

# Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008

**Besöksfrekvenser i förebyggande syfte,  
samt effekterna av skyddet mot höga kostnader**



Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Anna Arwidsson  
010-116 90 38  
anna.arwidsson@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 görs en analys av besöksfrekvenserna vid regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte och av effekterna av skyddet mot höga kostnader.

Resultaten visar bl.a. att 67 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett besök i förebyggande syfte. Detta är något högre än före införandet av tandvårdsbidraget då Tandvårdsutredningen 2006 uppskattade besöksfrekvensen till cirka 60 procent. En trolig förklaring till att besöksfrekvensen inte blivit högre kan finnas i att endast hälften av dem som svarat på Socialstyrelsens enkätundersökning under 2009 om befolkningens tandhälsa svarade att de känner till det allmänna tandvårdsbidraget (Socialstyrelsen rapport juni 2010 "Befolkningens tandhälsa 2009").

Resultaten gällande effekterna av skyddet mot höga kostnader visar sammanfattningsvis att i samtliga åldersgrupper har patientkostnaden för dem som konsumerat omfattande tandvård blivit lägre.

I det fortsatta programmet för utvärdering av tandvårdsstödet ska en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården genomföras.

Anna Arwidsson och Remy Kamali har genomfört analysen och skrivit rapporten.

Stockholm i juni 2010

Jan Almqvist  
Verksamhetsområdeschef

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>8</b>
1.1 Uppdraget.....	8
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>8</b>
2.1 Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....	10
2.2 Det tidigare tandvårdsstödet .....	11
2.3 Skillnader mellan det nuvarande och gamla tandvårdsstödet .....	12
<b>3 Besöksfrekvensen när det gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte</b> .....	<b>12</b>
3.1 Inledning besöksfrekvenser .....	12
3.2 Definition av förebyggande åtgärder .....	13
3.2.1 Åtgärdskategori 100.....	14
3.2.2 Åtgärdskategori 200.....	15
3.2.3 Åtgärdskategori 300.....	15
3.3 Redovisning av övergripande resultat för förebyggande besök.....	16
3.3.1 Besök inom åtgärdskategori 100.....	17
3.3.2 Besök inom åtgärdskategori 200.....	17
3.3.3 Besök inom åtgärdskategori 300.....	18
3.3.4 Kommentarer till besök inom åtgärdskategorierna 100–300.....	19
3.4 Analys av förebyggande besök hopräknat för förebyggande åtgärder .....	20
3.4.1 Förebyggande besök utifrån kön och ålder .....	20
3.4.2 Besöksfrekvenser i det tidigare tandvårdsstödet.....	22
3.4.3 Förebyggande besök utifrån län.....	23
3.4.4 Förebyggande besök utifrån vårdgivartyp.....	25
3.4.5 Tid mellan förebyggande besök.....	27
<b>4 Effekterna av skyddet mot höga kostnader</b> .....	<b>29</b>
4.1 Inledning skyddet mot höga kostnader .....	29
4.2 Patientkostnader i det nuvarande respektive tidigare tandvårdsstödet.....	31
4.3 Jämförelse mellan vårdgivarpris och referenspris .....	36
4.4 Utvecklingen av konsumtionen av tandvård för individer med den mest omfattande konsumtionen .....	41
<b>Referenser</b> .....	<b>44</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>45</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>47</b>
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>48</b>



# Sammanfattning

Regeringen har uppdragit åt Försäkringskassan att samordna ett utvärderingsprogram avseende det nuvarande tandvårdsstödet, som trädde i kraft den 1 juli 2008. I denna rapport görs en analys av besöksfrekvenserna vid regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte och av effekterna av skyddet mot höga kostnader.

## Besöksfrekvenser

Under perioden den 1 juli 2008 till och med den 30 april 2010 gjorde 4.8 miljoner personer totalt 9.3 miljoner förebyggande besök. Det betyder att de personer som besökt tandvården för förebyggande besök i snitt har gjort 1.9 förebyggande besök per person. Det motsvarar att 67 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett besök som innehållit minst en av de valda förebyggande åtgärderna inom åtgärdskategorierna 100, 200 eller 300.

Uppskattning av besöksfrekvenser i det tidigare tandvårdsstödet gjordes av Tandvårdsutredningen 2006 och den visar att cirka 60 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården i förebyggande syfte under en 18-månadersperiod. Jämförbarheten mellan uppskattningen av besöksfrekvenser för förebyggande besök i det tidigare tandvårdsstödet och i det nuvarande stödet är dock ytterst osäker.

I åldersgrupperna 50–74 år var det vanligast med ett förebyggande besök. Lägst andel förebyggande besök återfinns i åldersgruppen 20–29 år. Personer i åldersgrupperna 30–49 och 75+ besökte tandvården i ungefär lika stor utsträckning. Det finns odontologiska skillnader mellan olika åldersgrupper som medför att olika åldersgrupper i genomsnitt rekommenderas att besöka tandvården olika ofta, vilket försvårar analysen av skillnader i besöksfrekvenser. I samtliga åldersgrupper, utom 75+, har en större andel av kvinnorna än männen gjort förebyggande besök under den aktuella perioden. Eftersom det inte finns någon total konsensus kring vilka åtgärder som ska anses rent förebyggande har Försäkringskassan i denna rapport valt att även redovisa besöksfrekvenser separat för åtgärdskategorierna 100, 200 och 300.

Försäkringskassan har vidare studerat besöksfrekvenser av förebyggande besök utifrån vårdgivartyp. 63 procent av de förebyggande besöken utförs i privattandvården och 37 procent utförs inom folktandvården. Detta kan jämföras med att 60 procent av samtliga besök (både förebyggande och icke förebyggande) görs inom privattandvården och 40 procent inom folktandvården. Försäkringskassan har även studerat besöksfrekvenser av förebyggande besök utifrån län, vilket har visat att det inte finns några stora skillnader i besöksfrekvenser mellan länen.

Då det nuvarande tandvårdsstödet endast funnits under en relativt kort tid, är det svårt att dra allt för långtgående slutsatser utifrån nu redovisade resultat.

## Effekterna av skyddet mot höga kostnader

För att studera skyddet mot höga kostnader har Försäkringskassan jämfört patientkostnader för individer som konsumerar omfattande tandvård i det nuvarande tandvårdsstödet med vad denna tandvård skulle ha kostat i det tidigare tandvårdsstödet. Utifrån denna jämförelse har en bedömning gjorts av om det är sannolikt att fler personer med omfattande tandvårdsbehov fått ökad möjlighet till behandling. Resultaten visar att i samtliga åldersgrupper har patientkostnaden för dem som konsumerat omfattande tandvård blivit lägre. För åldersgrupperna 65 år och uppåt bör det dock beaktas att spridningen av patientkostnader i det tidigare tandvårdsstödet var mycket stor och att det därför speciellt i denna åldersgrupp finns individer som fått högre patientkostnader i det nuvarande tandvårdsstödet och därmed möjligen minskade möjligheter att få sina behov tillgodosedda. Det är dock viktigt att ha i åtanke att jämförbarheten mellan tandvårdskostnader i det tidigare tandvårdsstödet och det nuvarande är osäker eftersom det i princip inte är möjligt att få en helhetsbild av hur patienters konsumtion och kostnader fördelade sig innan det nuvarande tandvårdsstödet infördes.

För att komplettera analysen av skyddet mot höga kostnader har en jämförelse mellan snittpriser och referenspriser för implantatsbehandlingar gjorts. Patienten bär själv hela skillnaden mellan vårdgivarpris och referenspris när vårdgivarpriset är högre än referenspriset. Ju större denna skillnad är desto mindre blir patientens skydd mot höga kostnader. Eftersom det råder fri prissättning på tandvårdsmarknaden tar Försäkringskassan inte ställning till nivån i skillnaderna mellan snittpris och referenspris. Det har visat sig att skillnaden mellan snittpris och referenspris varierar, men för de flesta åtgärder är snittpriset högre än referenspriset och det innebär kostnader för patienterna som inte täcks av högkostnadsskyddet.

För att ytterligare komplettera analysen av skyddet mot höga kostnader har Försäkringskassan studerat hur konsumtionen av tandvård hos de med omfattande konsumtion utvecklats sedan det nuvarande tandvårdsstödet infördes. När det gäller åldersgruppen 50–64 år syns att konsumtionen inledningsvis ökade efter den 1 juli 2008, men att konsumtionen nu stabiliserats. Detta kan sannolikt förklaras av att det inom denna åldersgrupp fanns många med ett uppdämt behov av omfattande tandvård och som genom införandet av ett högkostnadsskydd fått möjlighet att tillgodose dessa behov. För åldersgruppen 20–29 år har konsumtionen varit konstant sedan införandet av högkostnadsskyddet.

## 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.

Utvärderingsprogrammet ska genomföras i två steg där det första och nu aktuella steget i utvärderingen avser:

- Besöksfrekvensen när det gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte
- Effekterna av skyddet mot höga kostnader
- En särskild utvärdering av implantatbehandlingar (redovisas separat)

Det nu aktuella steget i utvärderingsprogrammet ska redovisas senast den 31 maj 2010.

I ett andra steg ska en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården genomföras och det ska redovisas senast den 30 april 2011.

Den 21 december 2009 lämnade Försäkringskassan en delrapport innehållande en bedömning av prisutvecklingen och i vilken omfattning de ökade statliga resurserna inneburit lägre kostnader för patienterna.

## 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. Detta är en ökning med 3 miljarder kronor jämfört med innan reformen infördes.

---

<sup>1</sup> Lagrådsremiss, 2007/1108, s. 45.



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 möjligt 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>2</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>3</sup>

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

I det nuvarande tandvårdsstödet rapporteras merparten av all tandvård som utförs på vuxna i Sverige in till Försäkringskassan, vilket möjliggör rent registerbaserade studier. Det är endast den ersättningsberättigande tandvården som rapporteras in till Försäkringskassan. Uppgifter om den landstingsfinansierade tandvården ingår inte i Försäkringskassans register.

Studier av det tidigare tandvårdsstödet indikerar att skillnaderna mellan kvinnors och mäns tandvårdskonsumtion är relativt liten<sup>4</sup>. Det bedöms dock relevant att göra uppdelning på kön när det är möjligt i studier av det nuvarande tandvårdsstödet.

Utöver det statliga tandvårdsstödet som trädde i kraft den 1 juli 2008 finns den landstingsfinansierade tandvården. Denna studeras inte i denna rapport.

---

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

<sup>3</sup> Proposition 2007/08:49, sid. 48.

<sup>4</sup> SOU 2007:19, s. 150.

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

Tandvårdsstödet 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 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 diagnostillstånd som är ersättningsberättigande.

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

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

Samtidigt som den 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 referens-

priser 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.

## 2.2 Det tidigare tandvårdsstödet

Den första allmänna tandvårdsförsäkringen infördes 1974. Det tandvårdsstöd som var gällande innan den 1 juli 2008 byggde på den tandvårdsreform som infördes 1999. Samma år infördes fri prissättning på tandvård. Samtidigt infördes också en ersättning med avsikten att ge alla vuxna ekonomiskt stöd för hälsofrämjande tandvård (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>5</sup> Grundbeloppen motsvarade cirka 30 procent av arvudet enligt en tidigare fastställd tandvårdstaxa.<sup>6</sup> För protetik och tandreglering utbetalades ersättning när grundbeloppen överstigit ett karensbelopp om 3 500 kronor<sup>7</sup>. Åren 2001 och 2002 avskaffades i två steg karensbeloppet för avtagbara proteser<sup>8</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 Folktandvårdens pris (i det landsting åtgärden utfördes), inte på det faktiska priset vårdgivaren tog ut. Om vårdgivaren hade ett högre pris debiterades patienten mellanskillnaden. Detta i kombination med att vissa materialkostnader (ädel- och gjutmetaller) inte ersattes ledde till att den faktiska kostnaden för patienten kunde överstiga 7 700 kronor.<sup>9</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

---

<sup>5</sup> Riksförsäkringsverket, 2002, s. 11.

<sup>6</sup> Proposition 2007/08:49, s. 29.

<sup>7</sup> Riksförsäkringsverket, 2002, s. 12.

<sup>8</sup> Lagrådsremiss, 20071108, s. 46.

<sup>9</sup> SOU 2007:19, s. 238.

inget karensbelopp när det gällde det generella skyddet mot höga kostnader för protetik och tandreglering.<sup>10</sup>

## 2.3 Skillnader mellan det nuvarande och gamla tandvårdsstödet

De största skillnaderna mellan det gamla och nuvarande tandvårdsstödet är dels att i det nuvarande har hela den vuxna befolkningen samma högkostnadsskydd och dels att högkostnadsskyddet innefattar den tidigare benämnda bastandvården 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 en 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 under våren 2009 en arbetsgrupp som fått i uppdrag att utforma förslag till ett särskilt stöd för dessa personer. Denna arbetsgrupp ska presentera sina förslag senast 1 oktober 2010.

## 3 Besöksfrekvensen när det gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte

### 3.1 Inledning besöksfrekvenser

I detta avsnitt följer en analys av besöksfrekvenser när det gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Analysen av besöksfrekvenser avser perioden från och med den 1 juli 2008 till och med den 30 april 2010.

I avsnittet redovisas antalet individer som gjort minst ett förebyggande besök, antalet inrapporterade förebyggande besök och förebyggande åtgärder under perioden den 1 juli 2008 till och med den 30 april 2010. I det nuvarande tandvårdsstödet grundas ersättningen i högkostnadsskyddet utifrån en hel ersättningsperiod om högst tolv månader, inte som i det tidigare utifrån en behandlingsperiod. Denna förändring kan eventuellt påverka hur ofta besök görs. Mot bakgrund av utformningen av det nuvarande och det tidigare tandvårdsstödet har uppdelning utifrån åldersgrupperna 20–29 år, 30–64 år, 65–74 år och 75+ år gjorts i analysen av

---

<sup>10</sup> Proposition 2007/08:49, s. 30.

besöksfrekvenser. I flera relevanta delar har även uppdelning på kön gjorts. Vidare har de förebyggande besöken studerats utifrån i vilket län de utförts samt utifrån vårdgivartyp, det vill säga privat vårdgivare eller folktandvård. Det görs även en redovisning av hur lång tid som förflutit mellan besöken för de patienter som gjort minst två förebyggande besök under den studerade perioden. Eftersom det endast är möjligt att i denna rapport studera de första 22 månaderna sedan införandet av det nuvarande tandvårdsstödet är det för tidigt att utifrån observerade besök uttala sig om regelbundenheten i befolkningens tandvårdskonsumtion. Med anledning av att det kan diskuteras vilka åtgärder som kan anses vara förebyggande görs även en kompletterande analys av besök där valda åtgärder inom åtgärdskategorierna 100, 200 och 300 redovisas separat åtgärdskategori för åtgärdskategori.

