

# Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008

**Analys utifrån ett demografiskt  
och socioekonomiskt perspektiv**



Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

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

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

# Förord

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett utvärderingsprogram avseende tandvårdsstödet, som trädde i kraft den 1 juli 2008.

I denna rapport redovisas resultaten från en utvärdering av de olika ersättningsformerna – högkostnadsskyddet och det allmänna tandvårdsbidraget – inom tandvården. Utvärderingen har skett i samarbete mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. I rapporten studeras hur olika socioekonomiska och demografiska grupper använt det statliga tandvårdsstödet. Under tandvårdsstödet första två år gjorde cirka 70 procent av den vuxna befolkningen minst ett förebyggande besök. Hälften av befolkningen känner till det allmänna tandvårdsbidraget (ATB). Samtidigt är användandet av bidraget mycket högt, vilket indikerar att en stor del av patienterna använder sitt ATB utan att vara medvetna om det. Detta innebär sannolikt att ATB inte uppnår avsedd effekt, dvs. uppmuntra till förebyggande besök. Drygt 15 procent av befolkningen har fått ersättning från högkostnadsskyddet. I linje med reformens intentioner ger högkostnadsskyddet ett reellt skydd för de med höga kostnader. Däremot går det inte, på grund av bristfälliga uppgifter om befolkningens tandhälsa, att avgöra huruvida högkostnadsskyddet går till de med de mest omfattande behoven.

Rapportarbetet har gjorts i samarbete med Jaroslava Lafih och Thomas Malm på Socialstyrelsen och Lars Sjödin på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Arbetet har beretts i samråd med odontologie doktor Jan Håkansson på avdelningen för Analys och Prognos. Metodval har diskuterats med branschorganisationerna.

Anna Arwidsson Hansen, Carolin Sjöholm och Remy Kamali på Försäkringskassans avdelning Analys och prognos har samordnat arbetet, analyserat och sammanställt rapporten.

Maj 2011

Jan Almqvist  
Verksamhetsområdeschef  
Analys och prognos

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>Summary</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>12</b>
1.1 Uppdraget.....	12
1.2 Syfte och huvudmål.....	12
1.3 Datakällor.....	13
1.4 Avgränsningar.....	14
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>15</b>
2.1 Skillnader mellan det nuvarande och gamla tandvårdsstödet.....	16
2.2 Tidigare studier av befolkningens tandhälsa och besöksfrekvenser .....	17
<b>3 Resultatredovisning</b> .....	<b>19</b>
3.1 Populationen i undersökningen .....	19
3.2 Besök och tandvårdsbehov .....	20
3.2.1 <i>Besök, ålder och tandhälsa</i> .....	20
3.2.2 <i>Besök för tandreparationer och för behandling av tandlossning</i> .....	22
3.2.3 <i>Tandreparationer</i> .....	23
3.2.4 <i>Tandlossning</i> .....	25
3.3 Besök i tandvården relaterat till kön, ålder och socioekonomi .....	26
3.4 Det allmänna tandvårdsbidraget.....	36
3.4.1 <i>Vilken tandvård används ATB till?</i> .....	40
3.5 Högkostnadsskyddet .....	40
3.5.1 <i>Definitioner</i> .....	40
3.5.2 <i>Inledande om konsumtion inom högkostnadsskyddet</i> .....	41
3.5.3 <i>Nyttjandet av högkostnadsskyddet utifrån sociodemografiska variabler</i> .....	45
3.5.4 <i>Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på ålder</i> .....	46
3.5.5 <i>Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på inkomst</i> .....	51
3.5.6 <i>Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på födelseland</i> .....	54
3.5.7 <i>Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på familjesammansättning</i> .....	57
3.5.8 <i>Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på utbildningskategori</i> .....	60
3.5.9 <i>av högkostnadsskyddet fördelat på län</i> .....	63
3.5.10 <i>Vilken typ av vård används högkostnadsskyddet till</i> .....	64
3.5.11 <i>Andel av åtgärdspriser som subventioneras av högkostnadsskyddet</i> .....	65
3.6 Abonnemangstandvård .....	69
3.6.1 <i>Förekomst av abonnemangstandvård</i> .....	69
<b>4 Fallstudier; kvantitativa och kvalitativa studier om tandvårdskonsumtion</b> .....	<b>71</b>
4.1 Fallstudie 1. Val av terapiformer vid tandvärk i tandposition 5 relaterat till kön, inkomst, socioekonomiska faktorer, utbildning och födelseland.....	71
4.2 Fallstudie 2. Patienter och tandläkares resonemang när det gäller tandvårdsstödet och besök i tandvården?.....	81

<b>Referenser .....</b>	<b>84</b>
<b>Bilaga 1 Lagtext .....</b>	<b>86</b>
<b>Bilaga 2 Metod .....</b>	<b>89</b>
<b>Bilaga 3 Fördelning av ersättningsbelopp .....</b>	<b>90</b>
<b>Bilaga 4 Fallstudie 1 .....</b>	<b>95</b>

# Sammanfattning

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett utvärderingsprogram av de förändringar som genomfördes i det statliga tandvårdsstödet den 1 juli 2008. Denna rapport är en del av det utvärderingsprogrammet. I rapporten görs en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården. Utvärderingen har gjorts som ett samarbetsprojekt mellan Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Undersökningen utgår från de två huvudmålen i 2008 års tandvårdsreform vilka är att stimulera till regelbundna förebyggande tandvårdsbesök, samt att möjliggöra för individer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv tandvård till en rimlig kostnad.

Kostnaderna för högkostnadsskyddet uppgick till cirka 3,1 respektive 4,0 miljarder kronor under perioderna 1 juli 2008–30 juni 2009 och 1 juli 2009–30 juni 2010, medan kostnaderna för det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) var 740 respektive 760 miljoner kronor. Till detta kommer kostnaderna för det tidigare tandvårdsstödet om 1,8 miljarder respektive 314 miljoner kronor.

Av befolkningen över 20 år har cirka 71 procent besökt tandvården under tandvårdsstödet första två år. Lägst är besöksfrekvensen i åldersgruppen 20–29 år. Försäkringskassan har låtit utföra en kvalitativ studie i form av fokusgruppsintervjuer. Dessa visade att bland 20–29-åringarna anser man att det är dyrt att gå till tandvården och man uppger att man skulle gå oftare om det vore billigare. Samtidigt visar intervjuerna att deltagarna har låg kännedom såväl om tandvårdsstödet som om priset på en undersökning. Det upplevs också som att pengar läggs ut i onödan vid besök i tandvården om det visar sig att det inte finns något att åtgärda.

Resultaten visar att 68 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården i förebyggande syfte under den aktuella perioden. Utifrån ett socioekonomiskt och demografiskt perspektiv finns det stora skillnader mellan olika grupper vad gäller besöksfrekvensen för såväl besök generellt som förebyggande besök. Personer med låg utbildning, låg inkomst och personer födda i europeiska länder utanför EU och Norden har besökt tandvården i förebyggande syfte i avsevärt lägre utsträckning än övriga grupper. Det finns inga betydande skillnader i användandet av ATB bland dem som besöker tandvården, cirka 93 procent av patienterna har fått del av det. Skillnaderna i andel som besökt tandvården i olika grupper bidrar dock till att även användandet av ATB skiljer sig åt mellan grupperna.

Det finns betydande begränsningar i data angående förebyggande besök i det tidigare tandvårdsstödet, vilket innebär att det är vanskligt att göra jämförelser med tidigare perioder. Det går därför inte att uttala sig om huruvida målet att stimulera till förebyggande besök har uppfyllts utifrån resultaten i

denna rapport. Däremot visar resultaten att 79 procent av de besök då ATB använts har varit förebyggande.

En förutsättning för att ATB ska kunna öka antalet tandvårdsbesök i förebyggande syfte är att befolkningen känner till det. Enligt en undersökning om befolkningens kännedom om tandvårdsstödet som Försäkringskassan genomfört känner endast hälften av befolkningen över 20 år till ATB. Samtidigt är utnyttjandet mycket högt. Detta indikerar att en stor del av patienterna använder sitt ATB utan att vara medvetna om det, vilket sannolikt innebär att bidraget inte har haft den effekt som det var tänkt dvs. att uppmuntra till förebyggande besök. Däremot skulle det höga användandet kunna ge effekt på sikt. Försäkringskassans undersökning visar att personer som regelbundet besöker tandvården känner till ATB i större utsträckning än andra. 35 procent av dem som uppgett att de känner till ATB har fått informationen av sin vårdgivare.

Cirka en fjärdedel av dem som besökte tandvården fick ersättning från högkostnadsskyddet. Medianersättningen för olika åldersgrupper är relativt låg, mellan 900 kronor och 1 400 kronor. Cirka 45 procent av den utbetalda ersättningen från högkostnadsskyddet gick till de tre procent av patienterna som fick ersättning över det högre karensbeloppet om 15 000 kronor. Under den första perioden var det färre som använde högkostnadsskyddet samtidigt som utbetalningarna från det tidigare tandvårdsstödet fortfarande var betydande, vilket sannolikt är ett resultat av att reformen inte fått fullt utslag under det första året. Detta är en generell begränsning för samtliga resultat i rapporten. Den korta tid som gått sedan reformen infördes bidrar till att det inte går att dra några definitiva slutsatser om trender i befolkningens tandvårdsvanor.

Sett till hela befolkningen har drygt 15 procent fått ersättning från högkostnadsskyddet och knappt två procent har fått ersättning över det högre karensbeloppet. Således är högkostnadsskyddet framför allt en ersättning som betalas till den lilla andel av befolkningen som konsumerar omfattande tandvård.

Det är bland personer mellan 50 och 74 år som störst andel använt högkostnadsskyddet, lägst andel återfinns bland 20–29-åringarna. Detta är förväntade resultat utifrån kunskapen om tandhälsan vid olika åldrar.

Beträffande inkomst är det i den högsta inkomstgruppen som störst andel fått del av högkostnadsskyddet. Det har visat sig vara en betydande skillnad mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare. För de med låg inkomst gäller dock att den andel som använt högkostnadsskyddet också har erhållit höga ersättningsbelopp jämfört med övriga grupper. Samtidigt visar en djupare analys av data att det finns stora skillnader i åldersstrukturen mellan de olika inkomstgrupperna, vilket sannolikt kan förklara en del av skillnaderna. Liknande mönster finns vid analys av högkostnadsskyddet utifrån patienters födelseland. En hög andel av de svenskfödda har använt högkostnadsskyddet och en låg andel av personer födda i exempelvis Europa utanför EU har nyttjat det. Ersättningen och de förebyggande besöken fördelar sig som för hög- och låginkomsttagare. Mellan dessa grupper finns

dock inga betydande skillnader i åldersstruktur som skulle kunna påverka tandvårdsbehoven.

Fokusgruppsintervjuerna visade att tandvård är en utgift som det ofta saknas ekonomiskt utrymme för bland deltagare från socioekonomiskt svaga grupper. Att det finns ett högkostnadsskydd som träder in vid 3 000 kronor upplevs vara av liten betydelse för de patienter som inte ens anser sig ha råd med en undersökning. Generellt framkom det under intervjuerna att kostnaden i samband med ett tandläkarbesök är svår att förutsäga och att patienterna saknar kontroll över kostnaderna, vilket gör att tandvårdsbesök förknippas med en ekonomisk risk.

För samtliga grupper gäller att en större andel av kvinnorna än männen kommit över karensnivån. Samtidigt har en större andel av kvinnorna gjort förebyggande besök, vilket likt tidigare resonemang möjligen förklarar varför de i snitt också får lägre ersättningsbelopp från högkostnadsskyddet.

Ett samband som syns är att de grupper där störst andel gjort förebyggande besök också har de lägsta ersättningsbeloppen i högkostnadsskyddet, vilket antyder att förebyggande besök ger mindre tandvårdsbehov. På en samhällsnivå indikerar det att insatser som leder till att en större andel besöker tandvården i förebyggande syfte bland de grupper som i dag har låg besöksfrekvens, på sikt ger lägre utgifter för tandvård för enskilda och för samhället.

I linje med reformens intentioner ger högkostnadsskyddet ett reellt skydd för de med höga kostnader. Däremot går det inte, på grund av otillräckliga uppgifter om befolkningens tandhälsa, att avgöra huruvida högkostnadsskyddet går till dem med de mest omfattande behoven.



## Summary

The government has instructed the Social Insurance Agency to coordinate a program of evaluation of the changes introduced to the state dental aid scheme on 1 July 2008. This report is part of the evaluation program. The report assesses various types of compensation for dental healthcare. The evaluation has been done as a collaborative project between the National Board of Health and Welfare, the Social Insurance Agency and the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV). The study is based on the two main objectives of the 2008 dental care reform, which is to encourage regular visits to the dentist for preventive purposes, and to provide individuals with extensive dental care needs with cost-effective dental care at a reasonable cost.

The cost of the high-cost reimbursement scheme amounted to about 3.1 and 4.0 billion Swedish crowns respectively for the periods between 1 July 2008–30 June 2009, and 1 July 2009–30 June 2010, whereas the cost of the general dental care benefit (henceforward ATB) was 740 and 760 million crowns respectively. This is compounded by the costs of the previous dental aid scheme of 1.8 billion and 314 million crowns.

Of the population over 20 years, about 71 percent visited dental clinics during the first two years of the dental aid scheme. The lowest frequency of visits can be found in the age group of 20–29 years. The Social Insurance Agency commissioned a qualitative study in the form of focus group interviews. This showed that 20–29 year-olds believe that it is expensive to go to a dentist, and say that they would go more often if it were cheaper. At the same time the interviews indicate that the participants have poor knowledge of the dental aid scheme and the prices of a check-up. It is also considered that the money has been spent unnecessarily if it is found that there was nothing to fix.

The results show that during the current period 68 percent of the adult population visited the dentist for preventive reasons. Viewed from a socio-economic and demographic perspective there are significant differences between various groups in terms of the frequency of dental visits in general as well as for preventive reasons. People with low education, low income and people born in European countries outside the EU and the Nordic countries have visited the dentist for preventive care to a much smaller extent than other groups. There are no significant differences in the use of ATB among those who receive dental care – about 93 percent of patients have benefited from it. Differences in the percentage of visitors to dental care institutions in different groups contribute, however, to the fact that even the use of ATB differs amongst the different groups.

There are significant limitations on data concerning preventive visits under the previous dental aid scheme, which means that it is difficult to make

comparisons with previous periods. It is therefore impossible to say whether the goal of encouraging preventive visits has been met, based on the results presented in this report. On the other hand, the results show that 79 percent of the visits where ATB has been used have been made for preventive purposes.

One prerequisite for ATB to be able to increase the number of dental visits for preventive purposes is that people must be aware of it. According to a study on the population's knowledge of dental aid scheme conducted by the Social Insurance Agency only half the population over 20 years of age is aware of ATB. At the same time its use is very high. This indicates that a large proportion of patients use ATB without being aware of it, which probably means that the benefit has not had the intended effect of encouraging preventive care visits. On the other hand, the high frequency of its use may be effective in the long run. The Social Insurance Agency's survey shows that people who regularly visit dentists are more aware of ATB than others. 35 percent of those who state that they are familiar with ATB have been informed about it by their healthcare provider.

Approximately one quarter of those who visited dentists received compensation from the high-cost reimbursement scheme. Median compensation for different age groups is relatively low, being between 900 and 1400 Swedish crowns. About 45 percent of the compensation payable from the reimbursement scheme went to the three percent of patients who received compensation for costs above the higher threshold amount of 15 000 crowns. During the initial period, fewer used the reimbursement scheme, while payments from the previous dental assistance programme were still significant, which is probably due to the fact that the reform did not have a full effect in the first year. This is a general limitation applying to all the results in this report. The short period of time since the reform was introduced contributes to the fact that it is impossible to draw definitive conclusions about the trends in the population's dental care habits.

Considering the entire population a little more than 15 percent have received compensation from the reimbursement scheme, and just under two percent received compensation for the higher over-the-threshold amount. Thus, the high-cost reimbursement scheme provides compensation above all to the small proportion of the population who are big consumers of dental care.

It is people between 50 and 74 years of age who make the most extensive use of the reimbursement scheme, whereas the lowest proportion using the same can be found among 20–29 year olds. These are expected results based on the knowledge of dental health at different ages.

Regarding income, it is in the highest income group that the largest proportion of the population making use of the reimbursement scheme can be found. There are significant differences in this respect between low income earners and high income earners. As regards those with low income, however, those who used the reimbursement scheme have also received high amounts of compensation compared with other groups. At the same time a deeper analysis of the data shows that there are significant differences in age structure between the different income groups, which can probably

explain some of the differences. Similar patterns can be found while analyzing the use of the high-cost reimbursement scheme based on the patient's country of birth. A high proportion of Swedish-born people make use of the high-cost reimbursement scheme, and a low proportion of people born in Europe outside the EU. Compensation and preventive visits are distributed in the same way as in the case of high income earners and low income earners. No significant differences in age structure that could affect dental care needs can be found between these groups.

The focus group interviews reveal that dental care expenses are often the type of expense that is beyond the grasp of members of socio-economically disadvantaged groups. The fact that there is a cost ceiling of 3000 crowns is perceived to be of little significance for those patients who do not feel they can even afford a simple check-up. In general, it appeared during the interviews that costs associated with a visit to the dentist are hard to predict and that patients have no control over them, which makes that dental care is associated with a financial risk.

In all the groups there are a higher proportion of women than men who have reached the level of qualification for high-cost compensation. At the same time, a larger proportion of women have made preventive visits, which may explain why the average amount of compensation from reimbursement scheme is lower for women than for men.

One connection that can be seen is that groups that have made the highest number of preventive visits also receive the lowest compensation from the reimbursement scheme, which suggests that preventive dentistry reduces dental care needs. On a societal level this indicates that measures undertaken in order to encourage a greater number of people belonging to groups that currently show low attendance rate, will result in lower expenditure on dental care for both individuals and society in the long run.

In line with the intentions of the reform the high-cost reimbursement scheme provides real protection for those with big expenses. Due to insufficient data concerning dental health of the population it is impossible to determine whether the high-cost reimbursement scheme is used by those with the most extensive dental care needs.

## 1 Inledning

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

### 1.1 Uppdraget

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

Den 21 december 2009 lämnade Försäkringskassan en delrapport innehållande en bedömning av prisutvecklingen och i vilken omfattning de ökade statliga resurserna inneburit lägre kostnader för patienterna. Nästa del i utvärderingen lämnades till regeringen den 25 maj 2010 och avsåg dels en analys av besöksfrekvensen när det gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte och dels en analys av effekterna av skyddet mot höga kostnader. En särskild utvärdering av implantatbehandlingar redovisades den 31 maj 2010.

I den nu aktuella rapporten har en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården gjorts. Utvärderingen har gjorts i samarbete med Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Samverkan med branschorganisationerna inom tandvården har skett genom att de har inbjudits att lämna synpunkter på hur studien planerades genomföras.

### 1.2 Syfte och huvudmål

Syftet med denna undersökning är att utvärdera av de olika ersättningsformerna i det statliga tandvårdsstödet. Detta sker ur ett jämlikhetsperspektiv baserat på hur olika demografiska och socioekonomiska grupper nyttjar det allmänna tandvårdsbidraget, högkostnadsskyddet och abonnemangstandvården.

En analys har gjorts för att kartlägga huruvida det finns demografiska och socioekonomiska grupper som nyttjar tandvårdsstödet i lägre utsträckning än andra, samt hur de olika ersättningsformerna fördelar sig mellan olika grupper.

Undersökningen utgår från de två huvudmålen i 2008 års tandvårdsreform som är att stimulera till regelbundna förebyggande tandvårdsbesök och att möjliggöra för individer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnads-

---

<sup>1</sup> Lagrådsremiss, 20071108, s. 45

effektiv tandvård till rimlig kostnad. Studien utgår även ifrån de övergripande mål som fanns i Tandvårdslagen (1985:125), vilka är att ta en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>2</sup>

Till de aktuella frågeställningarna hör:

- Hur har användandet av det allmänna tandvårdsbidraget utvecklats sedan dess införande?
- Finns det indikationer som tyder på att det allmänna tandvårdsbidraget stimulerar till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte?
- Hur stor andel inom olika socioekonomiska och demografiska grupper har fått del av högkostnadsskyddet? Hur fördelar sig ersättningen i högkostnadsskyddet mellan olika socioekonomiska och demografiska grupper?
- Finns skillnader i val av behandling mellan olika socioekonomiska och demografiska grupper?

### 1.3 Datakällor

Analysen i föreliggande studie baseras på data från Försäkringskassans tandvårdsregister och Socialstyrelsens tandhälsoregister. Samkörning med registerdata från Statistiska Centralbyråns LISA-databas och Registret över totalbefolkningen har sedan gjorts för att möjliggöra kopplingen till tandvårdsdata. Följande variabler ingår i studien: inkomst, utbildning, kön, födelseland, ålder, familjesammansättning, län, sysselsättning och civilstånd.

I Försäkringskassans tandvårdsregister, rapporteras huvuddelen av all tandvård som utförs på vuxna i Sverige, vilket möjliggör registerbaserade studier som denna. Det är dock endast den ersättningsberättigande tandvården som rapporteras in till Försäkringskassan. Därtill finns en grupp som inte finns med i registret, det är vuxna sjuka och funktionshindrade, mestadels äldre vars behov av nödvändig tandvård betalas av landstingen. Uppgifter om den landstingsfinansierade tandvården för barn och ungdomar (upp till det år då patienten fyller 20 år) ingår inte heller i Försäkringskassans tandvårdsregister.

Det är i sammanhanget betydelsefullt att anmärka att registren innehåller en del brister som i likhet med andra administrativa register, är kopplade till inrapportering. De brister som har identifierats framgår av Försäkringskassans rapport<sup>3</sup> ”Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet”. Det är på så sätt viktigt att poängtera att resultaten i denna studie är behäftade med en viss osäkerhet och bör inte tolkas som faktiska utfall utan snarare som approximationer.

Uppgifter om abonnemangstandvården anses särskilt osäkra. Ett stort bortfall i inrapporteringen av abonnemangsuppgifter, avsaknad av vissa data och

---

<sup>2</sup> Proposition 2007/08:49, sid. 48

<sup>3</sup> Försäkringskassan, 2011, Socialförsäkringsrapport 2011:2

en generellt dålig kvalitet på de abonnemangsuppgifter som rapporterats in till Försäkringskassans tandvårdsregister har noterats. Analysen av abonnemangstandvården är således endast utförd på ett reducerat antal patienter med kompletta uppgifter om sitt abonnemangsavtal i registret. Det är dock inte möjligt att fastslå huruvida individer med kompletta uppgifter skiljer sig systematiskt från resterande personer som tecknat ett abonnemang eller om urvalet kan anses representativt.

Trots ovanstående begränsningar anser Försäkringskassan och Socialstyrelsen att det kan vara meningsfullt att utföra en övergripande analys av tillgänglig data om abonnemangstandvård. Analysen har för avsikt att ge en generell bild av vilka patienter som tecknat abonnemangsavtal.

Den orala hälsan rapporteras genom att antal kvarvarande och intakta tänder rapporteras in till Socialstyrelsens tandhälsoregister. Antalet tänder måste registreras när patienterna använder allmänt tandvårdsbidrag. Det finns tecken på att denna registrering innehåller brister.

Som ett kvalitativt komplement till analysen av registerdata organiserade Försäkringskassan och Socialstyrelsen fokusgrupper med tandläkare och privatpersoner från olika socioekonomiska områden i Stockholm, där dessa gavs möjlighet att lämna synpunkter på hur tandvårdsstödet fungerar i praktiken. Vidare har en telefonundersökning angående befolkningens kännedom om tandvårdsstödet utförts.

## 1.4 Avgränsningar

Det nuvarande tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008, vilket innebär att endast två hela år passerat sedan stödet infördes. Den aktuella studien avser perioden 1 juli 2008 till och med 30 juni 2010. Detta medför att undersökningsperioden inte kan anses tillräcklig som underlag för att dra några slutsatser om förändringar av befolkningens tandvårdsvanor. Således bör en del av resultaten i denna studie snarare tolkas som en lägesrapport kring av de olika ersättningsformerna som introducerades i samband med den nya tandvårdsreformen, än som ett försök att analysera effekterna av det statliga tandvårdsstödet och kartlägga trender i den svenska befolkningens tandvårdsvanor.

De variabler som används för att beskriva befolkningens socioekonomiska status utgår ifrån SCB:s dataregister för 2008, medan tandvårdsregistren tillhandahåller information till och med juni 2010. Detta medför att tillfälliga förändringar i befolkningens socioekonomiska status inte fångas upp i undersökningen och att dess effekt på tandvårdskonsumtionen uteblir eller kan misstolkas. I denna studie antas dock en viss trögrörlighet i flera socioekonomiska variabler såsom utbildning och familjetyp, vilket betyder att effekt av förändringar mellan åren endast bör påverka resultaten i begränsad utsträckning.

Den aktuella undersökningsperioden sammanfaller med en global finanskris. Det är rimligt att tro att en lågkonjunktur påverkar befolkningens socioekonomiska ställning på kort sikt och därmed även deras tandvårdskonsumtion. Slutsatser angående befolkningens tandvårdsvanor i ett längre

perspektiv bör inte dras eftersom studien täcker en relativt kort period där tandvårdskonsumtionen kan ha påverkats av lågkonjunkturen. Det stärker ytterligare motiven av att i första hand tolka denna rapport som en första lägesrapport.

En av begränsningarna när nyttjande av tandvårdsstödet utvärderas är att det är svårt att mäta tandhälsa och tandvårdsbehov, vilka är viktiga variabler att ta hänsyn till när konsumtion av tandvård studeras. Dessutom är heltäckande studier om befolkningens tandhälsa få. Det innebär att det är svårt att relatera den faktiska konsumtionen till patientens verkliga vårdbehov.

Nyttjandet av tandvårdsstödet presenteras i denna studie i förhållande till ett antal socioekonomiska variabler, vilka kan användas för att undersöka eventuella skillnader mellan olika gruppers konsumtionsmönster. Det är viktigt att understryka att många utav variablerna som används i denna rapport samvarierar. Det innebär att skillnader mellan olika grupper inte nödvändigtvis förklaras av just den variabel som är inkluderad i analysen, utan att effekten kan förklaras av en helt annan variabel. Föreliggande studie avser primärt att studera skillnaden i konsumtion mellan olika grupper och endast i begränsad utsträckning de olika faktorer som orsakar förekommande skillnader.

För att förstå befolkningens konsumtionsmönster vad gäller tandvård är det nödvändigt att analysera den del av befolkningen som helt avstår från att gå till tandvården. Detta skulle ge en bättre uppfattning om vilka faktorer som främst hindrar befolkningen från att konsumera tandvård och få tillgång till det statliga tandvårdsstödet. En sådan analys har inte varit möjlig att genomföra inom ramen för detta regeringsuppdrag eftersom Försäkringskassans tandvårdsregister och Socialstyrelsens tandhälsoregister endast innehåller information kring de personer som besökt tandvården minst en gång under den avsedda studieperioden. Att studera den del av befolkningen som inte finns med i tandvårdsregistret bedöms relevant för framtida studier.

## 2 Bakgrund

Regeringen föreslog i propositionen 2007/08:49 Statligt tandvårdsstöd att ett nytt statligt tandvårdsstöd skulle införas. Efter beslut av riksdagen trädde lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd i kraft den 1 juli 2008. Sedan det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes anslår regeringen 6 miljarder kronor per år till tandvårdsersättningen vilket är en fördubbling jämfört med tidigare. Kostnaderna för högkostnadsskyddet under de två studerade perioderna uppgick till 3,0 respektive 3,1 miljarder. Kostnaderna för ATB var 740 respektive 760 miljoner. Till detta kommer kostnaderna för det tidigare tandvårdsstödet om 1,8 miljarder respektive 314 miljoner.

I propositionen formulerades två särskilda övergripande mål för det nuvarande tandvårdsstödet. Det första målet är att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov. Det andra målet är att göra det möj-

ligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad.

Det första målet, att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov, har satts upp eftersom det bedöms minska det framtida behovet av tandvård och därigenom minska risken för höga kostnader för tandvård på sikt. Det bedöms vidare som extra viktigt att få personer i åldersgruppen 20–29 år att i högre omfattning än tidigare besöka tandvården i förebyggande syfte. Det första målet ska uppnås genom att ge ekonomiskt stöd för förebyggande tandvård och regelbundna besök i förebyggande syfte. Det andra målet, att möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad, bedöms som det viktigaste målet för enskilda individer. Det andra målet ska uppnås genom ett skydd mot höga kostnader i syfte att minska de ekonomiska hindren för tandvård. Även den förebyggande tandvården uppges dock vara central för de med stora tandvårdsbehov.<sup>4</sup>

I propositionen angavs även att de övergripande mål som fanns i Tandvårdslagen (1985:125), skulle vara vägledande vid framtagandet av det nuvarande tandvårdsstödet. I denna lag angavs de övergripande målen med tandvård vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>5</sup>

## 2.1 Skillnader mellan det nuvarande och gamla tandvårdsstödet

De största skillnaderna mellan det gamla och nuvarande tandvårdsstödet är dels att i det nuvarande stödet har hela den vuxna befolkningen samma högkostnadsskydd och dels att högkostnadsskyddet innefattar det som tidigare benämndes bastandvård såväl som protetik och tandreglering. En tredje stor skillnad är att en av avsikterna med konstruktionen av det nuvarande tandvårdsstödet är att patienten alltid ska bära en del av det totala vårdgivarpriset. I det gamla stödet var det enbart personer som fyllt 65 år som hade ett reellt högkostnadsskydd, och då bara för protetiska åtgärder.

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

I det tidigare tandvårdsstödet fanns en rätt till förhöjd ersättning på grund av långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. Något särskilt stöd till dessa ges inte i det nuvarande tandvårdsstödet. Regeringen tillsatte en arbetsgrupp som fick i uppdrag att utforma förslag till ett särskilt stöd för dessa personer. Denna arbetsgrupp presenterade sitt förslag i oktober 2010 och det har sedan varit ute på remiss.

---

<sup>4</sup> Proposition 2007/08:49, sid. 48. En närmare beskrivning av tandvårdsstödet finns i bilaga 1

<sup>5</sup> Proposition 2007/08:49, sid. 48



Riksförsäkringsverket skriver i en utvärdering av det gamla tandvårdsstödet att det inte fungerade som någon egentlig försäkring mot höga kostnader, utan att det snarare fick karaktären av ett stöd till näringsidkare i branschen. Att det inte bedömdes ha karaktären av ett skydd mot höga kostnader kom av att merparten av tandvårdsstödet under 1999 betalades ut som ersättning för bastandvård. Att det ansågs likna ett näringsstöd berodde på att den ersättning som i utvärderingen räknats fram per individ ungefär motsvarade den prishöjning av bastandvård som skett under året.<sup>6</sup>

## 2.2 Tidigare studier av befolkningens tandhälsa och besöksfrekvenser

Socialstyrelsens kartläggning av tandhälsan 2009 samt Socialstyrelsens och Försäkringskassans kartläggning av tandhälsan 2005 visar att den självskattade tandhälsan hos befolkningen är god men att det finns stora skillnader mellan olika grupper i befolkningen.<sup>7</sup> Samma resultat visar Folkhälsoinstitutets årliga enkätundersökning, Hälsa på lika villkor.<sup>8</sup> De longitudinella Jönköpingsundersökningarna bekräftar bilden av en allt mer förbättrad tandhälsa i befolkningen. I en studie av tandhälsoförändringar under 30 år, 1973–2003, visar resultaten från Jönköpingsundersökningarna att antalet tandlösa individer i åldrarna 40–70 år minskade från 16 procent 1973 till 1 procent 2003.<sup>9</sup>

Socialstyrelsen fann i sin kartläggning av den självskattade tandhälsan från 2010 att 70 procent av befolkningen uppgav ganska eller mycket god tandhälsa, 18 procent uppgav varken bra eller dålig. 11 procent uppgav att deras tandhälsa är mycket eller ganska dålig.<sup>10</sup> Socioekonomi och födelseland har stor betydelse i frågan. Personer födda utanför Sverige har genomgående sämre tandhälsa än svenskfödda. I Socialstyrelsens undersökning från 2009 uppgav endast 35 procent av personerna födda utanför Europa att de hade god tandhälsa. Ensamstående med hemmavarande barn, lågutbildade, låginkomsttagare, pensionärer, arbetssökande och långtidssjukskrivna är grupper med sämre tandhälsa än genomsnittet. Sämst tandhälsa återfinns i gruppen långtidssjukskrivna där endast 30 procent uppgav sig ha god tandhälsa.

