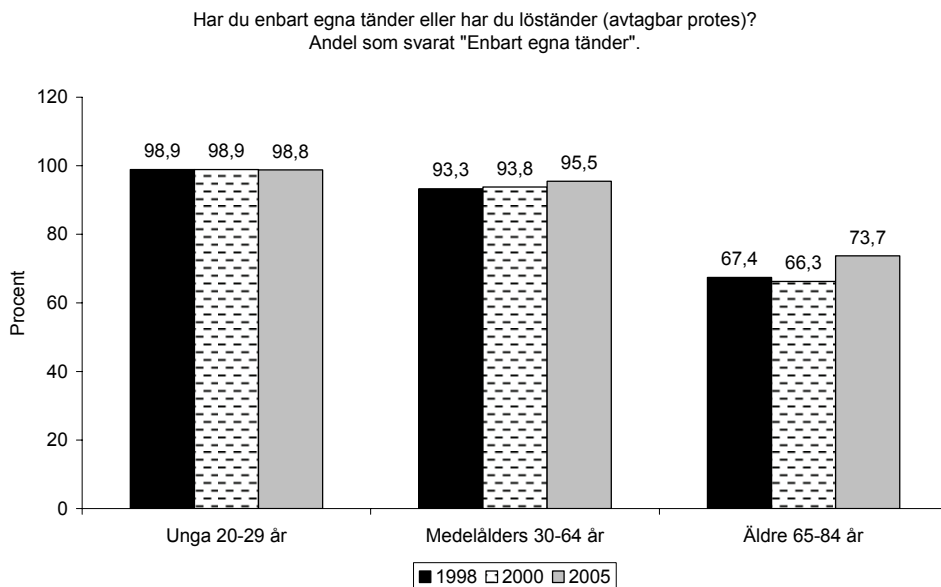
Tandhälsans utveckling har följts 1998–2005 utifrån tre enkätundersökningar om tandvård och tandhälsa. De två första genomfördes 1998 respektive 2000 av Riksförsäkringsverket (nuvarande Försäkringskassan) och den tredje 2005 av Försäkringskassan och Socialstyrelsen gemensamt. Tre frågor är gemensamma för alla undersökningarna. Resultaten redovisas separat för de tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen; unga 20–29 år, medelålders 30–64 år och äldre 65–84 år.

Det finns endast tre frågor som speglar utvecklingen av tandhälsan över tid. Det är osäkert i vilken utsträckning dessa få frågor verkligen mäter ett så omfattande område som tandhälsa. Även tidsperspektivet är relativt kort, bara sju år. Det manar till försiktighet när det gäller att uttala sig om tandhälsan i befolkningen. Därför bör detta avsnitt snarare ses som en beskrivning av tendenser inom tandhälsoutvecklingen än som faktiska uppmätta förändringar i tandhälsan.

Egna tänder eller löständer

Den första frågan lyder: ”Har du enbart egna tänder eller har du löständer (avtagbar protes)?” Som egna tänder räknas även bryggor, kronor och implantat. Frågan är i första hand ett sätt att mäta hur stor andel av befolkningen som har löständer. Av diagram 9 framgår skillnaderna mellan olika åldersgrupper och över tid.

Diagram 9 Har enbart egna tänder. Andelen personer i olika åldersgrupper; Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–84 år). Utvecklingen 1998, 2000 och 2005



Källa: Riksförsäkringsverket tandvårdsundersökningar 1998 respektive 2000 och Försäkringskassans/ Socialstyrelsens tandvårdsundersökning 2005

De unga (20–29 år):

Som framgår av diagram 9 svarar 98,9 procent av alla unga att de har enbart egna tänder. Bara drygt en procent säger sig ha löständer, helt eller delvis. Mellan 1998 och 2005 har utvecklingen varit oförändrad.

Medelålders (30–64 år):

Bland de medelålders svarar 95,5 procent att de har enbart egna tänder. Andelen med enbart egna tänder har ökat med 2,2 procentenheter mellan 1998 och 2005. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

Äldre (65–84 år)

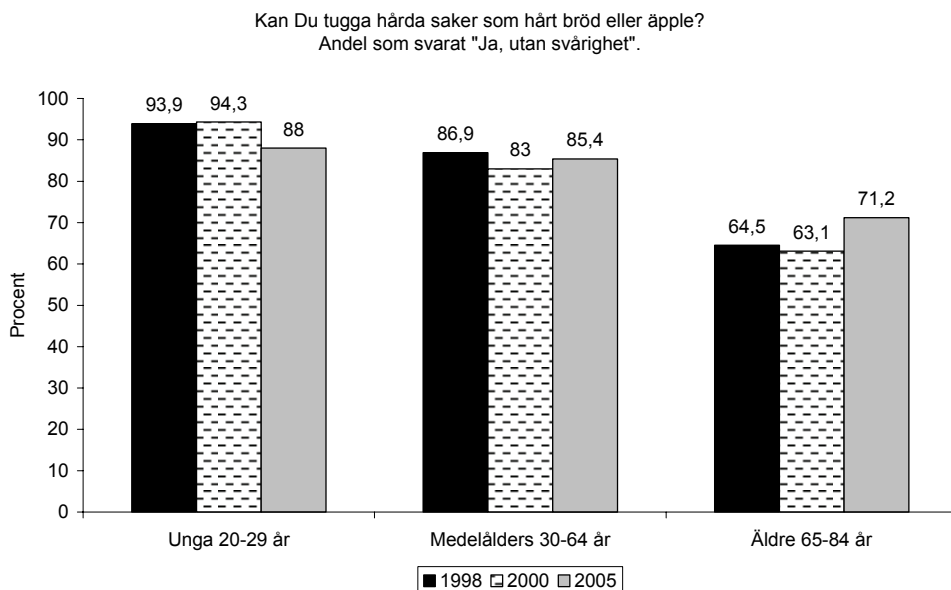
De äldre har fått en avsevärd förbättring mellan 1998 och 2005. Andelen som svarar att de har enbart egna tänder ökade under den perioden med 5,6 procentenheter till 73,7 procent, en skillnad som är signifikant på 5 %-nivån.

Sammanfattningsvis har andelen som svarar att de enbart har egna tänder ökat mellan 1998 och 2005 bland medelålders och särskilt bland de äldre, medan situationen för de unga är oförändrad.

Tuggförmåga

Den andra frågan löd: ”Kan du tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple?”. I diagram 10 nedan framgår hur stor andel som svarar att de kunde tugga utan svårighet.

Diagram 10 Kan tugga hårda saker. Andelen personer i olika åldersgrupper; Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–84 år). Utvecklingen 1998, 2000 och 2005



Källa: Riksförsäkringsverket tandvårdsundersökningar 1998 respektive 2000 och Försäkringskassans/ Socialstyrelsens tandvårdsundersökning 2005

Generellt gäller att tuggförmågan ofta försämras med stigande ålder, så att yngre personer i regel svarar att de har bättre tuggförmåga än äldre. Det intressanta är dock att andelen unga som svarar att de har god tuggförmåga har minskat över tid, medan andelen i stället har ökat bland de äldre.

Unga (20–29 år):

Andelen bland de unga som svarar att de kan tugga utan svårighet har minskat. Under år 1998 svarade 93,9 procent kunna tugga utan svårighet. Detta hade 2005 minskat med 5,9 procentenheter till 88 procent. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

Medelålders (30–64 år)

Bland de medelålders svarade att 86,9 procent de hade god tuggförmåga under 1998. Under 2005 var motsvarande andel 85,4 procent. Skillnaden är inte signifikant.

Äldre (65–84 år)

Bland de äldre ökade andelen som svarade att de hade god tuggförmåga med 6,7 procentenheter – från 64,5 procent under 1998 till 71,2 procent 2005, en skillnad som är signifikant på 5 %-nivån.

Begreppet tuggförmåga är emellertid inte oproblemiskt. Tuggförmågan kan vara allvarligt nedsatt till följd av att flera tänder saknas eller att eventuella proteser inte fungerar tillräckligt bra. Tuggförmågan kan emellertid också uppfattas som nedsatt vid en mer eller mindre tillfällig ömhet vid tuggande, till exempel till följd av hål som inte åtgärdats.¹⁹ Varierande tolkningar av begreppet skulle också kunna förklara skillnader i resultat mellan olika undersökningar.²⁰

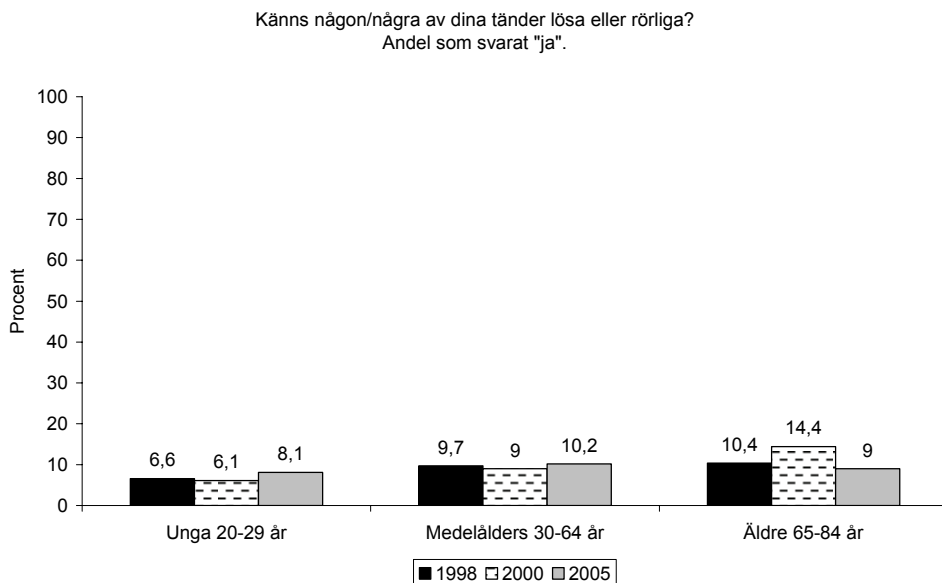
Lösa eller rörliga tänder

Den tredje frågan löd: ”Känns någon/några av dina tänder lösa eller rörliga?”. Diagram 11 nedan visar andelen personer som har svarat att de har lösa eller rörliga tänder.