### 3.2 Definition av förebyggande åtgärder

Försäkringskassan har i denna rapport valt att definiera ett tandvårdsbesök som förebyggande när det innehållit minst en förebyggande åtgärd. Vid urvalet av vilka åtgärder som ska anses som förebyggande har odontologiskt sakkunniga på Försäkringskassan och på TLV konsulterats. Utgångspunkten för framtagandet av rapportens definition av förebyggande besök är TLV:s författningssamlings indelning av åtgärder<sup>11</sup>. Försäkringskassan har även diskuterat med representanter från Privattandläkarna, Sveriges Folktandvårdsförening, Sveriges kommuner och landsting och Tjänstetandläkarna i frågan om vilka åtgärder som definierar ett besök som förebyggande. Det har i samtalen framkommit att det på klinikerna inte finns en samstämmighet om vilka åtgärder som anses förebyggande. Diskussioner om risk för underskattning om inte vissa undersökningsåtgärder inom åtgärdskategori 100 och vissa sjukdomsbehandlande åtgärder inom åtgärdskategori 300 har beaktats. Utifrån diskussionerna har Försäkringskassan beslutat om ett tillvägagångssätt som kan användas för att analysera förebyggande besök. Samtliga åtgärder ut åtgärdskategori 200 och även vissa åtgärder ur åtgärdskategorierna 100 och 300 har valts som förebyggande. I tabell 1 visas vilka åtgärder som i rapporten definieras som förebyggande.

---

<sup>11</sup> TLVFS 2009:1, s. 4.

**Tabell 1 Åtgärder definierade i denna rapport 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, fluorbehandling och kostrådgivning i kombination med undersökningsåtgärd
203	Professionell tandrengöring, fluorbehandling och kostrådgivning
204	Profylaxskena, per skena
311	Information och instruktion vid tand- och munsjukdomar (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

Alla uppgifter om besöksfrekvenser i avsnittet avser perioden den 1 juli 2008 till och med den 30 april 2010.

### 3.2.1 Åtgärdskategori 100

Åtgärder inom åtgärdskategori 100 består av olika undersökningar. Dessa används för att konstatera om en patient är frisk, sjuk eller om det finns risk för sjukdom. Ett urval av de åtgärder som återfinns i kategori 100, undersökningar och utredning, har tagits med i denna rapport. Vissa röntgenundersökningar och andra tester i åtgärdskategori 100 görs bara på patienter om en första undersökning indikerar att vidare utredning behöver göras och dessa har därför inte tagits med i urvalet.

När förebyggande tandvårdsbesök studeras finns det en risk för underskattning av förebyggande tandvård om inga åtgärder ur serie 100 skulle tas med i urvalet av åtgärder. Detta eftersom det ingår viss profylax i undersökningsåtgärderna 101 och 102 samt eftersom de förebyggande åtgärderna 201 och 203 enligt föreskrifterna inte får rapporteras in tillsammans med undersökningsåtgärderna 101 och 102 under ett besök. Den profylax som ingår i åtgärderna 101 och 102 är borttagning av hårda och mjuka beläggningar under fem respektive tio minuter. Det finns dock en risk för överskattning av den förebyggande tandvården genom att ta med åtgärderna 101 och 102 som enligt föreskrifterna innehåller profylax, men det går inte att veta säkert att det alltid utförs profylax under ett besök innehållande någon av åtgärderna.

Ett observandum när det gäller åtgärd 105 är att om den bedöms som förebyggande kan egentligen även 103 (Akut eller kompletterande undersökning eller utredning av enstaka tand eller enstaka problem, utförd av tandläkare)

och 104 (Akut eller kompletterande undersökning eller utredning som omfattar flera tänder eller multipla problem, utförd av tandläkare) i vissa fall vara förebyggande, men de har valts bort i beräkningen i denna studie.

### 3.2.2 Åtgärdskategori 200

Patienter med en dokumenterad risk för sjukdom behandlas vanligen utifrån diagnostillstånd inom diagnosserien 2000. Ersättningsberättigande åtgärder inom denna patientkategori är information, borttagning av beläggning och fluorbehandling och återfinns i åtgärdskategori 200. Åtgärderna i åtgärds-kategorin benämns hälsofrämjande insatser. Samtliga åtgärder i åtgärds-kategori 200 har valts.

För att undvika underskattning av antalet förebyggande besök har även vissa åtgärder i 300-serien valts ut. Om de valda åtgärderna i 300-serien inte tagits med hade underskattningen av förebyggande besök kunnat ske på grund av att det råder oenighet bland behandlarna om det är åtgärder inom åtgärds-kategori 200 eller 300 som ska rapporteras in när någon av åtgärderna 201, 202 och 203 eller 321, 341 och 342 utförts. Dessa åtgärder kan inte rapporteras in vid samma besök.

### 3.2.3 Åtgärdskategori 300

Åtgärdskategori 300 behandlar patienter med konstaterade sjukdoms- och smärttillstånd med diagnostillstånd i 3000-serien. Dessa sjukdomar innefattar karies, smärta, tandlossning och andra infektioner. I samtal med representanter för Privattandläkarna, Sveriges Folktandvårdsförening, Sveriges Kommuner och Landsting och Tjänstetandläkarna har det framkommit att dessa åtgärder av många behandlare ses som förebyggande eftersom de ofta utförs för att förebygga att de diagnostillstånd de behandlar inte ska försämrats eller leda till andra diagnostillstånd. Det är viktigt att beakta att det kan vara åtgärder i 300-serien som rapporteras in för besök där åtgärder i 200-serien också utförts på patienter. Åtgärderna 321, 341 och 342 inom 300-serien kan inte rapporteras under ett besök tillsammans med någon av åtgärderna 201, 202 eller 203 i 200-serien. Detta, tillsammans med ovan förda resonemang om oenigheten bland behandlarna om det är åtgärder inom åtgärdskategori 200 eller 300 som ska rapporteras, kan leda till underskattning av antalet utförda tandvård som ingår i åtgärder i 200-serien. Det har därför bedömts som viktigt att i rapporten ta med de valda åtgärderna i 300-serien trots att de behandlar sjukdomstillstånd. Redovisningen görs dock både samlat för åtgärdskategorierna 100–300 och även åtgärdskategori för åtgärdskategori för att resultaten ska kunna analyseras på olika sätt. Redovisningen av besöksfrekvenser görs både samlat för åtgärdskategorierna 100–300 och även åtgärdskategori för åtgärdskategori för att resultaten ska kunna analyseras på olika sätt.

### 3.3 Redovisning av övergripande resultat för förebyggande besök

I tabell 2 nedan redovisas sammanfattande statistik över all inrapporterad förebyggande tandvårdskonsumtionen under perioden 1 juli 2008–30 april 2010. Tabellen avser valda åtgärder ur kategorierna 100, 200 och 300.

**Tabell 2 Antal patienter, besök och utförda åtgärder inom förebyggande tandvård, 100–300**

Antal unika patienter	4 805 208
Antal förebyggande besök	9 315 013
Antal förebyggande åtgärder	13 215 764

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

I tabell 2 visas att under perioden den 1 juli 2008 till och med den 30 april 2010 gjorde 4.8 miljoner personer totalt 9.3 miljoner förebyggande besök och 13.2 miljoner förebyggande åtgärder utfördes. Det innebär att de som besökt tandvården i förebyggande syfte i snitt har gjort 1.9 förebyggande besök per person.

I tabell 3 nedan redovisas antal individer som gjort minst ett förebyggande besök och dessa som andel av befolkningen under perioden 1 juli 2008–30 april 2010. I tabellen redovisas patienter med minst ett besök dels separat för åtgärdskategorierna 100 till 300 och dels totalt för de förebyggande åtgärdskategorierna.

**Tabell 3 Redovisning av patienter som gjort minst ett förebyggande besök i åtgärdskategorierna 100–300**

Åtgärdskategori	Antal patienter, minst ett besök	Patienter som procentuell andel av befolkningen
100	4 602 422	64
200	1 836 321	26
300	1 871 059	26
<b>100–300</b>	<b>4 805 208</b>	<b>67</b>

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

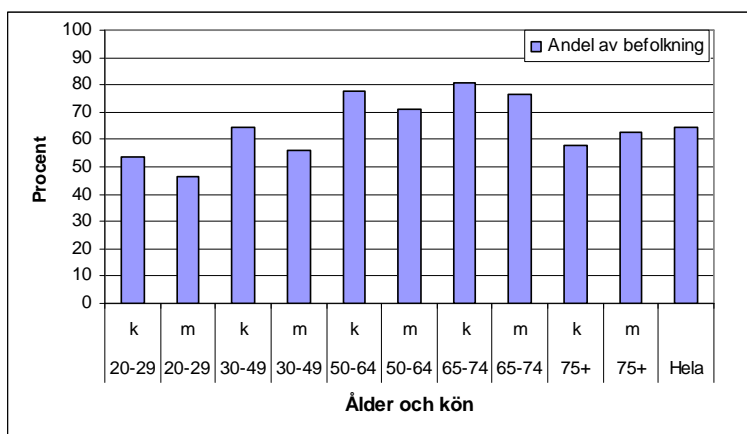
Av tabell 3 framgår att 67 procent av den vuxna befolkningen i Sverige gjort minst ett förebyggande besök under perioden, vilket motsvarar 4.8 miljoner unika patienter. Det är endast 26 procent av den vuxna befolkningen som gjort minst ett besök innehållande någon av åtgärdskategorierna inom åtgärdskategori 200, den åtgärdskategori som är strikt förebyggande. Inom åtgärdskategori 100 som består av undersökningsåtgärder har 64 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett besök som innehållit en sådan åtgärd, vilket kan jämföras mot åtgärdskategori 200 där endast 26 procent av den vuxna befolkningen debiterats minst en sådan åtgärd. Även inom åtgärdskategori 300 har 26 procent av befolkningen gjort minst ett besök där en sådan åtgärd ingår.



### 3.3.1 Besök inom åtgärdskategori 100

I diagram 1 nedan visas andelen individer inom respektive ålderskategori uppdelat på kön som gjort minst ett förebyggande besök inom åtgärdskategori 100 under perioden den 1 juli 2008–30 april 2010. Beräkningen är gjord på de valda åtgärderna i åtgärdskategorierna 100.

**Diagram 1 Andel av befolkningen som gjort minst ett förebyggande besök (åtgärdskategori 100) i respektive åldersgrupp uppdelat på kön**



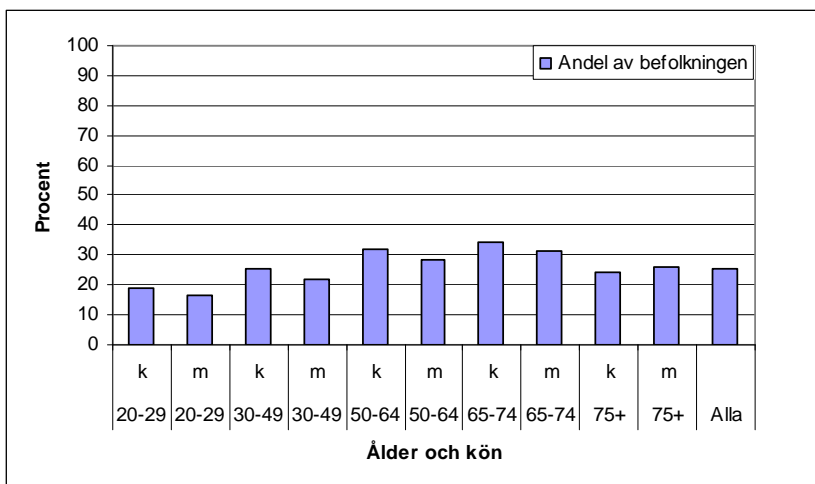
Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

Från diagram 1 syns att i åldersgrupperna 50–74 år var det vanligast med ett besök i åtgärdskategori 100. Lägst andel förebyggande besök återfinns i åldersgruppen 20–29 år. Personer i åldersgrupperna 30–49 och 75+ besökte tandvården för en åtgärd inom åtgärdskategori 100 i ungefär lika stor utsträckning. För hela den vuxna befolkningen gäller att 64 procent gjort minst ett besök med valda åtgärder inom åtgärdskategori 100. I samtliga åldersgrupper, utom 75+, gäller att en större andel av kvinnorna jämfört med männen gjort minst ett besök inom åtgärdskategori 100.

### 3.3.2 Besök inom åtgärdskategori 200

I diagram 2 nedan visas andel av befolkningen inom respektive åldersgrupp uppdelat på kön med minst ett förebyggande besök inom åtgärdskategori 200 under perioden den 1 juli 2008–30 april 2010. Beräkningen är gjord på de valda åtgärderna i åtgärdskategorierna 200.

**Diagram 2 Andel av befolkningen som gjort minst ett förebyggande besök (åtgärdskategori 200) i respektive åldersgrupp uppdelat på kön**



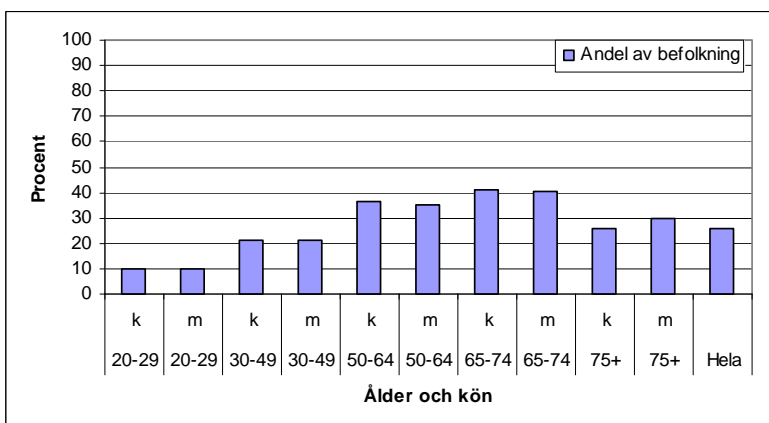
Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

Vanligast med ett förebyggande besök i åtgärdskategori 200 var det, liksom för åtgärdskategori 100, i ålderskategorierna 50–74 år. Minst andel som gjort förebyggande besök innehållande åtminstone en åtgärd i åtgärds-serien 200 återfinns i åldersgruppen 20–29. Liksom för åtgärdskategori 100 är det i detta avseende jämt mellan ålderskategorierna 30–49 år och 75+. I samtliga åldersgrupper, utom 75+, gäller att en större andel av kvinnorna än männen gjort minst ett besök inom åtgärds-kategorin.

### 3.3.3 Besök inom åtgärdskategori 300

I diagram 3 nedan visas andelen individer inom respektive åldersgrupp uppdelat på kön som gjort minst ett besök innehållande åtgärder i åtgärds-kategori 300 under perioden den 1 juli 2008–30 april 2010. Beräkningen är gjord på de valda åtgärderna i åtgärds-kategorierna 300.

**Diagram 3 Andel av befolkningen som gjort minst ett besök (åtgärdskategori 300) i respektive åldersgrupp uppdelat på kön**



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

Även för besök innehållande minst en åtgärd inom 300-serien gäller att störst andel som gjort minst ett besök återfinns inom ålderskategorierna 50–

74 år. Minst andel återfinns i åldersgruppen 20–29. Det visar att det är stor skillnad på andelen patienter som gjort besök innehållande minst en åtgärd från 300-serien mellan de olika åldersgrupperna. Detta kan eventuellt förklaras av att åtgärderna 341 och 342 används för att behandla sjukdom i tandköttet, något som byggs upp långsamt och kan ta många år innan det kräver behandling. Således är det mindre vanligt hos unga patienter. Resultatet tyder även på att åtgärderna används både förebyggande och sjukdomsbehandlande. För besök inom denna åtgärdskategori gäller vidare att det är en större andel av personerna i åldersgruppen 75+ som gjort minst ett besök jämfört med åldersgruppen 30–49 år.