Det är i sammanhanget intressant att se hur besöksfrekvenserna för tandvårdsbesök såg ut i tidigare tandvårdsstöd. Det är då av särskilt intresse att belysa besöksfrekvenserna i det tandvårdsstöd som gällde senast innan det nuvarande infördes. Detta för att kunna uttala sig om reformens ena mål att öka besöksfrekvenserna när det gäller tandvårdsbesök i förebyggande syfte uppfyllts. Uppgifter om hur tandvårdskonsumtionen såg ut i befolkningen i det tidigare tandvårdsstödet finns genom olika enkätundersökningar. Det

---

<sup>6</sup> Riksförsäkringsverket, 2000, s.23ff

<sup>7</sup> Socialstyrelsen 2010, Befolkningens tandhälsa 2009, s. 7 och Försäkringskassan och Socialstyrelsen 2006, Befolkningens tandhälsa, s. 7-8

<sup>8</sup> Folkhälsoinstitutet 2008, Hälsa på lika villkor 2007, s. 1

<sup>9</sup> The Institute for Postgraduate Dental Education 2008, The Jönköping Studies 1973 – 2003, s. 139

<sup>10</sup> Socialstyrelsen, 2010, s. 34

saknas däremot enkätundersökningar som fångar upp hur stor andel av befolkningen som besökte tandvården i förebyggande syfte i det tidigare tandvårdsstödet.<sup>11</sup>

För att kunna undersöka effekten av ATB är det nödvändigt att kunna jämföra besök i förebyggande syfte i det tidigare tandvårdsstödet med sådana besök i det nuvarande. Det hade dock inte varit tillräckligt med enkätundersökningar om förebyggande besök eftersom självskattade besöksfrekvenser inte nödvändigtvis visar den verkliga besöksfrekvensen. I det nuvarande tandvårdsstödet finns registeruppgifter om besöksfrekvenser uppdelat på förebyggande och ickeförebyggande tandvård.

Den statistik som finns i Försäkringskassans databas för det tidigare tandvårdsstödet har däremot endast uppgift om tandvårdskonsumtion på individ- och åtgärdsnivå för cirka 34 procent av alla personer som besökt tandvården och i denna databas finns en kraftig överrepresentation av kostsamma behandlingar.<sup>12</sup> Detta innebär att det finns en kraftig underrepresentation av förebyggande tandvård. Därför är det missvisande att jämföra förebyggande besöksfrekvenser i nuvarande tandvårdsstödet med dessa uppgifter. Tandvårdsutredningen från 2006 har utöver materialet från Försäkringskassans databas använt andra källor för att få fram uppgifter om besöksfrekvenser för förebyggande besök i det tidigare tandvårdsstödet. Tandvårdsutredningen bedömde att omkring 85 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården vartannat år eller oftare.<sup>13</sup> Vidare drog utredningen slutsatsen att cirka 60 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården i förebyggande syfte under en 18-månadersperiod<sup>14</sup>. Om dessa uppgifter jämförs med de registerbaserade uppgifter som nu är tillgängliga bör detta göras med försiktighet.

En delrapport över prisutveckling inom tandvården 2008–2009 och patientkostnadens utveckling i det tidigare och det nuvarande tandvårdsstödet publicerades av Försäkringskassan i december 2009. Delrapporten visar att patientkostnaden i det nuvarande tandvårdsstödet jämfört med det tidigare i snitt har sjunkit något.<sup>15</sup> Patienter med låg tandvårdskonsumtion, t ex endast undersökning och en enkel förebyggande åtgärd har fått en lägre patientkostnad än tidigare. Detta gäller för alla åldersgrupper utom för åldersgruppen 65–74 år som fått en något högre kostnad. Patienter med mycket hög tandvårdskonsumtion har också fått en lägre patientkostnad i snitt. Detta gäller även gruppen patienter äldre än 65 år.

En tidigare analys av besöksfrekvenser gjord av Försäkringskassan visade att 67 procent av den vuxna befolkningen gjorde minst ett förebyggande

---

<sup>11</sup> SOU 2007:19, s. 44.

<sup>12</sup> SOU 2007:19, s. 136.

<sup>13</sup> SOU 2007:19, s. 155

<sup>14</sup> SOU 2006:27, s. 48.

<sup>15</sup> Försäkringskassan 2009. Prisutvecklingen inom tandvården 2008 –2009 analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet, s. 3

besök under perioden 1 juli 2008–30 april 2010.<sup>16</sup> Med förebyggande besök avsågs besök som innehållit minst en förebyggande åtgärd för undersökning inklusive röntgen, information om hur tandsjukdom förebyggs eller åtgärd för att avlägsna plack och tandsten.

Försäkringskassan betonar att jämförbarheten i tandvårdskostnader och besöksfrekvenser mellan det tidigare och det nuvarande tandvårdsstödet är osäker eftersom det saknas en helhetsbild av patienternas konsumtion och kostnader i det tidigare stödet.

### 3 Resultatredovisning

#### 3.1 Populationen i undersökningen

Populationen i föreliggande undersökning består av de 5,1 miljoner individer, 20 år och äldre, som besökt tandvården en eller flera gånger under perioden 1 juli 2008–30 juni 2010. I riket fanns det samtidigt 7,1 miljoner individer, 20 år eller äldre.

En jämförande analys visar att det finns en viss överrepresentation av individer i åldersgrupperna 50 år och äldre jämfört med hur åldersfördelningen ser ut i riket. Tydligast är detta i åldersgruppen 20–29 år där 12 procent av populationen i undersökningspopulationen tillhör denna grupp jämfört med 16 procent av totalbefolkningen (tabell 1).

**Tabell 1 Jämförelse mellan totalpopulationen i riket och undersökningspopulationen. Efter ålder**

Åldersgrupp	Andel i riket (%)	Andel i tandvårdsregistren (%)
20–29 år	16	12
30–49 år	35	33
50–64 år	25	28
65–74 år	13	15
75+ år	11	11

Källa: Egna beräkningar

När det gäller kön finns en viss överrepresentation av kvinnor i tandvårdsregistren, 53 procent jämfört med 51 procent i riket. I den yngsta åldersgruppen är 52 procent av 20–29-åringarna i undersökningspopulationen kvinnor vilket kan jämföras med 49 procent i riket. Det finns alltså en underrepresentation av män när det gäller vilka som besöker tandvården.

<sup>16</sup> Försäkringskassan 2010. Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande besök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstödet som infördes den 1 juli 2008, s 3

Gifta/sambos med eller utan barn, höginkomsttagare, personer med högre utbildning än grundskola samt svenskfödda är överrepresenterade i undersökningspopulationen jämfört med hur fördelningen ser ut i riket.

## 3.2 Besök och tandvårdsbehov

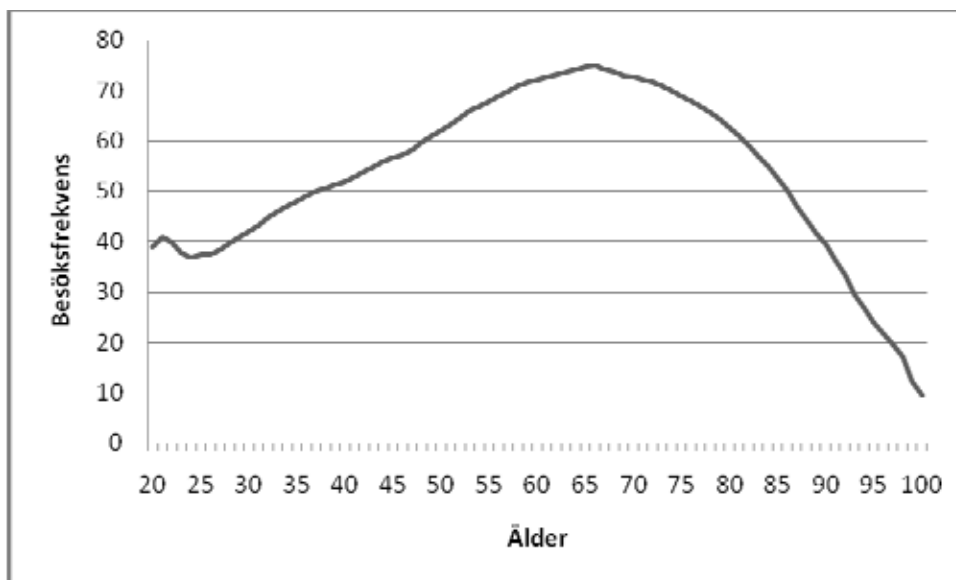
### **Sammanfattning tandvårdsbehov och besök**

Tandhälsan är god mätt som antal kvarvarande tänder. Medianantalet är relativt stabilt, mellan 27 och 28 kvarvarande tänder bland de som är yngre än 57 år. Därefter sjunker antalet kvarvarande tänder till cirka 15 bland de allra äldsta. Andelen ej intakta tänder ökar med stigande ålder. Besök för att reparera tänder samvarierar med antalet ej intakta tänder. Andelen som gör ett eller flera besök för att reparera tänder på grund av karies är cirka 30 procent, en andel som är relativt stabil efter 34 års ålder. Andelen som gör ett eller flera besök för att reparera tänder på grund av andra orsaker än karies utgör mer än 40 procent och är vanligast för de mellan 55 och 65 år. Besök för att åtgärda tandlossning är vanligast bland dem som är mellan 60 till 70 år. Det är för tidigt att uttala sig om tandvårdsstödet haft någon påverkan på tandhälsan men de angivna måtten kan utgöra en utgångspunkt för fortsatta analyser.

### 3.2.1 Besök, ålder och tandhälsa

Andel av befolkningen fördelat på ålderklass som gör besök i tandvården under år 2009 framgår av figur 1. År 2009 har valts eftersom det är det första hela året med det nya statliga stödet. Det har också valts eftersom det i början av nya stödet fanns inkörningsproblem som eventuellt minskade tandvårdsutbudet. Det fanns också övergångsregler för viss tandvård som inte återfinns i registren. Hela år 2010 ingick inte i studien varför den perioden inte valts.

**Figur 1** Procentuell andel av befolkningen per åldersklass som besökt tandvården en eller flera gånger under 2009

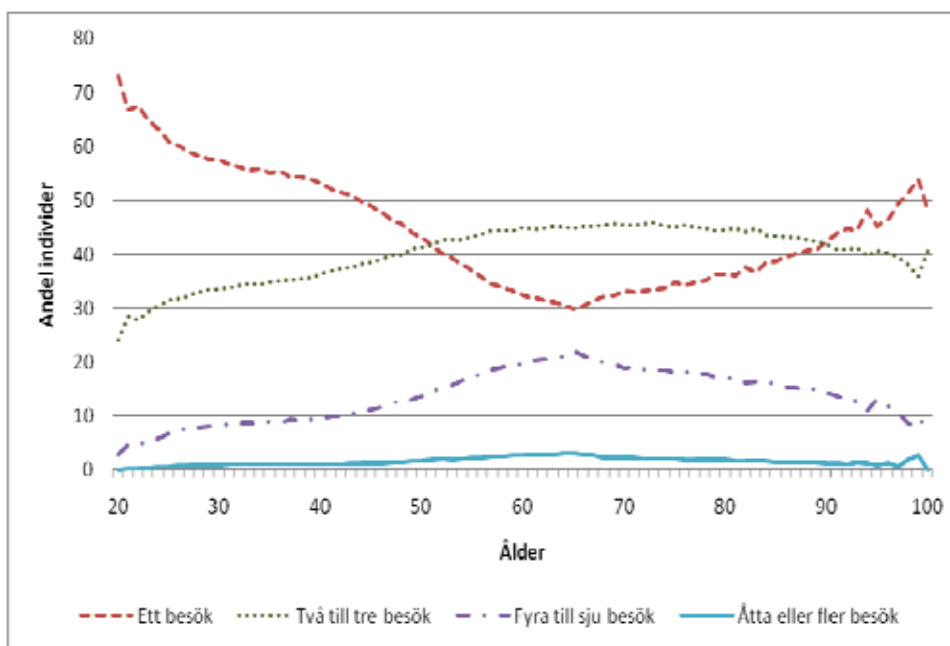


Källa: Egna beräkningar

Unga vuxna, upp till 30 år, har en besöksfrekvens som innebär att knappt 40 procent besöker tandvården under ett år. En liten topp finns för 21 och 22 åringarna vilken tolkas som att de har fått en första kallelse efter den kostnadsfria barn- och ungdomstandvården. Lägst besöksfrekvens har de som är 27 år. Därefter sker en jämn ökning av andelen som besöker tandvården upp till 66 års ålder. Cirka 50 procent av 36-åringarna och cirka 75 procent av 66-åringarna har gjort ett eller flera besök under 2009. I åldrarna 67 år och äldre sjunker andelen som gör besök i tandvården snabbt. Ungefär 40 procent av 90 åringarna gör besök i tandvården och bland 100 åringar är det var 10:e som besökt tandvården. Det är förmodligen fler bland de äldsta som fått tandvårdsåtgärder utförda, men som betalat enligt landstingets tandvårdsstöd. Sådan tandvård finns inte i registren.

Antalet besök i tandvården under en viss tidsperiod kan spegla det tandvårdsbehov som patienter uppvisar. Personer med stora tandvårdsbehov behöver många besök. Under år 2009 gjorde 43 procent ett besök, 40 procent gjorde två till tre besök, fyra till sju besök gjordes av 15 procent av dem som besökte tandvården. Andelen med åtta besök eller mer var 2 procent. Åldersfördelningen och besöksfrekvens bland de som besökt tandvården framgår av figur 2. Förklaringen till att andelen med många besök är högst hos de som är mellan 60 och 70 år ligger i att tänder som är lagade ger fler problem med stigande ålder och att problemen ackumuleras. Andelen ej intakta tänder ökar med stigande ålder. Den grupp som har åtta besök eller fler är dock liten med en ökning i takt med stigande ålder som är lika stor som för övriga besöksgrupper.

**Figur 2 Besöksfrekvenser i procent per åldersklass under år 2009**



Källa: Egna beräkningar

Den stora variationen mellan besöksgrupperna bland de allra äldsta beror på att antalet individer i registren och befolkningen blir väldigt små. Det finns en begränsning i att välja enbart ett år eftersom patienter kan ha gjort många besök före 2009 eller börjar med första besöket i en lång serie i början i slutet av år 2009 och skulle hamnat i en grupp med fler besök. En ettårsbeskrivning bör ändå ge en uppfattning om hur besöken fördelar sig bland patienterna i tandvården. När data från en längre period finns i registren bör besöken också relateras till antalet kvarvarande och intakta tänder. Då kan även besöksfrekvensen över tid bättre beskrivas.

### 3.2.2 Besök för tandreparationer och för behandling av tandlossning

Det finns många orsaker till tandvårdsbesök. Många besök avser undersökning och förebyggande åtgärder. Karies och tandlossning åtgärdas också vid en stor del av besöken i tandvården liksom följderna av dem. Det är tänder som måste lagas, tidigare lagningar repareras, tandvärk medför större skador som måste åtgärdas eller innebära att tänder dras bort. Tandlossning måste åtgärdas med tandstensskrapning och operationer och kan medföra att tänder dras bort. De uppkomna tandluckorna behöver ofta åtgärdas med broar implantat eller proteser. Genom att följa besöken för tandreparationer och tandlossning kan en beskrivning ges av behandling vid folksjukdomarna karies och tandlossning hos de som besökt tandvården. I detta avsnitt är de relaterade till ålder och antal kvarvarande och antal intakta tänder. Skillnaden mellan kvarvarande och intakta tänder blir tänder som är lagade eller har en skada som behöver åtgärdas.

### 3.2.3 Tandreparationer

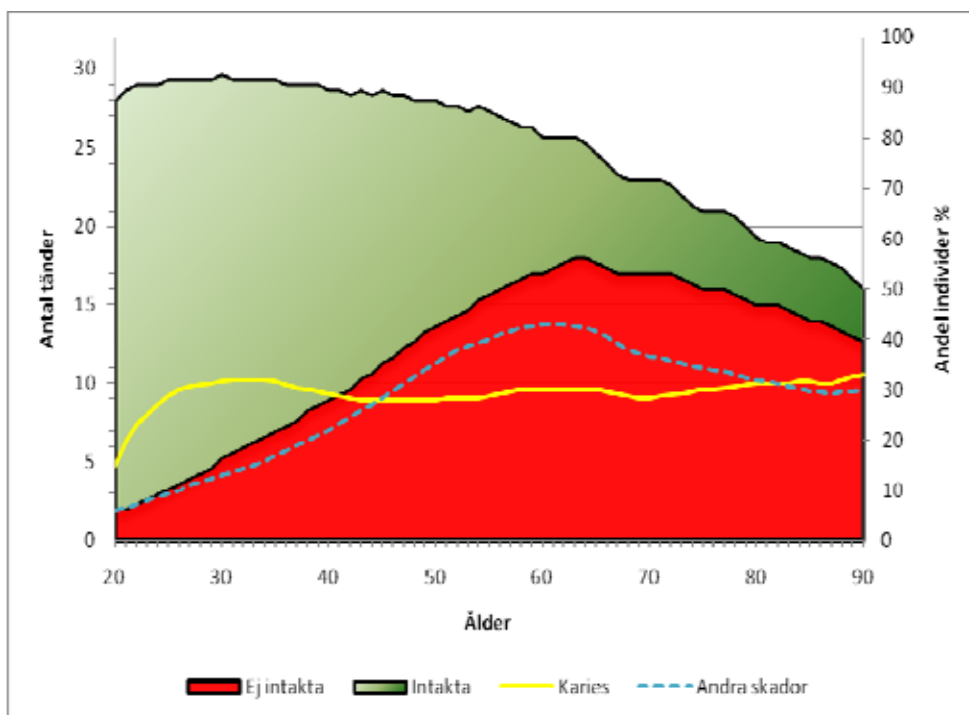
Vid karies uppmjukas den hårda tandsubstansen vilket innebär att tanden måste repareras med fyllningar eller kronor. Under 2009 fick cirka 2,3 miljoner patienter drygt 3,4 miljoner reparationer utförda. Alla åtgärder är dock inte gjorda till följd av pågående karies. En stor del reparationer är gjorda till följd andra orsaker än pågående karies. Det kan vara att en tidigare lagad tand eller fyllning gått sönder, bitar lossnat eller att tanden på något annat sätt krävt en reparationsåtgärd.

I figur 3 har antalet kvarvarande tänder och intakta tänder relaterats till ålder. Medianantal kvarvarande tänder anges med det gröna/ljusgrå fältets övre gräns. Medianantal ej intakta tänder visas med det röda/mörkgrå fältets övre gräns. Antalet intakta tänder kan utläsas i figuren genom att ta skillnaden mellan kvarvarande tänder och ej intakta tänder, vilket kan utläsas av det gröna/ljusgrå fältet. Med intakta tänder avses att de inte har karies eller någon lagning.

Medianantal kvarvarande tänder är 28 eller fler bland personer upp till 50 år ålder. Därefter minskar medianantal kvarvarande tänder till att vara cirka 17 tänder per individ bland 90 åringar. Andelen intakta tänder är störst bland de yngre och minskar i jämn takt med stigande ålder fram till 66 års ålder för att därefter ha en lägre minskning. Vad gäller 20-åringarna visar figuren att de har 28 kvarvarande tänder, 2 ej intakta tänder och således 26 intakta tänder.

Personer över 90 år har exkluderats i figuren eftersom andelen som besökt tandvården sjunker från cirka 30 procent av 90 åringar till 10 procent av 100 åringarna.

**Figur 3** Medianantal kvarvarande och intakta tänder och procentuell andel individer per åldersklass som fått en eller flera reparationsåtgärder utförda under 2009 fördelat på karies och på andra orsaker än karies



Källa: Egna beräkningar utifrån Socialstyrelsens tandhälsoregister

På den högra axeln i figur 3 visas andelen patienter i tandhälsoregistret som gjort ett eller flera besök för tandreparationer på grund av karies eller andra orsaker, uppdelat på ålder. Förekomsten av reparationer och orsaken till dem samvarierar med antalet kvarvarande ej intakta och intakta tänder. Det är små skillnader mellan könen. Andelen som reparerar en eller flera tänder till följd av karies ökar kraftigt för personer mellan 20 till 27 år, en något mindre ökning fram till 34 års ålder för att sedan vara relativt konstant kring 30 procent. Det är en andel som är i linje med vad bland annat en epidemiologisk studie från 2008 visar<sup>17</sup>. Med stigande ålder ökar andelen som fått en eller flera tänder reparerade av andra orsaker än karies. Det är också den vanligaste orsaken till reparation efter 45 års ålder och fram till 80 års ålder. Att detta ökar med stigande ålder har samband med utmattningsrestaureringer och tandsubstans eftersom en tand som en gång är lagad är försvagad. Efter 65 års ålder samvarierar reparationer på grund av andra orsaker än karies med antalet ej intakta tänder. Karies som orsak till tandreparationer har en svag ökning efter 65 års ålder. Det är känt att allmänsjukdomar, funktionsnedsättning och medicinering ökar med stigande ålder samt att risken för karies ökar vid dessa förhållanden. Den svaga ökningen av åtgärder till följd av karies skulle kunna förklaras av en ökad sjukdomsbelastning efter 65 års ålder.

<sup>17</sup> Vuxnas mun- och tandhälsa samt attityder till tandvård EpiWux 2008 Nordström B, Edman K Landstinget Dalarna. S 18



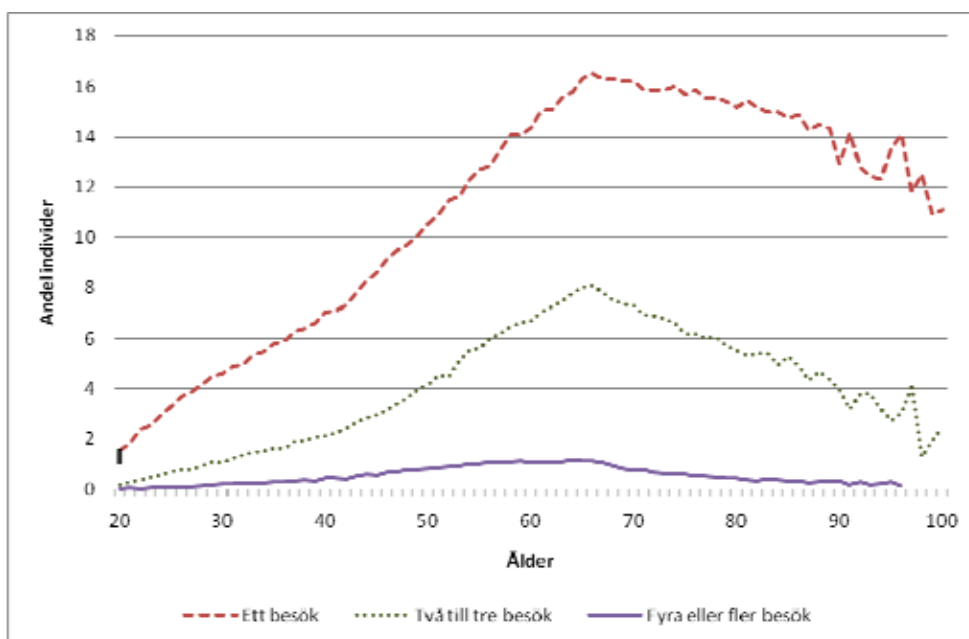
Om tandreparationer till följd av karies kan förebyggas bland de yngre så att tänderna inte behöver lagas blir resultat mycket bättre tandhälsa på sikt. En tand som inte behövt lagas någon gång håller bäst. Utifrån detta skulle förebyggande besök kunna bidra till en förbättrad tandhälsa på sikt.

Målet med tandhälsan på lång sikt kan också beskrivas i figur 3 som att det gröna/ljusgrå fältet ska bli större och det röda/mörkgrå fältet mindre. Detta sker bäst genom att reducera risken för karies i yngre åldrar och att redan reparerade tänder får lagningar som håller bättre.

### 3.2.4 Tandlossning

Tandlossning (parodontit) är en vanlig tandsjukdom som innebär att tändernas upphängningsapparat skadas och medför att tänderna sitter lösare. En del personer får ett allvarigare förlopp som innebär att obehandlad tandlossning medför att tänderna lossnar helt. Sjukdomen har ett långsamt förlopp som hos en stor andel av befolkningen ger symtom först i högre åldrar. Under 2009 var det cirka 660 000 individer av de som besökt tandvården som fått en eller flera åtgärder utförda till följd av tandlossning med diagnos/tillståndskod 3043. Av figur 4 framgår åldersfördelning hos de som fått åtgärder utförda till följd av tandlossning fördelat på antal besök. De som gjort 4 eller fler besök under 2009 kan anses representera de som har stora behov till följd av tandlossning. Det finns endast marginella skillnader mellan könen beträffande antal besök. Det är en liten del av de som besökt tandvården som gör fyra besök eller mer till följd av tandlossning och det är vanligast vid åldern 55–65 år. Vid den övervägande delen av besöken utförs tandstensskrapning.

**Figur 4** Procentuell fördelning av besöksfrekvens när åtgärd till följd av tandlossning utförts under 2009. (n= 658 563)



Källa: Egna beräkningar

Bland de som är 50 år och yngre motsvarar de som får behandling till följd av tandlossning prevalensen i en epidemiologisk studie från 2008<sup>18</sup>. Vid 65 år ålder anges prevalensen i den studien vara cirka 40 procent medan andelen som genomgått behandling 2009 uppgår till cirka 26 procent varav de allra flesta gjort ett besök. I en rapport från Folkhälsoinstitutet från år 2008<sup>19</sup> om självskattad hälsa anger sju procent att de upplever besvär med tandlossning

För att få en mera fullständig beskrivning av de behandlingar som utförs till följd av tandlossning behöver en djupare analys där behandlingsåtgärderna och individer följs över en längre tid. Det har samband med sjukdomens långsamma förlopp.

### 3.3 Besök i tandvården relaterat till kön, ålder och socioekonomi

#### **Sammanfattning besök**

Av den vuxna befolkningen har 71 procent besökt tandvården under den studerade tvåårsperioden. Detta är lägre än resultatet från Socialstyrelsens undersökning av självskattad tandhälsa som visade 84 procent. Jämförbarheten i dessa två undersökningar är begränsad. Svenskfödda, kvinnor, höginkomsttagare och högutbildade har högre besöksfrekvens. Resultaten visar att individer med låg utbildning och låg inkomst, som har besökt tandvården, har gjort fler besök än andra grupper. Detta indikerar att patienterna i dessa grupper har ett större behov av tandvård, vilket ligger i linje med tidigare studier av självskattad tandhälsa.

68 procent av befolkningen har under tvåårsperioden gjort minst ett förebyggande besök. Det är utifrån detta resultat svårt att uttala sig huruvida tandvårdsreformens mål att öka antalet förebyggande besök för de med små eller inga tandvårdsbehov har uppfyllts.

Under tiden 1 juli 2008 till 30 juni 2010 har det registrerats att cirka 5,13 miljoner individer gjort cirka 19,1 miljoner besök och utfört cirka 30,9 miljoner åtgärder. Det motsvarar 3,7 besök i genomsnitt per patient under dessa två år. De 5,13 miljoner individerna motsvarar en besöksfrekvens på 71 procent av befolkningen över 20 års ålder. Det är en märkbart lägre besöksfrekvens jämfört med de undersökningar av självskattad besöksfrekvens som bland annat Socialstyrelsen gjort. Där uppgav 84 procent att de hade besökt tandvården den senaste tvåårsperioden.<sup>20</sup>

I redovisningen av andelen av befolkningen som gjort minst ett förebyggande besök under den studerade perioden definieras förebyggande besök som de besök då minst en förebyggande åtgärd i tabell 2 har genomförts. De

<sup>18</sup> Vuxnas mun- och tandhälsa samt attityder till tandvård EpiWux 2008 Nordström B, Edman K Landstinget Dalarna s 21

<sup>19</sup> Folkhälsoinstitutet, Rapport A 2008:06 sidan 25.

<sup>20</sup> Socialstyrelsen 2010, Befolkningens tandhälsa 2009, s. 26

förebyggande åtgärderna är definierade enligt Försäkringskassans tidigare rapport om besöksfrekvenser i förebyggande syfte:<sup>21</sup>

**Tabell 2 Åtgärder definierade som förebyggande åtgärder**

Åtgärdskod	Åtgärdsbenämning
101	Basundersökning och diagnostik, utförd av tandläkare
102	Fullständig undersökning och diagnostik, utförd av tandhygienist
105	Kompletterande eller akut undersökning, kontroll av behandlingsresultat, utförd av tandhygienist
201	Information och instruktion vid risk för karies, gingival/parodontal sjukdom och käkfunktionsstörning
202	Professionell tandrengöring, flourbehandling och kostrådgivning i kombination med undersökningsåtgärd
203	Professionell tandrengöring, flourbehandling och kostrådgivning
204	Profylaxskena, per skena
311	Information och instruktion vid tand- och sjukdomar (kariessjukdom, parodontal sjukdom, peri-implantit och käkfunktionsstörningar)
321	Icke-operativ behandling av kariessjukdom
341	Sjukdomsbehandlande åtgärder av parodontal sjukdom eller peri-implantit, mindre omfattning
342	Sjukdomsbehandlande åtgärder av parodontal sjukdom eller peri-implantit, större omfattning

Källa: Försäkringskassan 2010. Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008, s. 10

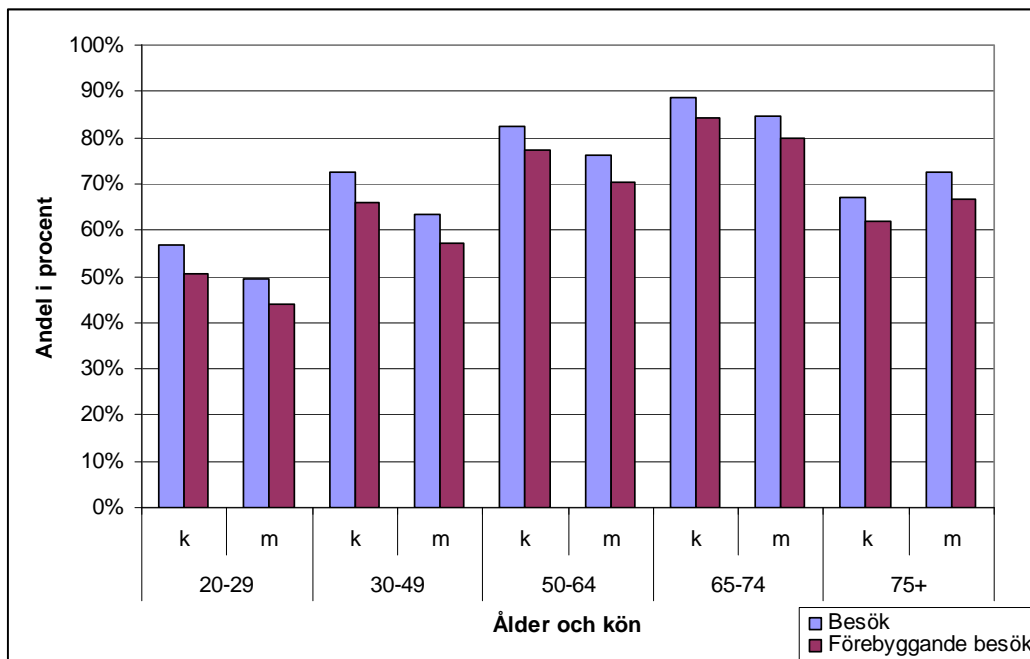
Av alla besök som gjordes under den studerade tvåårsperioden var 53 procent förebyggande. Tandvårdsutredningen beräknade att 60 procent av befolkningen skulle göra ett förebyggande besök under en 18-månadersperiod.<sup>22</sup> Föreliggande undersökning visar att 68 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården i förebyggande syfte under 24 månader. I absoluta tal har 4,9 miljoner individer besökt tandvården i förebyggande syfte. De har gjort sammanlagt 10,2 miljoner förebyggande besök vilket motsvarar 2,1 förebyggande besök per patient i genomsnitt.

I figurerna nedan presenteras andelen av befolkningen, utifrån demografi och socioekonomi, som besökt tandvården minst en gång under perioden. Dessutom visas andelen som besökt tandvården i förebyggande syfte, samt andelen besök som varit förebyggande. Detta för att ge en bild av besöksmönster och tandvårdskonsumtion i de olika grupperna.