¹⁹ Vilka besvär som ur odontologisk klinisk synvinkel ligger till grund för intervjuresultaten är inte möjligt att utröna utan klinisk undersökning.

²⁰ ULF-undersökningarna 1996/97–2004 visar ungefär samma utveckling för de medelålders som i denna undersökning. Däremot skiljer sig resultaten för de äldre (tuggförmågan något försämrad) och för de unga (tuggförmågan oförändrad). Andelen som ansåg att de kunde tugga hårda saker utan svårighet var också högre i ULF-undersökningarna än i den ovan refererade undersökningen. Under 2004 var andelen 96,7 för de unga, 93,4 för de medelålders och 86,5 för de äldre. Den troliga förklaringen är att skillnaderna i resultat beror på olika datainsamlingsmetoder. RFV:s och FK/SoS:s tandvårdsundersökningar har genomförts som enkätundersökningar, där intervjupersonerna självständigt tolkar frågorna. I ULF-undersökningarna genomförs intervjuerna däremot som besöksintervjuer, vilket gör att intervjuaren kan förmedla en på förhand överenskommen tolkning av frågorna till den intervjuade. Det är därför tänkbart att begreppet tuggförmåga i ULF-undersökningarna kan ha haft en annan och snävare tolkning än i RFV:s och FK/SoS:s undersökningar. En logistisk regressionsanalys visar dock att sambanden mellan tuggförmåga å ena sidan och socioekonomiska och andra faktorer å andra sidan i stort sett är lika i båda undersökningarna.

Diagram 11 Har lösa eller rörliga tänder. Andelen personer i olika åldersgrupper; Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–84 år). Utvecklingen 1998, 2000 och 2005



Källa: Riksförsäkringsverket tandvårdsundersökningar 1998 respektive 2000 och Försäkringskassans/ Socialstyrelsens tandvårdsundersökning 2005

Unga (20–29 år):

Som framgår av diagram 11 har andelen unga, som har svarat att de har lösa eller rörliga tänder ökat med 1,5 procentenheter. Under 1998 svarade 6,6 procent av de unga att de hade lösa eller rörliga tänder. Detta hade ökat till 8,1 procent under 2005. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

Medelålders (30–64 år):

För de medelålders är situationen marginellt förändrad. Andelen som har svarat att de har lösa eller rörliga tänder var 9,7 procent år 1998 och 10,2 procent 2005. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

Äldre (65–84 år)

Bland de äldre har andelen personer som har svarat att de har lösa eller rörliga tänder i stället minskat med 1,4 procentenheter – från 10,4 procent 1998 till 9 procent under 2005. Skillnaden är signifikant på 5 %-nivån.

Vi kan således konstatera att det har skett en liten, om än statistiskt säkerställd, förändring i andelen som har svarat att de har lösa eller rörliga tänder mellan 1998 och 2005. Frågan om lösa eller rörliga tänder är liksom frågan om tuggförmåga ganska problematisk. Det är nödvändigt att i det här sammanhanget klargöra att det som individen uppfattar som lösa eller rörliga tänder inte säkert skulle visa sig vara det vid en klinisk undersökning. Det har vi inga möjligheter att uttala oss om. Det är möjligt att den enskilde individen uppfattar obehag och besvär från tänderna, som att de är lösa eller rörliga²¹.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att tandhälsan är bättre ju yngre man är, när det gäller andelen som anger att de har egna tänder och som anser sig ha god tuggförmåga. Däremot är det ungefär lika stor andel som uppger sig ha lösa eller rörliga tänder i alla åldersgrupper. Om man däremot ser till utvecklingen över tid inom de tre åldersgrupperna, ser man en tendens till förbättring av tandhälsan bland de äldre och en försämring för de unga. För de medelålders är bilden blandad och innehåller både förbättring och försämring.

Vilka grupper som har hög sannolikhet att ha god tandhälsa

För att vi ska kunna undersöka vilka faktorer som har betydelse för individens tandhälsa genomfördes en statistisk analys²². Analysen är utförd på datamaterial från 2005 års undersökning om tandvård och tandhälsa från Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

I föregående avsnitt visades att sannolikheten att regelbundet besöka tandvården var betydligt högre för personer som tillhör grupper med god ekonomisk bärkraft – gifta, utan barn, med högre utbildning och som tillhör högre socioekonomiska grupper – än för andra. Därför var det viktigt att ta reda på om det fanns något samband dels mellan tandvårdskonsumtion och tandhälsa, dels mellan ekonomisk bärkraft och tandhälsa. Som mått på regelbunden tandvårdskonsumtion används frågan om individen brukar besöka tandvården minst vartannat år och som mått på ekonomisk bärkraft förmågan att klara av en oväntad tandvårdsutgift på 5 000 kronor. Utöver detta ingår kön och ålder i analysen. Följande tre frågor har använts som mått på tandhälsa:

- ”Har du enbart egna tänder eller har du löständer (avtagbar protes)?”
- ”Kan du tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple?”
- ”Känns någon/några av dina tänder lösa eller rörliga?”

²¹ Vilka besvär det är som ur odontologisk klinisk synvinkel ligger till grund för intervjuresultaten är inte möjligt att utröna utan klinisk undersökning.

²² Logistisk regression. För de exakta analysresultaten se tabell 11 i bilagan.

”Har enbart egna tänder”

- **Personer som besöker tandvården minst vartannat år** har 6,3 gånger högre sannolikhet att ha egna tänder än personer som går mera sällan
- **Personer som skulle klara en oväntad tandvårdsutgift på 5 000 kronor** har 2,9 gånger högre sannolikhet att ha egna tänder än dem som inte skulle klara det.
- **Yngre** har högre sannolikhet att ha egna tänder än äldre²³:
 - 50–59 år har 18,1 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 60–64 år har 6,1 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 65–74 år har 2,6 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
- **Män och kvinnor:** ingen säkerställd skillnad

”Kan tugga hårda saker utan svårighet”

- **Personer som besöker tandvården minst vartannat år** har 2,5 gånger högre sannolikhet än personer som går mera sällan
- **Personer som skulle klara en oväntad tandvårdsutgift på 5 000 kronor** har 2,8 gånger högre sannolikhet än dem som inte skulle klara det.
- **Yngre** har högre sannolikhet än äldre:
 - 20–29 år har 9,7 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 30–39 år har 7,8 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 40–49 år har 5,3 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 50–59 år har 4 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 60–64 år har 2,3 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 65–74 år har 1,7 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
- **Män** har 24 procent högre sannolikhet än kvinnor.

”Har inga lösa eller rörliga tänder”

- **Personer som besöker tandvården minst vartannat år** har 2,2 gånger högre sannolikhet än personer som går mera sällan
- **Personer som skulle klara en oväntad tandvårdsutgift på 5 000 kronor** har 2,8 gånger högre sannolikhet än dem som inte skulle klara det.
- **Yngre** har högre sannolikhet än äldre:
 - 20–29 år har 1,8 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 30–39 år har 1,8 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 40–49 år har 1,4 gånger högre sannolikhet än 75–84 år
 - 50–74 år: ingen säkerställd skillnad i jämförelse med 75–84 år
- **Män och kvinnor:** ingen säkerställd skillnad

²³ Eftersom det är ovanligt att yngre personer har löständer eller saknar tänder har endast åldersgruppen 50–84 år tagits med i analysen (i gruppen 20–49 år ingick endast 30 personer, som hade löständer respektive saknade tänder).

Sammanfattningsvis finns det ett tydligt samband mellan att besöka tandvården minst vartannat år och att ha god tandhälsa, liksom mellan god tandhälsa och att kunna klara av en oväntad tandvårdsutgift på 5 000 kronor. Åldern har också stor betydelse för tandhälsan – ju yngre man är, desto större är sannolikheten för att man har god tandhälsa. Med ett undantag finns det inga säkerställda skillnader mellan könen. Undantaget gäller skillnader i rapporterad tuggförmåga, där männen säger sig ha bättre tuggförmåga än kvinnorna.

Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattningsvis visar analysen:

- Att det finns en tendens till att de unga uppger en försämring i tandhälsan över tid i de frågor som ingår i analysen, medan de äldre uppger en förbättring. Bland de medelålders är tendenserna blandade.
- Att den övervägande majoriteten uppger sig ha god tandhälsa i de frågor som ingår i analysen. Åldern har dock stor betydelse för tandhälsan – ju yngre man är, desto större är sannolikheten för att man har god tandhälsa.
- Att det finns ett tydligt samband mellan att besöka tandvården minst vartannat år och att ha god tandhälsa, liksom mellan god tandhälsa och att kunna klara av en oväntad tandvårdsutgift på 5 000 kronor.

Det är emellertid alltför tidigt att dra några mera långtgående slutsatser om utvecklingen av tandhälsan. Det finns flera skäl till detta.

Tiden mellan förändringar i tandvårdskonsumtion och förändringar i tandhälsa är lång. Det kan ta en ganska lång tid från det att tandvårdskonsumtionen minskar till dess att det uppstår mätbara förändringar i tandhälsan.

Svårt att upptäcka brister i tandhälsan innan symptomen ger sig till känna. De som har kariesangrepp eller begynnande tandlossning, men som ännu inte fått några symptom, kan tro att de har god tandhälsa även om så inte längre är fallet.

De frågor som ställts är otillräckliga som mått på tandhälsan. Det har endast funnits ett begränsat antal frågor om tandhälsa, där utvecklingen har varit möjlig att följa över tid. Det är osäkert i vilken utsträckning dessa få frågor verkligen mäter ett så omfattande område som tandhälsa.

Man kan dock konstatera att majoriteten av de tillfrågade anser sig ha god tandhälsa i de frågor om tandhälsa som ingick i analysen. Även om tandvårdskonsumtionen har minskat bland unga och medelålders har fortfarande en majoritet av befolkningen besökt tandvården under de senaste två åren. Det finns dock starka skäl att bevaka den framtida utvecklingen av tandhälsan, särskilt för de unga och för dem som tillhör ekonomiskt utsatta grupper.

Samband mellan tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa

Ökningen av patientkostnaderna – ett resultat av försämringar i tandvårdsförsäkringen och höjda tandvårdspriser

Mellan 1974 och 2005 har patienternas kostnader för tandvård ökat kraftigt, särskilt från mitten av 1990-talet. Orsaken är dels höjda tandläkar- och tandhygienistarvodena, dels försämringar i tandvårdsförsäkringen. För den billigaste och minst omfattande behandlingen i vårt exempel – lagning av en tand – är orsaken till kostnadsökningen framför allt de höjda arvoden inom tandvården. För den dyraste och mest omfattande behandlingen i vårt exempel – insättande av brygga/bro – är det i stället försämringarna i tandvårdsförsäkringen, som förklarar hela ökningen av patientkostnaden.

Det är således en kombination av försämringar i tandvårdsförsäkringen och höjda tandläkar-/tandhygienistarvoden, som har lett till de höga patientkostnaderna. Därför är det rimligt att utgå från utvecklingen av patientkostnaderna i stället för tandvårdsförsäkringen i den fortsatta analysen.

Analysen sker i två steg. Den första frågan gäller om det finns något samband mellan patientkostnader och tandvårdskonsumtion. Den andra frågan är om det finns något samband mellan tandvårdskonsumtion och tandhälsa.

Finns det något samband mellan patientkostnaderna och tandvårdskonsumtionen?

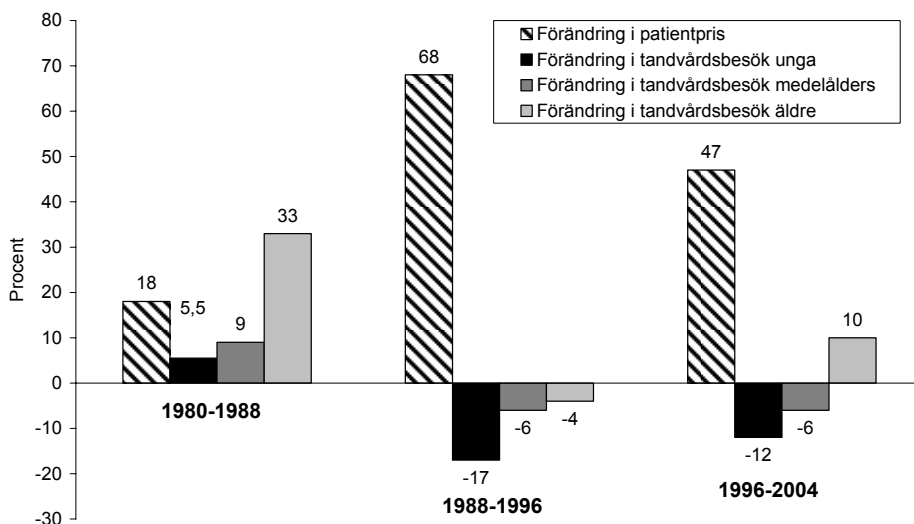
För att undersöka eventuella samband beräknades de procentuella förändringarna i patientkostnader respektive tandvårdskonsumtion vid tre olika tillfällen mellan 1980 och 2004²⁴. Som framgår av diagram 12 nedan präglas den första perioden av en relativt liten höjning av patientkostnaderna. Under de två följande period-

²⁴ För att förenkla framställningen har vi valt att lägga samman patientkostnaderna till en totalsumma för de tre olika exemplen på behandlingar. Utifrån denna totalsumma beräknades sedan de procentuella förändringarna.

erna ökar patientkostnaderna kraftigt med ytterligare 68 procent och därpå ytterligare 47 procent. Schematiskt kan utvecklingen beskrivas på följande sätt:

- 1980–1988: *patientkostnaderna i exemplet ökar 18 procent.* Trots detta ökade andelen personer som besöker tandvården regelbundet med 5,5 procent för de unga, 9 procent för de medelålders och 33 procent för de äldre.
- 1988–1996: *patientkostnaderna ökar med ytterligare 68 procent.* Andelen personer som besöker tandvården regelbundet minskar nu i samtliga tre åldersgrupper. För de unga var minskningen 17 procent, för de medelålders 6 procent och för de äldre 4 procent.
- 1996–2004: *patientkostnaderna ökar med ytterligare 47 procent.* Bland de unga minskar andelen som besöker tandvården regelbundet med ytterligare 12 procent och bland de medelålders med 6 procent. De äldre ökar däremot sin andel med 10 procent.

Diagram 12 Procentuell förändring av patientkostnader under tre tidsperioder: 1980–1988, 1988–1996 och 1996–2004 samt procentuell förändring i andelen regelbundna tandvårdsbesökare under motsvarande tid. Uppdelning i tre åldersgrupper: Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–74 år)



Förändringarna i tandvårdskonsumtion kan också indelas i en uppgångsperiod, som omfattar tiden 1980–1988 och en nedgångsperiod 1988–2004. Den första perioden präglas av en måttlig ökning av patientkostnaderna och en samtidig ökning av andelen personer som besöker tandvården regelbundet. Den andra perioden är präglad av en accelererande ökning av patientkostnaderna och en

samtidig nedgång i andelen regelbundna tandvårdsbesökare i två av de tre åldersgrupperna.

Uppgångsperioden 1980–1988

Under tiden 1980–1988 skedde en måttlig uppgång i patientkostnaderna. Samtidigt ökade andelen som besökte tandvården regelbundet i alla åldersgrupper.

Under denna tid sker således en uppgång i tandvårdskonsumtionen, trots att patientkostnaderna samtidigt stiger, om än i måttlig omfattning. Ökningen av andelen regelbundna tandvårdsbesökare är särskilt stor bland de äldre. Det är troligt att det sammanhänger med att de äldres tandvårdskonsumtion låg på en betydligt lägre nivå än de övriga åldersgrupperna. Det ledde till att andelen regelbundna tandvårdsbesökare 1988/89 var relativt lika i alla tre åldersgrupperna – 84 procent av de unga, 91 procent av de medelålders och 80 procent av de äldre.

Nedgångsperioden 1988–2004

Mellan 1988 och 2004 skedde en kraftig uppgång i patientkostnaderna. Samtidigt minskade andelen som besökte tandvården regelbundet bland alla utom de äldre.

Denna period präglas således av en gradvis minskning av andelen regelbundna tandvårdsbesökare i två av de tre åldersgrupperna, en minskning som är särskilt markant för de unga. Under 2004 hade andelen som besökte tandvården regelbundet sjunkit till 61 procent bland de unga och till 80 procent av de medelålders, medan andelen bland de äldre ökade till 84 procent.

Finns det ett samband mellan tandvårdskonsumtion och tandhälsa?

Eftersom vi bara har uppgifter om upplevd tandhälsa för perioden 1998–2005 väljer vi att jämföra den med utvecklingen av tandvårdskonsumtionen under motsvarande tid, 1996/97–2004.