Fördelningen mellan andelen kvinnor och män som gjort minst ett förebyggande besök skiljer sig åt för åtgärdskategori 300 jämfört med 100 och 200 där en större andel av kvinnorna gjort minst ett besök. När det gäller besök inom åtgärdskategori 300 har Försäkringskassans beräkningar visat att det är en lika stor andel kvinnor som män som gjort minst ett förebyggande besök i samtliga åldersgrupper förutom 50–64 år där en större andel av kvinnorna gjort minst ett besök. För åldersgruppen över 75 år är fördelningen den samma som för de andra studerade åtgärdskategorierna, det vill säga en större andel av männen har gjort minst ett besök som innehållit minst en av de valda åtgärderna inom åtgärdskategori 300. En teori kring dessa skillnader mellan de olika åtgärdskategorierna är att kvinnor går oftare till tandvården för undersökningar och får även fler förebyggande behandlingar i form av till exempel putsning av tänder utförda, men när det kommer till sjukdomsbehandlande åtgärder inom åtgärdskategori 300 rapporteras inte fler in för kvinnor än för män.

### 3.3.4 Kommentarer till besök inom åtgärdskategorierna 100–300

Det kan konstateras att det är bland de valda åtgärderna inom 100-kategorin som störst andel av patienterna gjort förebyggande besök. 4.6 miljoner unika patienter gjorde minst ett besök innehållande någon av de valda åtgärderna i kategori 100, vilket motsvarar 64 procent av befolkningen. För de valda åtgärderna i kategorierna 200 och 300 gäller att i genomsnitt 26 procent av befolkningen gjort ett sådant besök inom respektive åtgärdskategori. Inom samtliga av de tre åtgärdskategorierna är det i åldersgruppen 65–74 år som störst andel personer gjort minst ett förebyggande besök. Nära denna åldersgrupp ligger åldersgruppen 50–64 år fyllda. För samtliga studerade åtgärds kategorier är det inom åldersgruppen 20–29 som minst andel gjort minst ett förebyggande besök.

Som tidigare nämnts finns ingen fullständig samstämmighet kring vilka åtgärder som definierar ett besök som förebyggande. Det finns risk för under- såväl som överrapportering när åtgärder ska väljas och detta diskuteras i tidigare avsnitt.

### 3.4 Analys av förebyggande besök hopräknat för förebyggande åtgärder

Försäkringskassan har beräknat besöksfrekvenser hopräknat för besök som innehåller valda åtgärder inom åtgärdskategorierna 100–300. Detta har gjorts utifrån följande dimensioner för perioden den 1 juli 2008–30 april 2010:

1. Uppdelat på kön och ålder och som andel av befolkning inom respektive kategori.
2. Uppdelat på region.
3. Uppdelat på vårdgivartyp (Folktandvård och Privata vårdgivare).

I avsnitt 3.4.1 redovisas även totalt antal förebyggande åtgärder i riket uppdelat på kön och ålder.

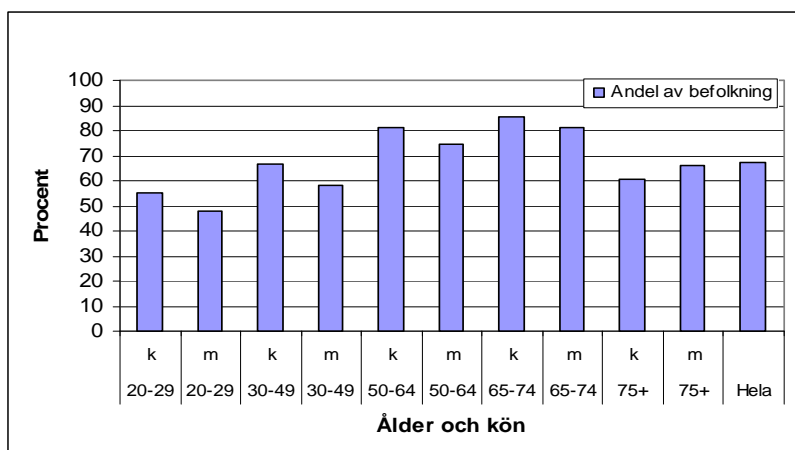
#### 3.4.1 Förebyggande besök utifrån kön och ålder

Enligt Försäkringskassans beräkningar finns störst *antal* personer som gjort minst ett förebyggande besök i åldersgruppen 30–49 år, vilket är naturligt med anledning av det stora antalet individer i denna åldersgrupp. Näst flest personer som gjort minst ett förebyggande besök finns i åldersgruppen 50–64 år. Det minsta antalet personer som gjort minst ett förebyggande besök återfinns i åldersgruppen 75+.

En orsak till att det finns få rapporterade förebyggande besök för de som fyllt 75 år kan vara att en relativt stor andel av individerna i denna åldersgrupp bor på särskilt boende och har tandvård genom landstinget. I samtliga åldersgrupper är det ett större antal kvinnor än män som gjort minst ett förebyggande besök.

I diagram 4 nedan visas *andel* av befolkningen inom respektive ålderskategori uppdelat på kön som gjort minst ett förebyggande besök under perioden den 1 juli 2008–30 april 2010. Beräkningen är gjord på de valda åtgärderna i åtgärdskategorierna 100, 200 och 300.

**Diagram 4 Redovisning av andel av befolkningen uppdelat på kön inom respektive åldersgrupp som gjort minst ett förebyggande besök**



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

Diagram 4 ovan visar att det är i åldersgrupperna 50–64 år och 65–74 år som störst andel av individerna gjort minst ett förebyggande besök under den studerade perioden. I åldersgruppen 65–74 år har 86 procent av kvinnorna och 81 procent av männen gjort minst ett förebyggande besök. I åldersgruppen 50–64 år har 81 procent av kvinnorna och 75 procent av männen gjort minst ett förebyggande besök. Lägst andel som gjort minst ett förebyggande besök finns i åldersgruppen 20–29 där 55 procent av kvinnorna och 48 procent av männen gjort minst ett förebyggande besök under perioden. I åldersgruppen 30–49 år har 67 procent av kvinnorna och 58 procent av männen gjort minst ett förebyggande besök, I åldersgruppen 75+ har 61 procent av kvinnorna och 66 procent av männen gjort minst ett förebyggande besök. Personer i åldersgrupperna 30–49 och 75+ besöker alltså tandvården i ungefär lika stor utsträckning, men skillnaden mellan kvinnor och mäns besöksfrekvenser är större för åldersgruppen 30–49 år.

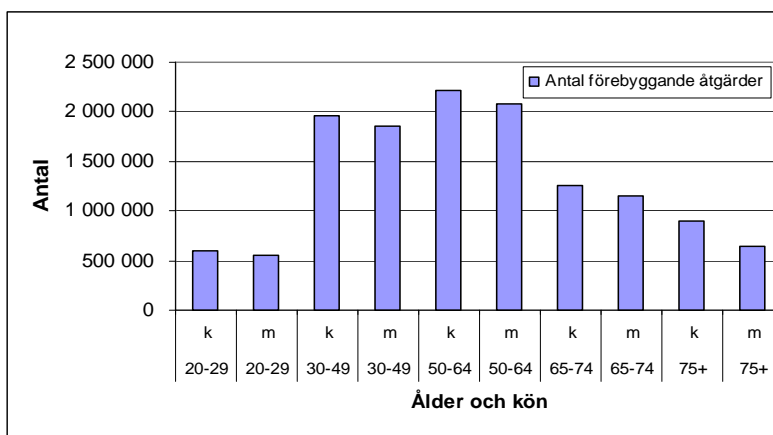
Det finns odontologiska skillnader mellan olika åldersgrupper som medför att olika grupper i genomsnitt bör besöka tandvården olika ofta, vilket gör det svårare att dra slutsatser utifrån resultaten. Att olika åldersgrupper har olika stort behov av tandvård speglar även tidigare tandvårdserfarenheter och effekter av tidigare förebyggande insatser.

Det kan konstateras att i samtliga åldersgrupper, utom 75+, har en större andel av kvinnorna än männen gjort minst ett förebyggande besök under den studerade perioden. Att vidare studera varför kvinnor i högre omfattning än män besöker tandvården i förebyggande syfte bedöms relevant. Vidare är det av intresse att studera varför förhållandet mellan kvinnor och mäns förebyggande besök vänder för patienter fyllda 75 år, där en större andel av männen gjort minst ett förebyggande besök under perioden.<sup>12</sup>

I diagram 5 visas antal förebyggande åtgärder som utförts inom respektive åldersgrupp under perioden 1 juli 2008–30 april 2010 inom valda åtgärder i åtgärdskategorierna 100–300.

<sup>12</sup> Att kvinnor besöker sjukvården i högre omfattning än män är tidigare observerat inom forskning.

**Diagram 5** Antal förebyggande åtgärder som utförts inom respektive åldersgrupp i åtgärdskategorierna 100–300



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

Diagram 5 ovan visar att det största antalet av alla utförda förebyggande åtgärder utförs på patienter i åldersgruppen 50–64 år. Näst flest förebyggande åtgärder har gjorts på patienter i åldersgruppen 30–49 år. Det minsta antalet förebyggande åtgärder har utförts på patienter i åldersgruppen 20–29 år. Ett observandum här är att denna beräkning inte tar hänsyn till att det finns olika antal individer i respektive åldersgrupp.

I tabell 4 redovisas antalet förebyggande åtgärder som utförts inom åtgärdskategorierna 100, 200 respektive 300 i olika åldersgrupper.

**Tabell 4** Antal förebyggande åtgärder som utförts inom respektive åldersgrupp i åtgärdskategorierna 100–300

Åldersgrupp	Antal åtgärder inom åtgärdskategori 100	Antal åtgärder inom åtgärdskategori 200	Antal åtgärder inom åtgärdskategori 300
20–29	719 346	255 488	179 170
30–49	2 064 815	798 073	950 117
50–64	2 101 503	818 518	1 367 694
65–74	1 157 965	464 257	790 335
75+	776 963	320 505	451 015
<b>Samtliga</b>	<b>6 820 592</b>	<b>2 656 841</b>	<b>3 738 331</b>

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Från tabell 4 syns att flest åtgärder utförs inom åtgärdskategori 100 och näst flest inom åtgärdskategori 300. Minst antal åtgärder utförs inom åtgärdskategori 200. Inom samtliga åtgärds kategorier utförs störst antal åtgärder på personer i åldersgruppen 50–64.

### 3.4.2 Besöksfrekvenser i det tidigare tandvårdsstödet

Det är i sammanhanget intressant att se hur besöksfrekvenserna för förebyggande besök såg ut i det tidigare tandvårdsstödet. Detta eftersom ett av reformens mål är att öka besöksfrekvenserna när det gäller tandvårdsbesök i förebyggande syfte.

Eftersom den statistik som finns i Försäkringskassans databas för det tidigare tandvårdsstödet endast har tandvårdskonsumtion på individ- och åtgärdsnivå för ungefär 34 procent av alla personer som besökt tandvården och eftersom det i denna databas finns en kraftig överrepresentation av kostsamma behandlingar<sup>13</sup> har Tandvårdsutredningen från 2006 använt olika material för att få fram uppgifter om besöksfrekvenser för förebyggande besök i det tidigare tandvårdsstödet. Dels har uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten från 2004 som Folkhälsoinstitutet utfört använts för att komma fram till att 78 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården av något skäl under en 18-månadersperiod. Uppgifter från Folktandvården i tre län har också använts och dessa visar att 80 procent av deras patienter genomgår ett förebyggande besök under en 18-månadersperiod. Vidare har statistik från Försäkringskassan använts som visar att cirka 80 procent av de patienter som finns registrerade i databasen för det dåvarande tandvårdsstödet genomgått ett förebyggande besök under en 18-månadersperiod.<sup>14</sup> I utredningen görs bedömningen att 20 procent av dem som då besökte tandvården inte gjorde det i förebyggande syfte. Utifrån dessa uppgifter dras slutsatsen att cirka 60 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården i förebyggande syfte under en 18-månadersperiod.<sup>15</sup>

Eftersom materialet som beräkningarna av besöksfrekvenser i det nuvarande tandvårdsstödet bygger på skiljer sig avsevärt från materialet för uppskattningarna i det tidigare tandvårdsstödet är jämförbarheten begränsad.

### 3.4.3 Förebyggande besök utifrån län

För att ge en bild av hur många besök som görs i de olika länen i Sverige inleds detta avsnitt med övergripande resultat för det totala antalet besök med ersättningsberättigande åtgärder, förebyggande så väl som icke förebyggande för perioden den 1 juli 2008 till och med den 30 april 2010. Försäkringskassans beräkningar visar att flest besök görs i Stockholms län med 3.7 miljoner besök, följt av Västra Götalands län med 2.9 miljoner, och Skåne län med 2.3 miljoner. Minst antal besök gjordes på Gotland, 120 000 besök, som till invånarantalet också är minst. Försäkringskassans beräkningar har också visat att antalet besök per län i förhållande till antalet personer bosatta i respektive län är relativt jämnt fördelat över riket.

Försäkringskassan har beräknat hur många *förebyggande* besök som gjorts i de olika länen. Dessa beräkningar är gjorda sammanräknat för de valda åtgärderna inom åtgärdskategorierna 100, 200 och 300. Flest av dessa besök gjordes i Stockholms län med 2 miljoner förebyggande besök. I Västra Götalands län<sup>16</sup> gjordes 1.6 miljoner besök och i Skåne län gjordes 1.2 miljoner förebyggande besök. Minst antal förebyggande besök gjordes på Gotland.

---

<sup>13</sup> SOU 2007:19, s. 136.

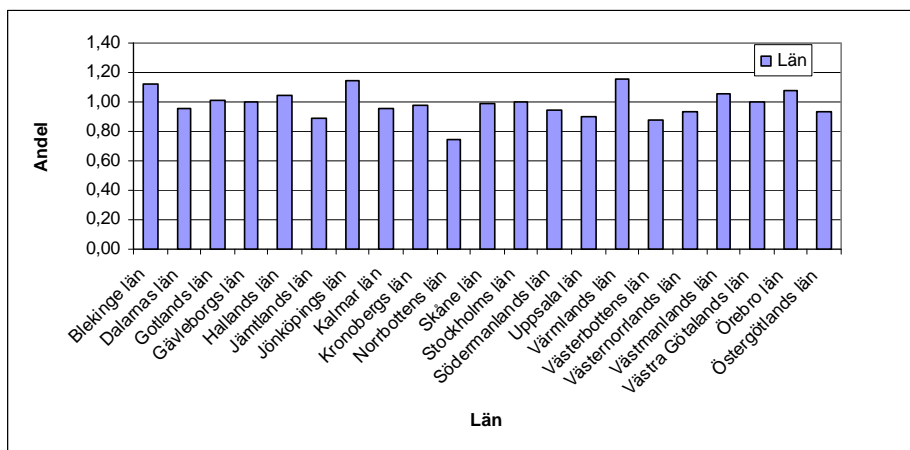
<sup>14</sup> De som finns registrerade på individnivå och därför kan studeras är endast 34 procent av alla vuxna som besökte tandvården.