<sup>21</sup> Försäkringskassan 2010. Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008, s. 10

<sup>22</sup> SOU 2007:19, s. 139

**Figur 5** Andel av befolkningen 20 år och äldre som besökt tandvården respektive besökt i förebyggande syfte 1 juli 2008–30 juni 2010. Efter ålder och kön

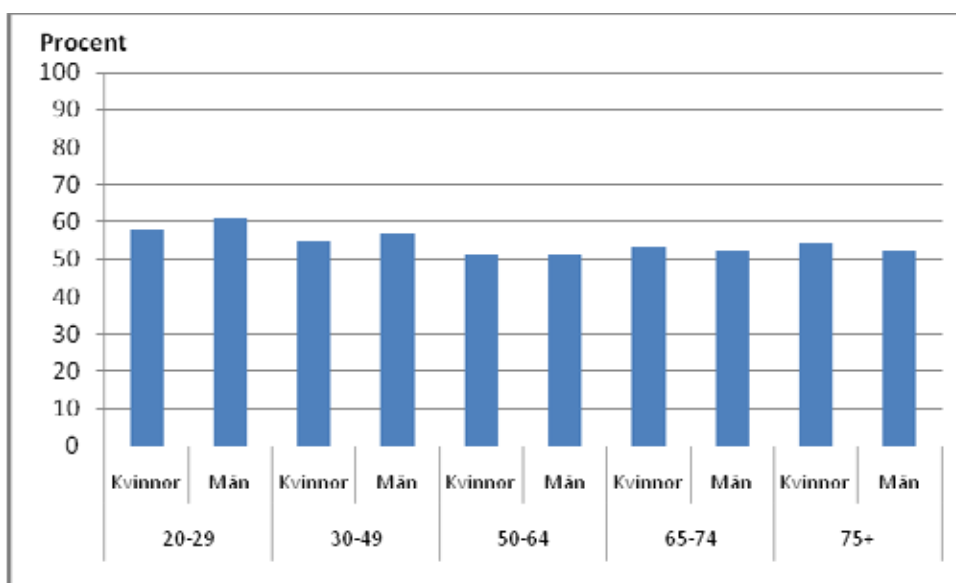


Källa: Egna beräkningar

Figur 5 visar att åldersgrupperna 50–74 år har besökt tandvården i högst utsträckning under den undersökta perioden. Kvinnor tenderar att ha besökt tandvården i högre grad än män i alla åldersgrupper utom den äldsta. Inom varje åldersgrupp är andelen som besökt tandvården relativt lika andelen som gjort förebyggande besök. Detta betyder att endast en liten del av de som besökt tandvården inte har gjort förebyggande besök. Skillnaderna i andelen som besökt tandvården och andelen som gjort förebyggande besök är mycket liten mellan de olika åldersgrupperna.

Vidare har en analys av dem som besökt tandvården visat att patienter över 50 år besökt tandvården störst antal gånger i genomsnitt. I enlighet med resultaten från tidigare avsnitt om tandvårdsbehov och ålder tenderar tandvårdsbehovet att vara större hos de äldre. Det större antalet besök i de äldre åldersgrupperna kan sannolikt förklaras av att tandvårdsbehovet ökar med åldern.

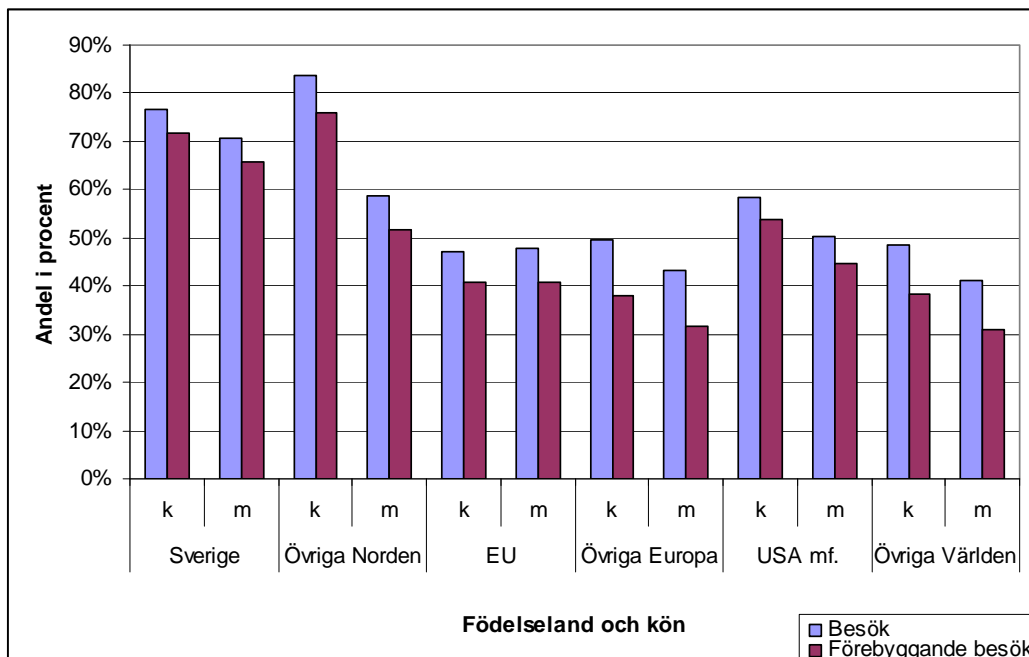
**Figur 6** Andel av det totala antalet besök som varit förebyggande, fördelat på ålder och kön



Källa: Egna beräkningar

Vad gäller den typ av vård som utförs vid tandvårdsbesöken visar figur 6 att det finns viss skillnad i andelen förebyggande besök mellan de olika åldersgrupperna. I åldersgruppen 20–29 har 61 procent av männens besök varit förebyggande medan motsvarande andel för män och kvinnor i åldersgruppen 50–64 år är 51 procent. Det kan sägas vara förväntade resultat ur ett odontologiskt perspektiv då det inte är förvånande att de yngre åldersgrupperna har mindre behov av reparativ eller annan icke-förebyggande vård än de äldre åldersgrupperna.

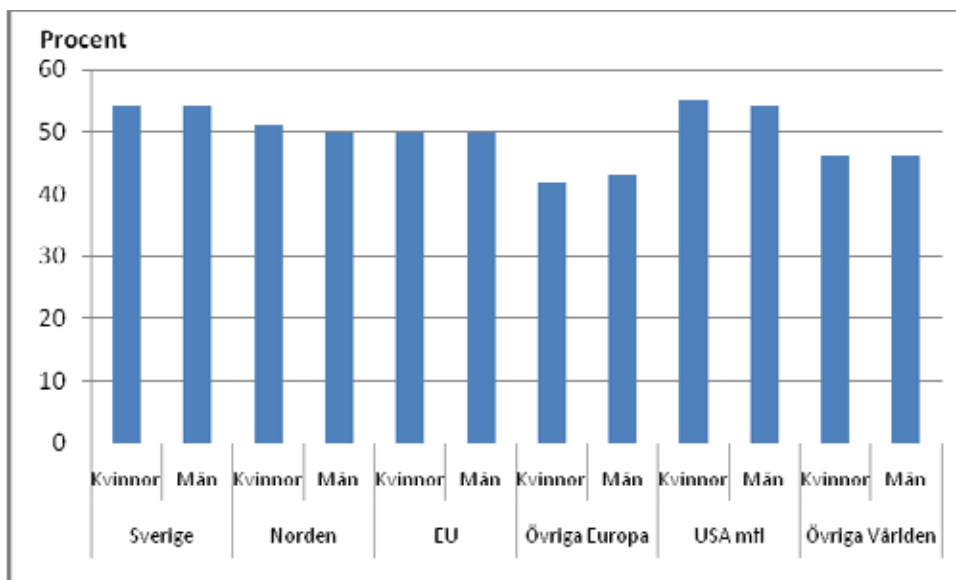
**Figur 7 Andel av befolkningen 20 år och äldre som besökt tandvården respektive besökt i förebyggande syfte 1 juli 2008–30 juni 2010. Efter födelse-land och kön**



Källa: Egna beräkningar

Svenskfödda har besökt tandvården för någon typ av behandling i betydligt högre omfattning än övriga. Detta gäller dock med undantag för kvinnorna födda i övriga Norden. Lägst andel som besökt tandvården för någon typ av behandling återfinns bland män födda i Europa utanför EU och Norden samt i övriga världen (figur 7). Inom samtliga grupper har en större andel av kvinnorna besökt tandvården, med undantag för personer födda inom EU utanför Norden där en lika stor andel av männen gjort minst ett besök. Skillnaden i andelen som besökt tandvården under perioden och andelen som gjort minst ett förebyggande besök är störst bland personer födda i Europa utanför EU och Norden samt övriga världen. Detta indikerar att i dessa grupper är det relativt sett en större andel som endast har kontakt med tandvården i icke förebyggande syfte såsom exempelvis tandutdragning, lagning och rotfyllning. Drygt 30 procent av männen och knappt 40 procent av kvinnorna födda i Europa utanför EU och Norden, samt övriga världen, har besökt tandvården i förebyggande syfte. Detta kan jämföras med drygt 65 procent av männen och 70 procent av kvinnorna födda i Sverige.

**Figur 8 Andel av det totala antalet besök som varit förebyggande, efter födelseregion och kön**

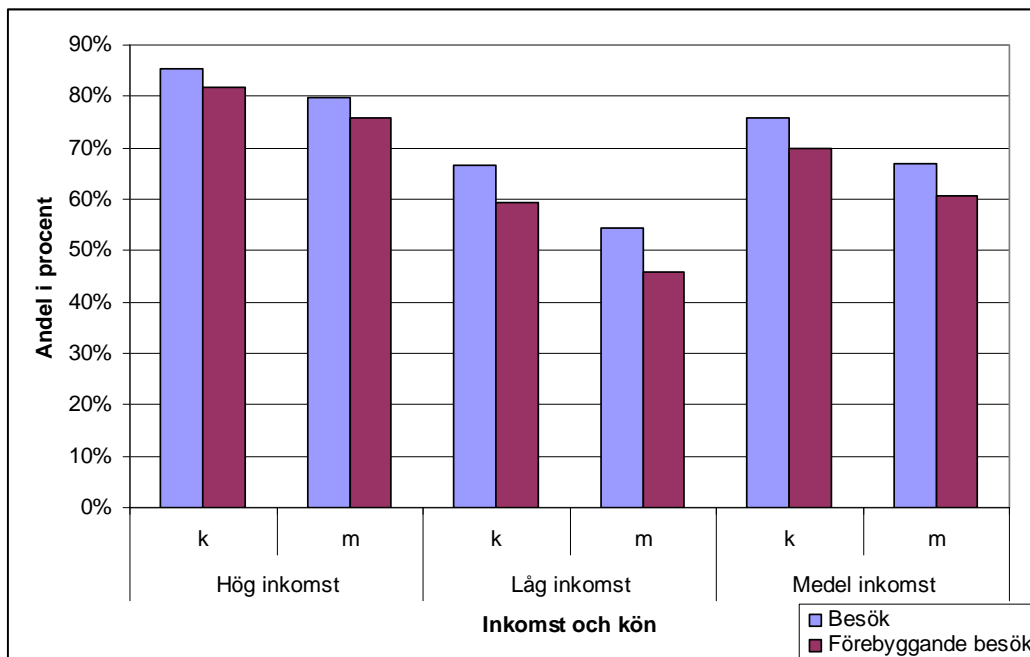


Källa: Egna beräkningar

När populationen delas in efter födelseland sticker svenskfödda och personer födda i USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland ut som födelseområden där en relativt hög andel av de totala tandvårdsbesöken varit förebyggande, över 50 procent i båda grupperna (figur 8). Minst andel förebyggande besök har gjorts av kvinnor och män födda i Övriga Europa, vilket innebär Europa utanför Norden och EU, drygt 40 procent. Även personer födda i Övriga Världen har relativt låg andel förebyggande besök. I samstämmighet med resultaten från tidigare analys angående andelen personer inom respektive födelsegrupp som gjort minst ett förebyggande besök, såväl som andelen patienter som konsumerat förebyggande tandvård, indikerar tabellen att en lägre andel av den totala tandvården inom dessa grupper är förebyggande.

De svenskfödda som besökt tandvården har i genomsnitt gjort längst antal besök per person. Senare resultat angående högkostnadsskyddet kommer samtidigt att visa att de svenskfödda som nyttjar högkostnadsskyddet får de lägsta utbetalningarna. Detta skulle kunna vara ett tecken på att gruppen svenskfödda har relativt god tandhälsa. Det omvända gäller för personer födda i Europa utanför EU och Norden, samt för personer födda i övriga världen, där de som nyttjat högkostnadsskyddet har de högsta ersättningsbeloppen. Trots att det inte med säkerhet går att uttala sig om huruvida de relativt låga utbetalningarna förklaras av den högre andelen personer som gjort förebyggande besök, anser Försäkringskassan att det är en viktig observation.

**Figur 9 Andel av totalbefolkningen 20 år och äldre som besökt tandvården respektive besökt i förebyggande syfte 1 juli 2008–30 juni 2010. Efter inkomst och kön**



Källa: Egna beräkningar, Anmärkning: Med låg inkomst avses individer med en inkomst < 60 procent av medianinkomsten. Hög inkomst definieras som individer med >140 procent av medianinkomsten. Det inkomstbegrepp som använts är disponibel inkomst, individens delkomponent.

I figur 9 syns att låginkomsttagare besökt tandvården i betydligt lägre utsträckning än andra inkomstgrupper, det gäller för såväl förebyggande besök som besök generellt. Kvinnor har genomgående högre besöksfrekvens än män oavsett inkomstgrupp. Resultaten motsvarar resultaten i de undersökningar om självskattad besöksfrekvens som gjorts av Socialstyrelsen.<sup>23</sup> Tabellen visar att bland kvinnor med låg inkomst är det nästan lika stor andel som besökt tandvården som bland män med medelinkomst.

Vad gäller förebyggande besök har låginkomsttagare även gjort förebyggande besök i lägre utsträckning än övriga inkomstgrupper. Andelen som gjort minst ett förebyggande besök är lägst inom gruppen män med låg inkomst där endast drygt 45 procent gjort ett förebyggande besök. Detta kan jämföras med män med hög inkomst där 76 procent har besökt tandvården i förebyggande syfte. Dessutom är skillnaden mellan andelen som gjort besök tandvården respektive gjort förebyggande besök något större bland de med låg inkomst jämfört med de med hög inkomst. I likhet med ovanstående analys kring besöksfrekvenser med avseende på befolkningens födelseland innebär detta att personer med låg inkomst besökt tandvården i större utsträckning i icke förebyggande syfte än personer i gruppen med hög inkomst.

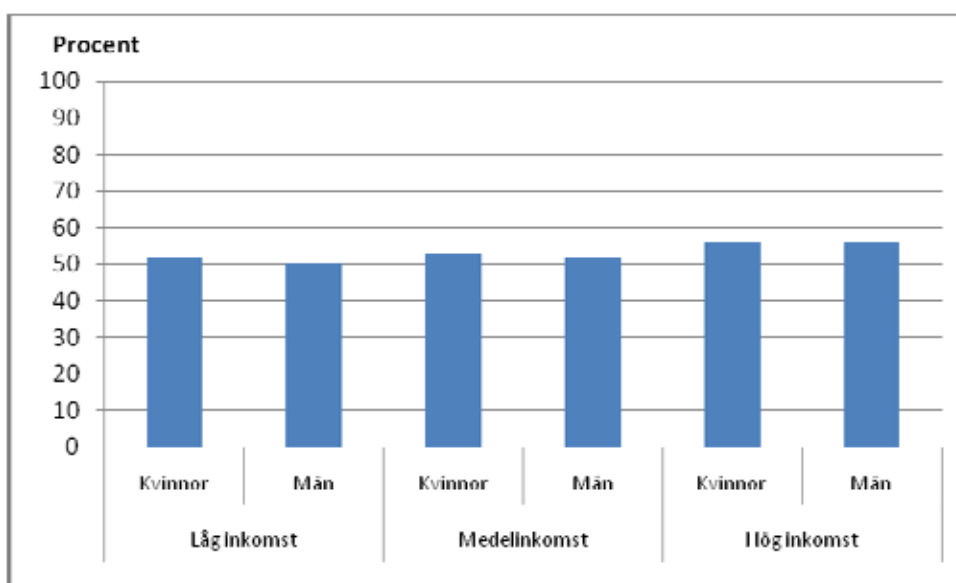
En viktig iakttagelse när besöksfrekvenser i olika inkomstgrupper studeras är att åldersstrukturen är olika i de olika inkomstgrupperna. Bland höginkomsttagare är andelen 20–29-åringar drygt 3 procent, medan andelen

<sup>23</sup> Socialstyrelsen 2010. Befolkningens tandhälsa 2009, s. 27



bland låginkomsttagare är cirka 33 procent. Å andra sidan är drygt 33 procent av låginkomsttagarna över 65 år mot knappt 15 procent av höginkomsttagarna. Således kan det sägas att en tredjedel av låginkomsttagarna är unga och har relativt små tandvårdsbehov och en tredjedel tillhör de äldre åldersgrupperna med större tandvårdsbehov.

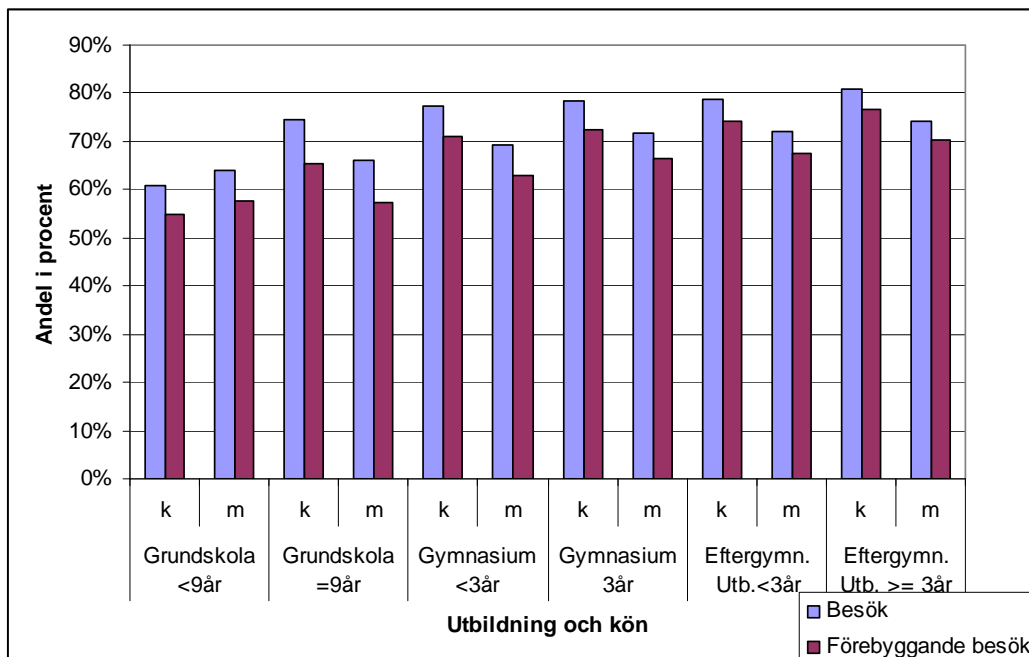
**Figur 10 Andel av det totala antalet besök som varit förebyggande, efter inkomst och kön**



Källa: Egna beräkningar, Anmärkning: Med låg inkomst avses individer med en inkomst < 60 procent av medianinkomsten. Hög inkomst definieras som individer med >140 procent av medianinkomsten. Det inkomstbegrepp som använts är disponibel inkomst, individens delkomponent

Figur 10 visar att det finns viss skillnad i andelen förebyggande besök mellan de olika inkomstgrupperna. I gruppen låginkomsttagare har 50 procent av männen besök varit förebyggande medan 56 procent av höginkomsttagarnas besök, oavsett kön, har varit förebyggande under perioden 1 juli 2008–30 juni 2010. Trots att resultaten visar att de som besöker tandvården har en relativt jämn fördelning av förebyggande och icke förebyggande besök, finns det stora skillnader i andelen som besökt tandvården mellan de olika inkomstgrupperna.

**Figur 11 Andel av totalbefolkningen 20 år och äldre som besökt tandvården respektive besökt i förebyggande syfte 1 juli 2008–30 juni 2010. Efter utbildningsgrupp och kön**



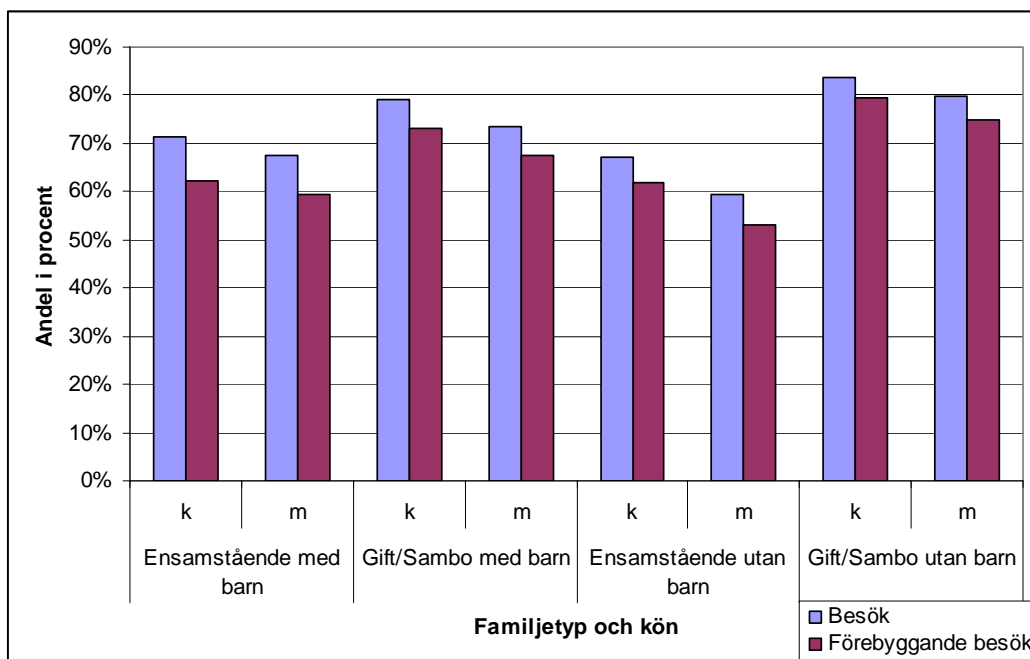
Källa: Egna beräkningar

Figur 11 visar att personer med grundskola kortare än nio år är den utbildningsgrupp där lägst andel besökt tandvården. Denna utbildningsgrupp är dessutom en grupp med relativt sett många äldre (95 procent 50 år eller äldre), vilket indikerar att det i gruppen finns ett relativt sett större tandvårdsbehov. I denna utbildningsgrupp har en lägre andel av kvinnorna än männen besökt tandvården. För övriga utbildningsgrupper gäller att en större andel av kvinnorna än männen besökt tandvården. Detta gäller för såväl samtliga besök som besök i förebyggande syfte.

Andelen som gjort besök, förebyggande såväl som besök totalt, ökar något med utbildningsnivån. Bland kvinnor och män med grundskoleutbildning kortare än nio år har ungefär 55 procent gjort minst ett förebyggande besök. Detta kan jämföras mot kvinnor och män i utbildningsgruppen eftergymnasial utbildning minst tre år där cirka 75 respektive 70 procent gjort minst ett förebyggande besök.

När utbildningsgrupp studeras utifrån hur stor andel av gjorda besök som varit förebyggande visar det sig att patienter med enbart grundskola gjort en mindre andel förebyggande besök men här är det viktigt att komma ihåg att patienter med enbart grundskola till stor del består av äldre.

**Figur 12 Andel av totalbefolkningen 20 år och äldre som besökt tandvården respektive besökt i förebyggande syfte 1 juli 2008–30 juni 2010. Efter familjetyp och kön**



Källa: Egna beräkningar

Ensamstående med hemmavarande barn har besökt tandvården i lägre utsträckning än gifta eller samboende med hemmavarande barn. De gifta/samboende med hemmavarande barn som haft kontakt med tandvården har besökt tandvården färre antal gånger i genomsnitt jämfört med ensamstående med och utan hemmavarande barn. Åldersmässigt är de båda grupperna med hemmavarande barn relativt homogena, med cirka 70 procent under 50 år. Detta medför att ålderssammansättningen i de båda familjetyperna med hemmavarande barn troligen inte påverkar tandvårds-konsumtionen.

Gift/sambo utan hemmavarande barn är den grupp där störst andel besökt tandvården. En djupare analys av data har visat att denna familjetyp också är den familjetyp med störst andel personer över 50år, vilket sannolikt delvis förklarar den höga besöksfrekvensen. Den grupp som besökt tandvården i lägst utsträckning är ensamstående utan barn. Bland dessa finns dock en betydligt större andel personer under 50 år än bland de gifta/sammanboende utan barn.

En stor andel av de personer som besökt tandvården inom samtliga familjegrupper, har även konsumerat förebyggande tandvård. Endast inom grupperna ensamstående mammor och pappor finns en något större andel personer som besökt tandvården men inte gjort förebyggande besök. Dock är det viktigt att understryka att 87 procent respektive 88 procent av de som besökt tandvården i dessa grupper har besökt tandvården i förebyggande syfte, vilket visar att majoriteten trots allt har konsumerat förebyggande vård.

Socialstyrelsens kartläggning om befolkningens självskattade tandhälsa visade att bland ensamstående med hemmavarande barn är det en relativt

stor andel personer som uppger sig ha dålig tandhälsa<sup>24</sup>. När antalet besök hos dem som besökt tandvården studerats i innevarande studie har det visat sig att ensamstående med hemmavarande barn som besöker tandvården har gjort relativt många besök, vilket indikerar stora tandvårdsbehov.

När familjetyp studeras utifrån hur stor andel av gjorda besök som varit förebyggande visar det sig att ensamstående kvinnor har gjort en lägre andel förebyggande besök än övriga grupper.

### 3.4 Det allmänna tandvårdsbidraget

#### **Sammanfattning allmänt tandvårdsbidrag (ATB)**

Enligt den undersökning om befolkningens kännedom om tandvårdsstödet som Försäkringskassan genomfört känner endast hälften av befolkningen till det allmänna tandvårdsbidraget (ATB). Samtidigt är användandet av ATB mycket högt, cirka 93 procent av patienterna har fått del av bidraget. Det indikerar att en stor del av patienterna använder sitt ATB utan att vara medvetna om det, vilket i så fall sannolikt innebär att det inte har den effekt som det varit tänkt dvs. att uppmuntra till förebyggande besök. Trots att användandet inte skiljer sig nämnvärt bland de som besökt tandvården, ger de betydande skillnaderna i besöksfrekvenser mellan olika grupper i befolkningen avsevärda skillnader i andelen som nyttjar ATB. Det är tydligt att av ATB i stor utsträckning styrs av besöksfrekvensen.

Åldersgrupperna 20–29 år och 75 år och äldre har dubbelt så högt ATB som andra åldersgrupper. Syftet med det är att särskilt stimulera dessa båda åldersgrupper att ha regelbunden kontakt med tandvården i förebyggande syfte. Av resultaten framgår att åldersgruppen 20–29 år har en högre andel förebyggande besök än övriga åldersgrupper. Det är emellertid vanskligt att uttala sig om det har någon koppling till det dubbla ATB eller om det har andra orsaker. Det är ett förväntat resultat ur ett odontologiskt perspektiv då denna åldersgrupp förmodligen har minst behov av icke-förebyggande vård.

Kostnaden för ATB uppgår till 1,5 miljarder kronor under den undersökta tvåårsperioden.

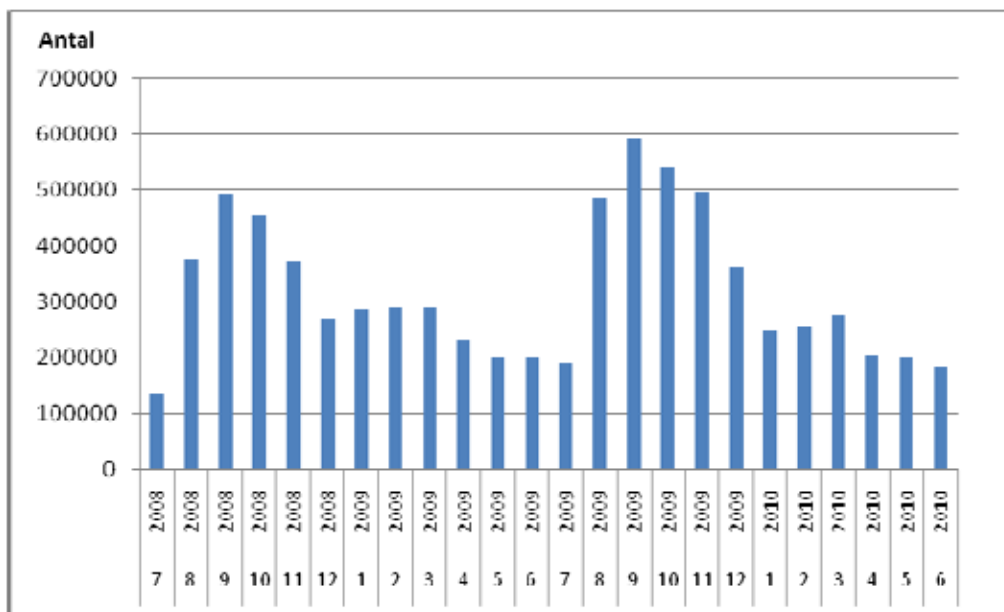
68 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården i förebyggande syfte under tvåårsperioden. Eftersom det finns betydande begränsningar i data om förebyggande besök i det tidigare tandvårdsstödet är det osäkert att göra jämförelser med tidigare period. Det går därför inte att uttala sig om huruvida målet att stimulera till förebyggande besök har uppfyllts. Vad vi däremot kan se är att besöksfrekvensen för förebyggande besök varierar kraftigt mellan olika demografiska och socioekonomiska grupper. 79 procent av de besök då ATB använts har varit förebyggande.

Målet med det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) är att stimulera till förebyggande besök för att bibehålla en god tandhälsa för de med inga eller små tandvårdsbehov. I åldersgrupperna 20–29 år samt 75 år och äldre utbetalas

<sup>24</sup> Socialstyrelsen 2010. Befolkningens tandhälsa 2009, s. 35

dubbelt ATB, det vill säga 300 kronor per år. I åldergruppen 30–74 år utbetalas enkelt ATB vilket motsvarar 150 kronor per år. Det är även möjligt att spara ett ATB och därmed tillgodogöra sig två ATB vid ett och samma tillfälle. Det betyder att en person som är under 30 år gammal eller 75 år och äldre kan få ett tandvårdsbidrag på 600 kronor om man besöker tandvården vartannat år.

**Figur 13** Månadsvis utveckling av uttaget av det allmänna tandvårdsbesöket för perioden 1 juli–30 juni 2010



Källa: Egna beräkningar

Uttaget av ATB följer en tydlig cykel. Om en patient besökte tandvården i augusti 2008 och använde sitt ATB så måste patienten vänta till 1 juli 2009 innan den får tillgång till ett nytt ATB (figur 10). Av figuren går det därmed även indirekt att utläsa hur konsumtionsmönstret av tandvård ser ut. Det största uttaget av ATB under undersökningsperioden skedde i september 2009 då drygt 592 000 ATB togs ut.

Under undersökningsperioden har cirka 1,5 miljarder kronor betalats ut i allmänt tandvårdsbidrag. Uppdelat på de båda undersökningsperioderna betalades cirka 740 miljoner kronor ut i ATB under perioden 1 juli 2008–30 juni 2009 och cirka 760 miljoner kronor betalades ut under perioden 1 juli 2009–30 juni 2010 (tabell 2).