Diagram 13 Förändring dels i andelen som besökte tandvården regelbundet mellan 1996/97 och 2004, dels i andelen som har god tandhälsa enligt svaren på frågorna om egna tänder, förmåga att tugga utan svårigheter och frånvaro av lösa/rörliga tänder 1998 och 2005 i tre åldersgrupper: Unga (20–29 år), Medelålders (30–64 år) och Äldre (65–74/84 år)²⁵

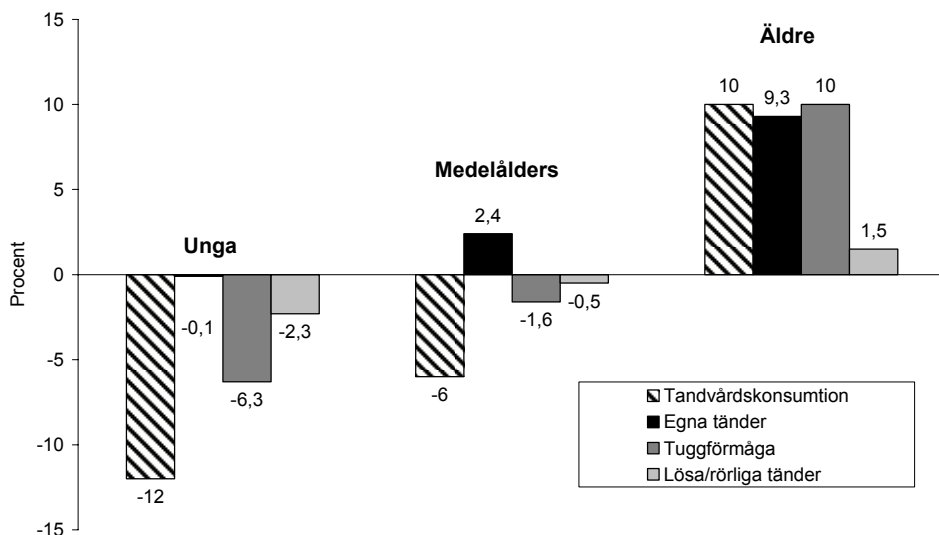


Diagram 13 ovan visar att andelen *unga* som regelbundet besökte tandvården minskade med 10 procent under tidsperioden. Samtidigt ökade andelen som uppgav att de hade svårigheter att tugga och andelen som ansåg sig ha lösa/rörliga tänder med 6,3 respektive 2,3 procent. Bland de *medelålders* minskade andelen som regelbundet besökte tandvården med 6 procent. Samtidigt ökade andelen som uppgav att de hade egna tänder med 2,4 procent, medan andelen som angav god tuggförmåga och frånvaro av lösa/rörliga tänder minskade något. De *äldre* ökade andelen som besökte tandvården regelbundet med 10 procent. Samtidigt förbättrades deras tandhälsa. Andelen som uppgav att de hade egna tänder ökade med 9,3 procent, andelen med god tuggförmåga ökade med 10 procent och andelen som angav lösa/rörliga tänder minskade med 1,5 procent under tidsperioden.

Generellt kan vi således konstatera att de ungas tandvårdskonsumtion minskat och att vi kan iaktta en tendens till försämrad tandhälsa under tidsperioden. För de äldre är utvecklingen den motsatta, nämligen en ökning av tandvårdskonsumtionen och en tendens till förbättrad tandhälsa.

²⁵ Frågorna om tandvårdskonsumtion omfattar åldrarna 65–74 år, medan tandhälsfrågorna omfattar åldrarna 65–84 år i åldersgruppen Äldre.

Sammanfattning och slutsatser

Vi har noterat att patienternas kostnader har ökat kraftigt under senare år. Både försämringar i tandvårdsförsäkringen och höjda tandläkar- och tandhygienist-arvoden har bidragit till den kraftiga kostnadsökningen för patienterna.

Samtidigt med att patientkostnaderna har stigit drastiskt, har de äldres tandvårds-konsumtion ökat och deras tandhälsa visar tendens till förbättring. För de unga har utvecklingen varit den motsatta med minskad tandvårdskonsumtion och tendenser till försämrad tandhälsa. För de medelålders är bilden mera blandad. Deras tandvårdskonsumtion har visserligen minskat, men inte alls lika kraftigt som de ungas. Andelen medelålders som har enbart egna tänder har ökat, medan deras tandhälsa i övrigt snarast tenderar att ha försämrats något.

Den statistiska analysen har visat att det finns ett tydligt samband mellan svaga ekonomiska resurser och att avstå från regelbunden tandvård. Det finns också ett tydligt samband mellan att besöka tandvården mera sällan än vartannat år och att ha dålig tandhälsa. Det innebär att ekonomiska faktorer spelar en väsentlig roll för tandvårdskonsumtion och tandhälsa.

Samma tandvårdsbehandling kostar ungefär lika mycket för patienterna i alla tre åldersgrupper

Patientkostnaderna för tandvård är relativt lika för de tre åldersgrupperna givet att de får samma behandling. Även om de äldre är mest gynnade av tandvårdsförsäkringen, så är skillnaderna i kostnader mellan de olika åldersgrupperna relativt marginella för de tre exemplen på behandlingspaket som använts i denna undersökning. Det innebär att unga och äldre betalar ungefär lika mycket för samma tandvårdsåtgärder. Trots detta har andelen som besöker tandvården regelbundet ökat till 84 procent bland de äldre och minskat till 61 procent bland de unga. Även bland de medelålders har andelen regelbundna tandvårdsbesökare minskat, om än bara till 80 procent.

Den ekonomiska situationen är däremot olika i de tre åldersgrupperna

För att förklara detta behöver vi i stället rikta uppmärksamheten mot den ekonomiska situationen för de tre åldersgrupperna, alltså mot deras förmåga att klara de ökade kostnaderna för tandvård. Som visades i avsnittet om tandvårds-konsumtion har de medelålders den högsta disponibla inkomsten av de tre åldersgrupperna, cirka 190 000 kronor. De äldre har den näst högsta på omkring 135 000 kronor, medan de unga har den lägsta med cirka 120 000 kronor.

De unga är alltså den grupp som har lägst disponibel inkomst. Även om skillnaderna mellan unga och äldre inte är så stor, så finns det andra faktorer, som kan tänkas ha betydelse för deras ekonomiska situation. En del av de unga har hemmavarande barn och därmed en större försörjningsbörda, vilket de äldre

sällan har. De unga har just kommit ut på bostadsmarknaden och har därför oftast högre bostadskostnader än de äldre. De unga är också arbetslösa eller har projektanställningar i högre grad än andra grupper, något som gör att många av dem lever med osäkra inkomster. Låga och osäkra inkomster innebär ofta också att de tvingas fatta ekonomiska beslut, som inte är lika gynnsamma som för dem som har en mera stabil ekonomi och högre inkomster.

De medelålders har också minskat sin tandvårdskonsumtion men nedgången bland dem är mindre drastisk än bland de unga. De är också den grupp som har högst disponibel inkomst. Den tidigare analysen har visat att det, oavsett åldersgrupp, är de ekonomiskt sårbara inom de olika grupperna som avstår från regelbunden tandvård. Det innebär att det även bland de medelålders i första hand är lågutbildade, ensamstående och personer med barn, som avstår från regelbunden tandvård.

Slutsatsen blir således att de höjda patientkostnaderna har slagit hårdast mot de grupper som har minst ekonomisk bärkraft, nämligen unga och socioekonomiskt svaga grupper.

Kan vi stå inför ett förändrat beteendemönster bland de unga i synen på tandvård?

Generellt är unga den grupp som har lägsta andelen regelbundna tandvårdsbesökare 61 procent och de äldre den högsta med 84 procent. Bland de medelålders är andelen 80 procent.

Detta ger upphov till frågan om vi står inför ett förändrat beteendemönster bland de unga. Sedan tandvårdsförsäkringen infördes 1974 har tyngdpunkten i tandvården legat på förebyggande åtgärder och regelbundna kontroller, för att bevara en god tandhälsa. Under de senaste åren har det skett en stadig minskning av tandvårdskonsumtionen, särskilt bland de unga men även hos medelålders. De som har låg tandvårdskonsumtion – som inte går regelbundet till tandvård respektive inte har besökt tandvården inom den senaste tvåårsperioden – tillhör också i stor utsträckning de ekonomiskt svagare grupperna i samhället. Risken är att unga och personer med svag ekonomi väljer bort regelbunden kontroll och förebyggande tandvård och bara vänder sig till tandvården vid akuta behov. För en ganska stor grupp – bland de unga 25 procent, medelålders 18 procent och äldre 9 procent – är inte ens akuta besvär tillräckligt för att de ska uppsöka tandvården. Det är oroväckande att denna grupp förefaller att öka.

Tandhälsans utveckling

Om unga och människor med svaga ekonomiska skäl avstår från regelbunden och förebyggande tandvård kan detta på sikt få betydelse för tandhälsan. Det kan innebära att en del inte alls besöker tandvården, trots att de har behov av

vård. En annan möjlighet är att man väntar med att besöka tandvården tills man får symptom från tänderna. I ett sådant fall finns det risk för att tandvårdsåtgärderna i stället blir mera omfattande. Ett exempel är om ett hål i en tand inte lagas i tid kan tandrotan gå så långt att rotfyllning blir aktuellt. Som vi har sett tidigare kostar rotfyllning och krona, inklusive undersökning och förebyggande tandvård, omkring 8 000 kronor. Om individen i stället bestämmer sig för att dra ut tanden, stannar kostnaden vanligen på under tusen kronor. I en ekonomiskt pressad situation är det möjligt att individen väljer att dra ut tanden. Ett annat exempel är att de små antydningar till hål, som ofta uppkommer strax nedanför där två tandytor möts. Vid regelbunden tandvård kan detta åtgärdas snabbt och enkelt med till exempel slipning eller fluorlackering. När sådana kariesangrepp inte åtgärdas tidigt kan konsekvenserna för tandhälsan bli omfattande.