<sup>15</sup> SOU 2006:27, s. 48.

<sup>16</sup> Den i Västra Götalands läns landsting avgiftsfria tandvården för 20- och 21-åringar finns med i Försäkringskassans data.

Försäkringskassans har även beräknat relationen mellan antal förebyggande besök och antalet invånare i respektive län. I diagram 6 nedan presenteras dessa resultat.

**Diagram 6 Förebyggande besök i relation till antalet invånare i respektive län**



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

Beräkningen som presenteras i diagram 6 visar att relationen mellan antalet förebyggande besök och antalet invånare i respektive län ser relativt lika ut i de olika länen. Beräkningen är gjord på sådant sätt att antalet förebyggande besök i respektive län är delat på antalet invånare i respektive län. Relationen är mellan 0.75 besök per invånare upp till 1.16 besök per person i snitt i de olika länen. En anmärkning här är att denna rapport inte studerat var de patienter som gjort besöken i de olika länen är bosatta, utan resultaten bygger på var de kliniker som besöken gjordes på finns<sup>17</sup>. Det går därför inte att utifrån detta att uttala sig om hur stor andel av besöken som gjorts av dem som är bosatta i respektive län och hur stor andel som gjorts av personer bosatta någon annanstans. Det ska inte heller förväxlas med andelen personer som gjort minst ett besök i respektive län. För framtida studier bedöms det vara av intresse att utifrån folkbokföring studera hur stor andel av personerna i respektive län som gjort minst ett besök.

Att tandvårdsstödet är statligt bidrar till att varken tandläkare eller patienter styrs helt av geografiska gränser emellan länen. Det är sannolikt att vårdgivare som har sin klinik vid en länsgräns kan ha stora andelar av sina patienter folkbokförda i det angränsande länet. Detta kan få en extra stor effekt om kliniken finns nära en större ort i ett angränsande län. Kliniker i pendlingsorter såsom till exempel Göteborg, Malmö och Stockholm kan ha många patienter som bor i andra län. Till detta kommer patienter som bor i ett annat EU/EES-land och arbetar i Sverige och som har rätt till tandvård i Sverige genom förordning 1408/71 eller 883/2004. Patienter bosatta angränsande länder och som arbetar i Sverige skulle kunna ge särskild effekt

<sup>17</sup> Begränsningen kommer av den begränsade möjligheten att koppla tandvårdsdata till persondata. Försäkringskassans arbete med att integrera tandvårdsdata i Försäkringskassans datasystem STORE är inte avslutat i dagsläget.



på antalet besök i de län där många individer pendlar mellan boende och arbete över landsgränsen. Exempel på ett sådant län är Skåne med närheten till Danmark med storstadsregionen Köpenhamn. Andra exempel är län som gränsar till Norge och Finland. Försäkringskassan har dock i denna analys inte kunnat avgöra om sådana effekter finns eftersom det skulle kräva en komplex analys bland annat av de olika länens befolkningssammansättning och tandvårdsmarknader. Vad gäller tandvårdsmarknaderna i de olika länen kan sägas att tandläkar- och tandhygienisttättheten ser olika ut med ett större antal i storstadsregionerna. I storstadsregionerna finns det också fler privata aktörer.

När det gäller förebyggande besök är det av betydelse att studera om det finns samband mellan besöksfrekvenser och avtal om abonnemangstandvård. Försäkringskassan bedömer det som relevant att framöver studera om ett sådant samband finns. I dagsläget bedöms tiden sedan införandet för kort för sådana analyser. Försäkringskassan har av det skälet, samt av begränsningar i tillgänglig data, inte någon sådan ansats i denna rapport. Abonnemangstandvård innebär att en person ingår ett avtal med sin vårdgivare om att få tandvård till ett fast pris under tre år. Tandvårdsbidraget kan användas som en delbetalning för ett avtal om abonnemangstandvård. Ett avtal om abonnemangstandvård ska omfatta undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser, till exempel borttagning av tandsten, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, reparativ vård (lagning av hål och isättning av kronor). För tandvård som ingår i abonnemangstandvården kan ersättning från högkostnadsskydd inte utbetalas. Det gäller även om personen med abonnemangstandvård besöker annan vårdgivare och får tandvård utförd som skulle ha ingått i avtalet hos den ordinarie vårdgivaren.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar i sin kartläggning av abonnemangstandvården att det den 1 juli 2009 fanns drygt 226 600 tecknade abonnemang i de 18 landsting som då erbjöd frisktandvårdsabonnemang.<sup>18</sup> Per den 1 juli 2009 hade alla landsting, med undantag för Gotland, Västmanland och Örebro, infört möjligheten att teckna sig för abonnemangstandvård. Det län där störst andel av de boende har tecknat avtal om abonnemangstandvård är Södermanlands län där 11.4 procent tecknat avtal om abonnemangstandvård. I länen Blekinge, Gävleborg, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västernorrland och Västra Götaland har mellan 2.7 procent och 5.5 procent av befolkningen tecknat avtal om abonnemangstandvård. I Dalarna, Halland, Jämtland, Jönköping, Stockholm och Östergötlands län har mellan 0.01 procent och 1.6 procent av befolkningen i länen tecknat avtal om abonnemangstandvård.<sup>19</sup>

### 3.4.4 Förebyggande besök utifrån vårdgivartyp

Försäkringskassan bedömer det som relevant att studera förebyggande besök uppdelat på vårdgivartyp. De två vårdgivartyper som kommer att analyseras här är folktandvård och privattandvård. Socialstyrelsen och

---

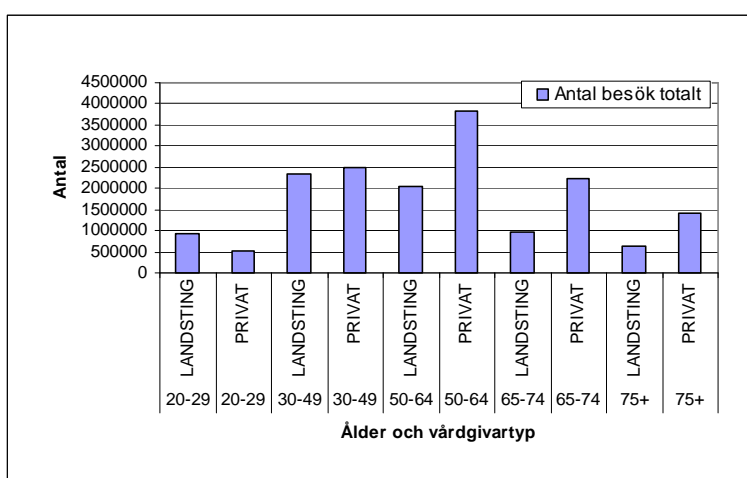
<sup>18</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2009, s. 1.

<sup>19</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2009, s. 4–5.

Försäkringskassans rapport om Befolkningens självskattade tandhälsa från 2005 visar att drygt 50 procent av den vuxna befolkningen uppger att de går i privattandvården, 40 procent uppger att de går i folktandvården. I de lägre åldersgrupperna uppger majoriteten att de går i folktandvården. Det är i åldersgruppen 40–49 år som förhållandet skiftar och i de äldre åldersgrupperna uppger majoriteten att de går hos privata vårdgivare.<sup>20</sup>

För att kunna relatera de förebyggande besöken inom respektive vårdgivartyp till totalt antal besök i respektive vårdgivartyp presenteras i diagram 7 nedan totalt antal besök, förebyggande och icke-förebyggande efter vårdgivartyp under perioden 1 juli 2008–30 april 2010.

**Diagram 7 Antal besök totalt (förebyggande och icke-förebyggande) efter vårdgivartyp under perioden 1 juli 2008–30 april 2010**



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

I diagrammet ovan syns att bland personer i åldersgruppen 20–29 år görs de flesta besök i folktandvården. I åldersgruppen 30–49 år är det relativt jämnt mellan de två vårdgivartyperna och i åldersgruppen 50–64 år syns en markant övervikt för besök i privattandvården. Flest besök i privattandvården görs även av patienter i åldersgrupperna 65–74 år och 75+. Det syns att skiftet från folktandvården till privattandvården sker i patientgruppen 30–49 år. Utifrån detta går det inte att uttala sig om det är ett åldersfenomen eller en generationsfråga att besöka folktandvård eller privattandvård.

I tabell 5<sup>21</sup> syns fördelningen mellan folktandvård och privattandvård när det gäller *förebyggande* besök avseende valda åtgärder i åtgärdskategorierna 100–300. Som jämförelse ses i tabell 5 hur fördelningen av totalt antal besök (förebyggande såväl som icke förebyggande besök) ser ut mellan privattandvård och folktandvård.

<sup>20</sup> Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2005), s. 25.

<sup>21</sup> Tandvård som utförs inom ramen för abonnemangstandvård rapporteras in till Försäkringskassan och finns med i de beräkningar som tabellerna nedan bygger på.

**Tabell 5 Andelen av förebyggande besök för valda åtgärder i åtgärdskategorierna 100–300 som görs i folktandvård respektive privattandvård**

Totalt förebyggande besök	Totalt landsting	Totalt privat
9 301 143	3 459 659	5 841 484
Andel av totalt antal förebyggande	37 %	63 %

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

**Tabell 6 Samtliga besök fördelat mellan folktandvård och privat**

Totalt antal besök	Totalt landsting	Totalt privat
17 418 307	6 910 630	10 507 677
Andel av totalt antal besök	40 %	60 %

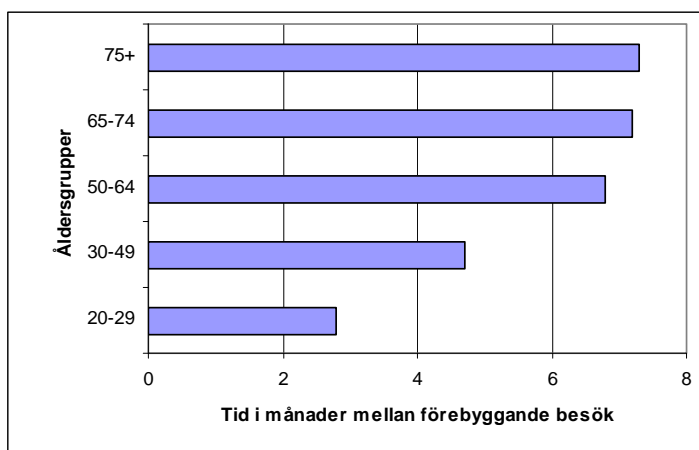
Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

I tabell 5 visas att 63 procent av de förebyggande besöken görs i privattandvården och 37 procent görs inom folktandvården. Som jämförelse ses i tabell 6 att 60 procent av samtliga besök (både förebyggande och icke förebyggande) görs inom privattandvården och 40 procent inom folktandvården. Vilken tandvård som bör utföras hos respektive vårdgivarkategori beror på vilka behov som finns hos respektive vårdgivares patienter. För att kunna dra slutsatser utifrån fördelningen av de förebyggande besöken mellan de två vårdgivartyperna bör således vårdbehov hos patienterna hos de olika vårdgivartyperna tas fram och beaktas, något som skulle vara svårt.

### 3.4.5 Tid mellan förebyggande besök

I detta avsnitt redovisas hur lång tid som förflutit mellan besöken för de patienter som gjort minst två förebyggande besök under perioden den 1 juli 2008 till och med den 30 april 2010. I diagram 8 visas, för de patienter som gjort minst två förebyggande besök, hur lång tid som i snitt förflutit mellan besöken. Diagrammet visar avstånden mellan besöken uppdelat på olika åldersgrupper.

**Diagram 8 Hur lång tid (i månader) det har gått i genomsnitt mellan första besök och senast besök**



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar

Försäkringskassans beräkningar som visas i diagram 8 visar att det förflutit minst tid mellan besöken för de i åldersgruppen 20–29 år. För denna åldersgrupp har det i genomsnitt gått 2.8 månader mellan besöken. Längst tid har förflutit mellan besöken för personer över 64 år med i snitt drygt sju månader mellan besöken. Det är förväntade resultat eftersom de i åldersgruppen 20–29 år vanligen behandlas för karies, vilket medför täta besök. Det är också förväntade resultat för åldersgrupperna för de som fyllt 65 år som ofta behandlas för tandlossningssjukdomar och då är det inte lika tätt mellan besöken som vid kariesprofylax. Även i åldersgruppen 30–49 finns det individer som behandlas för karies varför det är förväntade resultat att det även för denna åldersgrupp uppvisas relativt täta besök. Att det är skillnad på hur ofta patienter i olika åldrar besöker tandvården beror alltså på att de vanligen behandlas för olika besvär. Eftersom det endast är möjligt att i denna rapport studera de första 22 månaderna sedan införandet av det nuvarande tandvårdsstödet är det dock svårt att utifrån observerade besök uttala sig om regelbundenheten i befolkningens tandvårdskonsumtion. Eftersom resultaten i detta avsnitt endast gäller de individer som gjort minst två förebyggande besök är det alltså inte en presentation av hur ofta samtliga personer i den vuxna befolkningen inom olika ålderskategorier besöker tandvården.

Förutom olika åldrars olika behov av tandvårdsbesök, påverkas besöksfrekvenser även av hur ofta tandläkare skickar kallelser till förebyggande besök till sina patienter. Det är då viktigt att beakta att patienter själva kan påverka hur ofta de får en kallelse från sin tandläkare. Det kan vara så att en patient ber att bli kallad mera sällan eller mera ofta än vad vårdgivaren rekommenderar.

För att kunna dra slutsatser om besöksfrekvenser bör den studerade perioden vara minst 24 månader, eftersom den tiden ännu inte passerat sedan införandet av det nuvarande tandvårdsstödet är det svårt att i denna rapport med säkerhet uttala sig om hur befolkningens besök förläggs över tid. Det är inte känt hur individer kommer att agera framöver och inte heller hur stor andel som kommer att besöka tandvården under de första åren av det nuvarande tandvårdsstödet. De som inte besökt tandvården kan komma att göra det de närmaste månaderna, men det är inte känt i dag hur de kommer att agera. Det är inte heller känt när och om de som gjort minst ett besök under den studerade perioden kommer att göra ett nytt besök. Det är dock relevant att nämna att det kan diskuteras hur ofta förebyggande besök hos tandvården bör göras. Det är inte säkert att det är odontologiskt motiverat att friska individer besöker tandvården oftare än vart annat eller vart tredje år.