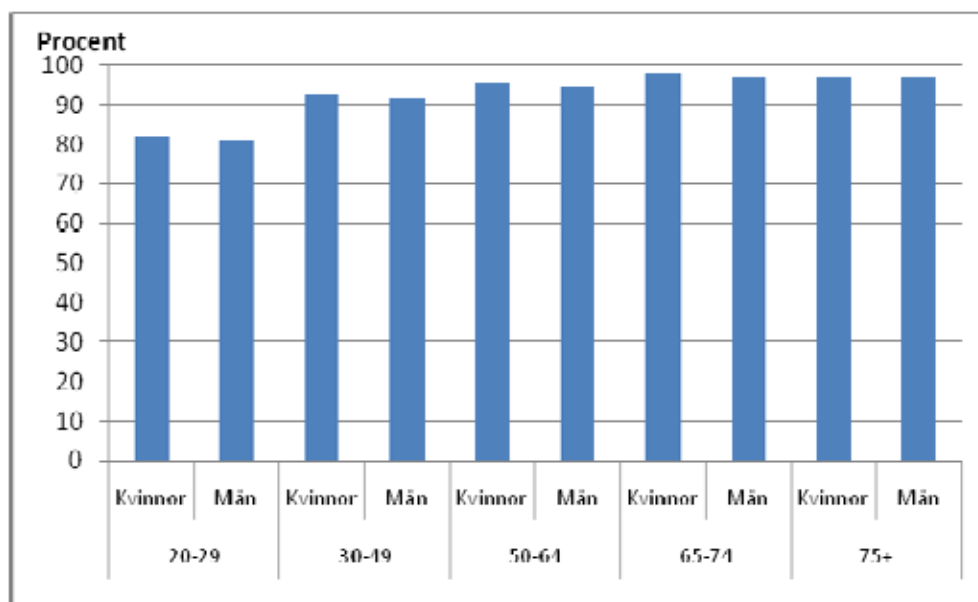
**Tabell 3 Kostnad för det allmänna tandvårdsbidraget efter period och ålder, miljoner kronor**

	Period 1	Period 2	Totalt
20–29 år	122	127	249
30–49 år	189	192	382
50–64 år	197	197	393
65–74 år	100	108	208
75+ år	134	140	274
Totalt	741	765	1 506

Källa: Egna beräkningar

Hur användandet av ATB fördelar sig för olika åldersgrupper har studerats bland dem som besökt tandvården.

**Figur 14 Användandet av det allmänna tandvårdsbidraget efter ålder och kön**



Källa: Egna beräkningar

Figur 14 visar att det inte finns några större skillnader i av ATB bland dem som besökt tandvården mellan de olika åldersgrupperna. Användandet av ATB bland dem som besökt tandvården överstiger 90 procent i samtliga åldersgrupper förutom i åldersgruppen 20–29 år där 81 procent av männen och 82 procent av kvinnorna nyttjat ATB.

Trots att inte skiljer sig nämnvärt bland patienterna, ger de betydande skillnaderna i besöksfrekvenser mellan olika grupper i befolkningen avsevärda skillnader i andelen som nyttjar ATB. Sett till ålder är det bland dem mellan 20 och 29 år som minst andel använt sitt ATB, 40 procent av männen och 46 procent av kvinnorna. Störst andel finns bland de mellan 60 och 74 år med 82 procent av männen och 86 procent av kvinnorna. Samma mönster återfinns bland övriga grupper där skillnader i av ATB i stort sett följer variationerna i besöksfrekvenser mellan olika grupper. 83 procent av männen med låg inkomst som besökt tandvården har fått del av sitt ATB, vilket endast representerar 45 procent av männen med låg inkomst i

befolkningen. Detta eftersom endast 54 procent av männen med låg inkomst besökt tandvården. För kvinnorna gäller att 89 procent av dem som besökt tandvården har använt sitt ATB, vilket representerar 59 procent i befolkningen. Detta då endast 66 procent besökt tandvården. Således är det tydligt att av ATB i stor utsträckning styrs av besöksfrekvensen.

Försäkringskassans och Socialstyrelsens undersökningar visar att kännedomen om tandvårdsstödet är relativt låg bland befolkningen. I Socialstyrelsens kartläggning av befolkningens tandhälsa 2009 uppger hälften av svarspersonerna att de känner till det allmänna tandvårdsbidraget. Försäkringskassans undersökning av kännedom om tandvårdsstödet 2010 visar samma sak. I Försäkringskassans undersökning känner mindre än hälften av 20–29-åringarna till existensen av ATB. Män känner generellt till ATB i lägre grad än kvinnor. Samma studie visar också att de som känner till tandvårdsbidraget har bristfälliga kunskaper om vad bidraget innebär.<sup>25</sup>

Det faktum att endast hälften av befolkningen känner till det allmänna tandvårdsbidraget innebär sannolikt att bidraget inte i så stor utsträckning stimulerar befolkningen att besöka tandvården i förebyggande syfte. Att 93 procent av patienterna trots allt använder sitt ATB tyder på att en stor del av patienterna använder sitt ATB utan att vara medvetna om det, vilket i så fall sannolikt innebär att det inte har den effekt som det varit tänkt dvs. att uppmuntra till förebyggande besök. För att bidraget ska kunna påverka besöksfrekvensen bör fler känna till det.

Det är dock för tidigt att uttala sig om huruvida subventionen har effekt för befolkningens tandvårdsvanor eller ej. Att nyttjandegraden trots allt är relativt hög inom samtliga grupper bland dem som besökt tandvården skulle möjligen kunna bidra till att öka besöksfrekvenserna på lång sikt. I de fall patienterna vid ett besök får reda på att de har rätt till ATB kan det påverka valet att göra förebyggande besök framöver.

Till följd av de begränsade möjligheterna att studera besöksfrekvensen vad gäller förebyggande besök innan det nuvarande tandvårdsstödet infördes, är det inte möjligt att bedöma huruvida ATB bidragit till att öka befolkningens benägenhet att konsumera förebyggande tandvård. Det är därför inte heller möjligt att bedöma om besöksfrekvenserna för förebyggande tandvård ökat för de grupper som får dubbla ATB. Vad som däremot kan sägas är att det finns betydande skillnader i besöksfrekvensen mellan olika demografiska och socioekonomiska grupper.

Senare i studien, när förebyggande besök sätts i relation till av högkostnadsskyddet, kommer det att visas att det finns indikationer på ett samband mellan benägenheten att göra förebyggande besök och låga utbetalningar från högkostnadsskyddet. Detta skulle kunna tolkas som att om en större andel av befolkningen gör förebyggande besök, ger det på sikt mindre omfattande tandvårdsbehov hos befolkningen. Således minskar förebyggande

---

<sup>25</sup> Socialstyrelsen 2010. Befolkningens tandhälsa 2009, s. 18 och Försäkringskassan 2011 *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, Socialförsäkringsrapport 2011:10, s. 8

besök inte bara patientens tandvårdskostnader, utan även samhällets kostnader på lång sikt. Detta illustrerar vikten av att hitta en strategi för att uppmuntra befolkningen att utföra förebyggande tandvård.

### 3.4.1 Vilken tandvård används ATB till?

Undersökningen har visat att 79 procent av de besök där ATB använts var förebyggande under den aktuella undersökningsperioden. Här finns det viss anledning till försiktighet då det finns indikationer på att det förekommer en viss underrapportering av förebyggande åtgärder inom åtgärdskategori 200. Det kan dels leda till att statistiken blir fel och dessutom kan patienten förlora pengar då ersättningsgrundande tandvård inte rapporteras in.<sup>26</sup>

Personer födda i Europa utanför EU och Norden samt i övriga världen har använt sitt ATB för ett förebyggande besök i mindre utsträckning än personer från andra födelseregioner. Detta stämmer överens med att båda grupper även har gjort en lägre andel förebyggande besök och att de gjort minst ett förebyggande besök i betydligt lägre grad än övriga grupper.

## 3.5 Högkostnadsskyddet

Högkostnadsskyddet har införts för att möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad.

### 3.5.1 Definitioner

Vid analysen av högkostnadsskyddet används följande definitioner.

1. Ersättningsperiod: Den period, om högst 12 månader, som tandvårdsersättningen till varje patient beräknas på. Patienten kan välja att starta en ny ersättningsgrundande period innan en pågående är slut. Studien avser två perioder: Period 1: 1 juli 2008–30 juni 2009. Period 2: 1 juli 2009–30 juni 2010. För att en person ska räknas till period ett gäller att denna startade en ersättningsperiod under denna period och för att räknas till period två gäller att ha startat en period där. Notera att ersättningsperioderna i studien inte motsvarar exakt datumen ovan utan är de observerade ersättningsperioderna för personer som nyttjat högkostnadsskyddet.

1. Ersättningsberättigande tandvård: den tandvård som berättigar ersättning inom det statliga tandvårdsstödet.<sup>27</sup>

2. Ersättningsgrundande belopp: Summan av referenspriserna, eller vårdgivarens pris om det är lägre, för de åtgärder som patienten utfört under en ersättningsperiod. Är vårdgivarens pris högre än referenspriset står patienten för hela mellanskillnaden.

---

<sup>26</sup> Tandläkartidningen nr 3/2011, s. 28

<sup>27</sup> Dessa åtgärder anges i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd



3. Ersättningsbelopp: den utbetalda ersättningen från högkostnadsskyddet. Ersättningen beräknas utifrån det ersättningsgrundande beloppet. Använder patienten ATB under ersättningsperioden dras det först bort.
4. Referenspris: varje ersättningsberättigande åtgärd har ett pris som bestäms av myndigheten Tandvård och läkemedelsverket. Det är högst detta pris som ersättning i högkostnadsskyddet grundas på. Är vårdgivarens pris lägre än referenspriset är det i stället detta pris som ersättningen beräknas utifrån.
5. Karensbelopp: är det belopp som patienten betalar helt utan ersättning. Det första karensbeloppet är 3 000 kronor och över det betalar staten 50 procent av ersättningsbeloppet. Nästa karensbelopp är 15 000 kronor och över det betalas 85 procent av det ersättningsgrundande beloppet av staten.
6. Percentil: i studien används percentiler för att beskriva fördelningen av ersättningsbelopp. Det motsvarar i studien ett ersättningsbelopp under en ersättningsperiod av 12 sammanhängande månader, nedanför vilket en viss procent av observationerna av variabeln hamnar. Exempelvis är den tjugofemte percentilen (P25) det värde som delar observationsvärden så att 25 procent av dem är mindre och 75 procent är större. De percentiler som delar in datamängden i fyra delar, P25 eller Q1, P50 eller Q2 och P75 eller Q3, kallas kvartiler (mer om detta finns i bilaga 2, metod).
7. Median: är ett mått för det mittersta värdet, mittenvärdet, i en datamängd, i detta fall ersättningsbeloppet. Det finns lika många observationer på var sida om medianen då värdena har sorterats från det minsta till det högsta värdet eller tvärtom (Mer om detta finns i bilaga 2, metod).

### 3.5.2 Inledande om konsumtion inom högkostnadsskyddet

#### **Sammanfattande om högkostnadsskyddet**

En fjärdedel av den vuxna befolkningen som besökt tandvården har erhållit ersättning från högkostnadsskyddet. En något mindre andel av de kvinnor som besökte tandvården fick del av stödet, trots att en större andel av kvinnorna besökte tandvården. Tre procent av dem som besökt tandvården har fått ersättning över det andra karensbeloppet om 15 000 kronor. Cirka 45 procent av ersättningen från högkostnadsskyddet gick till dem med ersättning över det andra karensbeloppet.

Sett till hela den vuxna befolkningen har cirka 15 procent fått ersättning från högkostnadsskyddet, medan knappt två procent av befolkningen fick ersättning över det andra karensbeloppet.

I linje med reformens intentioner, ger högkostnadsskyddet ett reellt skydd för de med höga kostnader. Däremot går det inte att avgöra huruvida det går till de med de mest omfattande behoven. En sådan bedömning skulle kräva heltäckande uppgifter om tandhälsan för samtliga individer i befolkningen, vilket inte finns i dag.

Som beskrivits i det inledande avsnittet om tidigare studier fann Socialstyrelsen i sin kartläggning av den självskattade tandhälsan från 2010 att 70 procent av befolkningen uppgav att deras tandhälsa är mycket bra, eller ganska bra medan 18 procent uppgav att den varken är bra eller dålig. 11 procent uppgav att deras tandhälsa är mycket eller ganska dålig.<sup>28</sup>

För att ge en översikt av högkostnadsskyddets nyttjade presenteras i detta avsnitt en beskrivning av såväl antalet individer som fått ersättning från högkostnadsskyddet, andelen av alla som besökt tandvården och fått ersättning, samt totala utbetalningar. Redovisningen är uppdelad på period 1, den 1 juli 2008 till och med den 30 juni 2009, och perioden 2, 1 juli 2009 till och med den 30 juni 2010.

**Tabell 4    Antalet personer och andelen av dem som besökt tandvården som fått ersättning från högkostnadsskyddet samt totala utbetalningar av högkostnadsskyddsersättning, period 1 respektive period 2**

	Period 1			Period 2		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Antal individer med utbetalning	502 006	476 373	978 379	565 792	534 927	1 100 719
Andel (%) av alla som besökte tandvården med ersättningsgrundande belopp över karensnivån om 3000 kr	23 %	25 %	24 %	25 %	27 %	26 %
Andel (%) av alla som besökte tandvården med ersättningsgrundande belopp över 15 000 kr	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %
Beräknat antal kronor totalt, miljoner	1 538	1 519	3 057	1 987	1 973	3 960

Källa: Egna beräkningar<sup>29</sup>

I tabell 4 ovan visas att cirka en fjärdedel av dem som besökte tandvården<sup>30</sup> fick ersättning från högkostnadsskyddet. Dock kommer senare analys att visa att spridningen i ersättningsbelopp är stor och att ersättningsnivåerna för de flesta är relativt låga. En något större andel av dem som besökte tandvården fick utbetalning från högkostnadsskyddet under andra perioden jämfört med första perioden. Andelen kvinnor som kom över det lägre karensbeloppet var 23 respektive 25 procent i de två perioderna. För män var motsvarande siffror 25 respektive 27 procent. Antalet kvinnor som får ersättning är större än antalet män.

<sup>28</sup> Socialstyrelsen, 2010, s. 34

<sup>29</sup> I uppgifterna i de två tabellerna om räknas endast konsumtionen för de personer som har avslutade behandlingsperioder under den studerade tiden, 1 juli 2008 till och med 30 juni 2010. För att en person ska räknas till period 1 gäller att personen startade en ersättningsperiod under denna period och för att räknas till period 2 gäller att ha startat en period där. Det innebär att en person som startat en ersättningsperiod i varje period kan räknas en gång i varje period. Således skulle summan av antalet personer med ersättning i respektive period ge en överskattning.

<sup>30</sup> Notera att de som besökte tandvården under respektive period är cirka 4 miljoner individer.

Vidare visas i tabellen att två procent av dem som besökte tandvården under första perioden kom över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp och fick därmed ersättning med 85 procent. Denna andel ökade till tre procent under period två. 39 respektive 44 procent av de totala utbetalningarna från högstkostnadsskyddet betalades ut till denna patientgrupp under perioden. En lika stor andel av kvinnorna som männen kom över 15 000 kronor. Det gäller för period ett såväl som period två.

Resultaten kan med försiktighet jämföras mot beräkningar som presenterades i tandvårdsutredningen, SOU 2007:19. Enligt utredningen konsumerade 75 procent av de vuxna patienterna (år 2005) tandvård som kostade mindre än 3 000 kronor och fem procent konsumerade tandvård som kostade mer än 10 000 kronor<sup>31</sup>. Vidare angavs att höga tandvårdskostnader som ersätts av högstkostnadsskyddet bör vara på en sådan nivå att endast en minoritet av patienterna blir aktuella. Under remissförfarandet påpekades att många patienter inte skulle komma över karensbeloppet om 3 000 kronor i högstkostnadsskyddet. Utredningen gjorde dock bedömningen att högstkostnadsskyddet ska vara just ett skydd mot höga kostnader av en viss storlek för att tydliggöra intentionen att ge stöd till de mest drabbade patienterna. Dessutom vägdes det in att höga kostnader flera år i rad endast drabbar en liten del av befolkningen.<sup>32</sup> Resultaten från den nu aktuella studien visar att cirka 25 procent av patienterna når över 3 000 kronor och att två respektive tre procent når över 15 000 kronor. Det är således samma andel av patienterna som når över det lägre karensbeloppet om 3 000 kronor och berörs av högstkostnadsskyddet som tandvårdsutredningen beräknade.

Statens utgifter för högstkostnadsskyddet ökade med cirka 30 procent från stödets första tolv månader till de nästkommande tolv månaderna. De första tolv månaderna utbetalades 3,1 miljarder kronor mot 4,0 miljarder kronor under de följande tolv månaderna. Till dessa utgifter kommer även utgifter från det tidigare högstkostnadsskyddet för personer som fyllt 65 år. De som haft en godkänd behandling i det tidigare stödet har kunnat välja om de ville nyttja ersättning från det nuvarande eller det gamla stödet under en övergångsperiod. Under de första tolv månaderna (1 juli 2008–30 juni 2009) var utgifterna för det tidigare stödet 1,8 miljarder kronor och för nästkommande tolv månader 314 miljoner kronor.

Förutom den registerbaserade studien har Försäkringskassan under november 2010 låtit ett undersökningsföretag utföra en telefonundersökning om hur väl informationen om tandvårdsstödet nått ut till befolkningen. Resultat från undersökningen visar att 67 procent av befolkningen känner till att det finns ett högstkostnadsskydd för tandvård. Det råder dock stor osäkerhet hos befolkningen när det gäller karensnivåerna i högstkostnadsskyddet. Av de personer som uppgett att de känner till högstkostnadsskyddet är 75 procent osäkra på vilket belopp som utgör det lägsta karensbeloppet. Av dem som uppgett att de känner till högstkostnadsskyddet är det endast 17 procent som uppger att de känner till att ersättningen beräknas högst utifrån ett referenspris. Majoriteten av befolkningen känner således inte till att det finns ett

---

<sup>31</sup> SOU 2007:19, s.152

<sup>32</sup> SOU 2007:19, s.305-306

samband mellan variationerna i vårdgivarpriser och nivån på ersättningen och slutligen patientens kostnad för en behandling.<sup>33</sup> Hur mycket befolkningens kännedom om högkostnadsskyddet påverkar av det samma är svårt att bedöma. Vetskapen om att det finns ett skydd mot höga kostnader borde dock, få personer som tycker att tandvård är för kostsamt att våga gå och få en undersökning av eventuella besvär.

För att ge en övergripande bild av hur utbetalning från högkostnadsskyddet fördelas i befolkningen finns i tabell 5 nedan en presentation av hur stor andel av totala befolkningen som nyttjat högkostnadsskyddet generellt, samt kommit upp i första respektive andra ersättningsnivån. Tabellen visar också utbetald ersättning från högkostnadsskyddet per ersättningsnivå.

**Tabell 5 Andel av befolkningen som har fått del av högkostnadsskyddet samt aktuella utbetalningar för dessa**

	Period 1			Period 2		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Andel av befolkningen som fått ersättning, totalt	13,8 %	13,5 %	13,7 %	15,6 %	15,2 %	15,4 %
Total ersättning, miljoner kr	1 538	1 519	3 057	1 987	1 973	3 960
Andel av befolkningen som fått ersättning mellan karensbeloppen 3 000–15 000 kr	12,4 %	12,1 %	12,3 %	13,7 %	13,4 %	13,6 %
Ersättning för patienter i intervallet 3 000–15 000 kr, miljoner kr	959	907	1 866	1 143	1 082	2 225
Andel av befolkningen som fått ersättning över karensbeloppet 15 000 kr	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %	1,8 %
Ersättning för patienter över 15 000 kr, miljoner kr	579	612	1 191	844	891	1 735

Källa: Egna beräkningar

Cirka 14 respektive 15 procent av befolkningen har fått utbetalningar från högkostnadsskyddet. En något högre andel av kvinnorna än männen i befolkningen kommer över det första karensbeloppet. I avsnittet om besöksfrekvenser visades att en större andel av kvinnorna än männen i befolkningen besöker tandvården i förebyggande syfte, vilket också visats i Försäkringskassans tidigare studie om besöksfrekvenser i det nuvarande tandvårdsstödet. Det är därför inte förvånande att också en något större andel av kvinnorna i befolkningen kommer över karensbeloppet. Av dem som besökt tandvården (tabell 4) är det dock i stället en lägre andel av kvinnorna än männen som får ersättning från högkostnadsskyddet, vilket sannolikt delvis kan förklaras av att kvinnor går mer förebyggande och därför mer sällan drabbas av omfattande tandvårdsbehov. Det är möjligt att även socioekonomiska faktorer påverkar skillnader i kvinnor och mäns nyttjande av högkostnadsskyddet. En sådan analys av högkostnadsskyddet presenteras i senare avsnitt.

<sup>33</sup> Försäkringskassan, 2011, *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, Socialförsäkringsrapport 2011:10

Av den vuxna befolkningen når 1,4 respektive 1,8 procent i de två perioderna över det högre karensbeloppet på 15 000 kronor. Från tabellen syns också att cirka 12 respektive 14 procent av befolkningen kommer över det lägre karensbeloppet 3000 kronor men inte över det högre. Sett till utbetalningar syns att majoriteten av utbetalt belopp går till dem med ersättningsgrundande belopp mellan 3 000 kronor och 15 000 kronor, men det är då viktigt att beakta att antalet personer i detta intervall är betydligt större än i intervallet över 15 000 kronor. Högkostnadsskyddet är en ersättning som betalas till den lilla andel av befolkningen som konsumerar omfattande tandvård. I linje med reformens intentioner, ger högkostnadsskyddet ett reellt skydd för de med höga kostnader. Däremot går det inte att utifrån resultaten från denna analys avgöra om stödet går till de med de mest omfattande behoven. En sådan bedömning skulle kräva heltäckande kliniska undersökningar och register med uppgifter om tandhälsan för samtliga individer i befolkningen, vilket inte finns i dag.

### 3.5.3 Nyttjandet av högkostnadsskyddet utifrån sociodemografiska variabler

#### **Sammanfattande om av högkostnadsskyddet**

Det är bland personer mellan 50 och 74 år som störst andel utnyttjat högkostnadsskyddet och minst andel i åldersgruppen 20–29 år. Detta är förväntade resultat utifrån kunskapen om tandhälsan vid olika åldrar. För personer upp till 65 år är det en större andel av kvinnorna som kommit över karensbeloppet, medan det omvända gäller från 65 år.

Sett till inkomst är det i den högsta inkomstgruppen där störst andel nyttjat högkostnadsskyddet. Det har visat sig vara en betydande skillnad i andelen som nyttjat högkostnadsskyddet mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare. För de med låg inkomst gäller dock att de som nyttjat högkostnadsskyddet har höga ersättningsbelopp jämfört med övriga grupper. Det finns samtidigt stora skillnader i åldersstrukturen mellan de olika inkomstgrupperna, vilket sannolikt kan förklara en del av skillnaderna i gruppernas nyttjande av högkostnadsskyddet.

En större andel av personer födda i Sverige har nyttjat högkostnadsskyddet än utlandsfödda. Minst andel återfinns bland personer födda i övriga Europa och övriga världen, vilka har gjort förebyggande besök i lägre utsträckning än patienter från andra födelseregioner. Patienter födda i Sverige är den grupp där störst andel besöker tandvården i förebyggande syfte. De svenskfödda som kommit över karensnivån har kommit upp i låga ersättningsbelopp, relativt de andra grupperna.

För samtliga grupper gäller att en större andel av kvinnorna än männen kommit över karensnivån. Dock får kvinnorna i snitt lägre ersättning än männen. En större andel av kvinnorna än männen har gjort förebyggande besök.

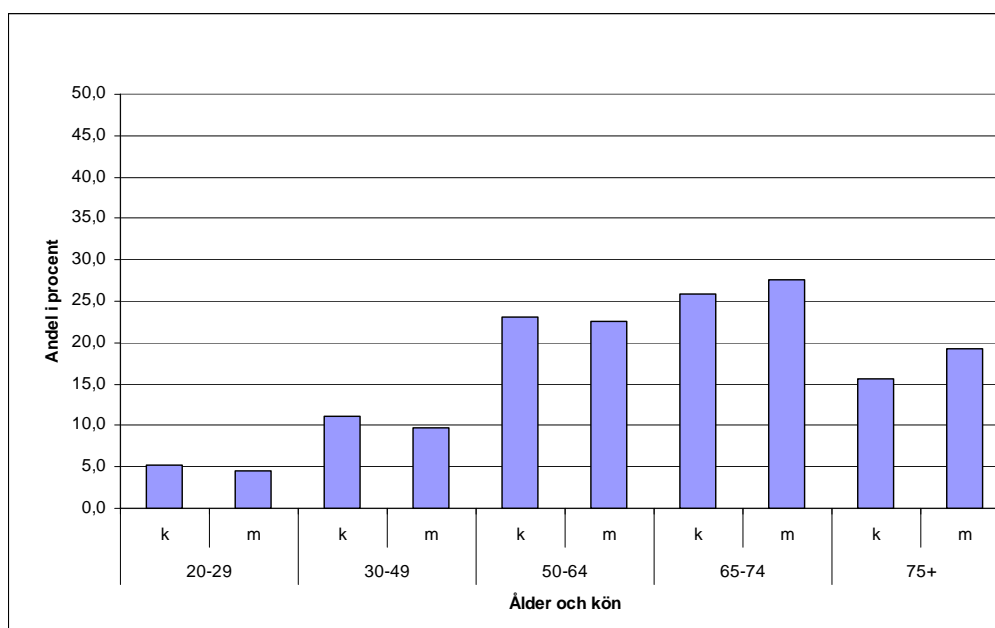
Tidigare studier av befolkningens självskattade tandhälsa och tandvårdsvanor har visat att det finns skillnader mellan hur olika grupper i befolk-

ningen uppfattar sin tandhälsa. Ensamstående med hemmavarande barn, lågutbildade, låginkomsttagare, pensionärer, arbetssökande och långtids-sjukskrivna är grupper med sämre självskattad tandhälsa än genomsnittet.<sup>34</sup> Det är utifrån dessa resultat intressant att utöver befolkningens generella nyttjande av högkostnadsskyddet, även studera utbetalningarna utifrån ett socioekonomiskt och demografiskt perspektiv. Analysen utförs utifrån kön, ålder, födelseregion, inkomst, utbildning och familjetyp.

### 3.5.4 Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på ålder

För att se hur stor andel av personer i olika åldersgrupper i befolkningen som kommit över karensbeloppet om 3 000 kronor och därmed erhållit ersättning från högkostnadsskyddet har figur 15 nedan tagits fram. Vid analys av olika åldersgruppers nyttjande av högkostnadsskyddet bör det beaktas att det finns odontologiska skillnader mellan olika åldersgruppers behov av omfattande tandvård<sup>35</sup>.

**Figur 15 Andel av befolkningen utifrån åldersgrupp och kön som fått ersättning från högkostnadsskyddet under period 2**



Källa: Egna beräkningar

Av figuren ovan framgår att det är personer i åldrarna mellan 50 och 74 år där störst andel i befolkningen kommit över karensbeloppet om 3 000 kronor i högkostnadsskyddet. För personer över 65 år är det viktigt att beakta att ytterligare individer med ersättning för tandvård tillkommer eftersom de fick ersättning från det tidigare tandvårdsstödet, vilka inte

<sup>34</sup> Socialstyrelsen 2010, *Befolkningens tandhälsa 2009*, s. 7, Försäkringskassan och Socialstyrelsen 2006, *Befolkningens tandhälsa*, s. 7-8, samt Folkhälsoinstitutet 2008, *Hälsa på lika villkor 2007*, s. 1

<sup>35</sup> Hugosson et al, 2008

redovisas i figuren ovan. Det är i åldersgruppen 20–29 år som minst andel fått ersättning från högkostnadsskyddet, vilket följer resonemanget i tidigare kapitel om ökat tandvårdsbehov med högre ålder. Att det är bland personer över 50 år där störst andel kommit över karensbeloppet är även det i linje med detta resonemang. Vidare avtar konsumtionen bland de allra äldsta i befolkningen.

Resultaten är i linje med de förhållanden som beskrivs i tandvårdsutredningen. Utredningen skriver att tandvårdsbehoven är små bland individer mellan 20 och 39 år eftersom majoriteten av dessa i stort sett har alla tänder i behåll, ett fåtal lagade tänder och relativt goda paradontala förhållanden. Personer mellan 40 och 59 år uppges ha sämre tandhälsa med något färre tänder, ett större antal fyllningar, mer kron- och broprotetik och rotbehandlingar samt något sämre paradontala förhållanden. Dessa besvär blir mera uttalade för personer över 60 år. Eftersom en lagad tand alltid är försvagad och fyllningsmaterialen utsätts för ständiga påfrestningar har personer med lagningar ett ökat tandvårdsbehov. Bland de allra äldsta i befolkningen finns många personer som saknar alla eller nästan alla tänder och har avtagbara proteser, vilket ger minskade behov av tandvård i form av reparation och underhåll<sup>36</sup>

För personer upp till 65 år är det en större andel av kvinnorna som kommit över karensbeloppet, medan det för personer från 65 år är en större andel av männen. Skillnaden mellan könen är dock små för samtliga grupper. Den åldersgrupp där skillnaden mellan könen är något mer tydlig är bland de som fyllt 75 år. Att förhållandet vänder för de äldsta är resultat som även visas i studien av besöksfrekvenser i innevarande studie samt framkom i Försäkringskassans studie av förebyggande besök 2010<sup>37</sup> där en större andel av kvinnorna hade gjort minst ett förebyggande besök i samtliga åldersgrupper, förutom för de som fyllt 75 år. Senare analys kommer att visa att ersättningsbeloppen är lägre för kvinnorna.

---

<sup>36</sup> SOU2007:19, 132-133

<sup>37</sup> Försäkringskassan, 2010, *Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstöd som infördes den 1 juli 2008*, Socialförsäkringsrapport 2010:11

**Tabell 6 Andel av befolkningen efter ålder och kön som kommit över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp**

Ålderskategori	Kön	Andel %
20–29	Kvinna	0,2
	Man	0,2
30–49	Kvinna	0,8
	Man	0,8
50–64	Kvinna	3,0
	Man	2,9
65–74	Kvinna	3,9
	Man	4,1
75+	Kvinna	2,2
	Man	2,7

Källa: Egna beräkningar

Tabell 6 visar att mönstret för hur stor andel av befolkningen i olika åldersgrupper som kommit över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp är det samma som för av högkostnadsskyddet i sin helhet. En ytterst liten andel i åldersgruppen 20–29 år kommer över den högsta ersättningsnivån, medan en större andel hamnar över i åldersgrupperna från 50 år. Störst andel återfinns i åldersgruppen 65–74.

För att kunna ge en mer detaljerad bild av hur ersättningen från högkostnadsskyddet fördelar sig mellan olika åldersgrupper i befolkningen följer en analys av fördelningen av ersättningsbeloppen som betalas ut till dem som kommer över karensbeloppet om 3 000 kronor i högkostnadsskyddet. Detta görs genom att studera hur mycket ersättningsbelopp som varje individ genererar under en 12-månadersperiod, samt hur det totala antalet utbetalningar fördelar sig med avseende på olika socioekonomiska och demografiska variabler. Mer specificerat beräknas för varje individ, summan av ersättningsbeloppen för all vård utförd under en ersättningsperiod. I nästa steg beräknas percentilerna för ersättningsbeloppen, inom varje specifik grupp, vilket ger möjlighet att beskriva och analysera spridningen och fördelningen av ersättningsbeloppen i olika grupper.<sup>38</sup>

Tabellerna nedan visar ersättningsbelopp från högkostnadsskyddet. En viktig faktor att beakta är att det ersättningsgrundande beloppet beräknas utifrån referenspriset och inte det verkliga vårdgivarpriset, vilket kan medföra att patienternas faktiska kostnader för tandvården kan vara betydligt högre än vad tabellerna visar. För en redogörelse av patienters faktiska kostnader hänvisas till Försäkringskassans tidigare studier om patientkostnader från 2009 och 2010<sup>39</sup>. För att få en övergripande uppfattning om skillnaden mellan patienters faktiska kostnad och utbetalningarna från högkostnadsskyddet hänvisas till senare avsnitt där patientkostnader för reparativa behandlingar (lagningar) studeras.

<sup>38</sup> Se bilaga 3 för metodbeskrivning.

<sup>39</sup> Försäkringskassan, 2010, Socialförsäkringsrapporter 2010:11 och 2010:13



Följande analys visar hur ersättningen från högstkostnadsskyddet fördelar sig för samtliga individer som konsumerat tandvård under den aktuella perioden och därmed finns i Försäkringskassans tandvårdsregister. Detta oavsett om de fått ersättning från högstkostnadsskyddet eller inte.