Det är emellertid alltför tidigt att dra några mera långtgående slutsatser om utvecklingen av tandhälsan och det finns flera skäl till detta:

- *Tiden mellan förändringar i tandvårdskonsumtion och förändringar i tandhälsa är lång.* Det kan ta en ganska lång tid från det att tandvårdskonsumtionen minskar till dess att det uppstår mätbara förändringar i tandhälsan.
- *Svårt att upptäcka brister i tandhälsan innan symptomen ger sig till känna.* De som har kariesangrepp eller begynnande tandlossning, men som ännu inte fått några symptom, kan tro att de har god tandhälsa även om så inte längre är fallet.
- *De frågor som ställts är otillräckliga som mått på tandhälsan.* Det har endast funnits ett begränsat antal frågor om tandhälsa, där utvecklingen har varit möjlig att följa över tid. Det är osäkert i vilken utsträckning dessa få frågor verkligen mäter ett så omfattande område som tandhälsa.

Man kan dock konstatera att majoriteten av de tillfrågade anser sig ha god tandhälsa enligt de frågor som ingick i analysen. Även om tandvårdskonsumtionen har minskat bland unga och medelålders har fortfarande en majoritet av befolkningen besökt tandvården under de senaste två åren. Det finns dock starka skäl att följa den framtida utvecklingen av tandhälsan, särskilt för de unga och för dem som tillhör ekonomiskt utsatta grupper.

Bilaga Metod och genomförande

Kostnadsutvecklingen inom tandvårdsförsäkringen

Kostnadsutvecklingen inom tandvården beskrivs på två sätt. Det ena är hur statens utgifter för tandvårdsförsäkringen har utvecklats sedan försäkringen infördes 1974 och fram till 2005. Det andra är hur patienternas kostnader har utvecklats under samma tid. Dessutom analyseras i vilken utsträckning förändringar i tandläkar-/tandhygienistavoden, priset på tandvårdsmaterial och ersättningsnivåerna i tandvårdsförsäkringen har bidragit till förändringarna. För att underlätta jämförelserna har alla priser räknats om till 2005 års penningvärde²⁶.

Statens utgifter

Statens utgifter för tandvårdsförsäkringen har hämtats från Riksförsäkringsverkets respektive Försäkringskassans budgetunderlag till Regeringen för åren 1974–2005.

Patienternas kostnader

Patienternas kostnader för tandvården har förändrats praktiskt taget varje år alltsedan tandvårdsförsäkringen infördes. Det beror på förändringar i följande tre faktorer, nämligen:

- tandläkar- och tandhygienistavodena
- regler och ersättningsnivåer i tandvårdsförsäkringen
- priserna på tandvårdsmaterial

Utvecklingen 1974 till 2005 beskriven vid fem mätillfällen

Kostnadsutvecklingen för patienterna 1974 till 2005 har jämförts vid fem olika tillfällen med åtta års mellanrum. Mellan 1998 och 2005, de två sista jämförelseåren, är det emellertid sju år eftersom det ännu inte förelåg uppgifter för 2006.

²⁶ Priserna har omräknats till 2005 års penningvärde enligt Konsumentprisindex, KPI. Tjänsteprisindex, TPI, kunde inte användas i för att beskriva utvecklingen 1974–2005, eftersom TPI började utvecklas först i januari 2000.

Tre exempel på behandlingar får illustrera patienternas kostnadsutveckling

Utvecklingen beskrivs utifrån kostnaderna i tre exempel på behandlingar. Dessa behandlingar skiljer sig från varandra, när det gäller hur omfattande tandvårdsåtgärder de innebär. De tre behandlingarna i ordning efter tandvårdsåtgärdernas omfattning är:

1. *Lagning av en tand* inklusive undersökning och förebyggande åtgärder
2. *Rotfyllning och krona* inklusive upprensning, undersökning och förebyggande åtgärder
3. *Insättande av brygga/bro* inklusive tanduttagning, krona, undersökning och röntgen

De tre exemplen på behandlingar är hämtade ur en regelbundet återkommande undersökning om prisutvecklingen inom tandvården, som genomförs av Försäkringskassan²⁷. Totalt ingår tolv exempel på behandlingar i prisutvecklingsundersökningarna. Av dessa tolv har här tre valts ut av övertandläkaren vid Försäkringskassans huvudkontor, som typiska och vanligen förekommande.

Beräkningar av patientkostnaderna

Med dessa tre behandlingspaket som utgångspunkt har patientkostnaderna räknats fram för respektive jämförelseår. Beräkningsunderslaget har bestått av uppgifter om tandläkar-/tandhygienistarvodena, priset för tandvårdsmaterial och ersättningar och beloppsgränser för tandvårdsförsäkringen.

Perioden 1974–1998

Uppgifterna om tandläkar-/tandhygienistarvoden 1974–1998 framgår av *Lagen om allmän försäkring*²⁸ för respektive år. Under denna tid var priserna för tandvårdsåtgärder lika för hela landet, oavsett patienternas ålder och om vården getts av folktandvården inom landstingen eller privata vårdgivare. Arvodena under de aktuella jämförelseåren framgår av tabell 1 nedan.

²⁷ ”Prisutvecklingen inom privattandvården och folktandvården, april 2004 till och med maj 2005”. Försäkringskassan, Huvudkontoret, 2005.

²⁸ Här framgår även reglerna för ersättning enligt tandvårdsförsäkringen.

Tabell 1 Tandläkar- och tandhygienistavvoden för olika tandvårdsåtgärder enligt Lagen om allmän försäkring under vissa jämförelseår 1974–1998

Åtgärds-kod	Åtgärd	1974	1980	1982	1988	1990	1996	1998
11	Undersökning av tandläkare	24	37	49	114	129	163	352
15	Röntgen, komplett för munhålan	104	163	218	320	340	440	408
22	Förebyggande åtgärder	68	107	142	250	281	355	352
31	Tanduttagning	40	63	83	137	154	195	275
42	Upprensning och rotfyllning, två kanaler	176	274	364	788	888	1 122	1 244
55	Fyllning, flera ytor på samma tand	58	103	138	250*	281*	355	433
62	Krona	578	918	1 210	1 591	1 794	2 049	2 383
62 första kronan	Kostnad för första kronan vid broled	578	918	1 210	1 631	1 839	2 049	2 383
62 andra kronan	Kostnad för andra kronan vid broled	578	918	1 210	1 320	1 531	1 592	2 383
64	Klinikframställd pelare	62	98	130	113	128	355	364
65	Hängande broled, per led(inkl lödning 2 st)	486	750	987	691	779	1 130	1 013

* Beräknat på 30 minuter

Tabell 2 nedan visar beloppsgränser och ersättningsnivåer i tandvårdsförsäkringen under de aktuella jämförelseåren mellan 1974 och 1998.

Tabell 2 Andel av ersättningsgrundande belopp vid olika beloppsnivåer som har ersatts av tandvårdsförsäkringen under vissa jämförelseår 1974–1998

	1974	1980	1982	1988	1990	1996	1998
I: Andel av ersättningsgrundande belopp som har ersatts av tandvårdsförsäkringen:	<u>50 %</u> 0– 1 000	<u>50 %</u> 0– 2 500	<u>40 %</u> 0– 2 500	<u>40 %</u> 0– 2 500	<u>40 %</u> 0– 3 000	<u>0 %</u> 0– 700	<u>0 %</u> 0– 1 300
II: Andel av ersättningsgrundande belopp som har ersatts av försäkringen:	<u>75 %</u> 1 001–	<u>75 %</u> 2 501–	<u>75 %</u> 2 501–	<u>75 %</u> 2 501–	<u>75 %</u> 3 001–	<u>35 %</u> 701– 13 500	<u>35 %</u> 1 301– 13 500
III: Andel av ersättningsgrundande belopp som har ersatts av försäkringen:						<u>70 %</u> 13 501–	<u>70 %</u> 13 501–

Perioden 1999–2005

Den 1 januari 1999 avskaffades prisregleringen inom tandvården. Samtidigt differentierades ersättningen från tandvårdsförsäkringen mellan de tre olika åldersgrupperna; 20–29 år, 30–64 år och 65 år eller äldre. Uppgifterna om ersättningarna i tandvårdsförsäkringen och tandläkar-/tandhygienistavvoden för 2004 och 2005 har därför i stället hämtats ur Försäkringskassans prisutvecklingsstudier. I dessa studier har kostnaderna för patienterna beräknats dels för var och en av de tre åldersgrupperna, dels för privata vårdgivare och för landstingens folktandvård. Det innebär att det för vart och ett av de tre exemplen på behandlingspaket finns sex olika priser beräknade. För att underlätta jämförelser med patientkostnaderna 1974–1998 har ett pris valts, nämligen det genomsnittliga priset för landstingens folktandvård för åldersgruppen 30–64 år. Valet har skett på följande grunder:

Landstingsvård är i regel tillgängligt i de flesta regioner, vilket däremot inte alltid gäller den privata vården. Landstingens priser på tandvård ligger generellt lägre än de privata vårdgivarnas. Skillnaden är mellan 6,1 procent för den minst omfattande behandlingen till 16,5 procent för den mest omfattande. Åldern 30–64 år är den största av de tre åldersgrupperna. Det är också den åldersgrupp som får lägst ersättning i den nya tandvårdsförsäkringen. Skillnaderna i patientpris inom landstingen mellan de åldersgrupper som får mest respektive minst ersättning varierar mellan 1 och 16 procent beroende dels på vilken behandling det gäller, dels om det omfattar högkostnadsskyddet för protetisk behandling för personer som är 65 år eller äldre.