Utöver den begränsning som kommer av att det ännu inte förflutit tillräcklig tid för tillfredställande bedömningar av besöksfrekvenser, har också den rådande ekonomiska konjunkturen sedan införandet av tandvårdsstödet sannolikt haft en negativ inverkan på besöksfrekvenserna. Arbetslösheten har gått upp och det har inneburit att många individer fått minskat ekonomiskt utrymme. I en situation av arbetslöshet tvingas många att spara in på utgifter. Bland annat kommer bedömningen av hur nödvändig en vara upplevs att spela en avgörande roll för konsumtionen av varan. Det är således inte endast priset på en vara som kommer att avgöra hur mycket som

konsumeras, utan också hur känslig efterfrågan på varan är för förändringar i inkomst. Generellt är efterfrågan på tandvård liknande efterfrågan för annan sjukvård<sup>22</sup>. Efterfrågan på förebyggande behandlingar är dock mera känsliga än annan typ av tandvård. Tillsammans med det faktum att det saknas fullständiga data över besöksfrekvenser i det tidigare tandvårdsstödet samt att andra faktorer än pris är avgörande för konsumtionen, gör den ekonomiska konjunkturen det svårt att bedöma reformens effekt på besöksfrekvenserna. Det är därför värdefullt att besöksfrekvenser följs upp när några år av både låg- och högkonjunktur förflutit.

Det är av stort intresse, men för tidigt att studera om/hur besöksfrekvenser skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper. Detta är något som Försäkringskassan bedömer som viktigt för framtida utvärdering.

## 4 Effekterna av skyddet mot höga kostnader

### 4.1 Inledning skyddet mot höga kostnader

Att möjliggöra för fler personer med omfattande behov av tandvård att få dessa behov tillgodosedda är ett av de övergripande målen med det nuvarande tandvårdsstödet. Följande avsnitt innehåller en analys av i vilken mån detta mål uppfyllts.

Enligt Socialstyrelsens studie av befolkningens självskattade tandhälsa från 2005 var det cirka 17 procent av respondenterna som avstått tandvård trots behov. 23 procent uppgav att de avstått av ekonomiska skäl. Av respondenterna i åldersgruppen 20–29 år svarade cirka 42 procent att de avstått av ekonomiska skäl mot under 14 procent i åldersgruppen över 60 år. I åldersgrupperna 30–39 och 40–49 år uppgav cirka 28 procent respektive cirka 29 procent av respondenterna att de avstått tandvård av ekonomiska skäl de senaste tolv månaderna. För de mellan 50 och 59 år uppgav cirka 19 procent att de avstått tandvård av ekonomiska skäl.<sup>23</sup> Socialstyrelsen kommer under våren 2010 att publicera en ny studie av befolkningens självskattade tandhälsa som innehåller uppgifter efter införandet av det nuvarande tandvårdsstödet. Försäkringskassan kommer att följa resultaten i denna. Med anledning av en betydande andel av den vuxna befolkningen avstår tandvård av ekonomiska skäl och trots behov bedömer Försäkringskassan att en analys av patientkostnader i det tidigare och nuvarande tandvårdsstödet kan indikera om det nya tandvårdsstödet möjliggjort för fler att få sina omfattande tandvårdsbehov tillgodosedda. Därför kommer avsnittet nedan bland annat att innehålla en analys av patientkostnader och hur dessa har förändrats i och med införandet av det nuvarande tandvårdsstödet.

I vilken omfattning fler personer kunnat få sina behov tillgodosedda bedöms bland annat bero på hur mycket mindre kostsamt det blivit i och med inför-

---

<sup>22</sup> Manning och Phelps, 1979, s. 523.

<sup>23</sup> Socialstyrelsen, 2005, sid. 27.

andet av det nuvarande tandvårdsstödet, men också på hur stor del av den disponibla inkomsten som tas i anspråk för tandvårdskostnader. Hur mycket tandvård som konsumeras styrs sannolikt även av en rad andra faktorer som inte är av ekonomisk karaktär så som individers preferenser och prioriteringar. Folkhälsoinstitutets rapport Hälsa på lika villkor, Resultat från folkhälsoenkäten 2008<sup>24</sup>, visar att det främst är män som avstår tandvård trots behov<sup>25</sup>. Detta trots att kvinnor har en lägre genomsnittlig arbetsinkomst<sup>26</sup> än män<sup>27</sup>. Resultaten i föregående avsnitt om förebyggande besök i tidigare avsnitt visar att kvinnor i högre omfattning än män besöker tandvården i förebyggande syfte. Hur benägenheten hos kvinnor att besöka tandvården påverkas om det kontrolleras för att en del kvinnor möjligen konsumerar tandvård också med hjälp av hushållets totala inkomst har dock inte studerats här. När frågan om personer med omfattande tandvårdsbehov i större omfattning kunnat få sina behov tillgodosedda ska besvaras hade det varit av intresse att kunna undersöka om det är de personer med de mest omfattande behoven som konsumerar mest ersättningsberättigande tandvård i det nuvarande tandvårdsstödet. Det är inte möjligt i dagsläget eftersom det inte finns något register över samtliga individers tandhälsa i Sverige. Försäkringskassan bedömer emellertid att uppgifterna om tandvårdskostnader som finns tillgängliga på individnivå för de individer som konsumerar mest tandvård ger goda förutsättningar att bedöma hur väl högkostnadsskyddet ger ett skydd och därigenom möjliggör en analys av om de med omfattande behov getts större möjlighet att uppfylla sina behov.

I och med de ändrade kraven på inrapportering i samband med införandet av det nuvarande tandvårdsstödet den 1 juli 2008 finns nu uppgifter tillgängliga för att mäta konsumtion och patientkostnader på individnivå. I Försäkringskassans pris- och patientkostnadsstudie från december 2009 studerades individers konsumtion och patientkostnader under en tolv månadersperiod i det nuvarande tandvårdsstödet. En jämförelse gjordes även med vad denna konsumtion av tandvård skulle ha kostat patienten i det tidigare tandvårdsstödet. I den rapporten analyserades patientkostnader för patienter i olika konsumtionsintervall.

Bedömningen av i vilken mån det nuvarande tandvårdsstödet möjliggjort för fler patienter med stora tandvårdsbehov att få dessa tillgodosedda kommer Försäkringskassan göra genom att undersöka kostnader för patienter med den mest omfattande konsumtionen under en tolv månadersperiod i det nuvarande tandvårdsstödet. Dessa patientkostnader kommer att jämföras med vad denna tandvård skulle ha kostat patienten i det tidigare tandvårdsstödet. Avsikten är alltså att se hur patientkostnaderna för patienter med

---

<sup>24</sup> <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Tandhalsa/>

<sup>25</sup> <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Tandhalsa/>

<sup>26</sup> Arbetsinkomst är inkomst knuten till förvärvsarbete. Den består av löneinkomst, företagarkomst, sjukpenning, föräldrapenning samt ersättning i samband med utbildning och tjänstgöring inom totalförsvaret. Arbetsinkomst alltså inte är detsamma som lön. En viktig skillnad är att arbetsinkomstens storlek beror på antalet arbetade timmar. I arbetsinkomsten ingår även sjuklön från arbetsgivare samt ersättning från sjuk- och föräldraförsäkring.

<sup>27</sup> [www.scb.se](http://www.scb.se)

störst konsumtion påverkats av högkostnadsskyddet i det nuvarande tandvårdsstödet och utifrån det göra en bedömning av om fler patienter med omfattande tandvårdsbehov fått ökad möjlighet att få sina tandvårdsbehov tillgodosedda. Som ett komplement till denna analys kommer genomsnittliga vårdgivarpriser inom åtgärdsserien 800 (som innehåller protetisk vård), en typ av vård som i många fall är förknippade med höga priser/omfattande behandlingar, jämföras med referenspriserna för de olika åtgärderna. Jämförelsen mellan snittpris och referenspris görs eftersom ersättningen i högkostnadsskyddet betalas utifrån (högst) referenspriset och om referenspriset är lägre än snittpriset för en viss åtgärd betalas patienten hela det överskjutande beloppet även över karensbeloppet i högkostnadsskyddet. Ett annat sätt att komplettera analysen av kostnader för de med den mest omfattande konsumtionen är att studera hur konsumtionen hos denna grupp utvecklats under perioden med det nuvarande tandvårdsstödet. I det sista avsnittet i detta kapitel kommer denna utveckling att följas och analyseras.

## 4.2 Patientkostnader i det nuvarande respektive tidigare tandvårdsstödet

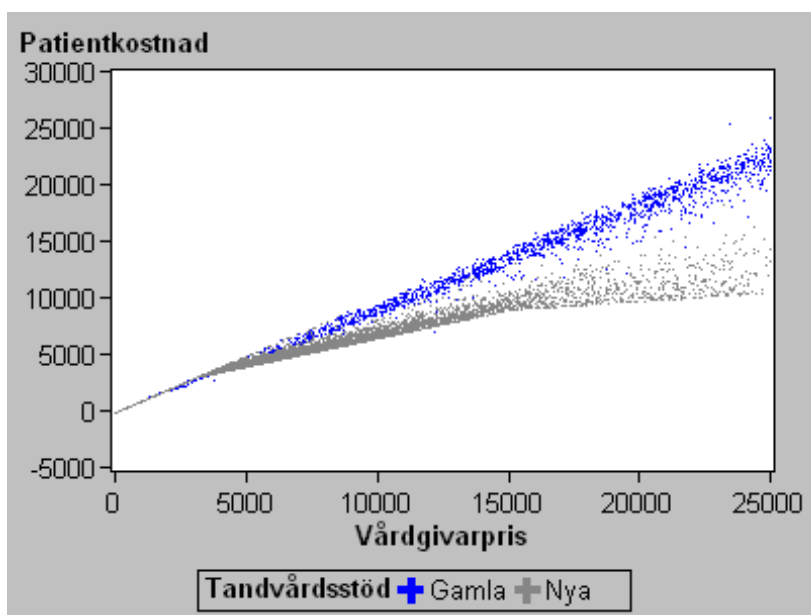
Försäkringskassan jämför i detta avsnitt patientkostnader i det nuvarande tandvårdsstödet med patientkostnader i det tidigare tandvårdsstödet. Denna jämförelse görs genom att studera patientkostnaden för patienter som konsumerat omfattande tandvård under en tolv månadersperiod i det nuvarande tandvårdsstödet med vad denna tandvård hade kostat dem om de konsumerat tandvården under de tidigare ersättningsreglerna. Utifrån denna jämförelse görs en bedömning av om det är sannolikt att fler personer med omfattande tandvårdsbehov fått ökad möjlighet till behandling. Analysen i detta avsnitt bygger på data från Försäkringskassans tandvårdsregister.

Vid en jämförelse av patientkostnader innan och efter tandvårdsreformen är det viktigt att beakta att det i princip inte är möjligt att få en helhetsbild av hur patienters konsumtion och kostnader fördelade sig innan det nuvarande tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008. Detta beror främst på att den tandvård som rapporterades in till Försäkringskassans gamla tandvårdsregister (PLOMBEN) inte var heltäckande och att det endast var en mindre del av den inrapporterade tandvården som kunde följas på individnivå. I den inrapporterade tandvården i PLOMBEN som finns på individnivå är dyra protetiska behandlingar dessutom starkt överrepresenterade. Tandvårdsåtgärderna i det gamla och det nuvarande tandvårdsstödet skiljer sig också åt innehållsmässigt, vilket försvårar en jämförelse mellan patientkostnader i de olika stöden. I och med införandet av det nuvarande tandvårdsstödet rapporteras i princip all ersättningsberättigande tandvård in på individnivå till Försäkringskassan. Därför kan patientkostnader och konsumtionsmönster följas på individnivå sedan den 1 juli 2008.

Ett sätt att analysera skillnader i patientkostnader i det nuvarande respektive det tidigare tandvårdsstödet är att undersöka sambandet mellan vårdgivarpriset och patientkostnad under en tolv månadersperiod både i det gamla och i det nuvarande tandvårdsstödet. I diagram 9 nedan plottas den totala patientkostnaden på individnivå mot vårdgivarpriset för den konsumerade tandvården för patienter i åldersgruppen 30–64 år i det nuvarande respektive

det tidigare tandvårdsstödet. Dataunderlaget är ett slumpmässigt urval från de patienter vars tandvård rapporterats in till Försäkringskassan dels under 12-månadersperioden innan 1 juli 2008 och dels 12-månadersperioden efter. En enskild punkt i diagrammet visar dels totala vårdgivarpriset<sup>28</sup> på den tandvård patienten konsumerade under hela 12-månadersperioden (horisontella axeln), och dels patientkostnaden<sup>29</sup> för den tandvården (vertikala axeln). Den övre plottningen motsvarar det gamla stödet och den undre motsvarar det nuvarande stödet.

**Diagram 9 Patientkostnad mot vårdgivarpris i det tidigare respektive nuvarande tandvårdsstödet. Åldersgruppen 30–64 år**



Källa: Försäkringskassans beräkningar

I det nuvarande (nya) högkostnadsskyddet är ersättningen progressiv. I diagram 9 syns hur detta påverkar patientkostnaden från och med cirka 3 000 kronor för 30–64 åringar med omfattande tandvårdskonsumtion. Det syns att skillnaden mellan patientkostnaden och vårdgivarpriset blir större ju högre vårdgivarpriset är. I det tidigare tandvårdsstödet var ersättningen inte progressiv för de under 65 år och patienten fick (genomsnittligt sett) bära en stor andel av priset själv oavsett hur mycket man konsumerade. Det syns tydligt i diagrammet genom att skillnaden mellan vårdgivarpris och patientkostnad är liten oavsett vilket vårdgivarpris som gäller.

Försäkringskassan har även utgått från olika åldersgruppers konsumtion under en 12 månadersperiod i det nuvarande stödet och undersökt vad denna vård skulle ha gett för patientkostnad i det tidigare tandvårdsstödet och jämfört denna kostnad med patientkostnaden i det nuvarande tandvårdsstödet. Resultaten presenteras i tabell 7. Dataunderlaget till dessa beräkningar är all tandvård som utförts och inrapporterats till Försäkringskassan

<sup>28</sup> Vårdgivarens pris utan hänsyn tagen till eventuell ersättning från tandvårdsstöd

<sup>29</sup> Det pris patienten betalar med hänsyn tagen till eventuell ersättning från tandvårdsstöd.



under en hel ersättningsperiod. De patienter som konsumerar mycket tandvård *representeras* av dem som konsumerar i den 95:e percentilen<sup>30</sup>.

**Tabell 7 Konsumtion (vårdgivarpris) och patientkostnad under en 12 månadersperiod**

Ålders- kategori	Patientkostnad (kr)				
		Konsumtion (kr) i vårdgivarpris under en 12- månadersperiod	Gamla stödet (prisjusterad)	Nuvarande stödet	Minskad patient- kostnad i procent
20–29 år	95:e percentilen	7 397	5 856	5 322	–9.1
30–64 år	95:e percentilen	16 052	13 414	10 107	–24.7
65–74 år	95:e percentilen	17 850	11 400	10 753	–5.7
+75 år	95:e percentilen	15 900	10 477	9 708	–7.3

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabellen ovan visar Försäkringskassans beräkningar att personer som konsumerar tandvård (mätt i vårdgivarpriser) i den 95:e percentilen i åldersgruppen 20–29 år köpte tandvård till ett vårdgivarpris om 7 397 kronor under en 12 månadersperiod i det nuvarande stödet. Detta gav en patientkostnad om 5 322 kronor mot 5 856 kronor i det tidigare tandvårdsstödet. Personer som konsumerar i den 95:e percentilen i åldersgruppen 30–64 år köpte nu tandvård till ett vårdgivarpris om 16 052 kronor. Detta gav en patientkostnad om 10 107 kronor mot 13 414 kronor i det tidigare tandvårdsstödet. Personerna som konsumerar i den 95:e percentilen i åldersgruppen 65–74 år köpte tandvård till ett vårdgivarpris om 17 850 kronor i det nuvarande stödet. Detta hade gett en patientkostnad om 11 400 kronor i det gamla tandvårdsstödet mot 10 753 kronor i det nuvarande tandvårdsstödet. Personerna som konsumerade i den 95:e percentilen i åldersgruppen 75+ köpte tandvård till ett vårdgivarpris om 15 900 kronor i det nuvarande stödet. Detta gav nu en patientkostnad om 9 708 kronor mot 10 477 kronor i det gamla tandvårdsstödet mot.