**Tabell 7 Fördelning av ersättningsbelopp från högstkostnadsskyddet i kronor per individ för alla som konsumerat tandvård, period 2**

Ålderskategori	25 %	Median	75 %	99 %
20–29	0	0	0	4 313
30–49	0	0	0	9 315
50–64	0	0	418	25 260
65–74	0	0	518	28 031
75+	0	0	228	22 571

Källa: Egna beräkningar

I tabellen ovan visas att medianersättningen i samtliga åldersgrupper är noll kronor, vilket innebär att minst hälften av ersättningsbeloppen inte resulterat i någon utbetalning. Detta är i linje med den tidigare bilden att cirka 25 procent av patienterna får ersättning från högstkostnadsskyddet. Vid den 75:e percentilen har personer som fyllt 50 år fått utbetalning från högstkostnadsskyddet, vilket de mellan 20 och 49 år inte har fått. För de mellan 20 och 29 år gäller att det är först vid den 89:e percentilen som utbetalning från högstkostnadsskydd skett. För de mellan 50 och 64 år utbetalas ersättning redan vid den 68:e percentilen. De som konsumerar tandvård med ett ersättningsgrundande belopp om minst 15 000 kronor får ersättning om 85 procent, vilket motsvarar en utbetalning över 6 000 kronor. I tabellen syns att den högsta procenten utbetalda ersättningar når över andra karensbeloppet inom samtliga åldersgrupper, med undantag för de mellan 20 och 29 år. Högst ersättningsbelopp återfinns i åldersgruppen 65–74 år och lägst bland den yngsta åldersgruppen.

Vidare följer en separat analys av hur ersättningsbelopp fördelar sig för dem som kommit över karensbeloppet om 3 000 kronor och därmed fått utbetalning från högstkostnadsskyddet. Skillnaden från den tidigare tabellen är att här är endast ersättningsbelopp för de personer som fått utbetalning med. I den tidigare tabellen var samtliga som finns i tandvårdsregistret med, oavsett om de erhållit ersättning eller inte.

**Tabell 8 Fördelning av ersättningsbelopp i kronor per individ för de som nått över karensnivån om 3 000 kronor i högstkostnadsskyddet, period 2**

Ålderskategori	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
20–29	1 950	368	928	2 005	17 241
30–49	2 653	410	1 118	2 428	30 863
50–64	3 943	485	1 360	3 223	47 633
65–74	4 270	493	1 428	3 645	48 122
75+	3 866	452,5	1 318	3 513	42 142

Källa: Egna beräkningar

Resultaten i tabell 8 visar att det är personerna i åldersgruppen 20–29 år som genererat de lägsta ersättningsbeloppen i samtliga percentiler och som också har den i snitt lägsta ersättningen. Vidare tyder resultaten från analysen på att det är i åldersgrupp 65–74 år som mest konsumtion förekommer eftersom det är i denna grupp som de största ersättningsbeloppen uppkommit. Det är också denna grupp som har det högsta genomsnittliga ersättningsbeloppet.

En separat analys har även gjorts av fördelningen av ersättningsbelopp för de individer som passerat 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp.

**Tabell 9 Fördelning av ersättningsbelopp<sup>40</sup> i kronor per individ för de som nått över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp i högkostnadsskyddet, period 2**

Ålderskategori	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
20–29	9 343	1 926	4 786	9 767	63 597
30–49	11 732	2 257	5 990	14 191	77 724
50–64	14 304	2 814	7 705	18 680	83 921
65–74	13 714	2 877	7 680	17 922	79 288
75+	12 332	2 720	7 161	16 286	67 448

Källa: Egna beräkningar

Resultaten visar att bland de ersättningar som betalats ut för ersättningsgrundande belopp över 15 000 kronor är det åldersgruppen 50–64 år som har de högsta median- och snittersättningsbeloppen. Detta skiljer sig från tidigare analys av samtliga personer som fått ersättning från högkostnadsskyddet, vilken visade att den högsta ersättningen uppkom bland dem mellan 65 och 74 år. Skillnaderna mellan dessa åldersgrupper är dock små. Att ersättningen avtar för de över 75 år är inte förvånande då det i denna åldersgrupp dels finns ett stort antal individer med dålig generell hälsa och dels kan viljan att göra kostsamma tandvårdsinvesteringar möjligen ha avtagit. Åldersgruppen 20–29 år har även här de lägsta ersättningsbeloppen.

För samtliga åldersgrupper finns stora skillnader mellan snittersättningen och medianersättning, vilket tyder på att det finns en stor spridning i den utbetalda ersättningen. Samma mönster återfinns även i tabell 8 där samtliga som fått ersättning studerades. En stor skillnad mellan medel- och medianersättningen indikerar att det finns ett antal väldigt höga utbetalningar som drar upp den genomsnittliga ersättningsnivån i gruppen.

Den analys av tandvårdsbehov, utifrån förekomst av karies och tandlossning i olika åldersgrupper, som redovisas tidigare i denna rapport visar en god tandhälsa för de yngre och en sämre tandhälsa för de äldre. Även i tidigare forskning finns stöd för att tandhälsan är bäst hos de unga. Därmed är det inte förvånande att 20–29-åringar är den åldersgrupp där lägst andel nyttat

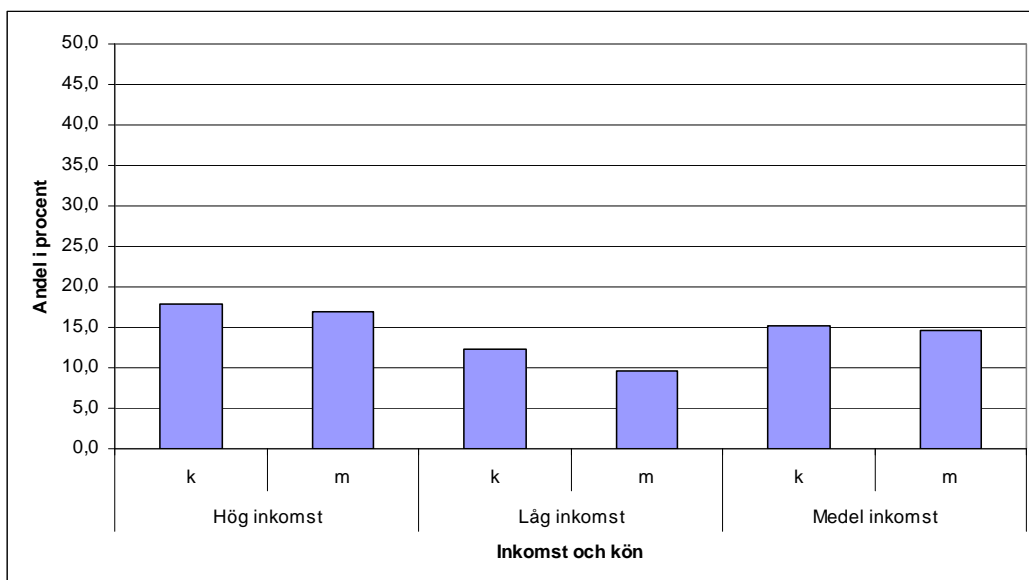
<sup>40</sup> Ersättningsbeloppen avser endast den del av utbetalningen som gjorts för den del av det ersättningsgrundande beloppet som överstiger 15 000 kronor. Detta betyder att de 6 000 kronor som betalas ut i det lägre ersättningsintervallet mellan 3 000 och 15 000 kronor har dragits ifrån de belopp som presenteras i tabellen.

högkostnadsskyddet, samtidigt som de genererat de lägsta ersättningsbeloppen. Att den äldsta åldersgruppen konsumerar mindre tandvård än de mellan 50 och 74 år har som diskuterats i stycket ovan sannolikt andra förklaringar än att de har god tandhälsa. En djupare analys av data har visat att bland dem som fyllt 75 år är 27 procent låginkomsttagare jämfört med 9 procent bland de mellan 50 och 64 år. Detta förhållande bidrar sannolikt också till den avtagande konsumtionen av omfattande tandvård efter 75 år. Även bland 20–29-åringarna finns en relativt stor andel personer med låga inkomster i tandvårdspopulationen. I senare avsnitt kommer det att visas hur ersättning från högkostnadsskyddet fördelas mellan olika inkomstgrupper.

### 3.5.5 Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på inkomst

I studien används tre inkomstgrupper: låg inkomst, medelinkomst och hög inkomst. Med låg inkomst avses individer med en inkomst som är lägre än 60 procent av medianinkomsten i befolkningen. Till gruppen hög inkomst räknas de individer med en inkomst som är större än 140 procent av medianinkomsten, vilket resulterar i att de med en inkomst som är mellan 60 och 140 procent av medianinkomsten räknas som medelinkomsttagare. Det inkomstbegrepp som använts är Statistiska centralbyråns disponibel inkomst<sup>41</sup>.

**Figur 16** Andel av befolkningen sett till inkomstgrupp och kön som fått ersättning från högkostnadsskyddet under period 2<sup>42</sup>



Källa: Egna beräkningar

<sup>41</sup> Disponibel inkomst beskriver summan av alla skattefria och skattepliktiga faktorinkomster, minus skatt och andra negativa transfereringar (SCB 2009).

<sup>42</sup> Diagrammet presenterar hur stor andel av den totala befolkningen inom respektive inkomstgrupp som fått ersättning från högkostnadsskyddet.

Resultaten från denna del av undersökningen visar att det är inom den högsta inkomstklassen som störst andel sett till befolkningen nyttjat högkostnadsskyddet. Det är en markant skillnad i andelen som nyttjat högkostnadsskyddet mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare. Analysen, som presenteras senare i detta avsnitt, av hur ersättningsbeloppen fördelar sig inom och mellan inkomstgrupper visar emellertid att trots den stora andel av höginkomsttagare som får ersättning från högkostnadsskyddet, är det låginkomsttagarna som erhållit de högsta ersättningsbeloppen.

Samtidigt visar en djupare analys av data att det finns stora skillnader i åldersstrukturen mellan de olika inkomstgrupperna, vilket sannolikt kan förklara en del av skillnaderna i gruppernas nyttjande av högkostnadsskyddet. I tidigare avsnittet där av högkostnadsskyddet studeras utifrån ålder, har det visat sig att andelen personer som fått utbetalningar ökar kraftigt bland personer över 50 år. Utifrån detta kan noteras att andelen personer över 50 år i de olika inkomstgrupperna är relativt lika, vilket i sig borde bidra till en jämn fördelning av av högkostnadsskyddet även när hänsyn tas till ålder. Däremot är det troligen av stor betydelse att den största andelen av personerna under 50 år bland låginkomsttagarna utgörs av personer mellan 20 och 29 år, vilka endast representerar en marginell andel av höginkomsttagarna. Det är i denna åldersgrupp som minst andel fått ersättning från högkostnadsskyddet, vilket i sin tur sannolikt påverkar ersättningsfördelningen bland låginkomsttagarna. Vidare är cirka en tredjedel i gruppen låginkomsttagare över 65 år, en ålderskategori som har relativt omfattande tandvårdsbehov.

För samtliga inkomstgrupper gäller att en större andel av kvinnorna än männen kommit över karensnivån. Att en större andel av kvinnorna når över karensbeloppet kan sannolikt förklaras av att en större andel av kvinnorna i befolkningen besöker tandvården.

För att kunna ge en mer detaljerad bild av hur ersättningen från högkostnadsskyddet fördelar sig mellan personer ur olika inkomstgrupper i befolkningen presenteras tabellerna nedan.

**Tabell 10 Fördelning av ersättningsbelopp från högkostnadsskyddet i kronor per individ för alla som konsumerat tandvård, period 2**

Inkomstgrupp	25 %	Median	75 %	99 %
Hög inkomst	0	0	53	15 788
Medelinkomst	0	0	80	20 272
Låg inkomst	0	0	0	19 536

Källa: Egna beräkningar

I tabell 10 ovan presenteras hur ersättningen fördelar sig för samtliga individer som finns i tandvårdsregistret, med avseende på inkomst, oavsett om de nyttjat högkostnadsskyddet eller inte. För samtliga inkomstgrupper är medianersättningen noll kronor. Tabellen visar att personer med medelinkomst generellt har de högsta ersättningsbeloppen i dessa percentiler. Vidare visar tabellen att en större andel av låginkomsttagarnas ersättningsbelopp är noll kronor, vilket innebär att en större andel av ersättnings-

beloppen inte lett till utbetalning. Däremot är ersättningsbeloppet för gruppen relativt högt i den översta percentilen, där låginkomsttagarna har högre ersättningsbelopp än höginkomsttagarna. Detta blir ännu tydligare när endast de som fått utbetalning studeras i tabellen nedan.

**Tabell 11 Fördelning av ersättningsbelopp i kronor per individ för de som nått över karensnivån om 3 000 kronor i högkostnadsskyddet, period 2**

Inkomstgrupp	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
Hög inkomst	3 178	448	1 260	2 790	37 331
Medelinkomst	3 716	455	1 275	3 070	44 862
Låg inkomst	3 928	470	1 313	3 345	45 393

Källa: Egna beräkningar

I tabellen ovan visas fördelningen av ersättningsbelopp för personer som nyttjar högkostnadsskyddet. Tabellen visar att bland de låginkomsttagare som fått ersättning från högkostnadsskyddet är ersättningarna genomgående högre än för övriga grupper. Det betyder att de låginkomsttagare som kommer över karensbeloppet har en mer omfattande konsumtion än övriga grupper. Detta kan delvis förklaras av det faktum att en relativt stor andel av låginkomsttagarna är över 65 år, en åldersgrupp med omfattande tandvårdsbehov.

Att de med hög inkomst konsumerar tandvård motsvarande de lägsta ersättningsbeloppen, trots att denna grupp har de bästa ekonomiska förutsättningarna för konsumtion, indikerar möjligen att behoven i denna grupp inte är lika omfattande som för de andra inkomstgrupperna. Tidigare avsnitt visar att endast 87 procent av de låginkomsttagare som besökt tandvården har utfört minst ett förebyggande besök under den studerade perioden, vilket motsvarar av 95 procent av patienterna med hög inkomst. Vidare visar resultaten att 56 procent utav de besök som höginkomsttagare gjort inom tandvården har varit i förebyggande syfte, medan låginkomsttagande kvinnor och män har gjort förebyggande åtgärder i 52 respektive 50 procent av fallen. Förebyggande besök antas minska behoven av omfattande framtida tandvårdsbehandlingar, vilket därmed även kan bidra till att minska patientens tandvårdskostnader och således även av högkostnadsskyddet. Vidare indikerar den relativt lägre graden förebyggande besök bland låginkomsttagare att denna grupp patienter har kontakt med tandvården av akuta eller reparativa skäl i större utsträckning än personer med hög inkomst. Detta indikerar en något sämre tandhälsa hos gruppen låginkomsttagare som fått ersättning från högkostnadsskyddet. Det är dock inom den högsta inkomstklassen som störst andel nyttjat högkostnadsskyddet och skillnaden i andel mellan denna grupp och andelen i gruppen låginkomsttagare är stor.

**Tabell 12 Fördelning av ersättningsbelopp<sup>43</sup> i kronor per individ för de som nått över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp i högkostnadsskyddet, period 2**

Inkomstgrupp	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
Hög inkomst	12 275	2 457	6 600	15 313	78 102
Medelinkomst	13 745	2 767	7 506	17 816	80 550
Låg inkomst	13 505	2 750	7 251	17 444	80 610

Källa: Egna beräkningar

I tabell 12 ovan visas att den inkomstgrupp vilkas medianersättningsbelopp är högst är medelinkomsttagarna. Det är dock bara marginellt mer än medianersättning för de med låg inkomst. Även denna tabell indikerar att höginkomsttagarna har en generellt lägre ersättningsnivå än övriga grupper. Höginkomsttagarna har även här de lägsta ersättningsbeloppen relativt övriga grupper.

Tandvårdsutredningen skriver angående inkomster att dessa, och därmed möjligheterna att betala en viss summa för tandvård, skiljer sig kraftigt åt mellan olika individer. Därför bedömdes det att ett generellt system, där alla har samma karensbelopp och ersättningsnivåer, inte kommer att minska kostnaderna tillräckligt för att det ska ta bort de ekonomiska hindren för samtliga. Utredningen menar dock att det inte är möjligt att inom ramen för ett generellt system utforma en tandvårdsersättning som hanterar alla de skillnader i ekonomiska förutsättningar som finns. Att få ersättning från socialtjänsten nämns som ett alternativ för att klara tandvårdskostnader för de med de allra lägsta inkomsterna.<sup>44</sup> Att en så liten del av låginkomsttagarna nyttjar högkostnadsskyddet visar dock på att möjligheten att få tandvården betald av socialtjänsten inte är tillräckligt för att kompensera för skillnaderna i de ekonomiska ramarna som finns i befolkningen. Troligen räcker inte det högkostnadsskydd som finns i dag för att alla, oavsett inkomst, ska få sina behov tillfredställda.

Under våren 2011 kommer en studie utförd av en nationalekonomisk forskare av inkomstens påverkan på efterfrågan på tandvård att presenteras. Studien görs på uppdrag av Försäkringskassan.

### 3.5.6 Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på födelseland

Socialstyrelsens studie<sup>45</sup> av självskattad tandhälsa från 2010 visade att personer födda utanför Sverige har en sämre självskattad allmän tandhälsa än personer födda i Sverige. Sämst självskattad tandhälsa uppgav personer födda utanför Europa. Det bedöms således vara av intresse att se hur av högkostnadsskyddet fördelar sig i befolkningen utifrån födelseland. I

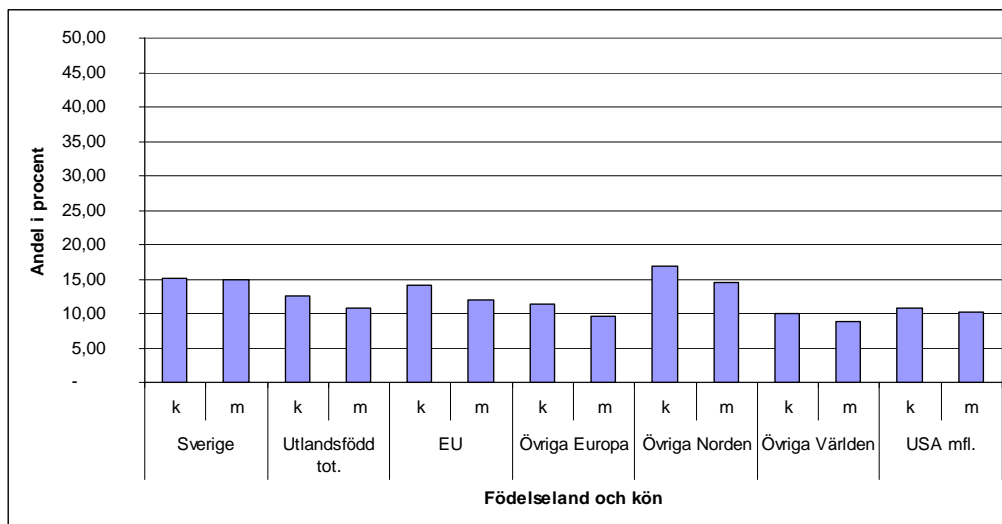
<sup>43</sup> Ersättningsbeloppen avser endast den del av utbetalningen som gjorts för den del av det ersättningsgrundande beloppet som överstiger 15 000 kronor. Detta betyder att de 6 000 kronor som betalas ut i det lägre ersättningsintervallet mellan 3 000 och 15 000 kronor har dragits ifrån de belopp som presenteras i tabellen.

<sup>44</sup> SOU 2007:19, s. 306

<sup>45</sup> Socialstyrelsen, 2010

analysen nedan används sex födelseregioner; Sverige, övriga Norden, EU utanför Norden, Övriga Europa utanför EU och Norden, USA mf. och övriga världen. Till USA mf. räknas Kanada, Japan, Australien och Nya Zeeland

**Figur 17 Andel av befolkningen utifrån födelse-land och kön som fått ersättning från högkostnadsskyddet under period 2**



Källa: Egna beräkningar

Resultaten som presenteras i figur 17 visar att en större andel av personer födda i Sverige nyttjar högkostnadsskyddet än utlandsfödda. För samtliga födelseländer gäller att en större andel av kvinnorna än männen kommit över karensbeloppet i högkostnadsskyddet. Störst andel som kommit över karensbeloppet återfinns bland svenskfödda och personer födda i övriga Norden. Minst andel återfinns bland personer födda i övriga Europa och övriga världen. Det finns sannolikt ett samband mellan detta och att svenskfödda har markant högre besöksfrekvens än övriga grupper och att personer födda i Europa utanför EU och övriga Världen har lägst besöksfrekvens. Som beskrivits tidigare finns en underrepresentation av utlandsfödda bland dem som besökt tandvården. I tandvårdsregistret är 87 procent födda i Sverige, mot 83 procent i befolkningen i stort. För samtliga födelsegrupper gäller att en större andel av kvinnorna än männen kommit över karensnivån.

Varför personer födda i Europa utanför EU och övriga världen i en betydande lägre utsträckning än andra nyttjar högkostnadsskyddet förklaras inte av denna studie, utan kräver vidare studier.

**Tabell 13 Fördelning av ersättningsbelopp från högkostnadsskyddet i kronor per individ för alla som konsumerat tandvård, period 2**

Födelsegrupp	25 %	Median	75 %	99 %
EU	0	0	508	34 709
Övriga Europa	0	0	580	48 164
Övriga Norden	0	0	405	29 660
Övriga Världen	0	0	475	29 558
Sverige	0	0	73	16 897
USA m.fl.	0	0	68	17 454

Källa: Egna beräkningar

I tabellen ovan presenteras hur ersättningen fördelar sig för samtliga individer som finns i tandvårdsregistret utifrån födelseland oavsett om de nått över karensnivån i högkostnadsskyddet eller inte. I tabellen visas att medianersättningen är noll för samtliga grupper. Vid den 75:e percentilen är ersättningsbeloppen lägst för personer födda i Sverige och USA m.fl. Möjligen kan de svenskföddas låga ersättningsbelopp vara ett resultat av den höga frekvensen av förebyggande besök som tidigare presenterats. Samma avsnitt visade att de svenskfödda som besökt tandvården har det lägsta antal besök per person och detta kan tolkas som ett tecken på att gruppen svenskfödda har god tandhälsa.

I den översta percentilen som motsvarar de ersättningsperioder med mest omfattande konsumtion är ersättningen markant högre för personer födda i övriga Europa. Dessa personer har samtidigt den lägsta besöksfrekvensen vad gäller förebyggande besök. Endast 40 procent av gruppens totala besök utgörs av förebyggande besök, vilket motsvaras av 54 procent för de svenskfödda.

**Tabell 14 Fördelning av ersättningsbelopp i kronor per individ för de som nått över karensnivån om 3 000 kronor i högkostnadsskyddet, period 2**

Födelsegrupp	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
EU	5 274	555	1 570	4 218	59 665
Övriga Europa	7 281	632,5	1 830	5 338	75 760
Övriga Norden	4 688	507,5	1 470	3 855	54 544
Övriga Världen	4 756	577,5	1 543	3 928	55 283
Sverige	3 346	445	1 238	2 875	39 533
USA m.fl.	3 498	490	1 335	3 085	40 752

Källa: Egna beräkningar

Resultaten som visas i tabell 14 anger att både medel- och medianersättningen, bland de som kommit över karensbeloppet, är högst för personer födda i övriga Europa, en grupp som enligt Socialstyrelsens undersökning om befolkningens tandhälsa har låg självskattad tandhälsa. Lägsta medel- och medianersättning har svenskfödda. Även det bekräftar resultaten från den självskattade tandhälsan där svenskfödda uppger en bättre självskattad tandhälsa än övriga.



**Tabell 15 Fördelning av ersättningsbelopp<sup>46</sup> i kronor per individ för de som nått över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp i högkostnadsskyddet, period 2**

Födelsegrupp	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
EU	16 063	3 419	9 020	21 800	85 723
Övriga Europa	20 299	4 429	12 121	29 346	96 012
Övriga Norden	15 045	3 018	8 262	20 056	82 833
Övriga Världen	14 998	2 950	7 820	19 605	87 423
Sverige	12 642	2 567	6 885	16 082	76 653
USA m.fl.	12 822	2 236	7 191	15 729	81 507

Källa: Egna beräkningar

Också i det högsta ersättningsintervallet är tendensen att personer födda i Sverige konsumerar tandvård med lägre ersättningsbelopp jämfört med personer från andra regioner, vilket ger samma indikationer som analysen under tabell 14. Även här är medel- och medianersättningen högst för personer födda i övriga Europa, en grupp som har en låg självskattad tandhälsa. De relativt låga ersättningsbeloppen för svenskfödda speglar sannolikt ett relativt lågt tandvårdsbehov. Att en relativt stor andel av de svenskfödda når över karensbeloppet i högkostnadsskyddet, men att gruppen som når över har relativt sett låga ersättningsbelopp indikerar relativt sett goda möjlighet att konsumera tandvård, men ett relativt sett lågt behov av omfattande tandvård. Det omvända tycks gälla för personer födda i övriga Europa. Samtidigt som gruppen har lägst andel som kommer över karensbeloppet, har de som kommer över de högsta ersättningsbeloppen. Detta indikerar att det finns omfattande behov i gruppen och det är därför sannolikt att det finns personer i gruppen som har omfattande behov, men av något skäl inte konsumerar omfattande tandvård.

### 3.5.7 Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på familjesammansättning

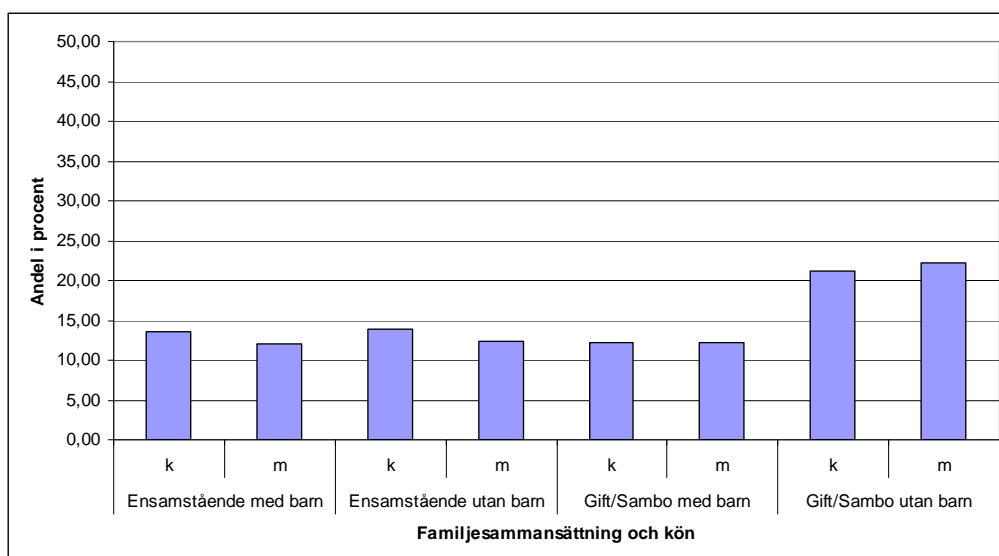
I studien används fyra familjesammansättningar; gift/sammanboende utan hemmavarande barn, gift/sammanboende med hemmavarande barn, ensamstående utan hemmavarande barn och ensamstående med hemmavarande barn. Det är endast personer som har barn folkbokförda hos sig som räknas som att ha barn i beräkningarna, vilket innebär att personer som har barn boende t.ex. hos den andra föräldern räknas till gruppen utan barn.

Tidigare studier<sup>47</sup> gjorda av Försäkringskassan visar att ensamstående är en ekonomiskt utsatt grupp. Det bedöms därför intressant att ta reda på hur av högkostnadsskyddet fördelar sig mellan personer med olika familjesammansättningar.

<sup>46</sup> Ersättningsbeloppen avser endast den del av utbetalningen som gjorts för den del av det ersättningsgrundande beloppet som överstiger 15 000 kronor. Detta betyder att de 6 000 kronor som betalas ut i det lägre ersättningsintervallet mellan 3 000 och 15 000 kronor har dragits ifrån de belopp som presenteras i tabellen.

<sup>47</sup> Försäkringskassan, 2010, Socialförsäkringsrapport 2010:10, Resultatindikationer för den ekonomiska familjepolitiken.

**Figur 18 Andel av befolkningen utifrån familjesammansättning och kön som fått ersättning från högkostnadsskyddet under period 2**



Källa: Egna beräkningar

Det är bland personer som är gifta/sammanboende utan hemmavarande barn där störst andel fått utbetalning från högkostnadsskyddet. Att jämföra familjetyperna med hemmavarande barns konsumtion mot konsumtionen för familjetyper utan hemmavarande barn är vanskligt eftersom de skiljer sig markant åldersmässigt. Bland de ensamstående utan hemmavarande barn är andelen som fått ersättning från högkostnadsskyddet lägre, vilket sannolikt delvis förklaras av att dessa personer är yngre än de gifta/sammanboende utan barn.

Skillnaderna mellan familjetyperna med hemmavarande barn är mycket små. En djupare analys av data har visat att dessa familjetyper är mycket lika åldersmässigt, varför det inte borde finnas skillnader i tandvårdsbehov utifrån ålder mellan de två grupperna. Även inkomstmässig är skillnaderna mellan grupperna små, vilket även det kan bidra till att av högkostnadsskyddet är relativt jämnt mellan grupperna.

Resultaten från Socialstyrelsens kartläggning om befolkningens självskattade tandhälsa från 2010 visade att en större andel av de ensamstående med hemmavarande barn uppgav en dålig generell tandhälsa jämfört med personer med annan familjesammansättning<sup>48</sup>. Samma undersökning visade att 37 procent av ensamstående med hemmavarande barn avstått tandvård en eller flera gånger trots behov under de senaste tolv månaderna. Av dessa var det 84 procent som uppgav att de avstått av ekonomiska skäl.<sup>49</sup>

<sup>48</sup> Socialstyrelsen, 2010, s. 35

<sup>49</sup> Socialstyrelsen, 2010, s.29

**Tabell 16** Fördelning av ersättningsbelopp från högkostnadsskyddet i kronor per individ för alla som konsumerat tandvård, period 2

Familjesammansättning	25 %	Median	75 %	99 %
Ensamstående med hemmavarande barn	0	0	0	16 940
Ensamstående utan hemmavarande barn	0	0	100	21 253
Gift/Sambo med hemmavarande barn	0	0	0	11 359
Gift/Sambo utan hemmavarande barn	0	0	345	23 774

Källa: Egna beräkningar

I tabellen ovan presenteras hur ersättningen fördelar sig för samtliga individer som finns i tandvårdsregistret uppdelat på familjetyp oavsett om de nått över karensnivån i högkostnadsskyddet eller inte. Tabellen visar att medianersättningen för samtliga grupper är noll. Giftn/samboende utan hemmavarande barn har de högsta ersättningsbeloppen, medan gruppen ensamstående utan hemmavarande barn har de näst högsta. Lägst är ersättningen för familjetyper med hemmavarande barn. Det är möjligen så att en del av dessa skillnader kan förklaras av skillnader i försörjningsbörda mellan de med och utan hemmavarande barn. Men sannolikt förklaras en större del av åldersskillnaderna mellan de med hemmavarande barn och de utan. Personerna i grupperna utan hemmavarande barn är betydligt äldre än de med barn.

**Tabell 17** Fördelning av ersättningsbelopp i kronor per individ för de som nått över karensnivån om 3 000 kronor i högkostnadsskyddet, period 2

Familjesammansättning	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
Ensamstående med hemmavarande barn	3 420	465	1 260	2 923	40 978
Ensamstående utan hemmavarande barn	3 882	470	1 315	3 236	45 763
Gift/Sambo med hemmavarande barn	2 932	418	1 145	2 535	36 558
Gift/Sambo utan hemmavarande barn	3 866	468	1 348	3 304	44 662

Källa: Egna beräkningar

I tabellen ovan visas hur ersättningsbeloppen för de som passerat karensnivån i högkostnadsskyddet fördelar sig. Resultaten anger att familjer med hemmavarande barn har lägst ersättningar. Familjer utan hemmavarande barn får de högsta ersättningsbeloppen. Bland de utan hemmavarande barn är det de ensamstående som har högst ersättning, vilket sett till ålder är något förvånande. Detta eftersom 93 procent av de giftn/samboende utan hemmavarande barn är över 50 år medan motsvarande siffra för de ensamstående utan hemmavarande barn är 55 procent.

**Tabell 18** Fördelning av ersättningsbelopp<sup>50</sup> i kronor per individ för de som nått över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp i högkostnadsskyddet, period 2

Familjesammansättning	Medel- värde	25 %	Median	75 %	99 %
Ensamstående med hemmavarande barn	12 983	2 627	7 136	16 537	81 736
Ensamstående utan hemmavarande barn	13 792	2 809	7 531	17 799	81 617
Gift/Sambo med hemmavarande barn	12 928	2 414	6 520	15 925	82 059
Gift/Sambo utan hemmavarande barn	13 228	2 737	7 366	17 285	77 116

Källa: Egna beräkningar

I tabell 18 syns att spridningen i ersättningsbelopp mellan de olika familjetyperna i det högsta ersättningsintervallet är relativt liten. Att skillnaderna är små är förvånande då grupperna skiljer sig åt vad gäller t.ex. ålder och försörjningsbörda. Dessutom visar tidigare studier att ensamstående med hemmavarande barn har sämre självskattad tandhälsa än övriga grupper.