Kostnaderna för tandvårdsmaterial

För att beräkna kostnaderna för tandvårdsmaterial har vi utgått från guldpriset för de två behandlingspaket, där tandvårdsmaterial ingår. Skattningen av materialåtgången och beräkningen av materialkostnaderna i respektive behandlingspaket för 1998 har gjorts av Försäkringskassans övertandläkare. För behandlingspaketet Rotfyllning och krona var kostnaden 500 kronor och för Insättning av brygga/bro var kostnaden 2350 kronor. Med utgångspunkt från dessa uppgifter har materialkostnaderna för respektive år beräknats med hjälp av uppgifter om genomsnittligt guldpris för respektive år i US Dollar (USD/Troy Ounce). Detta pris har sedan räknats om i svenska kronor utifrån den genomsnittliga kursen för USD för respektive år. Med utgångspunkt från guldpriset per troy ounce i kronor har ett index konstruerats. Indexet har sedan använts för att beräkna materialkostnaden för respektive år och behandlingspaket utifrån 1998 års materialkostnad. Uppgifterna om guldpriserna för de aktuella åren har hämtats från Londonbörsen för ädelmetaller, The London Gold Market Fixing Ltd. En Troy ounce motsvarar 1,0971428 ounce. Ett kilo motsvarar 32,1507465 troy ounces och ett troy ounce motsvarar 31,1034768 gram. Resultatet av beräkningarna framgår av tabellerna 3 och 4 nedan.

Tabell 3 Beräkning av materialkostnaderna vid tandvård vissa jämförelseår 1974–1998 för behandlingspaketet ”Rotfyllning och krona” i respektive års priser samt omräknat i 2005 års penningvärde

År	Material-kostnad 1998	Guldpris i USD per troy ounce	SEK/USD	Guldpris i SEK per troy ounce	IndexSEK per troy ounce	Guldpris i SEK i resp års priser	Guldpris i SEK i 2005 års priser
1974		159	4,40	700	0.30	150	761
1980		614	4,23	2 597	1,11	555	1 556
1982		376	6,29	2 365	1.01	505	1 164
1988		437	6,13	2 679	1,15	575	912
1990		384	5,93	2 277	0.97	485	654
1996		388	6,71	2 603	1,11	555	608
1998	500	294	7,95	2 337	1.00	500	546

Tabell 4 Beräkning av materialkostnaderna vid tandvård vissa jämförelseår 1974–1998 för behandlingspaketet ”Insättning av brygga/bro” i respektive års priser samt omräknat i 2005 års penningvärde

År	Material-kostnad 1998	Guldpris i USD per troy ounce	SEK/USD	Guldpris i SEK per troy ounce	IndexSEK per troy ounce	Guldpris i SEK i resp års priser	Guldpris i SEK i 2005 års priser
1974		159	4,40	700	0.30	705	3 575
1980		614	4,23	2 597	1,11	2 609	7 316
1982		376	6,29	2 365	1.01	2 374	5 470
1988		437	6,13	2 679	1,15	2 703	4 289
1990		384	5,93	2 277	0.97	2 280	3 077
1996		388	6,71	2 603	1,11	2 609	2 858
1998	2 350	294	7,95	2 337	1.00	2 350	2 565

Priserna på tandvårdsmaterial för 2004 respektive 2005 uppskattas till omkring 500 kronor för Rotfyllning och krona och 2350 kronor för Insättande av brygga/bro²⁹.

Utvecklingen av tandläkar-/tandhygienistarvoden, patientkostnader och priser på tandvårdsmaterial

Tabell 5 ger en översiktsbild av pris- och kostnadsutvecklingen 1974–2005 under de utvalda jämförelseåren, när det gäller tandläkar-/tandhygienistarvoden, patientkostnader och priser på tandvårdsmaterial.

²⁹ Skattningen är gjord av övertandläkaren vid Försäkringskassans huvudkontor.

Tabell 5 Patientkostnader, tandläkar-/tandhygienistavoden och priser på tandvårdsmaterial för tre olika behandlingspaket: Lagning av en tand, Rotfyllning och krona och Insättande av brygga/bro för vart och ett av jämförelseåren 1974, 1980, 1982, 1988, 1990, 1996, 1998, 2004 och 2005. Samtliga priser omräknade i 2005 års penningvärde

	1974	1980	1982	1988	1990	1996	1998	2004	2005
Behandlingspaket 1: Lagning av en tand									
Patientkostnad	380	348	454	584	560	890	1 241	1 598	1 621
Tandläkar-/tandhygienistavoden	760	693	758	974	932	956	1 241	1 836	1 857
Pris på tandvårdsmaterial	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Behandlingspaket 2: Rotfyllning och krona									
Patientkostnad	2 302	2 011	3 318	2 750	2 667	3 756	4 373	7 510	7 697
Tandläkar-/tandhygienistavoden	4 604	4 021	4 366	4 532	4 345	4 430	5 124	7 492	7 676
Pris på tandvårdsmaterial	761	1 556	1 164	912	654	608	546	500	500
Behandlingspaket 3: Insättande av brygga/bro									
Patientkostnad	5 030	5 036	6 943	5 393	5 007	10 010	11 276	12 503	12 764
Tandläkar-/tandhygienistavoden	15 039	13 138	14 234	11 734	11 282	10 590	12 638	10 360	10 620
Pris på tandvårdsmaterial	3 575	7 316	5 470	4 289	3 077	2 858	2 565	2 350	2 350

Olika faktorerers bidrag till ökningen av patienternas kostnader mellan 1974 och 2005

Utifrån uppgifterna om tandläkar- och tandhygienistavodena, tandvårdsmaterialpriser och ersättningsnivåer i tandvårdsförsäkringen 1974 och 2005 har en beräkning av dessa faktorerers relativa bidrag till kostnadsökningen för patienterna gjorts. Beskrivningen av hur dessa beräkningar gjorts för de tre olika exemplen av behandlingspaket framgår av tabellerna 6, 7 och 8 nedan.

Tabell 6 Behandlingspaketet "Lagning av en tand". Bidrag till den totala ökningen av patientkostnaderna mellan 1974 och 2005 från tandläkar- och tandhygienistavvoden, priser på tandvårdsmaterial och tandvårdsförsäkring. Priserna omräknade i 2005 års penningvärde

	Tandläkar-/tandhygienistavvoden	Priser på tandvårdsmaterial	Tandvårdsförsäkring	Patientkostnader
1974	760	–	–380	380
2005	1 857	–	–236	1 621
Bidrag till ökningen i kronor	1 097		144	1 241
Bidrag till ökningen i procent	289 %	–	38 %	327 %

Tabell 7 Behandlingspaketet "Rotfyllning och krona". Bidrag till den totala ökningen av patientkostnaderna mellan 1974 och 2005 från tandläkar- och tandhygienistavvoden, priser på tandvårdsmaterial och tandvårdsförsäkring. Priserna omräknade i 2005 års penningvärde

	Tandläkar-/tandhygienistavvoden	Priser på tandvårdsmaterial	Tandvårdsförsäkring	Patientkostnader
1974	4 604	761	–3 063	2 302
2005	7 676	500	–479	7 697
Bidrag till ökningen i kronor	3 072	–261	2 584	5 395
Bidrag till ökningen i procent	133 %	–11 %	112 %	234 %

Tabell 8 Behandlingspaketet "Insättande av brygga/bro". Bidrag till den totala ökningen av patientkostnaderna mellan 1974 och 2005 från tandläkar- och tandhygienistavvoden, priser på tandvårdsmaterial och tandvårdsförsäkring. Priserna omräknade i 2005 års penningvärde

	Tandläkar-/tandhygienistavvoden	Priser på tandvårdsmaterial	Tandvårdsförsäkring	Patientkostnader
1974	15 039	3 575	–13 584	5 030
2005	10 620	2 350	–206	12 764
Bidrag till ökningen i kronor	–4 419	–1 225	13 378	7 734
Bidrag till ökningen i procent	–88 %	–24 %	266 %	154 %

Utvecklingen av tandvårdskonsumtionen

Statistiska centralbyråns undersökningar

För att det ska vara möjligt att studera utvecklingen över tid, krävs tillgång till uppgifter från tidigare undersökningar. En källa är Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden, de så kallade ULF-undersökningarna. I dessa görs en fördjupning av enskilda välfärdsområden vart åttonde år. För ohälsoområdet, där tandvården ingår, gjordes sådana fördjupade undersökningar 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004. Normalt genomförs varje undersökning under två kalenderår och antalet intervjuade uppgår till 12 000–13 000 personer. För det senaste undersökningsåret 2004/05 föreligger emellertid ännu bara resultat från 2004. Det innebär att resultaten baserar sig på hälften så stort urval detta år jämfört med de tre föregående undersökningarna.

I ULF-undersökningarna har fyra frågor om tandvårdskonsumtion ingått under den aktuella tidsperioden. Två av dem har valts ut för denna studie, nämligen ”Brukar du besöka tandvården regelbundet” respektive ”När var du senast hos tandläkare eller tandhygienist”.

Den tredje frågan gällde hur ofta man brukar besöka tandvården. Den frågeställningen täcks emellertid på ett bättre sätt av frågan om när man senast besökte tandvården och har därför uteslutits. Den fjärde frågan, om man behövt tandläkarvård men inte sökt vård, hade ställts vid två tillfällen dels 1996/97, dels 2004. Under 1996/97 ställdes frågan emellertid i två led, nämligen ”Har du haft några besvär från dina tänder?” och vid ja-svar följdfrågan ”Gjorde du någonting åt det?”. Samma fråga ställdes vid 2004 års undersökning i ett led ”Har du under det senaste året någon gång ansett dig vara i behov av tandläkarvård men inte sökt vård?”. Risken för bristande jämförbarhet ledde till att frågan uteslöts.

Undersökningarna genomförs i regel som besöksintervjuer med ett slumpmässigt urval av personer i åldern 16–84 år. Vissa undersökningsår har emellertid endast omfattat personer upp till 74 år. För att resultaten ska kunna jämföras med varandra omfattar denna redovisning enbart personer i åldern 20–74 år.

Inför denna undersökning har vi haft tillgång till ULF-databaserna i de frågor som rör tandvård och olika bakgrundsvariabler och därför kunnat göra egna bearbetningar och analyser med hjälp av dem.

Riksförsäkringsverkets respektive Försäkringskassans/Socialstyrelsens undersökningar

Under 1998 och 2000 genomförde dåvarande Riksförsäkringsverket två tandvårdsundersökningar. Ytterligare en tandvårdsundersökning genomfördes gemensamt av Försäkringskassan och Socialstyrelsen under 2005. Från dessa under-

sökningar hämtades ytterligare en fråga om tandvårdskonsumtion, nämligen ”Har du någon gång under de senaste tolv månaderna behövt tandläkarvård men inte sökt vård?”³⁰. Undersökningarna omfattade personer i åldern 20–84 år. Antal tillfrågade var i Riksförsäkringsverkets undersökningar 5 000 personer och i Försäkringskassans och Socialstyrelsens 8400 personer.

Analyser

Analyserna har gjorts i form av frekvenser, uppdelade på de tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen, nämligen 20–29 år, 30–64 år och 65 år eller äldre.

Logistisk regression har använts för att analysera eventuella skillnader i tandvårdskonsumtion mellan olika grupper³¹. De kategorier som har använts som förklarande variabler är kön, åldersgrupp, ensamstående respektive gift eller sambo, hemmavarande barn, sysselsättning (socioekonomisk grupp), utbildning (”Låg”= folkskola/oavslutad grundskola, grundskola/enhetsskola/realskola/flickskola, gymnasieskola 2 år/fackskola/yrkesskola, gymnasieskola yrkesinriktad 3 år; ”Mellan” = gymnasieskola teoretisk linje 3 eller 4 år, universitetsstudier utan examen; ”Hög” = universitetsstudier med examen) och H-region (Stockholm, Göteborg, Malmö, Större städer, Södra mellanbygden, Norra tätbygden, Norra glesbygden)

Beroende variabel var: ”Brukar du besöka tandvården regelbundet?”(Ja/Nej)

Ytterligare en analys gjordes med frågan ”När var du senast hos tandläkare eller tandhygienist?” (För mindre än 2 år sedan/2 år sedan eller längre), som beroende variabel.

Resultaten av analysen framgår av tabellerna 9 och 10 nedan.

³⁰ I RFV:s tandvårdsundersökningar var frågan formulerad: ”Har du under 1998 (2000) haft något besvär med dina tänder utan att söka behandling för detta?”

³¹ Samtliga logistiska regressionsanalyser har genomförts av Niklas Österlund och Patric Tirmén, Utvärderingsavdelningen på Försäkringskassans huvudkontor.

Tabell 9 Logistisk regressionsanalys över sannolikheten att regelbundet besöka tandläkare

Förklarande variabler	Odds-kvot 1	Odds-kvot 2	Odds-kvot 3	Odds-kvot 4
Kön				
Kvinna	1	1	1	1
Man	0,613***	0,608***	0,575***	0,616***
Ålder				
20–29 år	1	1	1	1
30–39 år	1,593***	1,536***	1,267**	1,509***
40–49 år	2,841***	2,767***	2,251***	2,997***
50–59 år	4,164***	3,665***	3,131***	4,254***
60–64 år	3,161***	2,671***	2,633***	3,323***
65–74 år	3,513***	3,034***	4,284***	4,223***
Barn				
Ja	–	0,816**	0,796**	0,814**
Nej	–	1	1	1
Ensamstående				
Ja	–	0,626***	0,689***	0,648***
Nej	–	1	1	1
Sysselsättning				
Arbetare	–	–	0,507***	–
Lägre tjänstemän	–	–	0,589***	–
Tjänstemän på mellannivå	–	–	0,813	–
Högre tjänstemän/ledande befattningar	–	–	1	–
Ensamföretagare	–	–	0,795	–
Mindre företagare/lantbrukare	–	–	0,702	–
Större företagare/lantbrukare	–	–	1,454	–
Studierande, arbetslös, förtids- ålderspension	–	–	0,329***	–
Oklassificerade yrken	–	–	0,281***	–
Utbildning				
Låg	–	–	–	0,424***
Medel	–	–	–	0,801***
Hög	–	–	–	1
H-region				
Stockholm	–	–	–	1,536***
Göteborg	–	–	–	1,880***
Malmö	–	–	–	1,983***
Större städer	–	–	–	1,744***
Södra mellanbygden	–	–	–	1,906***
Norra tätbygden	–	–	–	1,445***
Norra glesbygden	–	–	–	1

*** = signifikant på 1%-nivån, ** = signifikant på 5%-nivån, * = signifikant på 10%-nivån

Tabell 10 Logistisk regressionsanalys över sannolikheten att ha besökt tandvården under de senaste två åren

Förklarande variabler	Odds-kvot 1	Odds-kvot 2	Odds-kvot 3	Odds-kvot 4
Kön				
Kvinna	1	1	1	1
Man	0,534***	0,524***	0,504***	0,527***
Ålder				
20–29 år	1	1	1	1
30–39 år	1,113	1,112	0,950	1,081
40–49 år	2,142***	2,166***	1,831***	2,339***
50–59 år	2,901***	2,565***	2,227***	2,992***
60–64 år	2,452***	2,045***	1,956***	2,567***
65–74 år	2,027***	1,716***	2,113***	2,399***
Barn				
Ja	–	0,755**	0,739***	0,747**
Nej	–	1	1	1
Ensamstående				
Ja	–	0,636***	0,686***	0,655***
Nej	–	1	1	1
Sysselsättning				
Arbetare	–	–	0,513***	–
Lägre tjänstemän	–	–	0,627**	–
Tjänstemän på mellannivå	–	–	0,878	–
Högre tjänstemän/ledande befattningar	–	–	1	–
Ensamföretagare	–	–	0,753	–
Mindre företagare/lantbrukare	–	–	0,641	–
Större företagare/lantbrukare	–	–	2,798	–
Studierande, arbetslös, förtids- ålderspension	–	–	0,422***	–
Oklassificerade yrken	–	–	0,465**	–
Utbildning				
Låg	–	–	–	0,429***
Medel	–	–	–	0,890
Hög	–	–	–	1
H-region				
Stockholm	–	–	–	2,008***
Göteborg	–	–	–	1,890***
Malmö	–	–	–	1,711**
Större städer	–	–	–	1,901***
Södra mellanbygden	–	–	–	1,936***
Norra tätbygden	–	–	–	1,550*
Norra glesbygden	–	–	–	1

*** = signifikant på 1%-nivån, ** = signifikant på 5%-nivån, * = signifikant på 10%-nivån

Uppgifter om disponibel inkomst

Mot bakgrund av att tandvårdskonsumtionen är lägre i ekonomiskt utsatta grupper, liksom i lägre åldersgrupper, har den disponibla inkomsten i de tre åldersgrupperna, 20–29 år, 30–64 år och 65–84 år, tagits fram³². Statistiken kommer från den så kallade Lindadatabasen LINDA2004f.

Variabeln disponibel inkomst är uppbyggd av drygt 25 variabler på följande sätt: Disponibel inkomst (CDISPL)= CFAKTL – CNEGL + CTRAPSPL + CTRAPSPL

- CFAKTL=Faktorinkomst=löneinkomst + inkomst av annan näringsverksamhet + inkomst av kapital
- CNEGL=Negativa transfereringar=skatter m.m.
- CTRAPSPL=Positiva skattepliktiga transfereringar; till exempel sjukpenning och A-kassa
- CTRAPSPL=Positiva skattefria transfereringar till exempel socialbidrag.