Utifrån att personer i samtliga åldersgrupper som konsumerar omfattande tandvård fått lägre patientkostnader i det nuvarande tandvårdsstödet kan det antas att fler personer med omfattande behov av tandvård fått möjlighet att få dessa behov tillgodosedda. Enligt Socialstyrelsens undersökning av självskattad tandhälsa och tandvårdskonsumtion från 2005 var det som skrivits tidigare i åldersgruppen 20–29 år som störst andel individer uppgett att de avstått tandvård trots behov. Cirka 42 procent uppgav att det avstått tandvård av ekonomiska skäl. Vi kan se att patienter som konsumerat omfattande tandvård i denna grupp i det nuvarande tandvårdsstödet fått cirka 9 procent lägre patientkostnad jämfört med om de konsumerat samma volym tandvård i det tidigare tandvårdsstödet. Det är då sannolikt att fler personer med omfattande tandvårdsbehov i denna åldersgrupp i och med införandet av det nuvarande tandvårdsstödet fått ökad möjlighet att få sina

<sup>30</sup> Percentiler delar ett sorterat datamaterial i hundradelar. Patienten som konsumerar i den 95:e percentilen motsvarar alltså den konsumtion som är den 95:e högsta sett till vårdgivarpris.

tandvårdsbehov tillgodosedda. Bland personer mellan 30 och 49 år uppgav cirka 28 procent att de tvingats avstå tandvård av ekonomiska skäl. Av de mellan 50 och 59 år uppgav cirka 20 procent att de avstått på grund av ekonomi och bland de mellan 60 och 64 år uppgav cirka 12 procent att de avstått på grund av ekonomi. Personer med omfattande tandvårdskonsumtion i dessa åldersintervall beräknas ha fått cirka 24 procent lägre kostnader. Det är relativt stor skillnad mellan de olika åldersgrupperna när det gäller hur stor andel som uppgav att de avstått tandvård trots behov, vilket indikerar att införandet av högkostnadsskyddet den 1 juli 2008 kan ha gett olika stor effekt för personer i olika åldrar för de mellan 30 och 64 år. I åldersgruppen 65–74 år uppgav cirka 8 procent av respondenterna att de avstått tandvård trots behov. I denna åldersgrupp var det cirka 14 procent som uppgav att de avstått tandvård av ekonomiska skäl.<sup>31</sup> För denna åldersgrupp har patientkostnaden för dem som konsumerat omfattande tandvård blivit cirka 6 procent lägre. Även för individer med omfattande tandvårdsbehov i denna åldersgrupp har det nuvarande tandvårdsstödet sannolikt gett fler individer möjlighet att få sina behov tillgodosedda. För denna åldersgrupp är det dock viktigt att beakta att spridningen av patientkostnader i det tidigare tandvårdsstödet var mycket stor och att det därför finns en betydande andel av patienterna i åldersgruppen som fått högre patientkostnader i det nuvarande tandvårdsstödet jämfört med i det tidigare tandvårdsstödet.

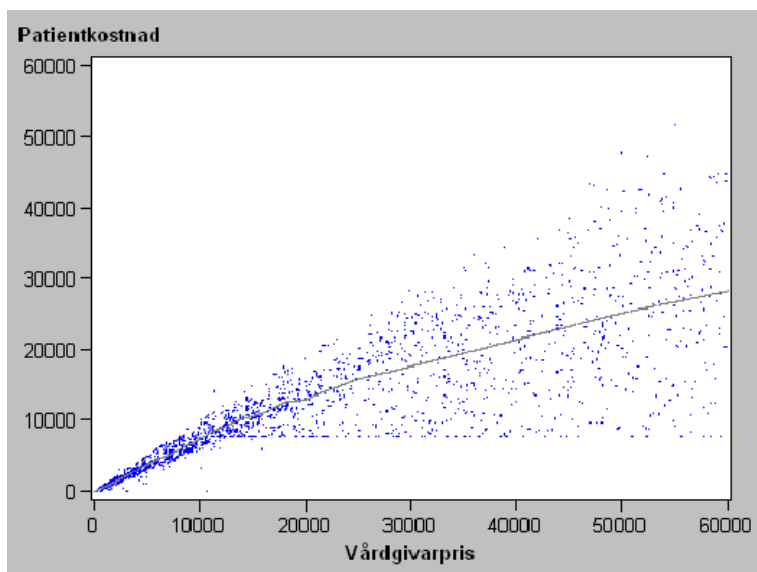
En fråga som kan ställas är dock hur mycket skillnad en minskad patientkostnad på mellan cirka 6 och cirka 9 procent som samtliga åldersgrupper utom 30–64 år fått gör för en enskild individ. Möjligen är det endast i åldersgruppen 30–64 år där patientkostnaden beräknas till cirka 25 procent lägre som individer verkligen påverkats av skillnaden i patientkostnad.

Att patienter som fyllt 65 år och som konsumerar omfattande tandvård i beräknas ha fått en lägre patientkostnad under de nuvarande ersättningsreglerna, trots det tidigare högkostnadsskyddet, kan sannolikt förklaras av att högkostnadsskyddet för denna grupp endast ersatte protetisk tandvård och dessutom bara vissa åtgärder i denna. Dessutom var karensnivån högre och patienten fick själv stå för kostnaden för gjut- och ädelmetaller. Konstruktionen i det tidigare högkostnadsskyddet för denna åldersgrupp ledde till att det fanns en väldigt stor spridning på hur mycket patienten betalade för sin tandvård. I diagram 10 visas spridningen på patientkostnader vid olika konsumtionsnivåer (angett i vårdgivarpris) för dem som fyllt 65 år i det tidigare tandvårdsstödet (ej i det nuvarande tandvårdsstödet). I diagrammet visas också den skattade genomsnittskurvan för sambandet mellan patientkostnad och vårdgivarpris i det tidigare tandvårdsstödet.

---

<sup>31</sup> Socialstyrelsen, 2005, sid. 27.

**Diagram 10 Patientkostnader samt skattad genomsnittlig patientkostnad för olika vårdgivarpriser för åldersgruppen 65+ år i det tidigare tandvårdsstödet**



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Enligt genomsnittskurvan i diagram 10 hade en patient i denna åldersgrupp som köpte tandvård i det tidigare tandvårdsstödet motsvarande ett vårdgivarpris om 30 000 kronor i snitt en patientkostnad på cirka 17 600 kronor. Tittar man på spridningen syns dock att patientkostnaden runt detta medelvärde går från 7 700 kronor (karensbeloppet) till 28 000 kronor. Det blir då tydligt att ett visst vårdgivarpris kunde innebära en mycket varierad patientkostnad. I det nuvarande högkostnadsskyddet (ej i diagrammet) beräknas i stället patientkostnaden för samma mängd tandvård till 12 000–13 000 kronor vid ett antagande att vårdgivarpriset är 3 till 7 procent högre än referenspriserna. Det bedöms vara viktigt att ta hänsyn till att, trots att det nuvarande tandvårdsstödet inneburit lägre patientkostnader för många med omfattande konsumtion, har det också blivit dyrare för vissa patienter som fyllt 65 år.

På grund av tidigare nämnda begränsningar i data i det tidigare tandvårdsstödet bedöms det vanskligt att göra jämförelser på den detaljerade nivå som det skulle innebära att jämföra patientkostnader i det gamla och nuvarande tandvårdsstöden även utifrån län och kön. Därför görs analysen uppdelad endast på ålder. Även jämförelser av patientkostnader utifrån ålder innehåller osäkerhet på grund av att åtgärderna i det tidigare tandvårdsstödet inte är direkt jämförbara med åtgärderna i det nuvarande tandvårdsstödet.

När frågan om personer med omfattande tandvårdsbehov i större omfattning kunnat få sina behov tillgodosedda studeras hade det varit av intresse att även kunna studera om det är de personer med de mest omfattande behoven som konsumerar mest ersättningsberättigande tandvård i det nuvarande tandvårdsstödet. Det hade då varit intressant att koppla uppgifter om tandvårdsbehov på individnivå till individers faktiska tandvårdskonsumtion. Det finns dock inget register över samtliga individers tandhälsa i Sverige. Socialstyrelsen har ett tandhälsoregister som är under uppbyggnad och som kommer att innehålla uppgifter om individers kvarvarande och intakta

tänder. Detta register kommer dock endast att innehålla uppgifter om de individer som besökt tandvården. De som inte besökt tandvården finns alltså inte i registret och deras tandvårdsbehov kommer inte att kunna mätas genom registret. Det är dock inte möjligt att veta med säkerhet om de som konsumerar mest tandvård är de med de mest omfattande tandvårdsbehoven. Det kan rimligen finnas individer med omfattande tandvårdsbehov, men som trots tandvårdsreformens införande, inte konsumerar tandvård. Vad som också hade kunnat bidra i analysen hade varit uppgifter om inkomst och sysselsättning med flera variabler på individnivå som kunnat kopplas till tandvårdskonsumtionen. Försäkringskassan avser att under hösten 2010 och våren 2011 göra en studie av hur bland annat olika socioekonomiska faktorer påverkar tandvårdskonsumtion i det nuvarande tandvårdsstödet. Genom den studien ska ökad kunskap uppnås om hur olika faktorer styr tandvårdskonsumtionen. Försäkringskassan bedömer att det vore relevant att det görs en nationalekonomisk studie av hur efterfrågan på tandvård påverkas av förändringar i inkomst hos patienter samt av förändringar i pris och patientkostnad.

### 4.3 Jämförelse mellan vårdgivarpris och referenspris

Som beskrivits i inledningen av avsnitt fyra kompletterar Försäkringskassan analysen av patientkostnader genom att studera skillnaden mellan snittpriser och referenspriser.

Då det inte endast är behandlingsbehovet, karensbeloppet om 3 000 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, bedöms det relevant att beröra prisläget i relation till referensprisinivån. Patienten bär således 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.

Eftersom fri prissättning råder på marknaden för tandvård är vårdgivarna inte bundna av referenspriset, de kan ta ut både ett högre och ett lägre pris. Referenspriserna ska följa den allmänna kostnadsutvecklingen inom tandvården och även uppdateras årligen<sup>32</sup> för att patientersättningen i högkostnadsskyddet inte ska urholkas. Referenspriserna ska spegla vad en åtgärd normalt bör kosta<sup>33</sup>, det vill säga fungera som ett jämförelsepris för patienten. Vidare kan det för patienten fungera som ett riktmärke för att jämföra vårdgivare inom tandvården<sup>34</sup>. Ett syfte med tandvårdsreformen är som tidigare beskrivits att stärka patienters ställning på tandvårdsmarknaden.

---

<sup>32</sup> Referenspriserna räknas om med hjälp av tre kostnadsindex från Statistiska Centralbyrån, de ska spegla kostnadsutvecklingen under det senaste året avseende arbetskraft, direkt respektive dentalt material.

<sup>33</sup> SOU 2007:19, s. 278.

<sup>34</sup> Pressmeddelande 1 juli 2008, Tandvårdsreformen träder i kraft, Socialdepartementet.

Detta ska bland annat uppnås genom att göra det lättare för patienter att kunna jämföra priser hos olika vårdgivare<sup>35</sup>.

I Försäkringskassans delrapport i regeringsuppdraget att samordna utvärderingen av tandvårdsstödet jämfördes snittpriser utifrån åtgärds-kategorier (100–800) med dess referenspriser. Ett index beräknades och det indexet visade totala vårdgivarpriset på de konsumerade åtgärderna i förhållande till vad priset varit om vårdgivarna debiterat referenspriset. Under perioden den 1 juli 2008 till och med den 31 oktober 2009 var det protetiska åtgärder (åtgärdsserie 800) som legat högst över referensprisnivån. I juli 2009 var den faktiska prisnivån 10 procent högre än referensprisnivån. I oktober 2009, efter referensprishöjningen den 1 september 2009, låg prisnivån för denna åtgärds-kategori 7.8 procent över referenspriserna. I rapporten studerades även snittpriser relativt referenspriser uppdelat på kommunstorlek. Det visade sig då att prisnivån var högre i storstadsregionerna Storstockholm, Storgöteborg och Stormalmö än i små och medelstora kommuner.<sup>36</sup> Eftersom ersättningen i högkostnadsskyddet betalas utifrån högst referenspriset kommer patienter i en region där prisnivån är högre än i andra regioner i genomsnitt få högre patientkostnader.

Försäkringskassan har för det nu aktuella steget i regeringsuppdraget tagit fram snittpriser, under tandvårdsstödet första tolv månader, på åtgärds-nivå (åtgärd för åtgärd) för samtliga åtgärder inom åtgärds-kategori 800, den åtgärds-kategori som innehåller protetisk vård. Denna typ av vård innebär i många fall omfattande behandlingar. Snittpriserna för dessa åtgärder jämförs med dessas referenspriser på åtgärds-nivå. Skälet till att Försäkringskassan nu valt att studera skillnaden mellan snittpris och referenspris just på åtgärder inom åtgärds-kategorin 800 är att de är vanliga för behandling av individer med omfattande tandvårdsbehov. Behandling vid behov av dessa åtgärder genererar ofta höga kostnader.

Denna analys kommer inte att ge en fulltäckande bild av patienters kostnader, utan jämförelsen görs för att belysa hur vårdgivarpriser på tandvårds-åtgärder påverkar patientkostnaden. Metoden bedöms således ge en förtydligande bild över hur patientkostnaden kan se ut och hur relationen mellan referenspriserna och vårdgivarpriserna påverkar patientkostnaderna.

En begränsning i analysen av skillnader mellan åtgärdspriser och referenspriser kommer av att standardmaterial är inkluderat i åtgärderna i det nuvarande tandvårdsstödet eftersom det då inte framgår hur stor del av vårdgivarpriset som är tandtekniskt material.<sup>37</sup> Om en åtgärd utförs med ett annat material än standardmaterialet blir det inrapporterade vårdgivarpriset på åtgärden högre, utan att vårdgivaren tagit ut mer pengar för sin arbetsinsats samt utan att Försäkringskassan kan veta skälet till att det inrapporterade priset är högre. Således blir även en jämförelse av snittpriser på åtgärder och

---

<sup>35</sup> Av detta skäl har en prisjämförelsetjänst lanserats på Försäkringskassans hemsida ([www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)).

<sup>36</sup> Prisutvecklingen inom tandvården 2008-2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet, Försäkringskassan, 2009.

<sup>37</sup> Försäkringskassan kommer under 2010 att publicera uppgifter om inrapportering i tandvårdssystemet.

dess referenspriser i viss mån missvisande. Vidare har ingen analys gjorts för hur stor avvikelser är från snittvärdet för de olika åtgärderna. Det kan alltså vara stor skillnad i hur mycket de olika åtgärdernas vårdgivarpriser skiljer sig mellan olika vårdgivare. En fråga som är intressant är dock hur välinformerade patienter är om vilka material som är bäst för patienten och hur aktiva patienter generellt själva är i valet av material.

I tabellen 8 presenteras skillnad mellan snittpris och referenspris för perioden den 1 juli 2008–30 juni 2009 på ett antal vanliga åtgärder. Dessa åtgärder har valts för att de genom att vara vanliga påverkar kostnaden för många patienter.

**Tabell 8 Skillnaden mellan snittpris och referenspris på ett antal vanliga tandvårdsåtgärder inom 800-serien**

Åtgärd	Åtgärds-kod	Snitt-pris	Referens-pris	Skillnad %
Laboratoriefremställd krona	801	4 840	4 430	8
Laboratoriefremställd pelare med intraradikulärt stift	802	2 743	2 725	1
Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	803	1 273	1 115	12
Hängande broled vid tandstödd protetik, per led	804	2 162	1 885	13
Partiell protes för temporärt bruk, en till tre tänder	822	3 158	3 145	0
Partiell protes för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	823	4 388	4 215	4
Partiell protes med gjutet skelett, klammerförankrad	824	8 807	8 715	1
Hel underkäksprotes inklusive erforderligt antal prefabricerade tänder	827	6 507	5 830	10
Hel överkäksprotes inklusive erforderligt antal prefabricerade tänder	828	6 561	5 830	11
Rebasering av protes	833	2 000	2 035	-2
Lagning av protes där avtryck krävs	834	1 722	1 610	6
Rebasering och lagning av protes	835	2 596	2 590	0
Implantatförankrad krona	852	8 090	7 070	13
Hängande led vid implantatförankrad bro	853	2 313	1 885	19
Implantatförankrad bro, överkäke, 5 implantat	862	53 918	45 755	15
Implantatförankrad bro, överkäke, 6 implantat	863	58 544	50 190	14
Implantatförankrad bro, underkäke, 4 implantat	865	48 712	40 455	17

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabell 8 visas att en av de 17 vanliga åtgärderna har ett referenspris som är högre än snittpriset. För de övriga 16 åtgärderna är referenspriset lägre än snittpriset. När vårdgivaren sätter ett pris som är lägre än referenspriset betalas ersättning utifrån åtgärdspriset. Det betyder att patienten bär hela mellanskillnaden själv eftersom ingen ersättning från högkostnadskyddet betalas för den överskjutande delen. När referenspriset är högre än åtgärdspriset får det ingen annan effekt på patientkostnaden än om åtgärdspris och referenspris varit samma. Detta eftersom ersättning från högkostnads-

skyddet betalas *högst* utifrån referenspriset. Det är stor skillnad i hur stor skillnaden är mellan referenspris och snittpris för de olika åtgärderna där referenspriset är lägre än snittpriset. Den procentuella skillnaden mellan referenspris och snittpris varierar för dessa åtgärder mellan 1 och 19 procent. Den största skillnaden i kronor mellan snittpris och referenspris finns i åtgärderna 862 där snittpriset är 8 163 kronors högre än referenspriset, 863 där snittpriset är 8 354 kronors högre och 865 där snittpriset är 8 257 kronors högre. Eftersom patienten själv bär hela den del av åtgärdspriset som överstiger referenspriset innebär det att patienten för dessa åtgärder i snitt har en kostnad på drygt 8 000 kronor per åtgärd som ingen ersättning betalas för inom högkostnadsskyddet. För delen upp till referenspriset betalas ersättning från högkostnadsskyddet över karensbeloppet. Det är viktigt att beakta att om ett vårdgivarpris är 1 100 och referenspriset för åtgärden är 1 000 kronor innebär det att åtgärdspriset är 10 procent högre än referenspriset, men patientkostnaden blir inte 10 procent högre utan det mer. Hur mycket mer det blir i procent beror på i vilket ersättningsintervall patienten befinner sig.

Tabell 9 visar skillnad mellan snittpris och referenspris för de åtgärder som har ett snittpris som är högre än 10 000 kronor.

**Tabell 9 Skillnad mellan snittpris och referenspris för åtgärder med snittpris om minst 10 000 kronor.**

Åtgärd	Åtgärds-kod	Snitt-pris	Referens-pris	Skillnad %
Implantatförankrad bro, överkäke, 4 implantat	861	48 205	41 405	14
Implantatförankrad bro, överkäke, 5 implantat	862	53 918	45 755	15
Implantatförankrad bro, överkäke, 6 implantat	863	58 544	50 190	14
Suprakonstruktion för implantatförankrad bro, överkäke	864	34 403	29 030	16
Implantatförankrad bro, underkäke, 4 implantat	865	48 712	40 455	17
Suprakonstruktion för implantatförankrad bro, underkäke	867	32 359	27 075	16
Implantatstött täckprotes, 2 implantat	871	20 969	18 725	11
Implantatstött täckprotes, överkäke, 3 implantat	872	28 129	24 745	12
Implantatstött täckprotes, överkäke, 4 implantat	873	31 305	26 745	15
Implantatstött täckprotes, exklusive implantat, implantatkomponenter och förankringselement	877	13 375	11 785	12

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

För åtgärderna som har ett snittpris om minst 10 000 kronor gäller enligt Försäkringskassans beräkningar att skillnaden mellan snittpris och referenspris på åtgärderna är mellan 12 och 17 procent. För samtliga åtgärder ligger referenspriset lägre än snittpriset.

I tabell 10 nedan visas åtgärder där skillnaden mellan snittpris och referenspris är minst 30 procent.

**Tabell 10 Åtgärder där skillnaden mellan snittpris och referenspris är minst 30 procent.**

Åtgärd	Åtgärds-kod	Snitt-pris	Referens-pris	Skillnad %
Cementering av lossad krona/fasad, per krona/fasad	811	448	315	30
Protestand, per styck	821	72	50	31
Implantat, per styck	851	3 160	2 040	35
Implantat vid reparation eller utbyggnad, per styck	885	2 924	2 040	30
Fästskruv, per styck	888	230	155	75
Kompletteringsåtgärd för specialist i protetik, per behandlingstillfälle	891	380	190	50

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Tabell 10 visar att endast en av de åtgärder där skillnaden mellan snittpris och referenspris är minst 30 procent har ett snittpris över 3 000 kronor, och att den åtgärd vilkens snittpris ligger över är på 3 160 kronor. För samtliga åtgärder gäller enligt Försäkringskassans beräkningar att referenspriset ligger under snittpriset. När det gäller åtgärden 826 (ej i tabellen), vilken har den största skillnaden mellan snittpris och referenspris, har den inte tagits med i tabellen eftersom den är så ovanlig. Det samma gäller åtgärd 878 som också den är mycket ovanlig. När det gäller åtgärd 891 utförs den endast av specialister i protetik.

I tabell 11 redovisas de åtgärder som enligt Försäkringskassans beräkningar har ett snittpris som är lägre än referenspriset.

**Tabell 11 Åtgärder där snittpriset är lägre än referenspris.**

Åtgärd	Åtgärds-kod	Snitt-pris	Referens-pris	Skillnad %
Semipermanent krona/bro, per led	807	1 893	1905	-1
Broreparation 1	812	1 194	1210	-1
Broreparation 2	813	3 468	3735	-8
Broreparation 3	814	7 619	7695	-1
Rebasering av protes	833	2 000	2035	-2
Komplicerad lagning av protes där uppvoxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes	837	5 352	5600	-5
Av- och påmontering av implantatförankrad bro	882	2 539	2640	-4
Reparation/ombyggnad av implantatförankrad konstruktion med tandteknisk insats	883	3 663	3685	-1

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabell 11 syns att för de åtgärder som har referenspris som är högre än snittpriset ligger snittpriset mellan 1 och 8 procent lägre än referenspriset. För de åtgärder där referenspriset är lägre än snittpriset återfinns betydligt



större procentuella skillnader än för de åtgärder där referenspriset är högre. Eftersom ersättning från högkostnadsskyddet betalas med högst referenspriset, alltså med ett lägre belopp än i förhållande till referenspriset om åtgärdspriset är lägre än referenspriset, får en patient som möter detta pris inte en procentuellt sett högre ersättning från högkostnadsskyddet när referenspriset är lägre än snittpriset. Den faktiska patientkostnaden blir dock lägre ju lägre åtgärdspriset hos vårdgivaren är.

#### 4.4 Utvecklingen av konsumtionen av tandvård för individer med den mest omfattande konsumtionen

För att ytterligare komplettera analysen av hur de med omfattande behov påverkats av det nuvarande tandvårdsstödet har Försäkringskassan studerat hur konsumtionen för de som konsumerat omfattande tandvård utvecklats sedan införandet av stödet<sup>38</sup>.

Försäkringskassan har gjort beräkningar på *fördelningen* av det ersättningsgrundande beloppet för individer under olika 12-månadersperioder och åldersgrupper. Mer konkret så beräknas för varje *individ* summan av referenspriserna (eller vårdgivarens pris om det är lägre) för alla åtgärder individen utfört under den aktuella 12-månadersperioden. Det som beräknas är *kvantiler*<sup>39</sup> (se också bilaga 2 för en kort metodbeskrivning) för det ersättningsgrundande beloppet (efter avdrag för allmänt tandvårdsbidrag).<sup>40</sup>

Genom att beräkna kvantilerna för löpande 12-månadersperioder, ges möjlighet till att analysera hur fördelningen av det ersättningsgrundande beloppet utvecklas över tiden, vilket möjliggör analys av konsumtionen för exempelvis en patient med en relativt sett extremt hög konsumtion som ligger vid den 99:e percentilen.

Diagram 11 visar utvecklingen för kvantilerna 10–95 för åldersgruppen 50–64 år sedan införandet av det nuvarande tandvårdsstödet den 1 juli 2008.

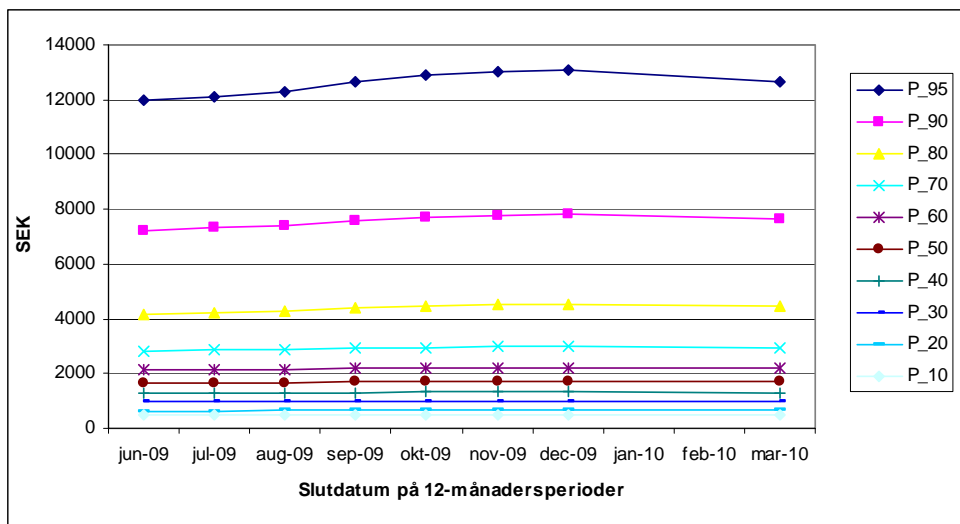
---

<sup>38</sup> Även konsumtionen hos dem som konsumerar mindre tandvård har studerats för att möjliggöra jämförelser.

<sup>39</sup> Med kvantil avses ett statistiskt begrepp som för ett statistiskt material från en kumulativ fördelningsfunktion med  $k-1$  variabelvärden, delar upp materialet i  $k$  lika stora delar. Det förutsätts att observationerna först ordnats efter storlek. Exempelvis om  $k=100$  så benämns det percentil.

<sup>40</sup> Genom att studera det ersättningsgrundande beloppet och inte patientkostnaden minimeras risken att fånga förändringar av vårdgivarpriser i stället för att mäta konsumtionens utveckling.

**Diagram 11 Kvantiler 10–95 för ersättningsgrundande belopp under olika 12-månadersperioder för ålderskategorin 50-64 år**



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I diagram 11 motsvarar den mörkblå (översta) markerade linjen kvantil 95 och den rosa (näst översta) markerade linjen kvantil 90. Dessa två kvantiler motsvarar här den högsta konsumtionen<sup>41</sup>. Varje punkt i diagrammet avspeglar en konsumtionsnivå under en 12-månadersperiod. En påtaglig trend är att de högsta kvantilerna ökade från starten, i synnerhet kvantil 95, men verkar nu ha stabiliserats<sup>42</sup>. Det kan till och med skönjas en viss minskning under de senaste ersättningsperioderna. Att den högsta konsumtionen ökade avsevärt i början kan sannolikt förklaras av att det fanns många med omfattande behov av tandvård och som genom det nuvarande högkostnadsskyddet fått möjlighet att få dessa behov tillgodosedda. Det är rimligen så att de icke tillgodosedda behoven av tandvård var störst i denna åldersgrupp dels eftersom behoven av tandvård ökar i 50-årsåldern, och dels eftersom det tidigare högkostnadsskyddet omfattade personer över 64 år. Det och att nivåerna verkar stabiliseras kan sannolikt förklaras av att en stor del av de uppdämda behoven av tandvård nu hunnit åtgärdas. Det är dock svårt att veta huruvida nedgången är av en kortvarig karaktär eller bestående och det kan avgöras först när ytterligare tid förflutit. Denna utveckling kan även ha ett samband med den rådande lågkonjunkturen.

Det är stor skillnad på hur mycket tandvård som konsumeras i de olika åldersgrupperna<sup>43</sup>, särskilt när det gäller de som konsumerar mest tandvård. Individer i åldersgruppen 20–29 år runt den 90:e percentilen konsumerar tandvård med ett ersättningsgrundande belopp strax under 5 000 kronor, vilket kan jämföras med 13 000 kronor för de i åldersgruppen 50–64 år.

<sup>41</sup> Det bör noteras att Kvantiler 96-99 också har beräknats men betraktas i studien som extrema värden och därför exkluderas i diagrammet.

<sup>42</sup> Ingen uppenbar trend verkar finnas vad gäller de lägre kvantilerna, dvs. för konsumtionen av tandvård som ligger under 3 000 kronor.

<sup>43</sup> Se bilaga 3 för diagram avseende övriga åldersgrupper.

När det gäller de två högsta kvantilerna för gruppen 20–29 år har dessa inte haft någon tydlig ökning eller minskning under hela den studerade perioden<sup>44</sup>. Att det inte skett någon tydlig uppgång av konsumtionen kan tyda på att det inte funnits något stort behov av omfattande tandvårdsbehandlingar som nu kunnat tillgodoses.

Konsumtionen i de högsta kvantilerna för individer i åldersgrupperna 30–49 år ökade tydligt i början av perioden för att sedan stabiliseras något i slutet av 2009. Under den senaste ersättningsperioden kan åter en viss ökning observeras.

Vad gäller åldersgrupperna 65–74 år och 75+ har de två högsta kvantilerna trendmässigt ökat ansevärt sedan införandet av det nuvarande tandvårdsstödet. Resultaten för dessa åldersgrupper ligger i linje med de slutsatser som dragits i tidigare avsnitt av denna studie och som visat att dessa åldersgrupper i genomsnitt fått lägre patientkostnader i det nuvarande tandvårdsstödet, vilket förklarades av den stora spridningen av patientkostnader i det tidigare tandvårdsstödet.

---

<sup>44</sup> Även konsumtionen för de med mindre omfattande konsumtion har varit stabil sedan införandet.

# Referenser

Folkhälsoinstitutet, (2009) Folkhälsorapport 2009.

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

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

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

Socialstyrelsen, (2005) *Befolkningens tandhälsa Regeringsuppdrag om tandvårdsstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring*, Artikelnummer 2006-107-12.

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

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

Lagrådsremiss, Statligt tandvårdsstöd 2007.

Proposition 2007/08:49, Statligt tandvårdsstöd.

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

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

# Bilaga 1

Tabell med snittpris och referenspris för åtgärder i åtgärds-kategorin 800, protetiska åtgärder

Åtgärd	Åtgärds-kod	Snitt-pris	Referens-pris	Skillnad (%)
Laboratoriefremställd krona	801	4 840	4 430	8
Laboratoriefremställd pelare med intraradikulärt stift	802	2 743	2 725	1
Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	803	1 273	1 115	12
Hängande broled vid tandstödd protetik, per led	804	2 162	1 885	13
Emaljretinerad konstruktion, per stöd	805	1 589	1 500	6
Radikulärförankring vid avtagbar protes	806	3 517	3 205	9
Semipermanent krona/bro, per led	807	1 893	1 905	-1
Innerkrona för teleskop- och konuskonstruktioner	808	3 098	2 915	6
Cementering av lossad krona/fasad, per krona/fasad	811	448	315	30
Broreparation 1	812	1 194	1 210	-1
Broreparation 2	813	3 468	3 735	-8
Broreparation 3	814	7 619	7 695	-1
Protestand, per styck	821	72	50	31
Partiell protes för temporärt bruk, en till tre tänder	822	3 158	3 145	0
Partiell protes för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	823	4 388	4 215	4
Partiell protes med gjutet skelett, klammerförankrad	824	8 807	8 715	1
Komplicerad partiell protes med stöd av urtagskrona, innerkrona eller attachments	825	9 619	9 185	5
Attachments, per styck, material	826	402	85	79
Hel underkäksprotes inklusive erforderligt antal prefabricerade tänder	827	6 507	5 830	10
Hel överkäksprotes inklusive erforderligt antal prefabricerade tänder	828	6 561	5 830	11
Immediatprotes, hel käke, inklusive erforderligt antal proteständer	829	6 739	5 830	13
Justering av avtagbar protes	831	348	300	14
Lagning av protes eller tillsättning av protestand	832	1 027	1 010	2
Rebasering av protes	833	2 000	2 035	-2
Lagning av protes där avtryck krävs	834	1 722	1 610	6
Rebasering och lagning av protes	835	2 596	2 590	0
Komplicerad lagning av protes där svetsning av nya fästen behövs	836	3 087	3 080	0
Komplicerad lagning av protes där uppvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes	837	5 352	5 600	-5
Implantat, per styck	851	3 160	2 040	35
Implantatförankrad krona	852	8 090	7 070	13
Hängande led vid implantatförankrad bro	853	2 313	1 885	19
Implantatförankrad bro, överkäke, 4 implantat	861	48 205	41 405	14
Implantatförankrad bro, överkäke, 5 implantat	862	53 918	45 755	15
Implantatförankrad bro, överkäke, 6 implantat	863	58 544	50 190	14
Suprakonstruktion för implantatförankrad bro, överkäke	864	34 403	29 030	16
Implantatförankrad bro, underkäke, 4 implantat	865	48 712	40 455	17
Suprakonstruktion för implantatförankrad bro, underkäke	867	32 359	27 075	16
Implantatstödd täckprotes, 2 implantat	871	20 969	18 725	11
Implantatstödd täckprotes, överkäke, 3 implantat	872	28 129	24 745	12
Implantatstödd täckprotes, överkäke, 4 implantat	873	31 305	26 745	15

Åtgärd	Åtgärds- kod	Snitt- pris	Referens- pris	Skillnad (%)
Tillägg för alveolarbar vid implantat, 2 implantat	874	3 035	2 635	13
Tillägg för alveolarbar vid implantat, 3 implantat	875	3 139	2 915	7
Tillägg för alveolarbar vid implantat, 4 implantat	876	4 715	3 860	18
Implantatstött täckprotes, exklusive implantat, implantat-komponenter och förankringselement	877	13 375	11 785	12
Förankringselement täckprotes, tillägg, per styck	878	511	245	52
Reparation av implantatförankrad konstruktion, mindre omfattande	881	937	920	2
Av- och påmontering av implantatförankrad bro	882	2 539	2 640	-4
Reparation/ombyggnad av implantatförankrad konstruktion med tandteknisk insats	883	3 663	3 685	-1
Reparation/ombyggnad av implantatförankrad bro där omfattande tandteknisk insats krävs	884	9 240	8 815	5
Implantat vid reparation eller utbyggnad, per styck	885	2 924	2 040	30
Distans inklusive centrumskruv, per styck	886	1 451	1 150	21
Fästskruv och protetisk cylinder (lab), per styck	887	379	275	28
Fästskruv, per styck	888	230	155	32
Centrumskruv, per styck	889	614	545	11
Kompletteringsåtgärd för specialist i protetik, per behandlingstillfälle	891	380	190	50

## Bilaga 2

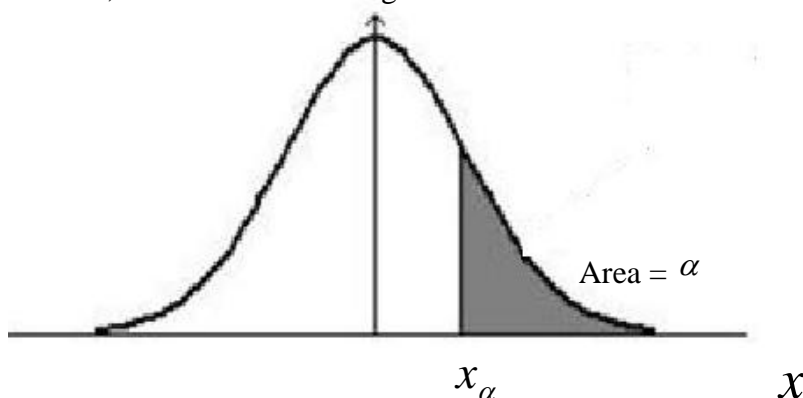
### Metod: Kort om Kvantiler

Kvantiler är ett statistiskt begrepp som används för att beskriva spridning i en fördelning.

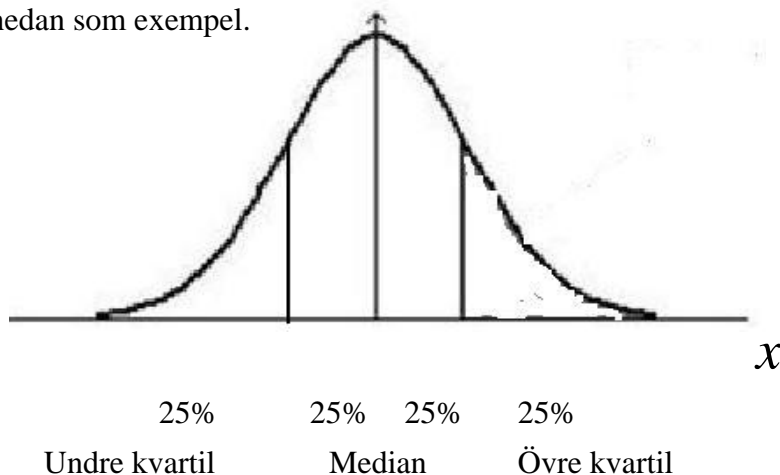
Om vi antar att  $X$  är en kontinuerlig stokastisk variabel med täthetsfunktion  $f(x)$  och fördelningsfunktion  $F(x)$ , så kan det vara av intresse att veta det värde på  $x$  för vilket  $P(X > x) = \alpha$  där  $0 < \alpha < 1$ .

Detta värde kan betecknas som  $x_\alpha$  och kallas då  $\alpha$ -kvantilen för  $x$ . Och om  $\alpha$  är given i % så benämns det percentil.

För  $x_\alpha$  gäller det att arean under täthetsfunktionen till höger om  $x_\alpha$  är lika med  $\alpha$ , vilket illustreras i Figur 1 nedan:

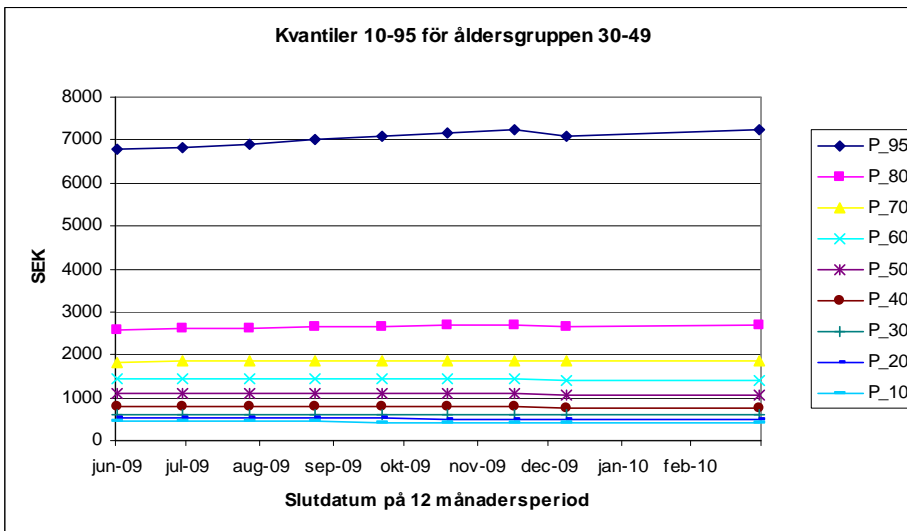
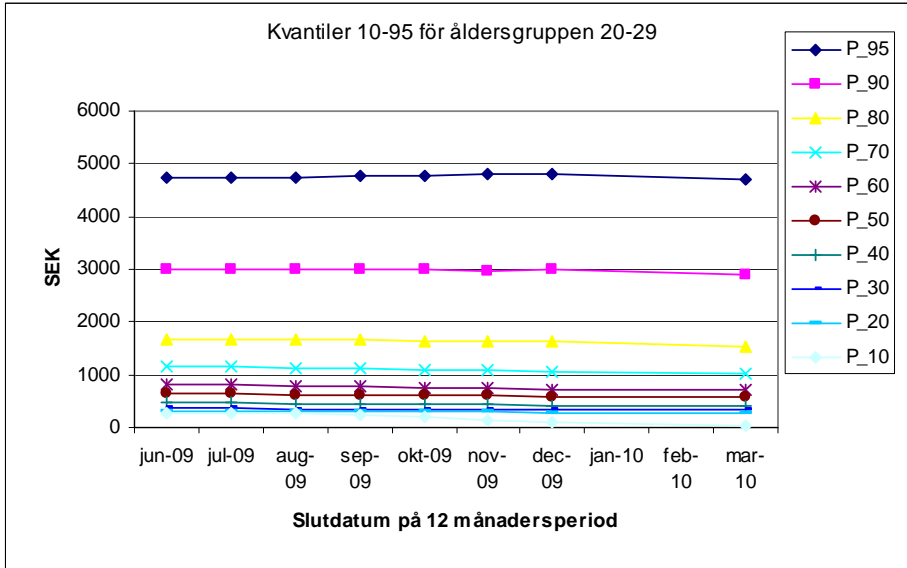


Kvantilen  $x_{0.5}$  kan då benämnas vid namn *medianen* för  $x$  och delar alltså ytan under tätheten i två lika stora delar. Även kvantilerna  $x_{0.25}$  och  $x_{0.75}$  har egna benämningar och kallas *övre* respektive *undre* kvartil. Se Figur 2 nedan som exempel.

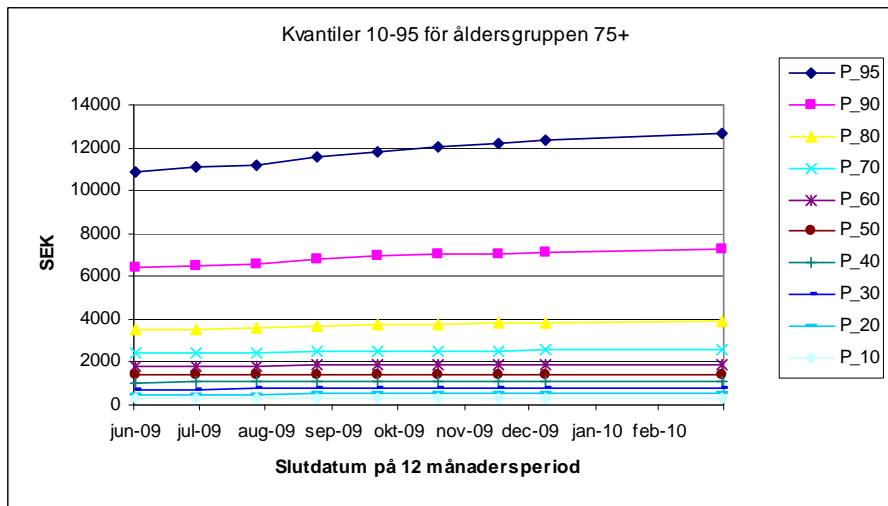
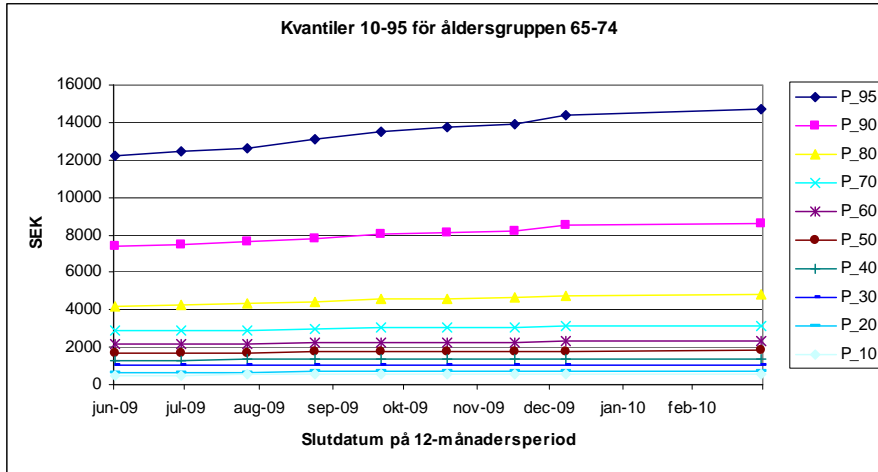


# Bilaga 3

Diagram till avsnitt 4.4







Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2010:**

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