I detta ersättningsintervall, liksom i det lägre intervallet, indikerar den stora skillnaden mellan median- och medelersättning att spridningen av ersättningsbelopp är stora inom grupperna. Inom samtliga grupper finns personer med mycket höga tandvårdskostnader som drar upp gruppens medelvärde.

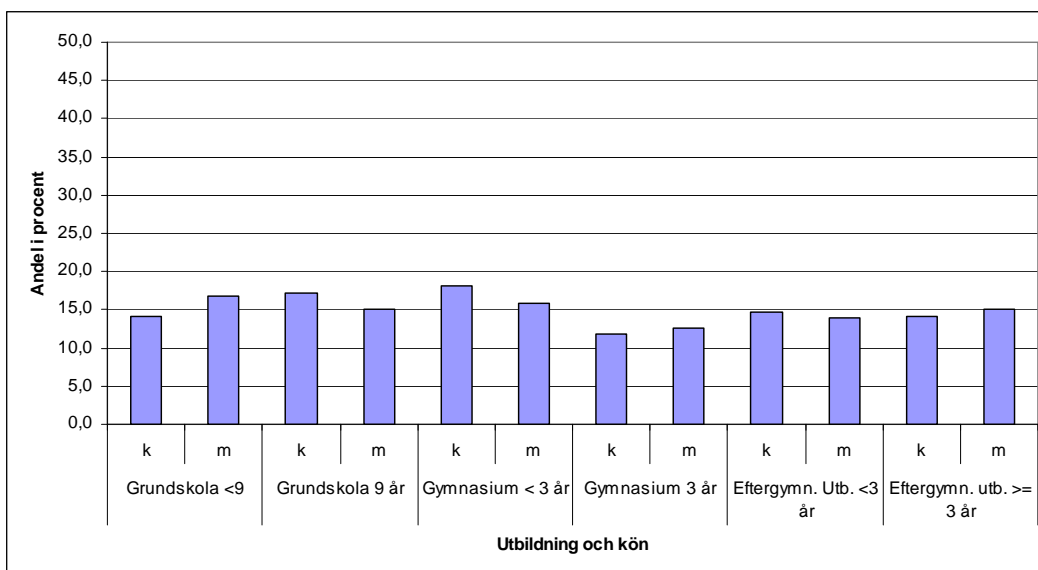
### 3.5.8 Konsumtion inom högkostnadsskyddet uppdelat på utbildningskategori

I studien används sex utbildningskategorier; grundskola mindre än nio år, grundskola nio år, gymnasieskola högst två år, gymnasieskola tre år, eftergymnasial utbildning högst två år och eftergymnasial utbildning minst tre år. Det är den indelning som SCB använder för att kategorisera befolkningen utifrån utbildningsnivå<sup>51</sup>. Vid analys av olika utbildningsgruppers nyttjande av högkostnadsskyddet bör det beaktas att en djupare analys av data visat att det i tandvårdsdata finns ett negativt samband mellan utbildningsnivå och ålder. Det innebär att utbildningsnivån är lägre bland de med hög ålder och eftersom det finns odontologiska skillnader mellan olika åldersgruppers behov av tandvård kan en analys utan hänsyn till detta ge missvisande resultat.

<sup>50</sup> Ersättningsbeloppen avser endast den del av utbetalningen som gjorts för den del av det ersättningsgrundande beloppet som överstiger 15 000 kronor. Detta betyder att de 6 000 kronor som betalas ut i det lägre ersättningsintervallet mellan 3 000 och 15 000 kronor har dragits ifrån de belopp som presenteras i tabellen.

<sup>51</sup> Det finns egentligen en sjunde utbildningsnivå, forskarutbildning, men den har här slagits samman med eftergymnasial utbildning minst tre år.

**Figur 19 Andel av befolkningen utifrån utbildningskategori och kön som fått ersättning från högkostnadsskyddet under period 2**



Källa: Egna beräkningar

Figur 19 ovan visar att andelen personer inom olika utbildningskategorier som nyttjat högkostnadsskyddet är relativt jämn. En något högre andel utbetalningar från högkostnadsskyddet återfinns dock bland personer med grundskoleutbildning eller gymnasium mindre än tre år. Det finns inte något tydligt mönster i hur stor andel av kvinnor respektive män som kommit över karensbeloppet.

För att kunna ge en mer explicit bild av hur ersättningen från högkostnadsskyddet fördelar sig mellan personer med olika utbildningskategorier görs en analys av fördelningen av ersättningsbeloppen som staten betalar ut.

**Tabell 19 Fördelning av ersättningsbelopp från högkostnadsskyddet i kronor per individ för alla som konsumerat tandvård, period 2**

Utbildning	25 %	Median	75 %	99 %
Eftergymnasial utbildning >= 3 år	0	0	0	13 472
Eftergymnasial utbildning < 3 år	0	0	0	14 721
Gymnasieskola 3 år	0	0	0	13 676
Gymnasieskola mindre än 3 år	0	0	205	22 273
Grundskola 9 år	0	0	207	22 924
Grundskola mindre än 9	0	0	310	28 338

Källa: Egna beräkningar

I tabell 19 ovan presenteras hur ersättningen fördelar sig för samtliga individer som finns i tandvårdsregistret oavsett om de nått över karensnivån i högkostnadsskyddet eller inte. Från tabellen framgår det att de högsta ersättningsbeloppen har utbildningsgruppen grundskola mindre än nio år. Även utbildningsgrupperna nioårig grundskola och gymnasieskola mindre än tre år har relativt sett höga ersättningsbelopp.

För utbildningsnivå grundskola mindre än nio år är endast 5 procent under 50 år. I utbildningsgruppen nioårig grundskola är hela 45 procent under 50 år. Den höga åldern inom den lägsta utbildningsnivån förklarar sannolikt en del av den omfattande konsumtionen, men för gruppen nioårig grundskola är det mera osäkert med ålderns påverkan då dessa är betydligt yngre än de som har mindre än nioårig grundskola. Lägst medianersättningen har personer med minst treårig eftergymnasial utbildning, en utbildningsgrupp där en majoritet är under 50 år.

**Tabell 20 Fördelning av ersättningsbelopp i kronor per individ för de som nått över karensnivån om 3 000 kronor i högkostnadsskyddet, period 2**

Utbildning	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
Eftergymnasial utbildning >= 3 år	3 004	445	1 233	2 728	33 638
Eftergymnasial utbildning < 3 år	3 168	445	1 238	2 783	36 494
Gymnasieskola 3 år	3 186	430	1 178	2 695	38 865
Gymnasieskola mindre än 3 år	3 798	463	1 298	3 130	45 282
Grundskola 9 år	3 936	475	1 328	3 210	47 659
Grundskola mindre än 9	4 512	475	1 393	3 790	50 897

Källa: Egna beräkningar

I tabell 20 visas ersättningens fördelning för de som kommit över karensnivån i högkostnadsskyddet. Resultat visar att det skillnaderna mellan de olika utbildningsgrupperna i detta ersättningsintervall är relativt små. Endast i den översta percentilen kan betydande skillnader ses. Personer med minst treårig gymnasieskola har betydligt lägre ersättningsbelopp än övriga. Generellt har det visat sig att ersättningen från högkostnadsskyddet är lägre för personer med högre utbildning.

**Tabell 21 Fördelning av ersättningsbelopp<sup>52</sup> i kronor per individ för de som nått över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp i högkostnadsskyddet, period 2**

Utbildning	Medelvärde	25 %	Median	75 %	99 %
Eftergymnasial utbildning >= 3 år	11 372	2 321	6 082	13 927	75 484
Eftergymnasial utbildning < 3 år	12 202	2 389	6 511	15 211	77 516
Gymnasieskola 3 år	13 084	2 595	7 094	16 805	78 553
Gymnasieskola mindre än 3 år	13 827	2 792	7 552	18 088	80 610
Grundskola 9 år	14 146	2 842	7 627	18 220	82 748
Grundskola mindre än 9	14 540	3 069	8 275	19 206	82 059

Källa: Egna beräkningar

I tabell 21 visas att, även över ersättningsgrundande belopp om 15 000 kronor, har personer med högst tvåårigt gymnasium de högsta ersättnings-

<sup>52</sup> Ersättningsbeloppen avser endast den del av utbetalningen som gjorts för den del av det ersättningsgrundande beloppet som överstiger 15 000 kronor. Detta betyder att de 6 000 kronor som betalas ut i det lägre ersättningsintervallet mellan 3 000 och 15 000 kronor har dragits ifrån de belopp som presenteras i tabellen.

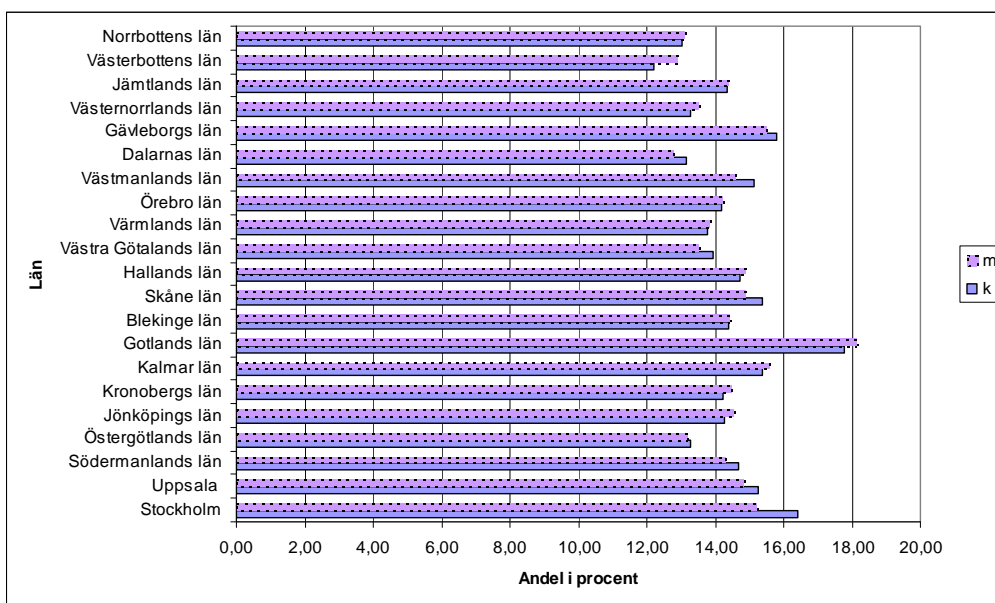
beloppen. Lägst medel- och medianersättningsbelopp har gruppen med eftergymnasial utbildning om minst tre år.

### 3.5.9 Nyttjandet av högkostnadsskyddet fördelat på län

#### Sammanfattande om nyttjande av högkostnadsskyddet per län

Det län där störst andel av befolkningen kommit upp i 3 000 kronor i ersättningsgrundande belopp, dvs. karensbeloppet i högkostnadsskyddet är Gotland. De två län där minst andel av befolkningen kommit upp i 3 000 kronor i ersättningsgrundande är Norrbottens län och Västerbottens län. I övrigt är det inte stor spridning mellan olika län. I samtliga län, utom Jönköpings län och Västernorrlands län, har en större andel av kvinnorna än männen kommit över karensbeloppet i högkostnadsskyddet. Det är viktigt att beakta att denna analys inte tar hänsyn till möjliga skillnader i tandvårdsbehov hos befolkningen i respektive län.

**Figur 20 Andel av befolkningen i respektive län med ersättningsgrundande belopp om minst 3000 kr, Period 2**



Källa: Egna beräkningar

Figur 20 ovan visar att det är liten spridning mellan de olika länen när det gäller andel av befolkningen som fått utbetalning från högkostnadsskyddet. Gotlands län är det län där störst andel av befolkningen kommit över karensbeloppet i högkostnadsskyddet, 18 procent av kvinnorna och männen. Västerbottens län har en något lägre andel av befolkningen än övriga län med 12 procent av kvinnorna och 13 procent av männen. Övriga län ligger mellan 13 procent och 16 procent. I de flesta län har en lika stor andel av männen som kvinnorna kommit över karensbeloppet i högkostnadsskyddet. I fyra län har en större andel av männen fått utbetalning från högkostnadsskyddet och i två län har en större andel av kvinnorna än männen fått det. Skillnaden mellan kvinnor och män är relativt små dock, mellan 0 och 1 procent.

Det är viktigt att beakta att denna analys inte tar hänsyn till sammansättningen av befolkningen i respektive län. Det kan finnas variation i befolkningens tandhälsa i de olika länen. Även skillnader som påverkar efterfrågan på tandvård samt behovet av tandvård såsom åldersfördelning, ekonomiska resurser, utbildningsnivå och andra socioekonomiska faktorer skulle kunna ge skillnader i efterfrågan på tandvård. Att tandvårdsbehoven är lägre för de allra äldsta i befolkningen skulle kunna ge att t.ex. de glesbygdslän med relativt sett gammal befolkning skulle ha lägre genomsnittliga tandvårdsbehov än andra län. Det är möjligt att vissa skillnader i andelen som nyttjat stödet i de olika länen kan förklaras av olika stora behov i olika län. Således är det möjligt att vissa län borde ha en större andel som nyttjat stödet, medan andra län borde ha en mindre andel än den nu observerade.

En faktor som kan påverka personers tandvårdskonsumtion är tandläkartätheten. Gotland, som är det län där störst andel av befolkningen fått del av ersättning från högkostnadsskyddet, är samtidigt ett av två län i Sverige med den lägsta tandläkartätheten. De två län där minst andel av befolkningen tagit del av ersättning från högkostnadsskyddet, Norrbottens län och Västerbottens län, har en tandläkartäthet som ligger nära riksgenomsnittet.<sup>53</sup> Det är dock viktigt att beakta att hög tandläkartäthet på länsnivå inte nödvändighet ger alla invånare i länet god tillgång till tandvård. Det kan bero på sådant som mottagningars lokalisering och pendlingsavstånd inom länet. Är det ett till ytan stort län där tandläkarna är centraliserade kan det ge långa avstånd till tandvården för delar av befolkningen i länet.

### 3.5.10 Vilken typ av vård används högkostnadsskyddet till

#### **Sammanfattande om vilken vård högkostnadsskyddet används till**

I princip fick alla som kommit över karensbeloppet i högkostnadsskyddet minst en undersökningsåtgärd. Mycket vanligt är också reparativa åtgärder. Protetiska åtgärder utförs i stor omfattning bland patienter som kommit över 15 000 kronor, vilket det inte gör på patienter under 15 000 kronor. Att utföra bettfysiologiska åtgärder, tandreglering eller utbytesåtgärder är mycket ovanligt i båda ersättningsintervallen.

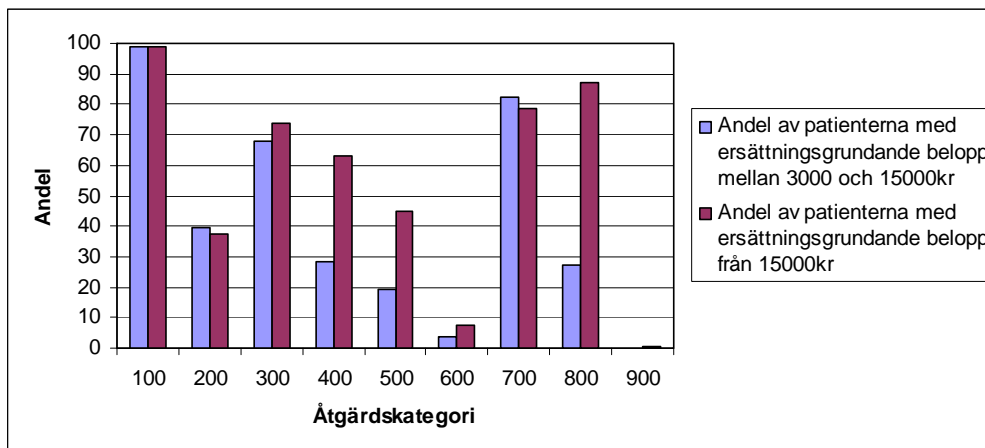
Uppdelat på åtgärdskategori studeras hela vård-/diagnospanoramata för en individ under en högkostnadsperiod med utbetalning från högkostnadsskyddet. Denna analys redovisas på åtgärdsgruppsnivå. Alla tandvårdsåtgärder som har gjorts på patienter som kommit över karensbeloppet under en högkostnadsperiod är således med. (Om i stället endast åtgärds kategorier som utförts efter att en patient passerat karensnivån skulle ha studerats så hade inte allt som gjorts inom högkostnadsskyddet fångats.) Analysen ger således en bild av all vård som patienter som passerat karensnivån fått utförda och därigenom en bild av vilka de "omfattande" behandlingstyperna är. I denna analys har inte medtagits de diagnoser/tillstånd som varit grunden för att utföra aktuella åtgärder. För att få en djupare förståelse för

<sup>53</sup> Socialstyrelsens register över tandläkare



patienternas tandvårdskonsumtion bör detta tas med i framtida studier av den typ av vård högkostnadsskyddet används till.

**Figur 21 Andel i procent av alla patienter som har nått över karensbeloppet om 3 000 kronor i högkostnadsskyddet, som utfört åtgärder ur respektive åtgärdskategori, period 2**



Källa: Egna beräkningar

Från figur 21 ovan syns att i princip samtliga som kommit över karensbeloppet i högkostnadsskyddet har fått en undersökningsåtgärd (kategori 100) utförd under perioden. Det är även mycket vanligt att få reparativa åtgärder (kategori 700) utförda. Bland dem som kommit över 15 000 kronor är det även mycket vanligt att utföra protetisk vård (kategori 800), vilket inte är särskilt vanligt för de med ersättningsgrundande belopp mellan 3 000 och 15 000 kronor. Kirurgiska åtgärder (kategori 400), en åtgärdskategori relaterad till protetik, är också de vanliga över 15 000 kronor, men inte speciellt vanliga under 15 000 kronor. När det gäller sjukdomsförebyggande (kategori 200) och sjukdomsbehandlande (kategori 300) åtgärder är skillnaden i andel patienter inte markant beroende på i vilket ersättningsintervall patienten befinner sig. Ungefär 40 procent har gjort minst en sjukdomsförebyggande åtgärd (kategori 200) och ungefär 70 procent har gjort minst en sjukdomsbehandlande åtgärd (kategori 300). Att utföra bettfysiologiska åtgärder (kategori 600), tandreglering eller utbytesåtgärder (kategori 900) är ytterst ovanligt i båda ersättningsintervallen. Resultaten är förenliga med förekomst av de sjukdomar och tillstånd dessa åtgärder är avsedda att behandla.

### 3.5.11 Andel av åtgärdspriser som subventioneras av högkostnadsskyddet

Det är inte endast behandlingsbehovet, ersättningsgränserna om 3 000 kronor respektive 15 000 kronor och procentsatserna i tandvårdsstödet som styr en patients tandvårdskostnader, utan också den enskilde vårdgivarens åtgärdspris i relation till referenspriset som avgör vilken kostnad en patient får för sin tandvård. Det bedöms därför relevant att beröra prisläget i relation till referensprisenivån. Patienten bär själv hela skillnaden mellan vårdgivarpris och referenspris. Ju större skillnaden är mellan referenspris och faktiskt vårdgivarpris desto mindre skydd mot höga kostnader kommer

patienten att få. Försäkringskassan har till uppgift att följa prisutvecklingen, men tar inte ställning till nivån i skillnaderna mellan snittpris och referenspris då det råder fri prissättning på tandvårdsmarknaden.

I protetiska åtgärder har dentalt material stor betydelse för priset och när åtgärden innefattar tandtekniskt arbete kan vårdgivarpriserna avvika mycket från referenspriset på grund av de val av material och metod patienter och tandläkare gör. Andra åtgärder är mera standardiserade oavsett utförare och patient och där materialkostnaden har mycket liten betydelse för slutpriset. Undersökningsåtgärder, röntgenåtgärder, tandstensskrapning, tanduttagning och kompositfyllningar är åtgärder där tandläkarens, tandhygienistens och patientens val bör ha mindre betydelse. Åtgärdskategori 700 valdes eftersom vid en registerstudie bör tandvårdsåtgärderna vara standardiserade och likvärdiga oavsett utförare, patienttyp, tidpunkt, materialval och förhållanden i övrigt för att kunna få jämförbarhet.

För att utreda hur stor del av vårdgivarpriset som subventioneras av högkostnadsskyddet studeras tandfyllnadsåtgärder 701–708. Åtgärderna får utgöra indikator på hur stor del av vårdgivarpriset skyddet för höga kostnader ger. Åtgärderna fanns också i det tidigare tandvårdsstödet med åtgärdskoderna 54–56 och dagens referenspriser stämmer relativt väl överens med de medelpriser som debiterades före 1 juli 2008. Det har inte heller skett någon ändring av metoder och material sedan dess.

Att göra tandfyllningar är bland de vanligaste ingreppen för tandläkare. Det innebär att det blir en rutinbehandling där standardmetoder har utvecklats. Kostnaden för dentalt material, komposit, är förhållandevis liten även vid en stor fyllning och utgör cirka 2 till 5 procent av referenspriset.

Under den granskade perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2010 gjordes cirka 6,7 miljoner fyllningar med åtgärdsnummer 701–708 hos drygt 4,7 miljoner individer. Referenspriset som omräknades den 1 september 2009 varierade mellan 510 kr till 1 510 kr beroende på fyllningens storlek och vilken tand som lagas.

Tandläkarnas snittpris som framgår av tabell 20 har beräknats genom att alla under perioden rapporterade vårdgivarpriser och referenspriser för åtgärderna 701 till 708 har summerats och sedan delats med antalet utförda åtgärder. Skillnaderna för referensprisets snittvärde mellan vårdgivartyp beror således på antalet utförda åtgärder enligt referenspriset som gällde före 1 september 2009 och antalet utförda åtgärder efter detta datum eftersom referenspriserna ändrades då.

**Tabell 22 Antal utförda 700 – åtgärder, vårdgivarpris och referenspriser i snitt under tiden 1 juli 2009–30 juni 2010**

Åtgärds-Kod	Vårdgivar-kategori	Antal unika individer	Antal utförda åtgärder	Vårdgivarpris SEK/snitt	Referenspris SEK/snitt
701	Landsting	185 501	272 426	568	518
	Privat	338 485	534 413	587	519
702	Landsting	133 067	171 298	844	813
	Privat	246 949	332 147	887	814
703	Landsting	45 777	55 228	1 015	969
	Privat	118 796	158 643	1 085	969
704	Landsting	422 958	587 435	664	658
	Privat	626 786	931 561	686	659
705	Landsting	641 257	981 348	982	973
	Privat	855 794	1 309 134	1 043	973
706	Landsting	293 120	372 775	1 263	1 272
	Privat	549 924	766 538	1 421	1 273
707	Landsting	59 677	68 337	1 438	1 475
	Privat	100 752	119 308	1 567	1 477
708	Landsting	13 731	14 895	477	469
	Privat	33 136	37 072	488	470

Källa: Egna beräkningar

I tabell 22 framgår per åtgärd hur vårdgivarnas snittpris avviker från referenspriset i snitt och hur stor andel av utförd vård där vårdgivarpriserna är lika eller lägre än referenspriset.

För de patienter som hamnade över karensbeloppsgränsen 3 000 kronor fick således en betydande del inte en subvention som motsvarar halva vårdgivarpriset. För att ge en tydligare beskrivning föreslås att en särskild fördjupad studie görs där det analyseras särskilt för de individer som kommer upp över karensgränserna.

**Tabell 23** Vårdgivares snittprisars avvikelse från referenspriserna vid 700 åtgärder och andel utförda åtgärder till referenspris eller lägre och andel individer som fått fyllningar utförda till referenspriset eller lägre

Kod	Åtgärd	Procentuell skillnad mellan vårdgivarpris i snitt och referenspris i snitt 1 juli 2008–30 juni 2010		Andel utförda fyllningar med vårdgivarpris lika eller lägre än referenspris.		Andel individer med vårdgivarpris lika eller lägre än referenspris	
		Lands-ting	Privat	Lands-ting	Privat	Land-ting	Privat
701	Fyllning av en yta på framtand eller hörntand	9 % högre	12 % högre	39 %	43 %	40 %	44 %
702	Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand	4 % högre	8 % högre	44 %	46 %	45 %	47 %
703	Fyllning av tre eller flera ytor på framtand eller hörntand	5 % högre	11 % högre	43 %	44 %	44 %	45 %
704	Fyllning av en yta på molar eller premolar	1 % högre	4 % högre	45 %	49 %	47 %	50 %
705	Fyllning av två ytor på molar eller premolar	1 % högre	7 % högre	40 %	46 %	41 %	47 %
706	Fyllning av tre eller flera ytor på molar eller premolar	1 % lägre	10 % högre	84 %	56 %	85 %	56 %
707	Krona i plastiskt material, klinikframställd	3 % lägre	6 % högre	70 %	55 %	70 %	55 %
708	Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi	2 % högre	4 % högre	58 %	64 %	58 %	64 %

Källa: Egna beräkningar

Sammanfattningsvis kan det konstateras att majoriteten av alla som får fyllningar utförda när de kommit över första och andra karensnivåerna får en subvention av åtgärdspriset som är lägre än 50 procent respektive 85 procent eftersom majoriteten av vårdgivarnas åtgärdspriser ligger över referenspriset.

Fördjupade analyser på området behövs för att se hur patientavgifterna blir för dem som kommer över karensbeloppen under en ersättningsperiod vid en behandlingsomgång.

## 3.6 Abonnemangstandvård

### Sammanfattande resonemang abonnemangstandvård

Registeruppgifterna om abonnemangstandvård är av mycket låg kvalitet vilket gör det vanskligt att dra några långtgående slutsatser om abonnemangstandvården. Ofta finns det bara uppgift om att en patient har tecknat abonnemang, men uppgift om när abonnemangsavtalet tecknades saknas varför det inte går att skilja tandvårdsbesök som utfördes innan avtalet tecknades från tandvård som utfördes efter avtalets ingående. Det går därför inte heller att fastställa vilken typ av vård som utförs inom abonnemangstandvården.

De mycket osäkra uppgifter som finns tillgängliga i registerdata indikerar att det i huvudsak är personer under 50 års ålder som tecknar avtal om abonnemangstandvård.

### 3.6.1 Förekomst av abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård är en typ av försäkring som innebär att patienten ingår ett avtal med en tandläkare om tandvård till ett fast pris. Abonnemangstandvård finns för närvarande endast i folktandvården. Priset på abonnemanget beror på patientens tandhälsa. Vid tecknandet av abonnemang gör tandläkaren en undersökning och utifrån resultatet av undersökningen beräknas abonnemangets pris. En patient med dålig tandhälsa kommer med andra ord att få ett dyrare abonnemang än en patient med god tandhälsa.

När patienten betalar för abonnemangstandvård kan denne använda det allmänna tandvårdsbidraget. För att patienten ska få använda det allmänna tandvårdsbidraget till att betala för abonnemangstandvård måste avtalet löpa på tre år och omfatta undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd och reparativ vård som lagning av tänder insättning av kronor. Detta är minimikrav. Abonnemangsavtalet kan vara mer omfattande. Om patienten har ett avtal om abonnemangstandvård kan denne inte få ersättning från högkostnadsskyddet för tandvård som ingår i abonnemangsavtalet. Det gäller även om patienten går till en annan tandläkare än den patienten har tecknat avtalet med.

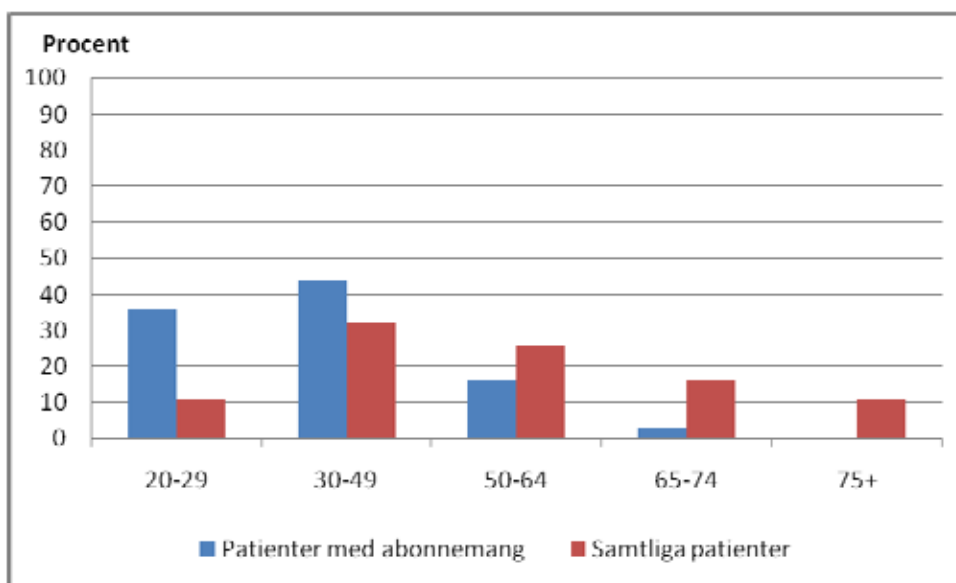
**Tabell 24 Antal personer som tecknat abonnemang, efter åldersgrupp**

Åldersgrupp	Antal	Andel av samtliga (procent)
Uppgift saknas	2 088	2
20–29 år	35 530	39
30–49 år	38 605	42
50–64 år	12 970	14
65–74 år	1 920	2
75+ år	340	0
Samtliga	91 454	100

Källa. Egna beräkningar

Vilka patienter är det då som tecknat avtal om abonnemangstandvård och skiljer de sig från de patienter som valt att inte teckna något avtal om abonnemangstandvård? Tabell 24 och figur 22 visar att de patienter som tecknat abonnemangstandvård tillhör huvudsakligen åldersgrupperna under 50 år. Detta indikerar att det i huvudsak är patienter med begränsat behov av tandvård som tecknar abonnemangsavtal eftersom tandhälsoproblem tenderar att bli mer omfattande med åldern. Samtidigt måste de statistiska uppgifterna om abonnemangstandvården behandlas med stor försiktighet eftersom kvaliteten på data är relativt dålig.

**Figur 22** Åldersfördelning hos patienter som tecknat abonnemang jämfört med åldersfördelningen för samtliga patienter i tandhälsoregistret



Källa. Egna beräkningar

Patienter med abonnemangsavtal tenderar att vara överrepresenterade i grupperna med medel- och högre utbildning. Däremot är det inte alls lika vanligt att personer som har högst grundskola har tecknat abonnemangsavtal. Inga markanta skillnader i inkomst finns mellan de som tecknat avtal och de som inte tecknat.

Profilen visar att det i högre grad är yngre samt medel- och högutbildade som har tecknat abonnemang. Det är det svårt att dra slutsatser då den bakomliggande statistiken är av låg kvalitet.

## 4 Fallstudier; kvantitativa och kvalitativa studier om tandvårdskonsumtion

I detta avsnitt rapporteras från en registerstudie som genomförts för att studera om det finns samvariation mellan behandlingsval och ett antal socioekonomiska och demografiska bakgrundsvariabler. En fokusgruppsundersökning har också genomförts. Denna innehåller en sammanfattning av resultaten från intervjuer där patienter och tandläkares uppfattning om tandvård och tandvårdsstödet redovisas.

### 4.1 Fallstudie 1. Val av terapiformer vid tandvärk i tandposition 5 relaterat till kön, inkomst, socioekonomiska faktorer, utbildning och födelse-land

#### **Bakgrund**

I Socialstyrelsens enkätstudie 2010<sup>54</sup> angavs ekonomiska skäl som den viktigaste orsaken till att inte ha sökt tandvård trots behov. Därefter angavs tandvårdsrädsla. Många individer undviker alltså tandvård på grund av rädsla, vanligen anges att fem till sex procent i befolkning har svår tandvårdsrädsla.

Besök i tandvården kan undvikas vid tandvårdsbehov som ger lindriga symtom eller om symtomen är smygande och inte innebär stora besvär. Tandskador som inte syns kan också medföra minskad benägenhet att åtgärda dem. Det anges att personer med sämre ekonomi konsumerar tandvårdsåtgärder som är billigare eller avstår från behandling vid liknande tandvårdsbehov jämfört med personer med bättre ekonomi.