Utvecklingen av tandhälsan

I Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar ingick bara två frågor om tandhälsa under den aktuella tidsperioden. Den ena, som gällde i vilken utsträckning, de tillfrågade hade egna tänder eller löständer, togs emellertid bort ur undersökningen redan efter 2002/2003. Den andra frågan gällde tuggförmåga, som har funnits med i undersökningen sedan 1980/81. Det är emellertid inte möjligt att bara utifrån denna enda fråga dra någon slutsats om tandhälsoutvecklingen under perioden.

För att kunna undersöka tandhälsans utveckling över tid har i stället de tre ovannämnda tandvårdsundersökningarna, två från Riksförsäkringsverket och en från Försäkringskassan och Socialstyrelsen använts. Dessa undersökningar omfattar sjuårsperioden mellan 1998 och 2005. Från dessa undersökningar har tre frågor om tandhälsa hämtats. De används här valts för att spegla utvecklingen inom tandhälsområdet. Frågorna är:

- Har du enbart egna tänder³³ eller har du löständer (avtagbar protes)?
- Kan du tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple?
- Känns någon/några av dina tänder lösa eller rörliga?

³² Beräkningarna gjorda av Daniel Ramsé, Utvärderingsavdelningen på Försäkringskassans huvudkontor.

³³ Till egna tänder räknas även bryggor, kronor och implantat.

Generellt är uppgifterna om tandhälsa troligen mera osäkra än uppgifterna om tandvårdskonsumtion. En viktig faktor är att endast ett litet fåtal frågor om tandhälsa har varit tillgängliga över tid. Det är inte troligt att så få frågor är tillräckligt omfattande för att täcka begreppet tandhälsa. En annan faktor är att det kan ta lång tid innan bristande tandvård får återverkningar på tandhälsan. En tredje faktor är att individen kan ha drabbats av exempelvis karies utan att själv veta om det. Det gör att man snarast bör tala om tendenser inom tandhälsoområdet, än om tandhälsa.

Utvecklingen har beskrivits i form av frekvenser, separat för de tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen: 20–29 år, 30–64 år och 65–84 år. Logistisk regression har använts för att analysera eventuella skillnader i tandhälsa mellan olika grupper. Det har i föregående avsnitt konstaterats att det finns ett samband mellan låg tandvårdskonsumtion och att tillhöra ekonomiskt utsatta grupper. Därför har i regressionsanalysen för tandhälsa medtagits en variabel för tandvårdskonsumtion (Brukar besöka tandvården minst vartannat år) och en variabel för ekonomisk bärkraft (Kan klara en oväntad tandvårdsutgift på 5 000 kronor), förutom kön och ålder. Följande frågor har utgjort beroende variabler:

”Har du enbart egna tänder eller har du löständer (avtagbar protes)?”

- Ja = Enbart egna tänder
- Nej = Enbart löständer/Både löständer och egna tänder/Varken löständer eller egna tänder

”Kan du tugga hårda saker som hårt bröd eller äpplen?”

- Ja = Ja, utan svårighet
- Nej = Ja, men måste vara försiktig/ Nej, inte alls

”Känns någon/några av dina tänder lösa eller rörliga?”

- Ja
- Nej

Tabell 11 Logistisk regressionsanalys över tandhälsa: sannolikheten att ha enbart egna tänder, sannolikheten att kunna tugga hårda saker utan svårighet och sannolikheten att inte ha någon/några lösa eller rörliga tänder

Regression 1: Sannolikhet att enbart ha egna tänder

Regression 2: Sannolikhet att kunna tugga hårda saker utan svårighet

Regression 3: Sannolikhet att INTE ha någon/några tänder lösa eller rörliga

Förklarande variabler	Odds-kvot 1	Odds-kvot 2	Odds-kvot 3
Kön			
Kvinna	1	1	1
Man	0,990	1,244***	0,944
Ålder			
20–29 år	–	9,699***	1,757**
30–39 år	–	7,834***	1,808**
40–49 år	–	5,266***	1,435*
50–59 år	18,096***	4,007***	1,171
60–64 år	6,121***	2,251***	1,252
65–74 år	2,596***	1,734***	1,008
75–84 år	1	1	1
Skulle klara av kostnad på 5 000 kr			
Ja	2,912***	2,803***	2,794***
Nej	1	1	1
Besök i regel minst vartannat år			
Ja	6,284***	2,480***	2,207***
Nej	1	1	1

*** = signifikant på 1%-nivån, ** = signifikant på 5%-nivån, * = signifikant på 10%-nivån

Samband mellan tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa

Samband mellan tandvårdskostnader och tandvårdskonsumtion

För att förenkla framställningen har vi valt att lägga samman patientkostnaderna till en summa för de tre olika exemplen på behandlingar, det vill säga *Lagning av en tand*, *Rotfyllning och krona* och *Insättande av brygga/bro*. Alternativet hade varit att beskriva sambanden mellan patientpris och vårdkonsumtion för de tre olika exemplen på tandvårdsbehandling var för sig, vilket hade blivit mera svåröverskådligt för läsaren³⁴.

För att kunna jämföra utvecklingen av patienternas kostnader för tandvård med utvecklingen av tandvårdskonsumtionen har följande beräkningar gjorts. Först har patienternas kostnader för tandvård räknats fram för åren 1980, 1988, 1996 och 2004. Dessa årtal har valts för att motsvara tidpunkterna för Statistiska centralbyråns undersökningar om tandvård, nämligen 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004. Därefter beräknades den procentuella förändringen av patienternas kostnader mellan mätperioderna, det vill säga 1980–1988, 1988–1996 och 1996–2004. På motsvarande sätt beräknades den procentuella förändringen i tandvårdskonsumtion mellan mätperioderna (andelen som besökte tandvården regelbundet) 1980/81–1988/89, 1988/89–1996/97 och 1996/97–2004. Dessa beräkningar har gjorts separat för de tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen.

Samband mellan tandvårdskonsumtion och tandhälsa

För att undersöka om det finns något samband mellan tandvårdskonsumtion och tandhälsa analyserades den procentuella förändringen av tandvårdskonsumtionen (andelen personer som besöker tandvården regelbundet) mellan 1996/97 och 2004 och jämfördes med motsvarande förändring av de tre tandhälsovariablerna mellan 1998 och 2005. Även dessa beräkningar har gjorts separat för de tre åldersgrupperna i tandvårdsförsäkringen.

³⁴ Även om den procentuella förändringen mellan åren varierar är tendenserna i utvecklingen av patientkostnaderna relativt lika för alla tre behandlingspaketen, se tabell 5.

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2006:

- 2006:1 Kundundersökning 2004
- 2006:2 Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 1)
- 2006:3 Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 2)
- 2006:4 Prognosverktyget – ett stöd i det första vägvalet vid handläggningen av sjukfall
- 2006:5 Socialförsäkringarna – rätt och fel. Rapport från forskarseminarium i Umeå 25–26 januari 2006
- 2006:6 Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken
- 2006:7 Skilda vägar. Föräldrars kunskaper om vårdnad, boende, umgänge och underhåll
- 2006:8 Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2004–2007
- 2006:9 Försäkringskassans utredningar av misstänkt fusk – metoder och kostnadseffektivitet
- 2006:10 Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång i arbete
- 2006:11 Genomsnittlig pensionsålder i de nordiska länderna – med internationell utblick
- 2006:12 Försäkringskassans arbete med misstänkta brott 2005
- 2006:13 Försäkringsmässighet: skatter och avgifter i socialförsäkringens finansiering
- 2006:14 Prisutvecklingen inom privattandvården och folktandvården, april 2004–maj 2005
- 2006:15 Professionellt ohälsöarbete på Försäkringskassan – förutsättningar i organisationen
- 2006:16 Sjukförsäkring Kulturer och Attityder
- 2006:17 Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken med ungdomsperspektiv

- 2006:18 Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering
- 2006:19 Merkostnader i vårdbidraget
- 2006:20 Ohälsoskulden – förändringar i statens åtagande 1996–2005
- 2006:21 Handläggarnas attityder till rehabiliterande åtgärder och insatser samt lagar och regler
- 2006:22 Hur säkra känner sig handläggarna på att använda metoderna och aktiviteterna i ohälsöarbetet? Faktorer som påverkar deras attityder
- 2006:23 Handläggarnas upplevelser och användning av metoder och aktiviteter. Försäkringskassans metodundersökning 2005
- 2006:24 Utvecklingen av tandvårdsförsäkringen, tandvårdskonsumtionen och tandhälsan

Utvecklingen av tandvårdsförsäkringen, tandvårdskonsumtionen och tandhälsan

I denna rapport redovisas de senaste årens utveckling av tandvårdskonsumtion och tandhälsa mot bakgrund av kostnadsutvecklingen för enskilda och för staten. Rapporten utgör en del av ett större samlat regeringsuppdrag om tandvård, som genomförts gemensamt av Försäkringskassan och Socialstyrelsen.