Tandvärk har valts för att undersöka om kön, ålder och socioekonomiska faktorer har påverkan på val av behandling. Stark smärta som vid tandvärk bör leda till att även individer med bristande ekonomiska resurser och tandvårdsrädsla gör besök i tandvården. Tandvärk i en kindtand i position 5 har valts för att studera effekterna.

Tandposition 5 har valts för att den ligger relativt långt bak i munnen. För väldigt många är tanden inte så synlig. En tand längre fram i munnen syns mer vilket kan medföra att andra faktorer än socioekonomi påverkar valet av behandling. Förlust av en tand 5 medför inte stor påverkan på förmåga att äta, tugga och tala. För behandlingsbehovet kan alltså flera olika behandlingsalternativ vara möjliga där socioekonomi och andra faktorer kan inverka.

Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna, i dagligt tal kallat tandvärk är relativt vanligt. Det beror på att tandpulpan som är försedd med nerver och kärl blivit infekterad. Tandvärk kan ge sig till känna som en intensiv bultande smärta som gör det omöjligt att sova, ibland med svullnad och temperaturstegring, till att vara en diffus molande ömhet någonstans i käkarna. Av tabell 1 framgår frekvenser för tandvärk bland de

---

<sup>54</sup> Socialstyrelsen 2010, Befolkningens tandhälsa 2009

som besökt tandvården under den studerade perioden. Flera individer har behandlat flera tänder.

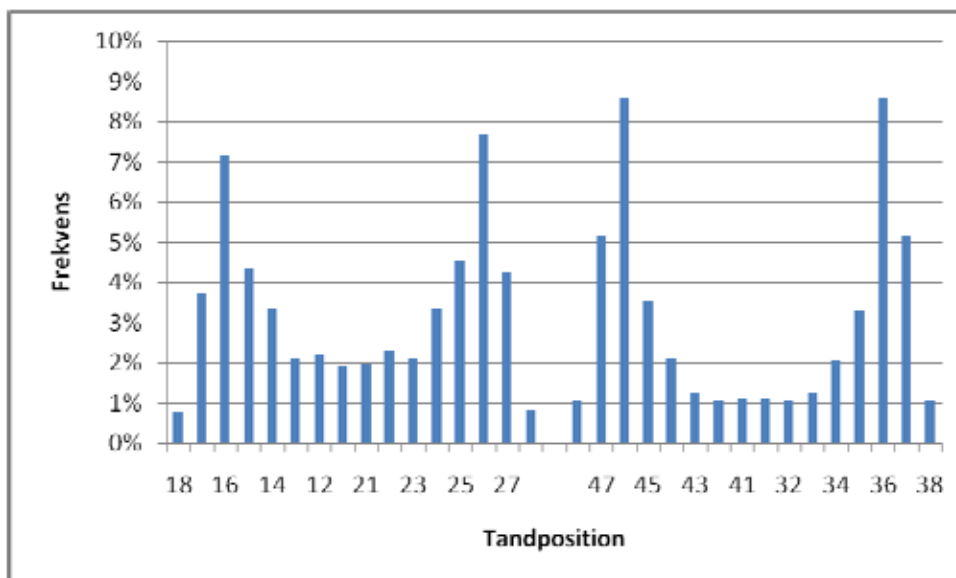
**Tabell 1 Antal och fördelning av individer, besök och åtgärder vid tandvård 1 juli 2008 till 30 juni 2010**

Tandvård, D/T 3051 samtliga tandpositioner 1 juli 2008–30 juni 2010	Antal	Andel av samtliga som finns i registret
Antal individer	561 775	11 %
Antal besök	831 439	5 %
Antal åtgärder	892 683	3 %

Källa: Egna beräkningar

Fördelningen av utförda åtgärder till följd av tandvård per tandposition framgår av figur 1. Första molaren, oxeltänderna i position 6 är de som oftast, 30 procent, har fått en eller flera åtgärder utförda till följd av tandvård, minst vanliga är visdomständer (tandposition 8). Tänder i tandposition 5 utgör cirka 15 procent av de tänder som fått en eller flera åtgärder utförda till följd av tandvård. Av tänder i position 5 är det är vanligast att tand 5 i vänster överkäke blivit behandlad.

**Figur 1 Förekomst av en eller flera åtgärder till följd av tandvård fördelat per tandposition 1 juli 2008 till 30 juni 2010**



Källa: Egna beräkningar

### Behandlingsval vid tandvård

Vid tandvård kan patienten och tandläkaren välja mellan flera olika behandlingsalternativ som har olika kostnader och olika kort- och långsiktiga följder. Det går att snabbt avhjälpa tandvård med rensning som bör avslutas med rotfyllning men även genom att ta bort den värkande tanden så avhjälps smärtan. Behandlingsalternativen vid tandvård kan delas in två huvudgrupper; A) att behålla tanden eller B) ta bort tanden.



Om tanden ska behållas består behandlingen vanligen av att tanden borras upp till pulpan. Därefter används instrument och medikament för att avlägsna den infekterade tandpulpan och desinficera rotkanalen, rensning. Därefter görs rotfyllningen vars uppgift är att åstadkomma en bakterietät försegling så att munbakterier inte ska kunna komma ut i vävnaderna runt roten och orsaka varbildning. Vanligen görs detta uppdelat på två besök. Värken försvinner oftast efter första besöket.

När en tand rotfylld behöver den också repareras i tandkronan vilket kan göras med komposit (plastlagning) eller med en laboratoriefremställd pelare och krona, ofta kallad stifttand. En tand som har mycket skador måste för långsiktigt hållbarhet repareras med en pelare och krona, vilket ökar kostnaden.

Om en tand tas bort uppstår en tandlucka. Även då finns flera alternativ; att låta den uppkomna luckan vara obehandlad, att fylla ut luckan med en tandstödd bro eller med en implantatstödd konstruktion samt med avtagbara konstruktioner.

Behandlingsalternativen kan därför uppdelas i sex olika grupper.

A1) Enbart behandla smärtan genom rensning av tanden och göra en temporär fyllning. Eftersom det är en temporär behandling riskerar patienten att längre fram få genomgå fler åtgärder. Kostnaden enligt referenspriset är mellan 600 till 1 000 kronor

A2) Rensning, rotfyllning och reparation av tanden med en kompositlagning. Kostnaden enligt referenspriset är mellan 3 400 till 6 900 kronor beroende på tandposition

A3) Rensning, rotfyllning, pelare (stift) och krona. Kostnaden mellan 8 700 till 12 500 kr

B 1) Tand tas bort och luckan lämnas utan åtgärd. Tanduttagning kostar mellan 800 till 3 800 kronor

B 2) Tand tas bort och luckan sluts med en tandstödd bro. Kostnaden blir 12 200–15 200 kr beroende på vad tanduttagningen kostar.

B3) Tand tas bort och luckan sluts med en implantatstödd konstruktion. Kostnaden blir 14 600 till 17 600 kronor beroende på vad tanduttagningen kostar.

De angivna kostnaderna hänför sig till avrundade referenspriser 2010 och visar inte på den patientkostnad det kan bli. Den beror på tandläkarens pris och vilket tandvårdsstöd som betalas ut.

### **Avgränsningar och osäkerhet**

Det finns fler alternativ att åtgärda en tandlucka tex med avtagbar protes eller en konstruktion som limmas på tänderna, men för den studerade tandpositionen 5 är det en mycket ovanlig behandling. De har därför inte tagits med i denna studie.

Det kan finnas odontologiska och medicinska skäl till att behålla eller ta bort en tand. Tandskador ackumuleras och andelen ej intakta tänder ökar med stigande ålder. En mycket skadad tand kan ibland inte rotfyllas med god prognos utan måste tas bort. Alla rotfyllningar lyckas inte och därför kan en redan rotfylld tand behöva åtgärdas igen. Det kan alltså finnas individer som vid tandvärk gör ett besök med tandutdragning under denna studieperiod, men där besöket föregåtts av flera besök för att rotfylla tanden tidigare.

Tandskador ackumuleras och andelen ej intakta tänder ökar med stigande ålder och avtar efter 70 års ålder. Hos yngre personer är tänder oftast inte så mycket lagade och kan därför repareras med en enklare kompositlagning efter rotfyllningen. Hos äldre kan skadorna vara så stora att det krävs en pelare och krona för god prognos.

Personer 75 år och äldre har exkluderats eftersom deras val av behandling kan påverkas av sjuklighet och åldrande som inte är relaterade till socioekonomiska variabler.

Att ta bort en tand eller behålla och rotfylla den är i vissa avseenden inte samma typ av behandling även om den avhjälper smärtan vid tandvärk. Därför görs jämförelser inom respektive grupp.

Efter en rotfyllning eller en tanduttagning är det vanligt med en läkningsperiod innan slutlig behandling utförs. För att kunna ha en läkningsperiod i studien väljs de patienter som utfört en eller flera åtgärder till följd av tandvärk i tandposition 5 under perioden 1 juli 2008 till 31 december 2009. Deras slutliga val av behandling studeras till och med 30 juni 2010. Observationstiden för slutligt val blir längst 2 år och kortast 6 månader. Det kan vara en för kort observationstid. Det kan i registren finnas individer som väntar på läkning efter en rensning eller tanduttagning men som noteras som att individen inte slutför behandling. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet.

Ytterligare två inklusionskriterier, diagnos/tillstånd och åtgärder som är förenliga med tandvärk i tandposition 5 har tillämpats. (Detaljerad information om dem återfinns i Bilaga 4, tabell 1).

De 79 844 individer, 41 297 kvinnor och 38 547 män som valdes ut har behandlats med åtgärder till följd av tandvärk under tiden 1 juli 2008 till 31 december 2010 och har observerats till och med 30 juni 2010.

## **Resultat**

I tabell 2 framgår fördelningen av behandlingsval hos den undersökta gruppen. Det är 18,5 procent av alla som väljer att dra bort tanden och 81,5 procent som behåller tanden.

**Tabell 2 Fördelning av behandlingsval vid tandvärk i tandposition 5 under tiden 1 juli 2008 till 30 juni 2010**

Grupp	Tandvärk Behandlingsval	Kvinnor Andel procent	Män Andel procent	Totalt Andel procent
A1	Ej avslutad rotbehandling	5,1	5,0	10,1
A2	Rotfyllning och kompositelagning	29,0	26,3	55,3
A3	Rotfyllning, pelare och krona	8,3	7,9	16,2
B1	Tanduttagning, luckan lämnas utan åtgärd	7,3	7,7	15,0
B2	Tanduttagning, luckan sluts med en tandstödd bro	1,7	1,2	2,9
B3	Tanduttagning luckan sluts med en implantatstödd krona	0,4	0,2	0,6

Källa: Egna beräkningar

Eftersom den kortaste observationstiden för att slutföra behandling är 6 månader kan andelen med val A1 och B1 därför antas bli lägre vid en längre observationstid och värden för A2, A3, B2, B3 bli motsvarande högre. Om studien upprepas bör en längre observationstid väljas.

### Behålla eller ta bort tanden

Några av de huvudfaktorer som kan påverka valet av att behålla eller ta bort en tand vid tandvärk är kön, ålder och inkomst. Från tabell 3 framgår hur de faktorerna fördelar sig mellan gruppen A och B. (Fullständig tabell av fördelningen av alla faktorer mellan grupperna finns i bilaga 4, tabell 2).

**Tabell 3 Procentuell fördelning av faktorer kön, ålder och inkomst mellan grupperna A och B**

Påverkande faktor	Faktornivå	Grupp A procent	Grupp B procent
Kön	Kvinnor	52,0	50,6
	Män	48,0	49,4
Ålder	20–29	7,1	4,5
	30–49	34,5	27,8
	50–64	38,8	41,7
	65–75	19,5	26,0
Inkomst	Låg	14,9	18,9
	Medel	58,8	61,6
	Hög	26,3	19,5

Källa: Egna beräkningar, värden avrundade till en decimal

Kvinnor är överrepresenterade inom grupperna vilket inte följer den faktiska befolkningens fördelningen. Åldersmässigt är det stark överrepresentation i båda grupper av individer i åldersklass 50–64 år och underrepresentation av den yngsta gruppen och 30–49-åringar i grupp B. När det gäller inkomst finns en underrepresentation av låginkomsttagare i grupp A och höginkomsttagare i grupp B och överrepresentation av höginkomsttagare i grupp A och medelinkomsttagare i grupp B.

Grupperna 1 till 3 inom grupper för A och B är underordnade varandra beroende på val av behandlingsalternativen. De ligger på ordinalskala men

kan också antas ligga på nominalskala (dvs. då det inte finns någon naturlig ordning mellan grupperna). Studerande faktorer, bland annat de som angivits i tabell 3, ligger både på nominal (kön, familj typ, sysselsättning och födelseland), på ordinal (klassindelade ålder, inkomster, utbildning), och på intervallskala (ej klassindelade ålder och inkomster).

För att studera hur valet av behandlingsalternativen påverkas av faktorerna har flera lämpliga modeller<sup>55</sup> blivit testade på materialet bl.a. proportional - odds modell och modeller för count data med olika länkfunktioner. Ålder har testats både som kontinuerlig eller klassindelad variabel. Valet blev multinomial log linjärmodell<sup>56</sup> med ålder som klassindelad variabel för båda grupper. Analysen av effekter från de två, separata för varje grupp, modellerna redovisas nedan.

### **Sammanfattning**

Det finns ett starkt samband mellan ålder och att ta bort en tand vid tandvärk och det finns biologiska skäl till det. Äldre personer har ackumulerat tandskador som gör att tanden inte kan behållas. Att behålla tanden och göra en stifttand är vanligast bland förvärvsarbetande kvinnor med hög inkomst, gift/sambo utan barn och födda i Sverige. Att lämna den uppkomna luckan obehandlad efter tanduttagning är vanligast bland ensamstående män med utbildning högst grundskola, låg inkomst och låg sysselsättningsgrad.

### **Tanden tas bort**

Behandlingsalternativen när en tand tas bort se tabell 2.

När en tandlucka uppkommit så är det fler kvinnor med höga inkomster än män med motsvarande inkomster eller kvinnor med lägre inkomster som väljer att behandla den uppkomna luckan oavsett utbildningsnivå, familjetyper, utbildning och sysselsättning (se figur 2).

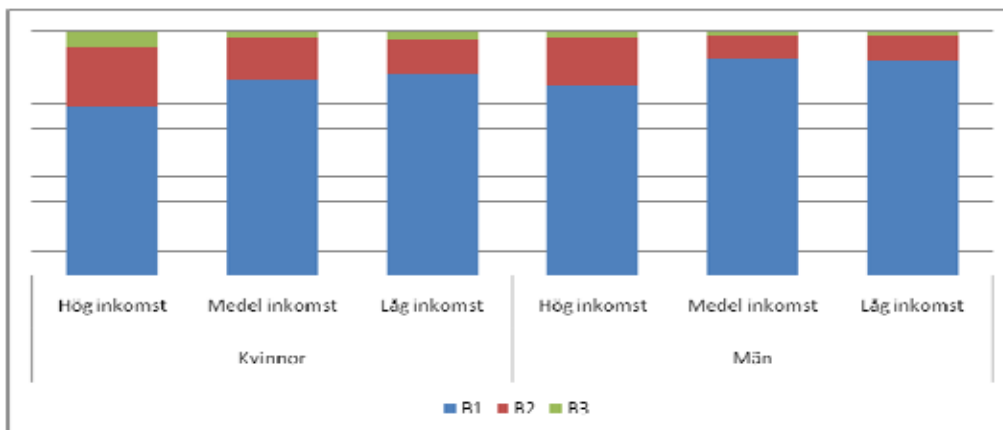
Kön och inkomst påverkar valet så att kvinnor med hög inkomst i högst utsträckning väljer att sluta luckan och även väljer implantatstödd konstruktion och alltid väljer detta i högre grad vid jämförelse med män i samma inkomstnivå. Män med medelinkomst väljer i lägst omfattning att sluta luckan med bro eller implantatstödd konstruktion.

---

<sup>55</sup> Ur generaliserade linjära modellerklassen

<sup>56</sup> Via Neural Network

**Figur 2** Fördelning av behandlingsval när tand i position 5 tas bort till följd av tandvärk fördelat på kön och inkomst



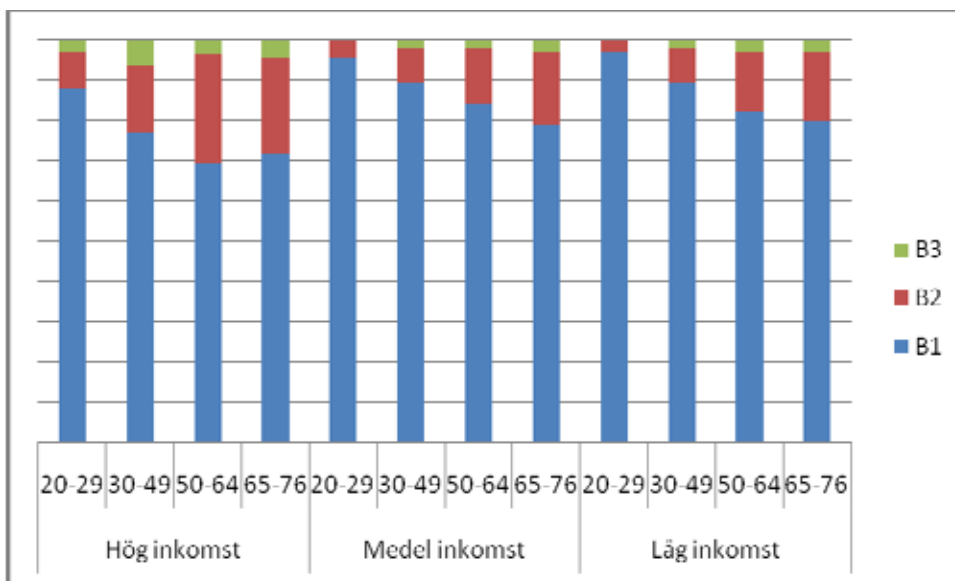
Källa: Egna beräkningar

Familjetyp har påverkan på valet att behandla tandluckan eller lämna den obehandlad. Tendensen är att ensamstående med barn behandlar luckan i lägst andel medan gift sambo utan barn i högst utsträckning åtgärdar en uppkommen tandlucka. Skillnaderna är dock små.

Sysselsättningsgrad har stark påverkan på valet att lämna luckan obehandlad eller inte. Man ser att de som tenderar att behandla tandluckan är de som har sysselsättning jämfört med de som är tillfälligt sysselsatta eller där det saknas uppgift om sysselsättning. Det framgår också att nästan oavsett sysselsättningsgraden väljer de som har högre inkomster att gå vidare med behandling i större utsträckningen. (Bilaga 4, figur 1).

Utbildningsnivå påverkar också val av behandling så att de med högsta utbildningen i högre grad väljer att behandla den uppkomna luckan med bro eller implantat än de med lägre utbildningen.

**Figur 3** Fördelning av behandlingsval relaterat till inkomst och ålder när tand i position 5 dras ut vid tandvård fördelat på ålder och inkomst



Källa: Egna beräkningar

Ålder har den starkaste påverkan på valet att sluta en tandlucka i position 5 när tanden tagits bort på grund av tandvård. Interaktionen mellan ålder och inkomster (figur 3) visar att de som i högst grad väljer att sluta en tandlucka är personer äldre än 50 år med hög inkomst och de som i minst omfattning gör det är personer mellan 20 och 29 år med låg- och medelinkomst.

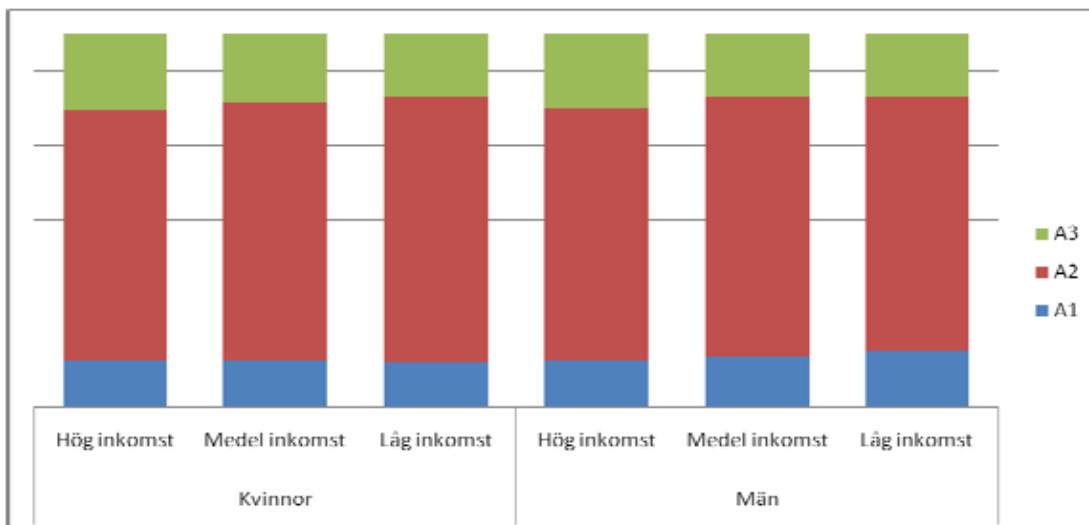
### Sammanfattning

De som i högst grad väljer att sluta tandluckan med en implantatstödd konstruktion är kvinnor med högre inkomster, förvärvsarbetande oavsett inkomst, gifta/sammanboende, med hög utbildning och oavsett födelseland.

### Tanden behålls

Kön och inkomst påverkar valet av behandling så att kvinnor med hög inkomst väljer rotfyllning och stifttand i högst omfattning (figur 4). Skillnaderna mellan män och kvinnor är små i respektive inkomstgrupp. De som väljer att inte slutföra rotbehandlingen är ungefär lika stora. Den grupp som inte fullföljer rotbehandling är bland kvinnor ungefär lika stor oavsett inkomst. Bland männen ses en ökande tendens vid låg inkomst men skillnaderna mellan inkomstgrupperna är små. En förklaring till att inkomst inte har så stor påverkan på valen kan vara tandvårdsfobi. Enligt flera studier upplever 5–6 procent av befolkningen så stor fobi för besök i tandvården att de avstår trots behov. När värken är avhjälpt är det många patienter som antagligen inte slutför behandlingen.

**Figur 4**      **Fördelning på kön och inkomst av behandlingsval när tanden behålls vid tandvärk**



Källa: Egna beräkningar

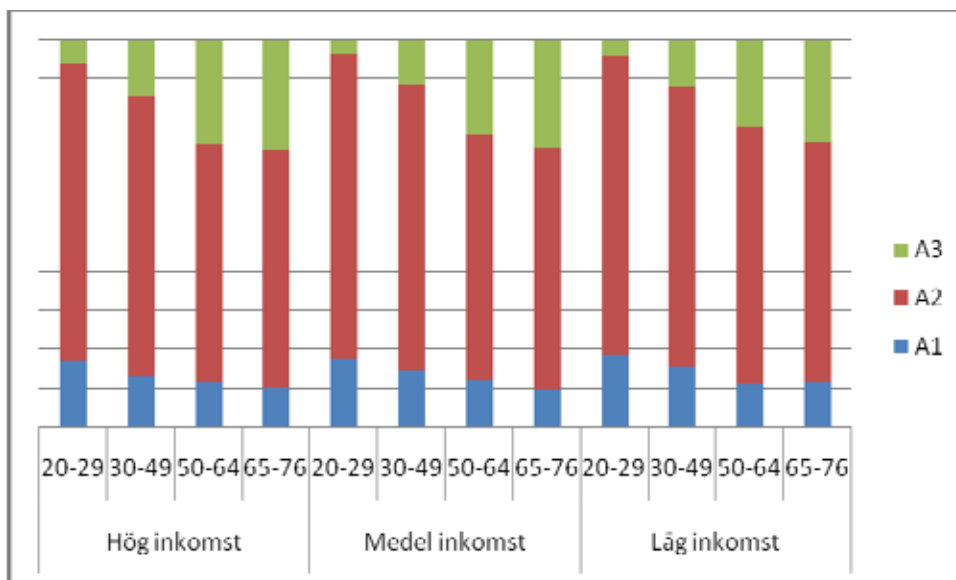
Kön och sysselsättning har liten effekt på val av slutlig behandling. Förvärvsarbetande slutför i högre grad rotbehandling. Störst men fortfarande ganska liten skillnaden finns bland män.

Kön och utbildningsnivå påverkar i ringa grad val av slutlig behandling.

Familjetyp har liten påverkan på valet att slutföra en rotbehandling. Tendensen är dock att ensamstående med barn i högre grad väljer att inte slutföra rotbehandling och i högre grad väljer komposit i stället för stifttand om rotfyllningen slutförs än gifta eller sambo utan barn. Ensamstående med barn är oftast yngre personer och därmed har ackumulerat mindre tand-skador och gifta eller sambo utan barn är äldre utan försörjningsuppgift.

Ålder påverkar i hög grad de val som görs. I yngre ålder väljer patienterna i högre grad att inte slutföra rotbehandling eller väljer rotfyllning och kompositlagning medan personer 50 år och äldre i högre grad väljer rotfyllning och stifttand. Den viktigaste förklaringen till att äldre väljer stifttand är att tandskadorna har ackumulerats så att mer omfattande åtgärd måste väljas. De yngres lägre

**Figur 5 Behandlingsval relaterat till ålder och inkomst när tand i position 5 behålls vid tandvård**



Källa: Egna beräkningar

benägenhet att inte slutföra behandlingen tycks inte så starkt relaterat till inkomsten (figur 5). I varje jämförbar inkomstgrupp och åldersgrupp är mönstret detsamma för valet att inte slutföra behandlingen. Det finns ett annat mönster när det gäller ålder och utbildnings påverkan på val. De som har högre utbildning gör ungefär samma val att kompositbehandla tanden, oavsett ålder till skillnad från de som har lägre utbildningsnivå där ålder har starkare relation till valet (bilaga 4, figur 2)

Ålder och födelse land har tydlig men ringa påverkan på valet av slutlig behandling. De yngre födda utom Norden och utom EU väljer i högst grad att lämna tanden utan slutlig behandling. Äldre födda i EU, Övriga Norden och USA mfl väljer i lika hög grad att slutföra behandlingen med pelare och krona (bilaga 4, figur 3)

Utbildning har ringa påverkan på val av behandling utan den viktigaste faktorn är åldern och därefter inkomsten.

### Sammanfattning

Behandlingsval som innebär att tanden rotfylls och förses med en krona är vanligast bland gifta/sammanboende utan barn, kvinnor med hög inkomst, personer med hög utbildning och födelse land Sverige.

Bland dem som väljer att inte avsluta en rotbehandling är det vanligast bland personer i åldersgruppen 20–29 år, män med låg inkomst och personer med högsta utbildning grundskola eller gymnasium



## 4.2 Fallstudie 2. Patienter och tandläkares resonemang när det gäller tandvårdsstödet och besök i tandvården?

Försäkringskassan har under mars 2011 låtit undersökningsföretaget Augur utföra fokusgruppsintervjuer med såväl tandläkare som privatpersoner från Stockholmsområdet. Då det rör sig om en kvalitativ studie kan resultaten från dessa inte användas för att dra slutsatser för hela befolkningen, men de belyser hur situationen kan se ut för delar av befolkningen.

Bland 20–29-åringarna i fokusgruppen anser man att det är dyrt att gå till tandvården och man skulle gå oftare om det vore billigare. Avgörande för att gå till tandvården är om man får en kallelse, blir man inte kallad är det lätt att man inte besöker tandvården. Det upplevs också som att pengar läggs ut i onödan vid besök i tandvården då det visar sig att det inte finns några problem med tänderna. Fokusgruppsintervjun visar också att man samtidigt har en ganska dålig uppfattning om vad det faktiskt kostar. Förutom de rationella ekonomiska argumenten har 20–29-åringarna också en hel del emotionella argument till att inte gå till tandvården. Tandvårdsbesök är ofta förknippat med obehag och skam över att man inte skött sina tänder bättre. Man upplever det som att man är utlämnad till tandläkaren, man känner oro långt i förväg och att det kommer att göra ont.

Trots att inkomsterna är relativt goda för de flesta i åldersgruppen 30–49 år visade fokusgruppsintervjuerna<sup>57</sup> att det finns personer i denna åldersgrupp där ett tandläkarbesök kräver prioriteringar. Deltagare i undersökningen i denna åldersgrupp upplevde att de ofta tvingas prioritera bort tandvård på grund av deras pressade ekonomiska situation.<sup>58</sup> För flera av de tillfrågade i åldersgruppen 30–49 år var det förenat med en stor ekonomisk oro att gå till tandläkaren, vilket uppgavs bero på att det inte gick att veta i förväg vad notan skulle sluta på. Detta uppgavs vara kostnader som man inte räknat med och som kunde stjälpa hela ekonomin eftersom ekonomi uppgavs vara ansträngd redan innan tandvårdsbesöket. Ett par av de tillfrågade uppgav att de för att kunna gå till tandläkaren fick tänka över vad konsekvenserna skulle bli för familjen och barnen om pengar läggs ut på tandvård. Deltagarna nämnde att om de valde att gå till tandläkaren fick de prioritera bort sådant som nöjen, räkningar, kläder till barnen och sparande.<sup>59</sup> Det är viktigt att i detta sammanhang komma ihåg att det är en kvalitativ studie utifrån vilken slutsatser om hela befolkningen i en viss åldersgrupp inte kan dras. Däremot ger den intressanta illustrationer av hur det kan se ut för delar av befolkningen.

Ett flertal av de deltagande privatpersonerna uppgav att för många personer är tandvård en utgift det saknas ekonomiskt utrymme för. Att det finns ett högkostnadsskydd som träder in vid 3 000 kronor har en mycket liten betydelse för de patienter som inte anser sig ha råd ens med en undersökning. Det visade sig att en stor del av deltagarna i undersökningen tyckte att

---

<sup>57</sup> Augur, 2011, s. 7

<sup>58</sup> Augur, 2011, s. 7

<sup>59</sup> Augur, 2011, s. 31

tandvård är orimligt dyrt då de jämför kostnaden med kostnaden för läkarbesök. Varför tandvård är så mycket dyrare än läkarvård har man svårt att förstå. Vidare anses ett problem med kostnaden i samband med ett tandläkarbesök är att den ofta är svår att förutsäga och att de saknar kontroll över kostnaderna. De tillfrågade upplevde vidare att det är svårt att få ett kostnadsförslag från tandläkaren, vilket de upplever försvårar möjligheten till kostnadskontroll.<sup>60</sup> Förutom kostnaden belyste undersökningen att det kan finnas känslomässiga hinder. Flera av deltagarna kände utsatthet i förhållande till tandläkaren eftersom de själva inte har kunskap på området samt skam över sina tänder och att de ansåg sig ha sig själva att skylla för dålig tandhälsa, vilket medförde att många drog sig för att besöka tandläkaren. Även tidigare dåliga erfarenheter hade viss påverkan och hos vissa var tilliten till att tandläkaren inte hittade på saker att åtgärda för att tjäna pengar låg. Det framkom också att det fanns oro inför vad tandläkaren skulle komma att hitta för problem vid undersökningen och vad detta skulle komma att kosta.<sup>61</sup> Flera av de privattandläkare som deltog i undersökningen ansåg att högkostnadsskyddet ger en större effekt för patienterna än det allmänna tandvårdsbidraget. Flera menade dock att karensnivån på 3 000 kronor skulle kunna sänkas eller tas bort helt.<sup>62</sup> Några av privattandläkarna såg tandvårdsstödet som orättvist då de menade att det gynnar de som missköter sig och missgynnar de som sköter sig. De med små tandvårdsbehov får en stor del själva och de med stora behov får mycket stöd. De ser gärna en omfördelning av stödet där det blir billigare för de med mindre omfattande behandlingar och något dyrare för de med mer omfattande behov. Det uttrycktes att detta skulle vara mer positivt för tandhälsan i ett längre perspektiv.<sup>63</sup>

Tandläkarna uppger att de är väl medvetna om hur patienterna resonerar när det gäller tandvårdsbesök. De tandläkare som arbetar i socioekonomiskt utsatta områden uppgav att de möter andra problem än tandläkare i andra områden. Det uppgavs vara vanligt hos många invandrargrupper med en sämre tandstatus. Vidare uppgavs det att det i många länder inte finns den tradition av regelbundna tandvårdsbesök. Många som uppsöker tandläkaren har också med sig en rädsla från sina hemländer där tandvården sett annorlunda ut. En del av dem som flytt till Sverige uppges ha med andra problem, såsom övergrepp och tortyr, vilket påverkar kontakten med tandvården. En tandläkare berättade om en pappa som reagerade starkt när tandläkaren ville dra ut en tand på hans barn. Tandläkaren uppgav att detta kan bero på att pappan kan ha med sig hemska erfarenheter, såsom tortyr där tänder dras ut. Språkproblem kan bli ytterligare ett hinder i kontakten.<sup>64</sup> Det är viktigt att sådana aspekter beaktas när tandvårdskonsumtion analyseras. Personers tidigare erfarenheter kan spela stor roll för tandvårdskonsumtionen. Det är dock viktigt att i detta sammanhang komma ihåg att metoden som använts vid fokusgruppsintervjuerna är kvalitativ, utifrån vilken slutsatser

---

<sup>60</sup> Augur, 2011, s. 7

<sup>61</sup> Augur, 2011, s. 8

<sup>62</sup> Augur, 2011, s. 71

<sup>63</sup> Augur, 2011, s. 54-55

<sup>64</sup> Augur, 2011, s. 60

om alla i befolkningen med en viss bakgrund inte kan dras. Däremot ger den intressanta illustrationer av hur det kan se ut för delar av befolkningen. Vidare beskrev tandläkare i socioekonomiskt utsatta områden, i den kvalitativa undersökningen, stora problem även hos sina yngre patienter, det vill säga de mellan 20 och 29 år. Här fanns problem som tandläkare som arbetar i andra områden inte alls möter hos denna åldersgrupp eftersom det vanliga i denna åldersgrupp är att inte alls ha problem med sina tänder. Men enligt tandläkarna i de socioekonomiskt utsatta områden fanns unga personer där det motsatta rådde. Det uppgavs av dessa tandläkare att det inte var ovanligt med unga personer där det visade sig att det bland annat fanns behov av rotfyllning av flera tänder.<sup>65</sup>

Tandläkarna i fokusgruppsintervjuerna anser att tandvårdsbidraget är för lågt satt för gruppen 30–74 år och att det borde höjas för att stimulera till besök. Privatpersonerna i fokusgrupperna oavsett ålder har låg kunskap om tandvårdsbidraget och de anser inte att tandläkarna informerar dem. I åldersgrupperna 30 år och äldre anser man att tandvårdsbidraget är alldeles för lågt och att 150 kronor om året varken gör till eller från.<sup>66</sup> Personerna yngre än 50 år upplever att tandläkarna är dåliga på att informera om vilken vård som ska utföras och känner sig inte delaktiga. De över 50 års ålder upplever tvärtom att de är delaktiga på ett annat sätt vilket kan bero på att de har utfört mer omfattande tandvårdsåtgärder. Tandläkarna å sin sida anser att de ger all nödvändig information men att patienterna ofta vill att tandläkaren ska ta beslutet. Privatpersonerna anser att informationsansvaret för tandvårdsstödet ligger hos tandvården och denna måste engagera sig mer när det gäller att informera. Flera av tandläkarna i fokusgrupperna däremot anser att informationsansvaret bör ligga hos Försäkringskassan och att det borde tas fram mer lättförståligt informationsmaterial.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Augur, 2011, s. 60

<sup>66</sup> Augur, 2011, s. 61

<sup>67</sup> Augur, 2011, s. 62

## Referenser

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

The Institute for Postgraduate Dental Education 2008, *The Jönköping Studies 1973–2003*

Folkhälsoinstitutet, 2009 *Folkhälsorapport 2009*.

Folkhälsoinstitutet, 2008, *Hälsa på lika villkor 2007*.

Försäkringskassan, 2010, *Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstödet som infördes den 1 juli 2008*, Socialförsäkringsrapport 2010:11

Försäkringskassan, 2011, *Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet*, Socialförsäkringsrapport 2011:2

Försäkringskassan, 2011, *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, Socialförsäkringsrapport 2011:10

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

Riksförsäkringsverket, 2000, *Tandvårdsstödet utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet –1999 det första året*, RFV Anser 2000:3

Riksförsäkringsverket 2002 *Tandvårdsförsäkringen*, Vägledning 2002:5.

Socialdepartementet, pressmeddelande 1 juli 2008, *Tandvårdsreformen träder i kraft*.

Socialstyrelsen 2005, *Befolkningens tandhälsa*. Regeringsuppdrag om tandvårdsstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring.

Socialstyrelsen, 2010, *Befolkningens tandhälsa 2009*.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2009, *Kartläggning av frisktandvården år 2009*.

Tandläkartidningen, nr 3/2011.

Tandvårds- och läkemedelförmånsverkets författningssamling 2009:1, Elanders, Vällingby 2009.

Lagradsremiss, *Statligt tandvårdsstöd*, 2007.

Proposition 2007/08:49, *Statligt tandvårdsstöd*.

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

SOU 2006:71 *Stöd till hälsofrämjande tandvård del 2*. Delbetänkande av Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna, Edita Sverige AB, Stockholm.

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

Nordström B, Edman K, 2008 *Vuxnas mun- och tandhälsa samt attityder till tandvård*. EpiWux Landstinget Dalarna

# Bilaga 1 Lagtext

## **Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd**

Tandvårdsstödet<sup>68</sup> består av ett allmänt tandvårdsbidrag samt ett skydd mot höga kostnader. Det omfattar hela befolkningen från och med det år de fyller 20 år. Detta förutsatt att den som besöker tandvården omfattas av bosättningsbaserade förmåner enligt Socialförsäkringslagen (1999:799), förmåner som följer av förordningen (EEG) nr 1408/71 eller kommer från ett land med vilket Sverige har särskilda sjukvårdsavtal.

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

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

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) innebär att alla får ett bidrag om 150 kronor respektive 300 kronor per år beroende på patientens ålder. Den 1 juli varje år får bosatta i Sverige ett nytt tandvårdsbidrag. Bidraget finns som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan. Pengarna betalas direkt till vårdgivaren som utfört behandlingen. Någon formell ansökan behövs inte utan vid besök hos en vårdgivare ska patienten meddela vårdgivaren att han/hon vill använda sitt tandvårdsbidrag för att betala en del av kostnaden för behandlingen. Hela bidraget ska användas vid samma tillfälle och ett nytt bidrag berättigas varje år. Ett tandvårdsbidrag kan sparas och på så sätt kan två tandvårdsbidrag användas vid ett tillfälle. Det är inte möjligt att ha fler än två sparade tandvårdsbidrag samtidigt. Bidragets storlek beror på patientens ålder. Det allmänna tandvårdsbidraget är för åldersgruppen 20–29 år 300 kronor per år. För åldersgruppen 30–74 år är bidraget 150 kronor per år. Personer som fyllt 75 år får 300 kronor per år i allmänt tandvårdsbidrag.

Högekostnadsskyddet i det nuvarande tandvårdsstödet består av en tandvårdsersättning som kan utbetalas i det fall patientens

---

<sup>68</sup> Det statliga tandvårdsstödet regleras i författningarna Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, Förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd samt Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd. Det är TLV som utfärdar föreskrifter för vilka specifika åtgärder och diagnosstillstånd som är ersättningsberättigande.

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

Samtidigt som den nuvarande tandvårdsreformen trädde i kraft infördes referenspriser för ersättningsberättigande tandvård. Referenspriserna tas fram av TLV och uppdateras en gång per år. Det är utifrån dessa referenspriser ersättning i skyddet mot höga kostnader beräknas. Vårdgivarna är inte bundna av referenspriset, de kan ta ut både ett högre och ett lägre pris. Det är alltid det lägsta av vårdgivarpriset och referenspriset för åtgärden som används i beräkningen av ersättningen. Tar en vårdgivare ut ett högre pris än referenspriset av en patient, betalar patienten själv mellanskillnaden. Referenspriserna ska följa utvecklingen av vårdgivarnas kostnader för att producera tandvård. Patienten har rätt att få reda på i förväg vad en behandling kommer att kosta.

## Det tidigare tandvårdsstödet

Den första allmänna tandvårdsförsäkringen infördes 1974. Det tandvårdsstöd som var gällande innan den 1 juli 2008 byggde på den tandvårdsreform som infördes 1999. Samma år infördes fri prissättning på tandvård. Samtidigt infördes också en ersättning med avsikten att ge alla vuxna ekonomiskt stöd för hälsofrämjande tandvård (då benämnd bastandvård). I stödet lämnades ersättning med ett grundbelopp för utförd då kallad bastandvård, med undantag för undersökningar för patienter i åldersspannet 30–64 år. För patienter 65 år fyllda lämnades ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för viss då kallad bastandvård.<sup>69</sup> Grundbeloppen motsvarade cirka 30 procent av arvodet enligt en tidigare fastställd tandvårdstaxa.<sup>70</sup> För protetik och tandreglering utbetalades ersättning när grundbeloppen överstigit ett karensbelopp om 3 500 kronor<sup>71</sup>. Åren 2001 och 2002 avskaffades i två steg karensbeloppet för avtagbara proteser<sup>72</sup>.

År 2002 infördes ett särskilt högkostnadsskydd för personer som fyllt 65 år. Högkostnadsskyddet ersatte patienters kostnader för protetiska åtgärder, med avdrag för ett karensbelopp om 7 700 kronor. Den då kallade bastandvården ersattes inte. Att protetisk- men inte bastandvård ersattes, hade troligen vårdstyrande effekter. Detta kan ha medfört att protetiska behandlingar utförts när det i stället hade varit odontologisk möjligt att med bastandvård bevara befintliga tänder. Ersättningen baserades på Folk tandvårdens pris (i det landsting åtgärden utfördes), inte på det faktiska priset vårdgivaren tog ut. Om vårdgivaren hade ett högre pris debiterades

---

<sup>69</sup> Riksförsäkringsverket, 2002, s. 11

<sup>70</sup> Proposition 2007/08:49, s. 29

<sup>71</sup> Riksförsäkringsverket, 2002, s. 12

<sup>72</sup> Lagrådsremiss, 20071108, s. 46

patienten mellanskillnaden. Detta i kombination med att vissa materialkostnader (ädel- och gjutmetaller) inte ersattes ledde till att den faktiska kostnaden för patienten kunde överstiga 7 700 kronor.<sup>73</sup>

I det tidigare tandvårdsstödet fanns en rätt till förhöjd ersättning på grund av långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. Dessa patienter kunde få ersättning med dubbla grundbelopp för all då benämnda bastandvård som var nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionsnedsättningen. Vidare hade dessa patienter inget karensbelopp när det gällde det generella skyddet mot höga kostnader för protetik och tandreglering.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> SOU 2007:19, s. 238

<sup>74</sup> Proposition 2007/08:49, s. 30



## Bilaga 2      Metod

### Definition, beräkning och tolkning av percentiler

En percentil är en metod för att beskriva spridning i en fördelning och som delar upp en fördelning i 100 lika stora delar. Detta innebär således en uppdelning av värden i proportioner om 1 %. Så är exempelvis den sextionde percentilen P60 det värde som delar observationsvärden så att 60 procent av dem är mindre än P60 och 40 procent är större.

När man gör denna uppdelning är det viktigt att man ha sorterat observationerna från lägsta till högsta värde eller tvärtom. En indelning i percentiler innebär en uppdelning av en fördelning med 99 percentiler, dvs. percentil 1 till 99 där percentil 50 motsvarar medianen i en fördelning och har 50 % av observationerna på respektive sida om sig. Lokalisering av percentiler görs efter att observationerna har sorterats från lägsta till högsta värde och görs enligt nedanstående formel.

$$LP = (n + 1) \left( \frac{P}{100} \right)$$

$$L1 = (n + 1) \left( \frac{1}{100} \right)$$

där

$n$  = antalet observationer i fördelningen.

$P$  = Procentuell andel av observationer

De percentiler som delar in materialet i fyra delar,  $P_{25}$  eller  $Q_1$ ,  $P_{50}$  eller  $Q_2$  och  $P_{75}$  eller  $Q_3$ , kallas kvartiler.

Median är då ett mått för det centrala värdet, dvs. mittenvärdet, i en data-mängd. Median är observationen i mitten då värdena har sorterats från det minsta till det högsta värdet eller tvärtom ( $P_{50}$ ). Om antalet observationer är ojämnt så kommer det alltid att finnas endast en median. Om antalet observationer är jämnt så kommer det att finnas två observationer i mitten. För att få fram en median då det är ett jämnt antal observationer så beräknas ett medelvärde på de två observationerna i mitten.

## Bilaga 3 Fördelning av ersättningsbelopp

**Tabell 1 Fördelning av ersättningsbelopp i kronor per individ, för dem som nyttjat högkostnadsskyddet, period 2. Samtliga i tandvårdspopulationen**

alder_kategori	20–29	30–49	50–64	65–74	75+
P_0	0	0	0	0	0
P_1	0	0	0	0	0
P_2	0	0	0	0	0
P_3	0	0	0	0	0
P_4	0	0	0	0	0
P_5	0	0	0	0	0
P_6	0	0	0	0	0
P_7	0	0	0	0	0
P_8	0	0	0	0	0
P_9	0	0	0	0	0
P_10	0	0	0	0	0
P_11	0	0	0	0	0
P_12	0	0	0	0	0
P_13	0	0	0	0	0
P_14	0	0	0	0	0
P_15	0	0	0	0	0
P_16	0	0	0	0	0
P_17	0	0	0	0	0
P_18	0	0	0	0	0
P_19	0	0	0	0	0
P_20	0	0	0	0	0
P_21	0	0	0	0	0
P_22	0	0	0	0	0
P_23	0	0	0	0	0
P_24	0	0	0	0	0
P_25	0	0	0	0	0
P_26	0	0	0	0	0
P_27	0	0	0	0	0
P_28	0	0	0	0	0
P_29	0	0	0	0	0
P_30	0	0	0	0	0
P_31	0	0	0	0	0
P_32	0	0	0	0	0
P_33	0	0	0	0	0
P_34	0	0	0	0	0
P_35	0	0	0	0	0
P_36	0	0	0	0	0
P_37	0	0	0	0	0
P_38	0	0	0	0	0

alder_kategori	20-29	30-49	50-64	65-74	75+
P_39	0	0	0	0	0
P_40	0	0	0	0	0
P_41	0	0	0	0	0
P_42	0	0	0	0	0
P_43	0	0	0	0	0
P_44	0	0	0	0	0
P_45	0	0	0	0	0
P_46	0	0	0	0	0
P_47	0	0	0	0	0
P_48	0	0	0	0	0
P_49	0	0	0	0	0
P_50	0	0	0	0	0
P_51	0	0	0	0	0
P_52	0	0	0	0	0
P_53	0	0	0	0	0
P_54	0	0	0	0	0
P_55	0	0	0	0	0
P_56	0	0	0	0	0
P_57	0	0	0	0	0
P_58	0	0	0	0	0
P_59	0	0	0	0	0
P_60	0	0	0	0	0
P_61	0	0	0	0	0
P_62	0	0	0	0	0
P_63	0	0	0	0	0
P_64	0	0	0	0	0
P_65	0	0	0	0	0
P_66	0	0	0	0	0
P_67	0	0	0	35	0
P_68	0	0	7,5	85	0
P_69	0	0	55	137,5	0
P_70	0	0	112,5	185	0
P_71	0	0	160	245	10
P_72	0	0	215	307,5	57,5
P_73	0	0	282,5	372,5	112,5
P_74	0	0	342,5	445	167,5
P_75	0	0	417,5	517,5	227,5
P_76	0	0	493,5	602,5	295
P_77	0	0	580	697,5	362,5
P_78	0	0	675	795	442,5
P_79	0	0	777,5	902,5	527,5
P_80	0	0	880	1022,5	620
P_81	0	37,5	997,5	1147,5	725
P_82	0	120,5	1127,5	1277,5	840
P_83	0	192,5	1242,5	1411	967,5
P_84	0	289,25	1370	1555	1105
P_85	0	377,5	1510	1715	1252,5
P_86	0	485	1662,5	1890	1417,5
P_87	0	615	1832,5	2087,5	1600
P_88	0	752,5	2022,5	2317,5	1805
P_89	80	905	2247	2597,5	2047,5

alder_kategori	20-29	30-49	50-64	65-74	75+
P_90	205	1080	2505	2950	2327,5
P_91	337,5	1262,5	2835	3382,5	2680
P_92	487,5	1462,5	3240	3872,5	3135
P_93	675	1707,5	3729,5	4450	3685
P_94	890	2002,5	4320	5165	4330
P_95	1160	2382,5	5095	6085	5103,5
P_96	1499,5	2905	6289	8282,25	6115,6
P_97	1965	3667,5	9170,5	11499,5	8865,35
P_98	2727,5	4922,5	14126	16820,5	13335,5
P_99	4312,5	9315	25260,15	28031,15	22570,75
P_100	1542681	758454	381168,8	202562,5	238645

**Tabell 2 Fördelning av ersättningsbelopp i kronor per individ, för de som nått den andra karensnivån, över 15 000 kronor, period 2. Samtliga i tandvårdspopulationen**

alder_kategori	20-29	30-49	50-64	65-74	75+
P_0	0	0	0	0	0
P_1	0	0	0	0	0
P_2	0	0	0	0	0
P_3	0	0	0	0	0
P_4	0	0	0	0	0
P_5	0	0	0	0	0
P_6	0	0	0	0	0
P_7	0	0	0	0	0
P_8	0	0	0	0	0
P_9	0	0	0	0	0
P_10	0	0	0	0	0
P_11	0	0	0	0	0
P_12	0	0	0	0	0
P_13	0	0	0	0	0
P_14	0	0	0	0	0
P_15	0	0	0	0	0
P_16	0	0	0	0	0
P_17	0	0	0	0	0
P_18	0	0	0	0	0
P_19	0	0	0	0	0
P_20	0	0	0	0	0
P_21	0	0	0	0	0
P_22	0	0	0	0	0
P_23	0	0	0	0	0
P_24	0	0	0	0	0
P_25	0	0	0	0	0
P_26	0	0	0	0	0
P_27	0	0	0	0	0
P_28	0	0	0	0	0
P_29	0	0	0	0	0
P_30	0	0	0	0	0
P_31	0	0	0	0	0
P_32	0	0	0	0	0
P_33	0	0	0	0	0
P_34	0	0	0	0	0

alder_kategori	20-29	30-49	50-64	65-74	75+
P_35	0	0	0	0	0
P_36	0	0	0	0	0
P_37	0	0	0	0	0
P_38	0	0	0	0	0
P_39	0	0	0	0	0
P_40	0	0	0	0	0
P_41	0	0	0	0	0
P_42	0	0	0	0	0
P_43	0	0	0	0	0
P_44	0	0	0	0	0
P_45	0	0	0	0	0
P_46	0	0	0	0	0
P_47	0	0	0	0	0
P_48	0	0	0	0	0
P_49	0	0	0	0	0
P_50	0	0	0	0	0
P_51	0	0	0	0	0
P_52	0	0	0	0	0
P_53	0	0	0	0	0
P_54	0	0	0	0	0
P_55	0	0	0	0	0
P_56	0	0	0	0	0
P_57	0	0	0	0	0
P_58	0	0	0	0	0
P_59	0	0	0	0	0
P_60	0	0	0	0	0
P_61	0	0	0	0	0
P_62	0	0	0	0	0
P_63	0	0	0	0	0
P_64	0	0	0	0	0
P_65	0	0	0	0	0
P_66	0	0	0	0	0
P_67	0	0	0	0	0
P_68	0	0	0	0	0
P_69	0	0	0	0	0
P_70	0	0	0	0	0
P_71	0	0	0	0	0
P_72	0	0	0	0	0
P_73	0	0	0	0	0
P_74	0	0	0	0	0
P_75	0	0	0	0	0
P_76	0	0	0	0	0
P_77	0	0	0	0	0
P_78	0	0	0	0	0
P_79	0	0	0	0	0
P_80	0	0	0	0	0
P_81	0	0	0	0	0
P_82	0	0	0	0	0
P_83	0	0	0	0	0
P_84	0	0	0	0	0
P_85	0	0	0	0	0

alder_kategori	20-29	30-49	50-64	65-74	75+
P_86	0	0	0	0	0
P_87	0	0	0	0	0
P_88	0	0	0	0	0
P_89	0	0	0	0	0
P_90	0	0	0	0	0
P_91	0	0	0	0	0
P_92	0	0	0	0	0
P_93	0	0	0	0	0
P_94	0	0	0	0	0
P_95	0	0	0	85	0
P_96	0	0	289	2282,25	115,6
P_97	0	0	3170,5	5499,5	2865,35
P_98	0	0	8126	10820,5	7335,5
P_99	0	3315	19260,15	22031,15	16570,75
P_100	1536681	752454	375168,8	196562,5	232645

# Bilaga 4 Fallstudie 1

**Tabell 1 Inklusionskriterier som är förenliga med tandvård i position 5.**

3051	163,301,302,303,401,402,403,404,405,441,501,502,503,504,521,522,523,541,591
3063, 3065	401,402,403,404,405,441,501,502,503,504,521,522,523,591
4001	401,402,403,404,405,501,502,503,504,521,522,591,701,702,703,704,705,706,801
4002	401,402,403,404,405,441,501,502,503,504,521,522,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801,802,803
4011	401,402,403,404,405,441,501,502,503,504,521,522,591,701,702,703,704,705,706,801
4012	401,402,403,404,405,441,501,502,503,504,521,522,523,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801,802,803
4071	501,502,503,504,521,522,591,701,702,703,704,705,706,707,801
4072	501,502,503,504,521,522,523,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801,802,803,922
4073	501,502,503,504,521,522,523,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801
4079	402,403,404,405,501,502,503,504,521,522,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801
4080	401,402,403,404,405,501,502,503,504,521,522,701,702,703,704,705,706,707,708,922
4081	401,402,403,404,405,501,502,503,504,521,522,523,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801,802,803
4771	401,402,403,404,405,701,702,703,704,705,706,707,708,801,921
4772	401,402,403,404,405,501,502,503,504,521,522,523,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801,802,803
4881	401,402,403,404,405,701,702,703,704,705,706,801,802,803
4882	401,402,403,404,405,523,591,701,702,703,704,705,706,707,708,801,802,803
4883	802,803,807,809
5005	801 802,803
5011	31,32,33,34,81,91,421,422,804,851,852,925,926,928,929
5031	31,32,33,34,81,91,421,422,801,802,803,804,805,851,852,925,926,928,929,940,941
5033	31,32,33,34,35,36,421,422,423,801,802,803,804,805,851,852,925,926,927,928,929,930,931,932,933,934
5034	31,32,33,34,81,91,420,421,422,423,424,804,851,852,925,926,928,929
5035	420,421,422,801,802,803
5036	31,32,33,34,81,91,421,422,804,851,852,925,926,928,929
5036	31,32,33,34,35,36,81,91,421,422,423,424,804,851,852,925,926,927,928,929,930,931,932,933,934

**Inklusionskriterier som är förenliga med tandposition "Ej angivet".**

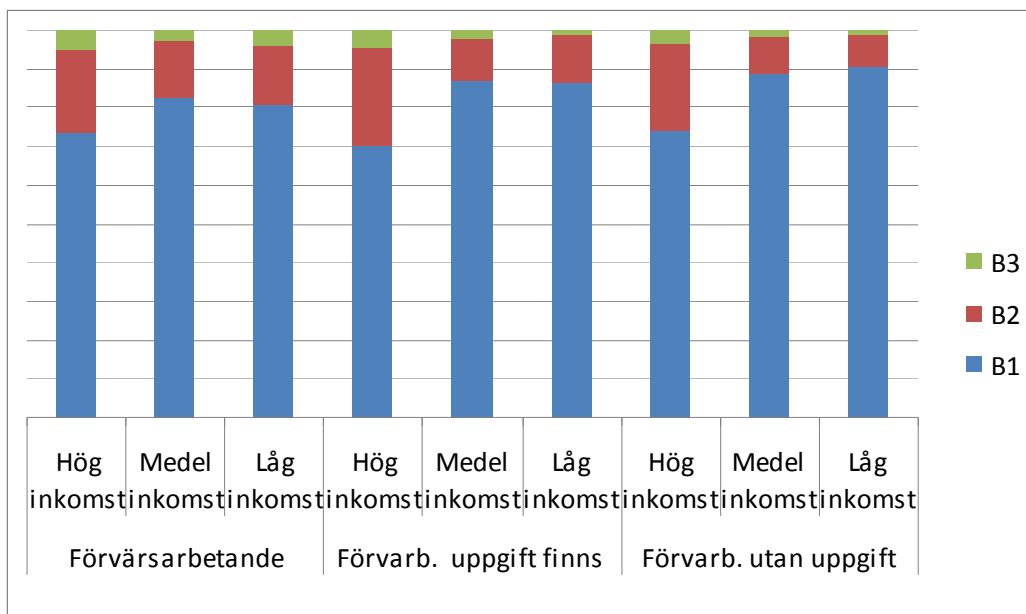
163, 405	3051
301 302	3022,3051,3061,3062,3063,3065,3151,4001,4002,4011,4012,4071,4072,4073,4079, 4080,4081,4771,4772,4881,4882,5445
303	3051,3061,3062,3063,3065,4001,4002,4011,4012,4071,4072,4073,4079,4080,4081, 4771,4772,4881,4882,5445
362	3022,3051,3061,3065
491	3051,3061,3063,3065,4001,4002,4011,4012,4071,4072,4073,4074,4076,4079,4080,4081,4471,4771,4772,4881,4882,5012,5013,5014,5015,5016,5034,5035,5051
492	4074,5012,5013,5014,5015,5016,5034,5035,5051,5061,5062
891	4002,4012,4072,4073,4076,4078,4081,4772,4881,4882,4883,4884,5005,5011,5012,5013,5014,5015,5016,5031,5033,5034,5035,5036,5037,5045,5046,5061,5062,5071,5072,5445

**Tabell 2**

Påverkande faktorer	Faktornivå	Grupp A procent	Grupp B procent	Befolkning 2009 procent
Kön	Kvinnor	52,0	50,6	49
	Män	48,0	49,4	51
Ålder	20–29	7,1	4,5	16
	30–49	34,5	27,8	35
	50–64	38,8	41,7	25
	65–76	19,5	26,0	24
Inkomst	Låg	14,9	18,9	19
	Medel	58,8	61,6	58
	Hög	26,3	19,5	23
Familj typ	Ensamstående utan barn	30,5	35,1	37
	Ensamstående med barn	9,1	9,5	9
	Gifta eller sambo utan barn	28,1	30,3	23
	Gifta eller sambo med barn	32,3	25,1	31
Födelseland	Sverige	82,1	79,9	83
	Övriga Norden	3,4	4,8	3
	EU	3,1	3,5	1
	Övriga Europa	3,3	4,3	3
	Övriga Världen	7,9	7,5	7
	USA med fl	0,2	0,2	3
Utbildning	Högst Grundskola	53,1	64,9	50
	Högst Gymnasieskola	17,2	13,3	20
	Eftergymnasial <3 år	12,6	9,7	10
	Eftergymnasial >=3 år	17,1	12,0	20
Syssetsättning	Förvärsarbetande	66,8	54,3	60
	Förvärsarb. uppgifter finns	9,5	10,6	10
	Förvärsarb. uppgifter finns inte	23,7	35,1	30

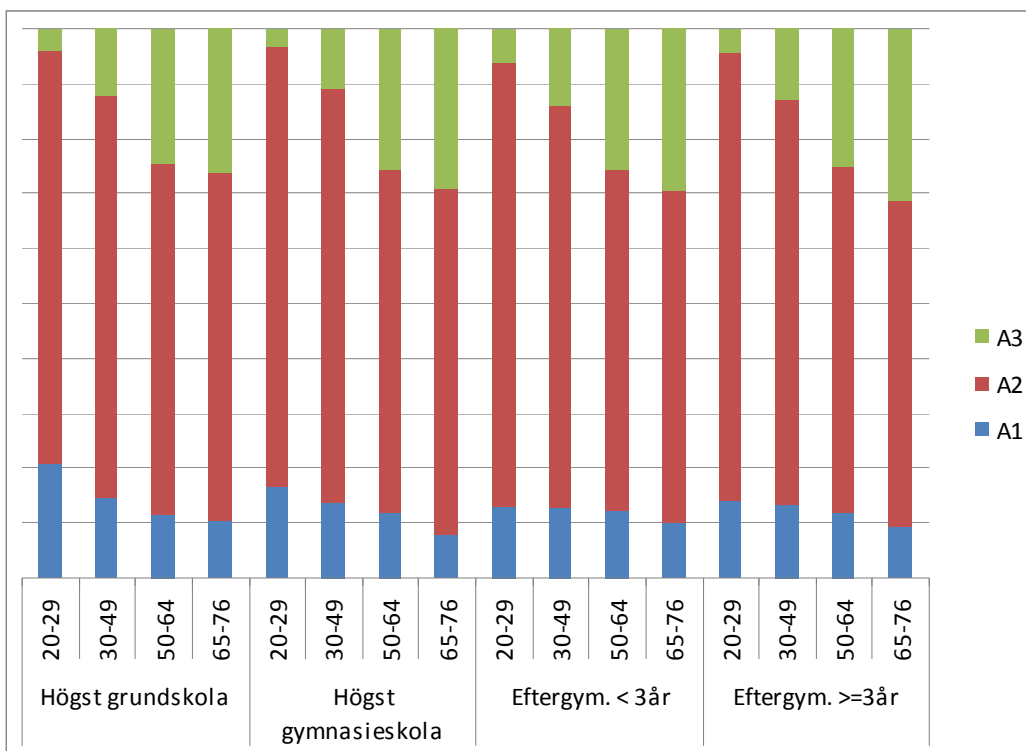


**Figur 1** Fördelning av behandlingsval när tand i position 5 dras ut till följd av tandvård fördelat på sysselsättningsgrad och inkomst



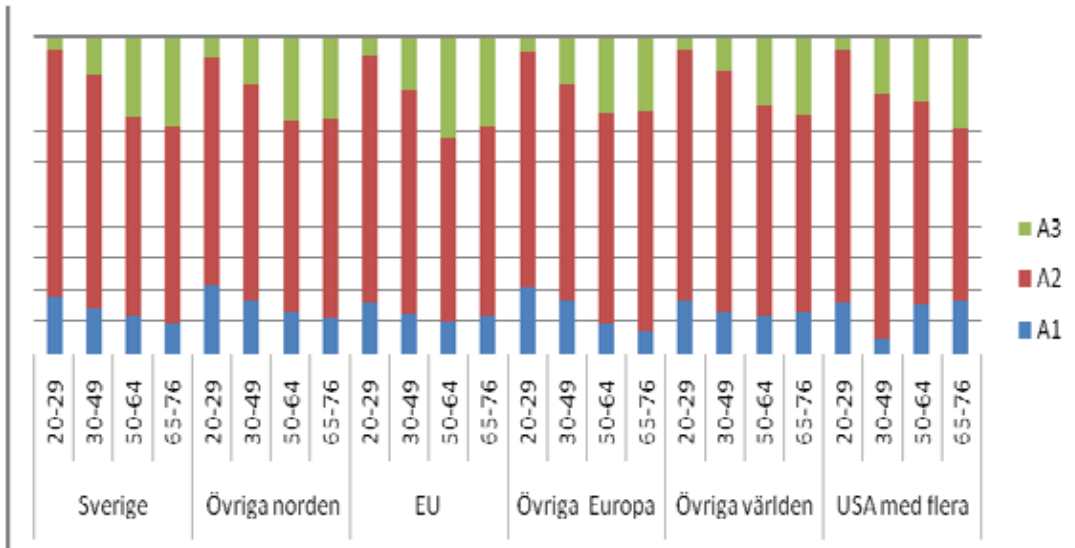
Källa: egna beräkningar

**Figur 2** Fördelning av behandlingsval när tand i position 5 rotbehandlas till följd av tandvård fördelat på utbildning och ålder



Källa: egna beräkningar

**Figur 3 Fördelning av behandlingsval när tand i position 5 rotbehandlas till följd av tandvärk fördelat på ålder och födelse land**



Källa: egna beräkningar

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2011:**

- 2011:1 Intygskrav inom tillfällig föräldrapenning. En utvärdering av införd reform 1 juli 2008
- 2011:2 Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet
- 2011:3 Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011
- 2011:4 Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos
- 2011:5 Särlevande föräldrar och deras barns boende och underhåll
- 2011:6 Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade
- 2011:7 Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster
- 2011:8 Försäkringskassans samarbetspartners kännedom om de nya reglerna i sjukförsäkringen. Resultat från en undersökning hösten 2010
- 2011:9 Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008. Analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv