

TLV

TANDVÅRDS- OCH

LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet

Rapportering av regeringsuppdrag

Citera gärna Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets rapporter men glöm inte att uppge källa: Rapportens namn, år, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, mars, 2014
Författare: Erik Hegelund, Jaroslava Lafih, Douglas Lundin och Mikael Moutakis
Diarienummer: 2187/2013

Postadress: Box 22520, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Fleminggatan 7, 4 trappor, Stockholm
Telefon: 08-568 420 50
www.tlv.se

Förord

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fick i juni 2013 i uppdrag av regeringen att ta fram en nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet och utvecklingen från det att tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008.

När det statliga tandvårdsstödet infördes 2008 innebar det en stor omställning för tandvården och de ansvariga myndigheterna. De första årens etableringsfas är passerade och stödet har nu varit i kraft ett antal år. Det innebär att det finns möjlighet att följa upp hur konsumtionen av tandvård har utvecklats och hur högkostnadsskydd och referenspriser påverkar tandvårdsmarknadens funktionssätt.

TLV redovisar i denna rapport resultaten från utredningsarbetet.

Rapporten ska ses som ett underlag för fortsatt analysarbete av tandvårdsstödet. Vi pekar därför ut ytterligare områden som vi avser att arbeta vidare med.

Stockholm den 4 mars 2014

Sofia Wallström
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
1 Inledning.....	8
1.1 Mål och syfte med det statliga tandvårdsstödet	8
1.2 Uppdraget	8
1.3 Beskrivning av det statliga tandvårdsstödet	8
1.4 Övriga ersättningssystem för tandvård.....	9
1.5 Tidigare system för tandvårdsstöd	10
1.6 Material och metod.....	11
2 Finns det stora skillnader i tandvårdskonsumtion och tandvårdsstöd mellan olika inkomstgrupper?	14
2.1 Högkostnadsskyddet som stöd vid stora utgifter	14
2.2 Fördelning av stödet mellan olika inkomstgrupper	15
2.3 Skillnader i tandvårdsbehov mellan olika inkomstgrupper.....	20
2.4 Val av åtgärd i relation till inkomst.....	22
2.5 Fördelningen av konsumtion och utbetalat stöd	24
2.6 Socioekonomisk bakgrund i relation till priser för åtgärder	25
2.7 Avslutande kommentar	25
3 Hur har vårdgivarpriserna förändrats sedan tandvårdsstödet infördes?	27
3.1 Tandvårdsprisernas utveckling i jämförelse med produktionskostnaderna	27
3.2 Utvecklingen av lönsamheten i tandvården.....	30
3.3 Förändring av mängden producerad tandvård	31
3.4 Avslutande kommentar	34
4 Hur påverkar referenspriserna vårdgivarnas priser?	36
4.1 Syftet med referenspriserna	36
4.2 Referenspriset styr vårdgivarpriset direkt.....	38
4.3 Förklaringar till att referenspriset styr vårdgivarpriset.....	40
4.4 Avslutande kommentar	43
4.5 Fördjupning: Referensprisernas effekt på vårdgivarpriserna.....	44
5 Fortsatt arbete	46
Referenser	49

Sammanfattning

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har haft regeringens uppdrag att ta fram en nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet och utvecklingen från det att tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008. Enligt uppdraget ska analysen särskilt jämföra priser för olika typer av tandvårdskonsumtion med hänsyn till patienternas socioekonomiska situation, exempelvis inkomst och utbildningsnivå.

När det statliga tandvårdsstödet infördes 2008 innebar det en stor omställning för tandvården och de ansvariga myndigheterna. De första årens etableringsfas är passerade och stödet har nu varit i kraft ett antal år. Det innebär att det finns möjlighet att följa upp hur konsumtionen av tandvård har utvecklats och hur högkostnadsskydd och referenspriser påverkar tandvårdsmarknadens funktionssätt.

De tre huvudsakliga frågor som analyseras i denna rapport är:

1. Finns det stora skillnader i erhållet tandvårdsstöd mellan olika inkomstgrupper?
2. Hur har vårdgivarnas priser förändrats sedan stödet infördes?
3. Hur påverkar referenspriserna vårdgivarpriserna?

Skillnader mellan inkomstgrupper

Analysen visar att det inte finns några större skillnader mellan inkomstgrupperna i erhållet tandvårdsstöd. I de flesta åldersgrupper får individer med högre inkomst inte mer stöd än individer med lägre inkomst. I de undersökta grupperna inkluderas även de personer som inte besöker tandvården överhuvudtaget.

Låginkomsttagare tenderar att besöka tandvården i lägre utsträckning, men de konsumerar i gengäld mer tandvård när de väl besöker tandvården.

För vissa åldersgrupper ser vi emellertid att de med allra lägst inkomster konsumerar mindre tandvård och därför får mindre stöd än individer i samma ålder med högre inkomster. Detta gäller framförallt i åldersgrupperna 20-40 år och 80 år och äldre.

Det är viktigt att påpeka att TLV inom ramen för detta uppdrag inte haft möjlighet att göra någon genomgripande analys av hur stort *behovet* av tandvård är i olika inkomstgrupper. Tidigare undersökningar visar att det finns ett samband mellan inkomst och tandhälsa – något som även våra resultat indikerar. Om låginkomsttagare har betydligt större behov av tandvård än medel- och höginkomsttagare utan att få en större andel av

tandvårdsstödet utbetalt, kan det tyda på att stödet inte fullt ut fördelas efter vårdbehov. Detta är en fråga som bör bli föremål för fortsatt analys.

Utvecklingen av vårdgivarnas priser

Syftet med det statliga tandvårdsstödet är att subventionen ska komma patienten till del och minska patientens kostnad. Så blir inte fallet om vårdgivarna kraftigt höjer sina priser som ett resultat av subventionen. Därför har utvecklingen av vårdgivarnas faktiska priser varit en viktig del av vår analys.

Det visar sig att vårdgivarpriserna har ökat mer än den allmänna prisnivån i svensk tjänsteproduktion sedan stödet infördes, vilket innebär att tandvårdstjänster har stigit mer i pris än andra tjänster. Vårdgivarpriserna har emellertid inte ökat snabbare än referenspriserna, vilka beräknas utifrån de skattade produktionskostnaderna.

Vårdgivarprisernas koppling till referenspriserna

Vi kan konstatera att vårdgivarpriserna ligger nära referenspriserna; 40 procent av patienterna möter ett vårdgivarpris som ligger på eller under referenspriset. Endast en fjärdedel av patienterna möter ett vårdgivarpris som ligger mer än 10 procent över referenspriset.

Analysen visar även att referenspriserna har en styrande effekt. Detta märks bland annat genom att vårdgivarna ändrar sina priser i samband med referensprisändringar, även i de fall där förändringarna av referenspriserna inte berott på förändrade produktionskostnader.

Referenspriserna beslutas av TLV och är grunden för hur den statliga ersättningen beräknas. Ju närmare referenspriserna ligger de faktiska vårdgivarpriserna, desto oftare får patienterna en ersättning från högkostnadsskyddet som motsvarar de angivna ersättningsnivåerna om 50 respektive 85 procents bidrag.

Men referenspriserna styr alltså inte bara patienternas ersättning på ett direkt sätt, utan påverkar också patienternas kostnader indirekt genom att de har en styrande effekt på vårdgivarpriserna. Dessutom påverkar referenspriserna patientens uppfattning om vad som är ett rimligt pris.

Det faktum att referenspriserna styr vårdgivarpriserna behöver inte vara negativt. Det ställer dock stora krav på att TLV gör korrekta beräkningar av produktionskostnaderna för de olika åtgärderna i tandvårdsstödet, så att referenspriserna hamnar på en korrekt nivå.

Referenspriserna ses över

För närvarande genomför TLV en strukturell genomgång där referensprisberäkningen ses över från grunden, genom att vi hämtar in

information från tandvårdsmottagningars ekonomiska räkenskaper, tidsstudier, arbetssätt, materialval samt lönekostnader per yrkeskategori.

Utöver de strukturella genomgångar som görs med några års mellanrum, sker också årliga omräkningar av referenspriserna. Det finns skäl att utvärdera modellen för den årliga omräkningen, så att de årliga förändringarna i referenspriserna verkligen motsvaras av förändringar i produktionskostnader.

Årsbeloppen för utbetalning till högkostnadsskyddet har i stort sett varit oförändrade de senaste åren. För 2013 avsattes drygt 6 miljarder kronor för tandvårdsanslaget och prognosen för 2013 pekar på att cirka 1 miljard kronor betalas ut i allmänt tandvårdsbidrag och 4,2 miljarder kronor betalas ut till högkostnadsskyddet.

TLV har under 2013 beslutat om förändringar i regelverket för högkostnadsskyddet, i syfte att i högre utsträckning nå målen för tandvårdsstödet. Vår bedömning är att vi ännu inte sett full effekt av dessa förändringar. Vidare pågår arbete med ytterligare förändringar i regelverket som handlar om förbättringar i syfte att nå målsättningarna med högkostnadsskyddet.

Fortsatt arbete

Utöver det fortsatta arbete som redan nämnts – en analys av sambandet mellan tandvårdsbehov och inkomst, samt en översyn av den årliga omräkningen av referenspriserna – bör ytterligare undersökningar göras. TLV anser att det finns anledning att göra fördjupade analyser avseende de med allra lägst inkomster i de yngre (20– 40 år) och äldre åldersgrupperna (över 80 år), för att klargöra orsakerna till att de i lägre utsträckning besöker tandvården.

TLV kommer också att fortsätta analysera tandvårdsstödet betydelse för tandvårdsmarknadens funktionssätt. Bland annat avser vi att utreda hur tandvårdsstödet påverkar patientrörligheten och hur detta är kopplat till konkurrensen mellan vårdgivarna.

Informationen till allmänheten om olika aspekter av tandvårdsstödet bör bli bättre. Det kan till exempel handla om att informera om hur referenspriserna (som alltid ska anges på kvittot) ska tolkas och vilken vård som ingår i beräkningen av ett referenspris för en enskild åtgärd.

1 Inledning

1.1 Mål och syfte med det statliga tandvårdsstödet

Enligt tandvårdslagen är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen det övergripande målet för tandvården. Det statliga tandvårdsstödet är ett av medlen att nå detta mål.

Målen för det statliga tandvårdsstödet är att:

- bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, samt
- möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad.

1.2 Uppdraget

TLV fick i juni 2013 i uppdrag av regeringen (dnr 2187/2013) att ta fram en nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008.

Rapporten fokuserar på högkostnadsskyddet, vilket ekonomiskt sett är den största delen av stödet. Enligt uppdraget ska beskrivningen särskilt jämföra priser för olika typer av tandvårdskonsumtion med hänsyn tagen till patienternas socioekonomiska situation, exempelvis inkomst och utbildningsnivå.

De tre huvudsakliga frågor som analyseras i denna rapport är:

1. Finns det stora skillnader i erhållet tandvårdsstöd mellan olika inkomstgrupper?
2. Hur har vårdgivarnas priser förändrats sedan stödet infördes?
3. Hur påverkar referenspriserna vårdgivarpriserna?

1.3 Beskrivning av det statliga tandvårdsstödet

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008. Det består av ett högkostnadsskydd, ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) samt ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) som riktas till personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar. Det statliga tandvårdsstödet omfattar alla personer som anses vara bosatta i Sverige enligt socialförsäkringsbalken och är 20 år eller äldre.

Det statliga tandvårdsstödet omfattar totalt cirka 6 miljarder kronor per år, varav 4,2 miljarder kronor betalas ut till högkostnadsskyddet och cirka 1 miljard kronor betalas ut som ATB. År 2013 betalades 20 miljoner kronor ut i STB.

TLV ansvarar för förändringar i högkostnadsskyddet, beslutar vilka tandvårdsåtgärder som ska ingå och fastställer referenspriser för de olika åtgärderna. Försäkringskassan ansvarar för utbetalning och kontroll. Regeringen beslutar om storleken på ATB och STB.

Högkostnadsskyddet

Högkostnadsskyddet ska bidra till att patienter med stora vårdbehov får tandvård till en rimlig kostnad. För varje tandvårdsåtgärd som ingår i högkostnadsskyddet finns ett referenspris utifrån vilket ersättningen beräknas. Patienten står själv för tandvårdskostnader upp till sammanlagt 3 000 kronor enligt referensprislistan och får sedan stöd motsvarande:

- 50 procent av kostnader som överstiger 3 000 kronor enligt referensprislistan
- 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor enligt referensprislistan.

Även om en vårdgivare tar ut ett högre pris än referenspriset får patienten ersättning utifrån referensprislistan. Den överskjutande delen får patienten själv betala.

Ersättningen beräknas på samtliga åtgärder under en tolv månaders period. Patienten kan själv bestämma att en ny ersättningsperiod ska påbörjas innan den tidigare perioden har löpt ut.

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB)

ATB ska uppmuntra vuxna att regelbundet besöka tandvården för undersökning och förebyggande vård. ATB finns som ett tillgodohavande och patienten får ett nytt tandvårdsbidrag den 1 juli varje år. Bidraget kan användas för att betala en undersökning eller för annan tandvård och det kan sparas i upp till två år. Det kan även användas för betalning enligt ett avtal om abonnemangstandvård. ATB motsvarar 150 kronor per år för personer mellan 30 och 74 år. För personer mellan 20 och 29 samt för personer 75 år eller äldre är bidraget 300 kronor per år.

Det särskilda tandvårdsbidraget (STB)

STB ska ge stöd till förebyggande vård för patienter som på grund av vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar löper ökad risk att få problem med munhälsan. Regeringen beslutar vilka grupper som ska omfattas av STB. STB är 600 kronor per halvår.

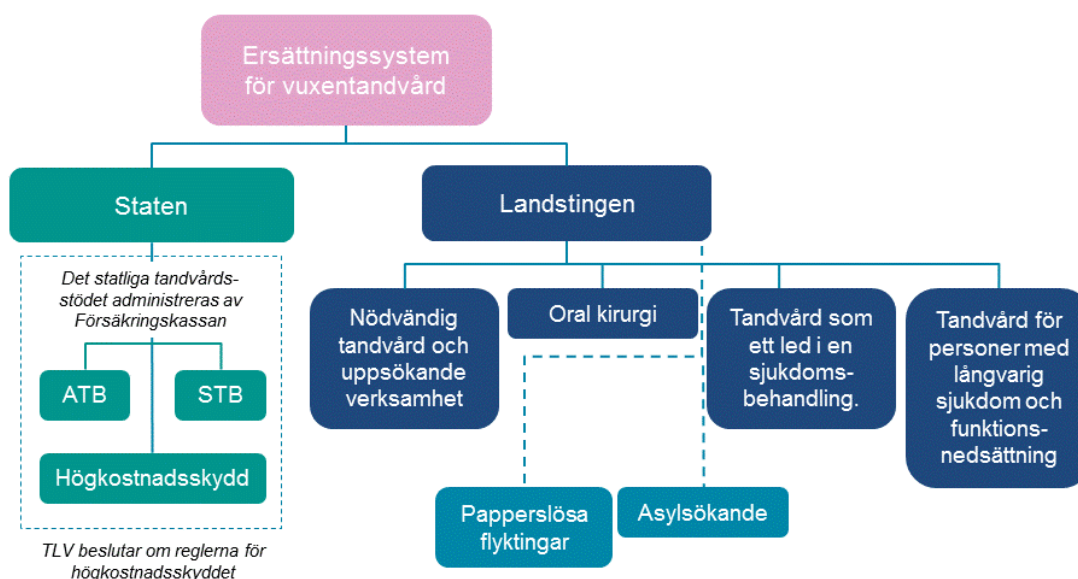
1.4 Övriga ersättningssystem för tandvård

Vissa patientgrupper har rätt till ytterligare stöd utöver det statliga tandvårdsstödet. Det gäller personer som:

- har vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar,

- omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet),
- behöver tandvård som ett led i vissa sjukdomsbehandlingar, samt
- får viss oralkirurgisk behandling.

Sådan tandvård hanteras av landstingen. Asylsökande och papperslösa flyktingar har rätt till akut tandvård och betalar då 50 kronor i patientavgift per besök. Därutöver har alla barn och ungdomar kostnadsfri tandvård till och med att de fyller 19 år.¹



Figur 1 Ersättningssystemen och ansvarsfördelning för tandvård till vuxna i Sverige.

1.5 Tidigare system för tandvårdsstöd

Viktiga utgångspunkter för tandvårdsreformen 2008 var dels att åstadkomma ett tandvårdsstöd som omfattade hela den vuxna befolkningen, dels att säkerställa en bättre kostnadskontroll än tidigare. Utformningen av det nuvarande statliga tandvårdsstödet behöver därför ses i perspektiv av erfarenheterna från tidigare ersättningssystem för tandvårdssubventioner.

År 1974 infördes en allmän tandvårdsförsäkring där i stort sett alla typer av behandlingar ingick. Målet med försäkringen var att skapa lika möjligheter för alla vuxna att få en god tandvård till ett överkomligt pris. Arvodet för åtgärderna reglerades i en statlig tandvårdstaxa. Folktandvården byggdes ut och landstingen fick ett lagstadgat ansvar för barn- och ungdomstandvården samt specialisttandvården (prop. 1973:45).

¹ Undantag är Västra Götalandsregionen och Landstinget Sörmland där åldersgränsen är högre.

År 1999 avreglerades tandvårdsmarknaden och tandvårdsförsäkringen gjordes om. Prisregleringen togs bort och etableringsfrihet infördes. Den nya tandvårdsförsäkringen skulle ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, så kallad bastandvård. I stället för att patienten skulle ersättas med en procentuell andel av dennes totala tandvårdskostnad gavs en fast ersättning per tandvårdsåtgärd. Det infördes även ett visst högkostnadsskydd för protetiska behandlingar och vid tandreglering.

När prissättningen blev fri höjde vårdgivarna sina priser kraftigt. Samtidigt låg subventionsnivån på en relativt sett låg nivå. Därmed steg patienternas kostnader för tandvård i stor omfattning. År 2002 infördes ett utökat högkostnadsskydd för protetiska behandlingar för personer som var 65 år och äldre. Denna så kallade 65-plusreform ledde till att kostnaderna i det statliga tandvårdsstödet steg. Patienterna betalade som mest 7 700 kronor samt materialkostnader för omfattande protetiska behandlingar.

Mängden tandvård som utfördes ökade kraftigt och stödet blev vårdstyrande. Kostnaderna för staten blev nästan tre gånger så höga som prognostiserat. Ökningen kan i sin helhet hänföras till åldersgruppen 65 år och äldre, medan kostnaderna för patienter som var 20–64 år var konstanta år från år (prop. 2007/08:49 s. 36).

1.6 Material och metod

Nedan redovisas material och metoder för kapitlen i denna rapport.

Material och metod – kapitel 2

I detta kapitel använder vi framförallt uppgifter från Försäkringskassans databas TANDEN. Databasen innehåller information om all ersättningsberättigande tandvård i Sverige; här ingår samtliga tandvårdsbesök sedan stödet infördes 2008. Samtliga vårdgivare inom tandvården rapporterar till Försäkringskassan vilka ersättningsberättigande åtgärder de har utfört och vilka vårdgivarpriser de har debiterat. Det innebär att datamaterialet innehåller information om både hur många gånger varje ersättningsberättigande åtgärd utförts i svensk vuxentandvård och vad vårdgivarpriset var vid varje enskilt tillfälle.

För att analysera fördelningen av stödet mellan individer med olika disponibel inkomst använder vi ett datamaterial från SCB där uppgifter från TANDEN har kombinerats med uppgifter om disponibla inkomster och andra socioekonomiska faktorer ur SCB:s register, för de individer som ingår i SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT. (I rapporten använder vi namnet FASIT för att referera till detta material.)

I FASIT ingår ett slumpvist och representativt urval av Sveriges befolkning, som inkluderar både de som besöker tandvården och de som inte gör det.² FASIT innehåller socioekonomiska uppgifter för 2011 samt uppgifter om tandvårdskonsumtion 2010–2011.

FASIT omfattar 1,12 miljoner personer. Av dessa besökte cirka 650 000 personer (58 procent) tandvården en eller flera gånger mellan den 1 januari 2011 och den 31 december 2011. Under denna period var cirka 7,3 miljoner personer i Sverige 20 år eller äldre, varav 4,3 miljoner (59 procent) besökte tandvården.

Tabell 1 nedan anger antalet personer i datamaterialet uppdelat på ålder och kön.

Tabell 1 Antal personer i FASIT 2011 uppdelat på ålder och kön

Åldersgrupp	Män		Kvinnor	
	Antal personer i FASIT	Andel av totalt antal personer i åldersgruppen i befolkningen, procent	Antal personer i FASIT	Andel av totalt antal personer i åldersgruppen i befolkningen, procent
20–29 år	88 149	14	85 075	14
30–39 år	103 224	17	116 978	20
40–49 år	129 215	19	132 768	21
50–59 år	94 437	16	88 195	15
60–69 år	77 049	13	71 140	12
70–79 år	39 921	12	39 916	11

Källa: SCB.

I analysen har vi beräknat så kallade koncentrationskurvor som visar hur tandvårdskonsumtion och mottaget stöd fördelar sig mellan olika inkomstgrupper. Som inkomstmått använder vi disponibel inkomst, vilket är det gängse måttet på ekonomisk standard. Måttet avser summan av hushållets inkomster inklusive kapitalvinst (reavinst) efter direkta skatter och andra transfereringar. Vi använder disponibel inkomst per konsumtionsenhet, vilken beräknas för respektive individ utifrån hushållets samlade disponibla inkomst.

Sambandet mellan inkomst och mottaget stöd redovisas för åldersgrupperna 35-, 55- och 75-åringar. Dessa tre grupper har valts ut eftersom det finns betydande skillnader i tandvårdsbehoven mellan dem. Det datamaterial där vi har uppgifter om individers tandvårdskonsumtion och disponibel inkomst,

² Urvalet är representativt givet att de befolkningsvikter som SCB tagit fram används, vilket TLV har gjort.

FASIT, innehåller dock inte information om personers tandhälsa. Det innebär att vi inte kunnat göra analyser av hur tandhälsan varierar mellan olika socioekonomiska grupper.

Vi gör emellertid en analys av hur tandhälsan har utvecklats utan koppling till disponibel inkomst eller andra socioekonomiska variabler. Där använder vi data från Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Material och metod – kapitel 3

För att analysera hur vårdgivarpriserna har förändrats sedan den 1 juli 2008 används prisindex beräknat utifrån data från Försäkringskassans TANDEN-databas.

Vid analysen har vi använt en standardmetod för att beräkna prisindex. Vårdgivarprisindex beräknas genom att ett medianvårdgivarpris tas fram för respektive åtgärd och månad. Vi använder ett medianpris i stället för ett genomsnittspris, eftersom det senare är mer känsligt för extrema eller felaktiga värden.

Medianpriset vägs sedan med en vikt motsvarande det totala antalet gånger som åtgärden utfördes en viss månad. Detta för att återspegla hur vanligt det är att åtgärden utförs. Vanliga åtgärder ska väga tyngre i ett prisindex än åtgärder som utförs mer sällan. Vi använder här ett så kallat kedjeindex, där vikterna tillåts variera över tid. På så sätt tar vi hänsyn till den förändring som sker vad gäller frekvensen på åtgärden.

Referensprisindex beräknas på samma sätt som vårdgivarprisindex, med den skillnaden att inget medianpris behöver beräknas eftersom referenspriset är detsamma för alla vårdgivare givet att de utför samma åtgärd.

Material och metod – kapitel 4

För att analysera huruvida referenspriserna styr vårdgivarpriserna används också datamaterialet TANDEN från Försäkringskassan. I vårt material ingår också två enkätstudier som är initierade av TLV och utförda i samarbete med Karolinska Institutet i Stockholm och Handelshögskolan i Göteborg. Data och metoder för dessa studier beskrivs närmare i kapitel 4 samt i de fristående bilagorna 1 och 2 till huvudrapporten.

2 Finns det stora skillnader i tandvårdskonsumtion och tandvårdsstöd mellan olika inkomstgrupper?

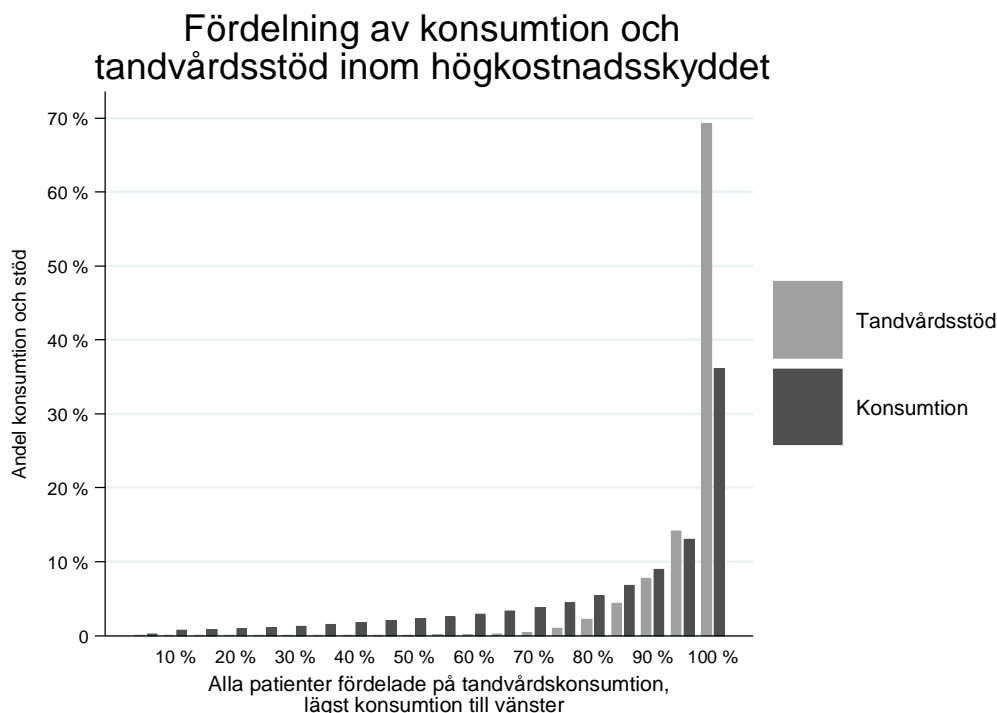
Detta kapitel behandlar huvudsakligen frågan om huruvida det finns stora skillnader mellan olika inkomstgrupper vad gäller hur mycket tandvårdsstöd de får utbetalat från högkostnadsskyddet.

Tandvårdskonsumtionen för en patient mäts i dessa analyser utifrån vårdgivarpriset, före eventuell subvention, för all ersättningsberättigande tandvård för patienten under en angiven tidsperiod. Analyserna i detta kapitel bygger på data från Försäkringskassans TANDEN-databas samt det urval av befolkningen som ingår i SCB:s FASIT-modell. (Se utförligare beskrivning av datamaterialet i kapitel 1.)

2.1 Högkostnadsskyddet som stöd vid stora utgifter

Hur mycket tandvårdsstöd en patient får beror på hur mycket ersättningsberättigande tandvård som utförts på patienten under en ersättningsperiod. En ersättningsperiod kan påbörjas när som helst under året och varar som längst tolv månader. Figur 2 nedan visar variationen i utbetalat tandvårdsstöd mellan individer med olika tandvårdskonsumtion. Figuren beskriver fördelningen av konsumtion och erhållet tandvårdsstöd 2012 och 2013 för patienter som påbörjat minst en ersättningsperiod 2012. Konsumtion mäts som summan av debiterade vårdgivarpriser. Patienterna är indelade i 20 grupper med lika många patienter i varje grupp, baserat på konsumtionsmängd, 5 procent av patienterna i varje grupp. De med lägst konsumtion är placerade längst till vänster. I figuren har varje grupp två staplar: en för vilken andel av totala tandvårdskonsumtionen som denna grupp stod för, samt en stapel för andel av utbetalt tandvårdsstöd. De två staplarna längst till höger i figuren visar de 5 procent av patienterna som konsumerade mest.

Figuren visar att de 5 procent som konsumerade mest tandvård stod för strax över 40 procent av den totala tandvårdskonsumtionen och erhöll cirka 70 procent av det utbetalade tandvårdsstödet. Högkostnadsskyddet fungerar därmed huvudsakligen som ett stöd vid stora utgifter. Fördelningen förändras endast marginellt om även allmänna tandvårdsbidraget (ATB) inkluderas.



Figur 2 En relativt liten andel patienter får den största delen av stödet.

Figuren beskriver fördelningen av konsumtion och erhållet tandvårdsstöd 2012 och 2013 för patienter som påbörjat minst en ersättningsperiod 2012. Konsumtion mäts som debiterade vårdgivarpriser.

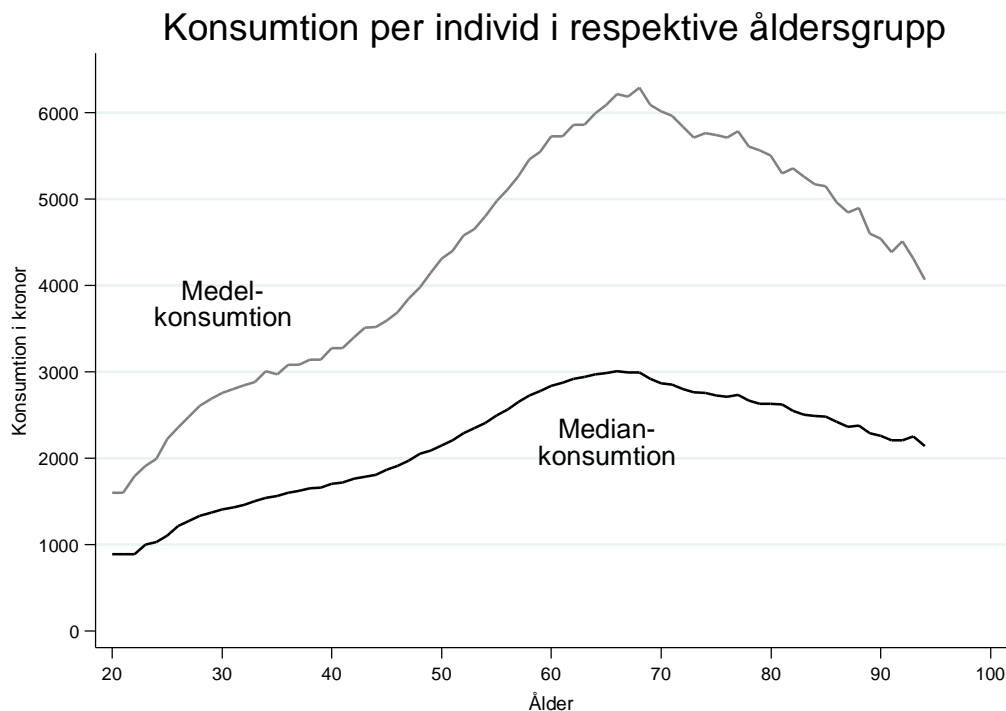
Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

2.2 Fördelning av stödet mellan olika inkomstgrupper

Nedan granskas om tandvårdskonsumtion och utbetalat tandvårdsstöd varierar mellan individer med olika disponibel inkomst. Varje åldersgrupp granskas var för sig, eftersom både tandvårdskonsumtion och genomsnittlig disponibel inkomst varierar mellan olika åldersgrupper. Den genomsnittliga 35-åringen har både en mindre tandvårdskonsumtion och en lägre disponibel inkomst än den genomsnittliga 55-åringen. Om 35- och 55-åringar inkluderas i samma analys kan felaktiga slutsatser dras, såsom att låg inkomst och låg tandvårdskonsumtion har ett samband, där den främsta förklaringen egentligen kan vara ålderskillnaden.

Figur 3 nedan beskriver den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen per person i olika åldersgrupper (medelvärde och median) 2012 och 2013 för patienter som påbörjade en ersättningsperiod någon gång under 2012. Figuren illustrerar hur konsumtionen varierar mellan olika åldersgrupper och den visar att tandvårdskonsumtionen är störst i åldersgruppen 60–70 år och mindre både bland yngre och äldre åldersgrupper. En mindre andel av

patienterna i varje åldersgrupp konsumerar tandvård till ett högt värde varje år, vilket förklarar att medelvärdet är högre än medianvärdet.



Figur 3 Personer i åldersgruppen 60–70 år konsumerar i snitt mest tandvård.

Figuren beskriver den totala konsumtionen 2012 och 2013 för patienter som påbörjat minst en ersättningsperiod 2012. Konsumtion mäts som debiterade vårdgivarpriser.

Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

Figur 4 nedan visar hur tandvårdskonsumtion och utbetalt tandvårdsstöd från högkostnadsskyddet fördelar sig mellan individer med olika disponibel inkomst – här bland de 55-åringar som finns med i FASIT.

Förklaring till hur koncentrationskurvor läses

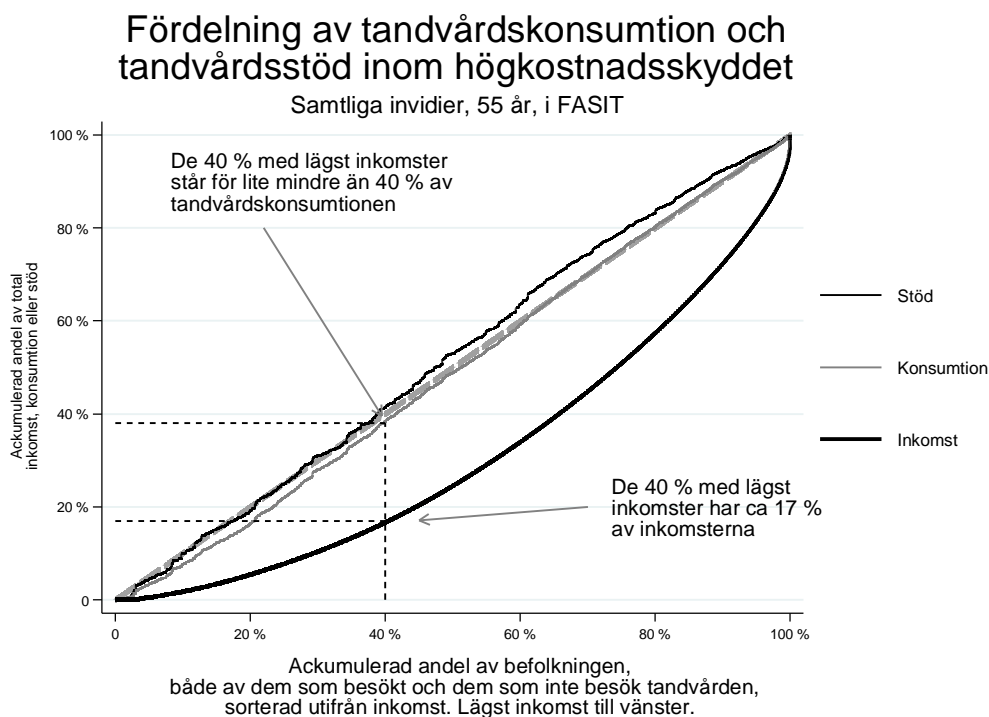
Figur 4 beskriver både de som har besökt och de som inte har besökt tandvården. I figuren sorteras personerna utmed den vågräta axeln beroende på disponibel inkomst, där de med lägst inkomst placeras till vänster.

De tre kurvorna beskriver andel av total tandvårdskonsumtion, andel av totalt utbetalt stöd samt andel av totalt disponibla inkomster. Den diagonala 45-graderslinjen i figuren beskriver var linjerna hade legat om samtliga personer hade haft lika stor inkomst, lika stor tandvårdskonsumtion eller lika stort tandvårdsstöd. På den vågräta axeln anges andel av befolkningen, vilket jämförs med hur stor del av totala inkomsterna, tandvårdskonsumtionen samt utbetalt tandvårdsstöd dessa individer har

tillsammans. Kurvorna slutar alltid i övre högra hörnet, där alla andelar summerar till 100 procent.

Kurvorna som beskriver *inkomstfördelning* går alltid som en båge till höger om den prickade 45-graderslinjen. Detta beror på att individer har olika inkomst och är sorterade utifrån denna. Om alla individer har exakt samma inkomst ligger inkomstkurvan precis på 45-graderslinjen.

Ju närmare 45-graderslinjen kurvan för tandvårdskonsumtion eller utbetalat stöd ligger, desto jämnare är fördelningen mellan olika inkomstgrupper, som nämndes ovan. Om en kurva ligger till *höger* om 45-graderslinjen betyder det att låginkomsttagare får mindre stöd än personer med högre inkomster. Om en kurva ligger till *vänster* om 45-graderslinjen betyder det att låginkomsttagare får mer stöd än individer med högre inkomst.



Figur 4 Fördelningen av tandvård och erhållet stöd mellan hög- och låginkomsttagare är relativt jämn.

Figuren beskriver samtliga individer i FASIT i respektive åldersgrupp, tandvårdskonsumtion samt erhållet tandvårdsstöd 2010 och 2011. Konsumtion mäts som debiterade vårdgivarpriser. Inkomst är disponibel nettoinkomst justerad för hushållsinkomst och hushållsstorlek.

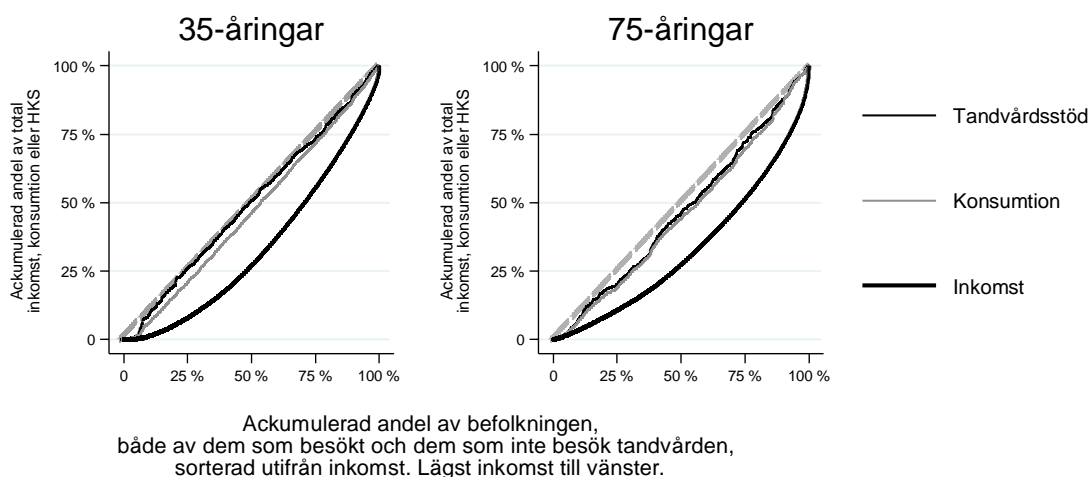
Källa: SCB FASIT samt egna beräkningar.

Figur 5 nedan beskriver motsvarande fördelning för 35- och 75-åringar. För båda dessa åldersgrupper, liksom för 55-åringarna ovan, ligger kurvorna för konsumtion och utbetalat tandvårdsstöd nära 45-graderslinjen, vilket betyder att personer i samma ålder i genomsnitt får ungefär lika mycket stöd oavsett inkomstgrupp.

För dessa åldersgrupper finns det således inte ett tydligt samband mellan disponibel inkomst och tandvårdskonsumtion eller mellan disponibel inkomst och utbetalat tandvårdsstöd inom högkostnadsskyddet.

I dessa figurer redovisas endast fördelningen av tandvårdsstöd inom högkostnadsskyddet, men resultaten påverkas endast marginellt om det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) inkluderas.

Fördelning av total tandvårdskonsumtion och tandvårdsstöd inom högkostnadsskyddet



Figur 5 Fördelningen av tandvård och erhållet stöd mellan hög- och låginkomsttagare är relativt jämn.

Figuren beskriver samtliga individer i respektive åldersgrupp som finns med i FASIT, tandvårdskonsumtion samt erhållet tandvårdsstöd 2010 och 2011. Konsumtion mäts som debiterade vårdgivarpriser. Inkomst är disponibel nettoinkomst justerad för hushållsinkomst och hushållsstorlek.

Källa: SCB FASIT och egna beräkningar.

För några grupper verkar det dock finnas ett något starkare samband mellan disponibel inkomst och tandvårdskonsumtion. Det finns indikationer på att de som är 80-år och äldre, samt de cirka 5 procent med lägst inkomster i åldersgrupperna som är yngre än 40 år, konsumerar mindre tandvård och tar emot mindre tandvårdsstöd än individer med högre inkomster i samma åldersgrupp.

TLV:s resultat kan jämföras med resultaten i Försäkringskassans rapport ([Grönqvist, 2012](#)), där inkomstens betydelse för tandvårdskonsumtion studerades. Inte heller den rapporten visar på något starkt samband mellan inkomst och tandvårdskonsumtion.

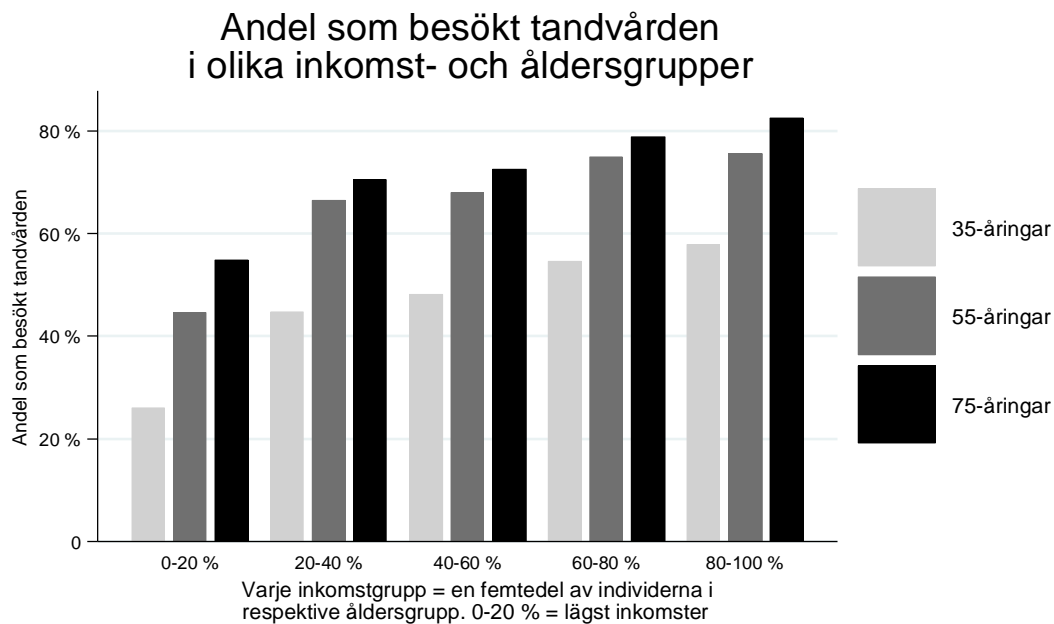
Försäkringskassan finner att högre inkomst tenderar att samvariera med större konsumtion men att effekten försvagas när man tar hänsyn till andra socioekonomiska faktorer. I det datamaterial som Försäkringskassan använder för sin rapport ingår endast personer som besöker tandvården. TLV:s resultat tyder på att även när individer som inte besökt tandvården inkluderas i analysen finns det inte något tydligt samband mellan inkomst och tandvårdskonsumtion.

Besöksfrekvens i relation till inkomst

Inom varje åldersgrupp besöker låginkomsttagare tandvården mer sällan än höginkomsttagare, samtidigt som de utför mer tandvård per besök räknat i debiterade vårdgivarpriser.

Figur 6 nedan illustrerar hur stor andel 35-, 55- och 75-åringar som besökte tandvården minst en gång 2010 och 2011, uppdelat på inkomst. I figuren har samtliga personer inom respektive ålderskategori delats i fem lika stora grupper beroende på disponibel inkomst.

Inom varje åldersgrupp hade en större andel personer med högre inkomst än personer med lägre inkomst besökt tandvården. Yngre personer har en bättre tandhälsa, vilket skulle kunna förklara varför en lägre andel besöker tandvården varje år. Friska personer besöker vanligen tandvården var 18:e-24:e månad. Analysen indikerar även att personer med lägre inkomst tenderar att utföra tandvård till ett större värde per besök, mätt som debiterade vårdgivarpriser. (Detta redovisas inte i figuren nedan.)



Figur 6 Det är vanligare att höginkomsttagare och äldre besöker tandvården.

Figuren visar samtliga individer i respektive åldersgrupp som finns med i FASIT. Inkomst är disponibel nettointkomst justerad för hushållsinkomst och hushållsstorlek.

Källa: SCB FASIT och egna beräkningar.

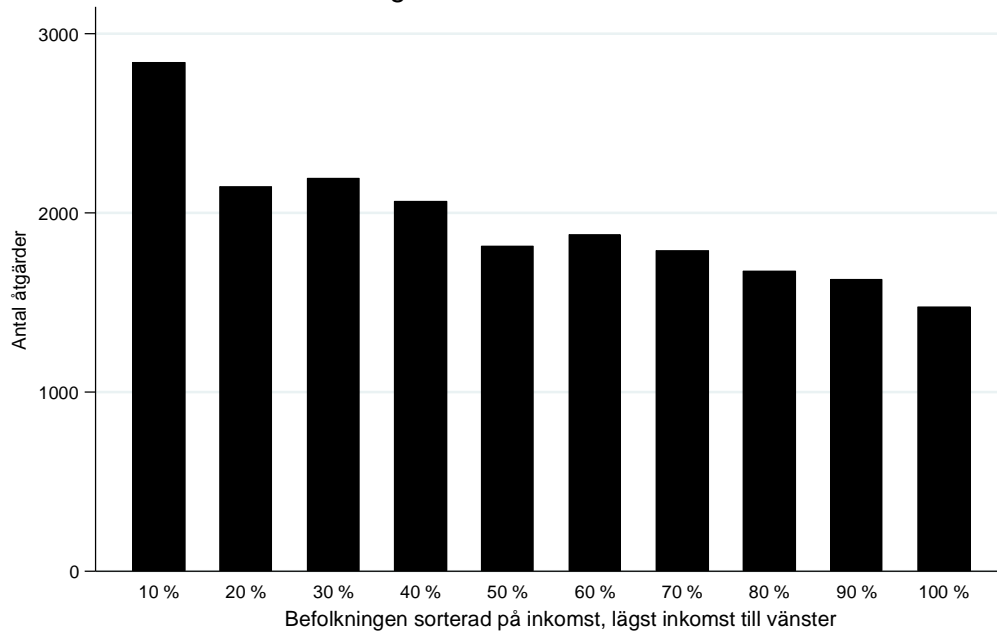
2.3 Skillnader i tandvårdsbehov mellan olika inkomstgrupper

Utifrån tillgängliga data har TLV inte haft möjlighet att jämföra individers faktiska tandhälsa med deras inkomst. Ett sätt att indirekt analysera huruvida inkomst och tandhälsa samvarierar utan att ha tillgång till direkta uppgifter om detta är att jämföra hur många tandvårdsåtgärder patienter i olika inkomstgrupper konsumerar.

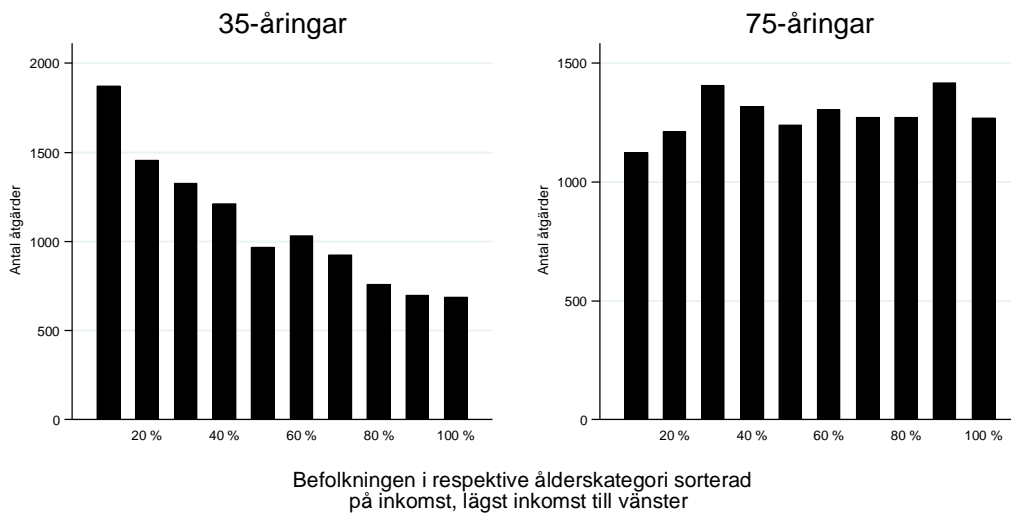
För att denna analys ska bli meningsfull avgränsas jämförelsen till några få tandvårdsåtgärder som huvudsakligen löser samma typ av problem. Vi har valt *tanduttagning* (åtgärd 401–402) och *rotfyllning* (åtgärd 501–504), vilka båda är åtgärder för att behandla tandinfektion och tandvärk. En större konsumtion av dessa åtgärder kan indikera att patienterna har sämre tandhälsa och därför större vårdbehov.

Vår analys visar att personer med lägre disponibel inkomst utför fler av de utvalda åtgärderna (se figur 7).

Antal åtgärder år 2010-2011, patienter 55 år Åtgärd 401-402 och 501-504



Antal åtgärder år 2010-2011 Åtgärd 401-402 och 501-504



Figur 7 Låginkomsttagare konsumerar ofta i snitt fler åtgärder vad gäller tanduttagning och rotfyllning.

Figuren visar samtliga individer i respektive åldersgrupp i FASIT. Inkomst är disponibel nettoinkomst justerad för hushållsinkomst och hushållsstorlek. Åtgärder utförda 2010 och 2011.

Källa: SCB FASIT och egna beräkningar.

Även tidigare analyser har funnit att inkomst och tandhälsa samvarierar. Dåvarande [Folkhälsoinstitutet \(2011\)](#) fann utifrån den nationella folkhälsoenkäten att dålig tandhälsa tenderade att vara vanligare bland de som fick sjukpenning respektive de som var arbetslösa jämfört med yrkesarbetande. Personer som i folkhälsoenkäten uppgav att de befann sig i en utsatt ekonomisk situation hade sämre tandhälsa än de som hade ordnade ekonomiska förhållanden.

[Försäkringskassan \(2006\)](#) fann att ekonomiska möjligheter att klara en oväntad tandvårdsutgift samvarierade med god tandhälsa. Ett närliggande resultat presenterades av [Socialstyrelsen \(2013\)](#) som fann att barns tandhälsa påverkas av huruvida familjen fick ekonomiskt bistånd samt om föräldrarna hade högst grundskoleutbildning.

2.4 Val av åtgärd i relation till inkomst

En patient kan ibland välja mellan olika åtgärder för att lösa ett och samma problem, där åtgärderna kan ha olika pris. I detta avsnitt granskas om låginkomsttagare i högre utsträckning väljer en billigare åtgärd jämfört med vad medel- och höginkomsttagare gör. Som exempel används samma åtgärder som i föregående avsnitt, där en patient med tandvärk kan välja mellan att antingen dra ut tanden eller rotfylla den. Att dra ut tanden är en billigare åtgärd än att utföra en rotbehandling.³

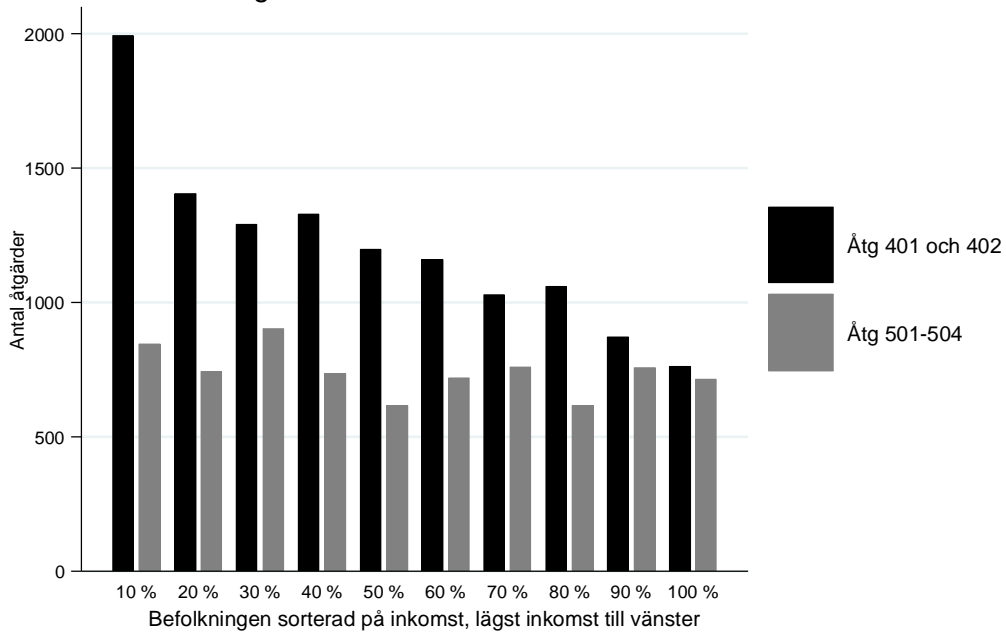
Figur 8 nedan visar att ju lägre inkomst patienten har, desto större andel av det totala antalet utförda åtgärder består av tanduttagning (åtgärd 401–402) som har ett lägre referenspris. Resultaten skiljer sig något åt mellan olika åldersgrupper men är relativt tydliga. En nackdel med jämförelsen är dock att dataunderlaget inte möjliggjort att kontrollera patientens tillstånd när denne kom till tandvården.

Det finns flera möjliga förklaringar till resultaten. En förklaring är att låginkomsttagare generellt sett väljer åtgärder med lägre pris än höginkomsttagare vid samma tandvårdsbehov. En annan möjlig förklaring är att skillnaderna i tandhälsa mellan olika inkomstgrupper medför att patienter med olika inkomst behöver olika åtgärder. Vid dålig tandhälsa med alltför omfattande tandskador är ibland en rotfyllning inte möjlig, varför tanduttagning kan bli nödvändig. Det är därför angeläget att framtida studier även kontrollerar för tillstånd och tandhälsa.

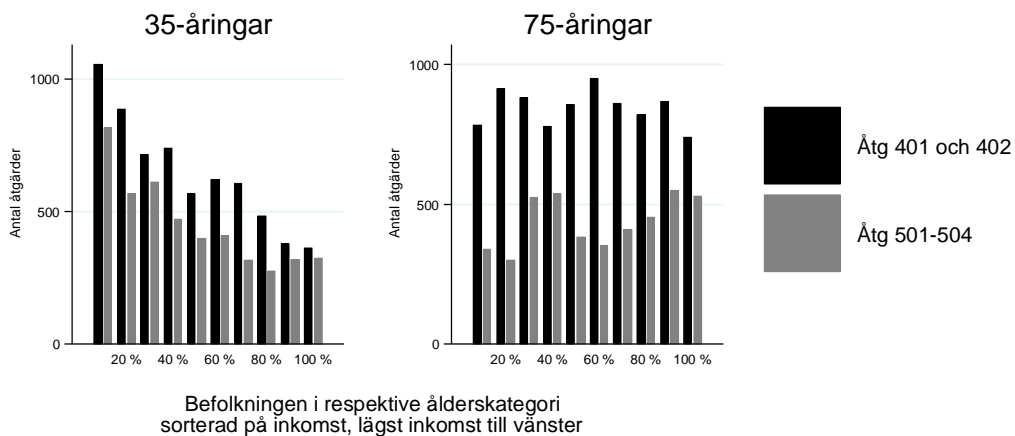
Även [Försäkringskassan \(2011\)](#) analyserar vilka faktorer som påverkar val av åtgärd och finner att bland annat ålder, inkomst, kön och utbildningsnivå kan ha betydelse.

³ I januari 2011 var referenspriset för att dra ut en tand (åtgärderna 401 och 402) 805 kronor respektive 1 515 kronor. Det lägre priset gällde en tanduttagning i normalfallet, det högre priset gällde mer komplicerade fall. Referenspriset för rensning och rotfyllning av en tand med en rotkanal (åtgärd 501) var 2 810 kronor. Samma behandling för en tand med två, tre respektive fyra rotkanaler (åtgärderna 502, 503 och 504) hade ett referenspris på 3 265 kronor, 4 260 kronor respektive 4 835 kronor.

Antal åtgärder år 2010-2011, patienter 55 år Åtgärd 401-402 och 501-504



Antal åtgärder år 2010-2011 Åtgärd 401-402 och 501-504



Figur 8 Personer med lägre inkomst tenderar att välja billigare åtgärder.

Figuren visar samtliga individer i respektive åldersgrupp i FASIT. Inkomst är disponibel nettoinkomst justerad för hushållsinkomst och hushållsstorlek. Åtgärder utförda 2010 och 2011. Jämförelse av antal utförda tanduttagningar respektive rotfyllningar.

Källa: SCB FASIT och egna beräkningar.

2.5 Fördelningen av konsumtion och utbetalat stöd

Tabell 2 och 3 nedan redovisar den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen och det genomsnittliga erhållna tandvårdsstödet från högkostnadsskyddet 2011, uppdelat på olika socioekonomiska grupper.

Tabell 2 Genomsnittlig tandvårdskonsumtion (kronor) per år, debiterade vårdgivarpriser

Lägsta utbildningsnivå	Ålder					
	35		55		75	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Grundskoleutbildning	1 420	1 220	2 380	3 020	3 230	2 990
Gymnasieutbildning	1 200	1 320	2 730	3 420	3 420	3 300
Högskoleutbildning	1 050	1 140	2 490	2 500	4 150	4 720

Tabellen beskriver genomsnittet av samtliga individer i respektive åldersgrupp i FASIT. Avrundat till närmaste hundratal.

Källa: SCB FASIT och egna beräkningar.

Tabell 3 Genomsnittligt erhållt stöd (kronor) per år, inom högkostnadsskydd och ATB

Lägsta utbildningsnivå	Ålder					
	35		55		75	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Grundskoleutbildning	500	320	700	1 040	1 070	860
Gymnasieutbildning	240	250	770	640	1 000	970
Högskoleutbildning	180	150	570	530	1 160	1 100

Tabellen beskriver genomsnittet av samtliga individer i respektive åldersgrupp i FASIT. Avrundat till närmaste hundratal.

Källa: SCB FASIT och egna beräkningar.

Den generella bilden är följande:

- 75-åringarna konsumerar i genomsnitt mer tandvård och får mer stöd per person än 55-åringarna som i sin tur konsumerar mer tandvård och får mer stöd än 35-åringarna.
- Högre utbildningsnivå är ofta förknippad med högre konsumtion och mer stöd, men skillnaderna är små förutom bland 75-åringar.
- I tabellen syns ingen tydlig skillnad mellan män och kvinnor. (Om man inte tar hänsyn till utbildningsnivå, kan man emellertid se att i åldersgrupper över cirka 55 år konsumerar män mer tandvård än kvinnor.)

2.6 Socioekonomisk bakgrund i relation till priser för åtgärder

Tabell 4 nedan visar att låginkomsttagare i genomsnitt betalar ett något lägre pris än höginkomsttagare för samma åtgärd. Grupp 1 är den tiondel av befolkningen med lägst inkomster och grupp 10 är gruppen med högst inkomster. Kolumnen "index" visar den sammanvägda prisskillnaden för samtliga åtgärder jämfört med inkomstgrupp 10. Inkomstgrupp 1 har indexvärde 0,98, vilket betyder att priset per åtgärd i genomsnitt är 2 procent lägre för denna inkomstgrupp jämfört med de priser som personer med högst inkomster betalar. De fyra åtgärds-kolumnerna visar det betalade medianpriset för de olika inkomstgrupperna och åtgärderna.

Tabell 4 Små prisskillnader mellan låg- och höginkomsttagare

Inkomst-grupp	Index	Åtgärder			
		101 Undersökning	401 Tanduttagning	705 Fyllning	801 Krona
1	0,98	660	805	1025	4980
2	0,98	660	805	1040	4970
3	0,98	660	805	1033	5000
4	0,98	660	805	1025	4995
5	0,98	660	805	1040	5000
6	0,98	660	805	1040	5000
7	0,98	660	805	1025	5000
8	0,98	660	805	1025	5000
9	0,99	660	805	1050	5075
10	1,00	660	810	1050	5300

Tabellen beskriver samtliga individer i respektive åldersgrupp i FASIT.

Källa: SCB FASIT och egna beräkningar.

2.7 Avslutande kommentar

TLV:s analys tyder på att låginkomsttagare besöker tandvården mer sällan än höginkomsttagare men å andra sidan konsumerar de mer tandvård i genomsnitt per besök. Trots detta verkar personer med olika inkomster i genomsnitt konsumera lika mycket tandvård totalt sett, mätt som debiterade vårdgivarpriser. De får dessutom i genomsnitt ungefär samma summa i statligt tandvårdsstöd.

Undantaget är individer under 40 år med låga inkomster, där det finns ett något starkare samband mellan disponibel inkomst och tandvårdskonsumtion. De konsumerar mindre tandvård och får därför mindre stöd än individer i samma ålder med högre inkomster. Även bland de som är 80 år och äldre finns det ett något starkare samband mellan disponibel inkomst och tandvårdskonsumtion, där låginkomsttagare till viss

del tenderar att konsumera mindre tandvård inom det statliga tandvårdsstödet än individer med högre inkomster i motsvarande åldersgrupper. Ofta väljer också låginkomsttagare i genomsnitt billigare behandlingar än individer med högre inkomster.

För de som 80 år och äldre kan det förekomma konsumtion inom landstingens system för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift (se figur 1, sid 10). Detta är något som kräver vidare analys.

Denna rapport innehåller ingen analys av hur tandvårdsbehoven varierar mellan individer med olika inkomst. Tidigare undersökningar (Folkhälsoinstitutet, 2011; Försäkringskassan, 2006; Socialstyrelsen, 2013) har dock visat att personer med relativt sett lägre ekonomisk standard ofta har sämre tandhälsa. TLV:s analyser indikerar att individer med lägre inkomst konsumerar fler åtgärder jämfört med individer med högre inkomst i samma åldersgrupp. En möjlig tolkning av detta är att låginkomsttagare har sämre tandhälsa.

Om låginkomsttagare har större tandvårdsbehov än personer med högre inkomster skulle det kunna motivera att låginkomsttagare konsumerar mer tandvård och mottar en större mängd tandvårdsstöd än andra grupper. Det går dock inte att bedöma utifrån denna analys hur fördelningen av tandvårdskonsumtion och tandvårdsstöd bör se ut med hänsyn till den faktiska tandhälsan. I analysen har endast indirekta indikationer på tandhälsa ingått, i form av konsumtionsmönster av tandvårdsåtgärder.

TLV bedömer det som angeläget att det i framtiden skapas möjligheter till fördjupade studier kring sambandet mellan disponibel inkomst, tandvårdskonsumtion och tandhälsa.

3 Hur har vårdgivarpriserna förändrats sedan tandvårdsstödet infördes?

Prissättningen på tandvårdsmarknaden är fri, men patientnyttan av stödet minskar om vårdgivarpriserna ökar kraftigt som ett resultat av att den statliga subventionen utökades när stödet infördes.

I detta kapitel redogörs för vårdgivarprisernas utveckling sedan 2008. För att få en mer sammansatt bild av prisutvecklingen jämförs denna utveckling med utvecklingen av andra tjänstepriser i Sverige samt tandvårdens referenspriser. Även utvecklingen av andra nyckeltal för tandvården beskrivs, såsom företagens vinstmarginaler, mängden utförd tandvård och befolkningens tandhälsa.

Det är svårt att jämföra prisutvecklingen före och efter att stödet infördes eftersom det saknas lättillgänglig jämförbar prisstatistik för vårdgivarpriserna för tiden före den 1 juli 2008.

Vid prisjämförelser över tid är det viktigt att ta hänsyn till eventuella förändringar av varor och tjänsters egenskaper och kvalitet. Vissa justeringar för ändringar av enskilda tandvårdsåtgärder har därför gjorts. Det innebär att förändringar i vårdens innehåll från den 1 juli 2008 fram till i dag inte bör påverka resultaten.

3.1 Tandvårdsprisernas utveckling i jämförelse med produktionskostnaderna

I detta avsnitt jämförs utvecklingen av vårdgivarpriserna med utvecklingen av referenspriserna (vilka TLV beslutar om) samt SCB:s tjänsteprisindex (TPI). Referenspriserna baseras på TLV:s beräkningar av faktiska produktionskostnader, vilket innebär att referensprisernas utveckling ska motsvara kostnadsutvecklingen. TPI mäter utvecklingen av den allmänna prisnivån för tjänster som produceras i Sverige. I TPI ingår både producentpriser och några konsumentprisindex ([SCB, 2013](#)).⁴

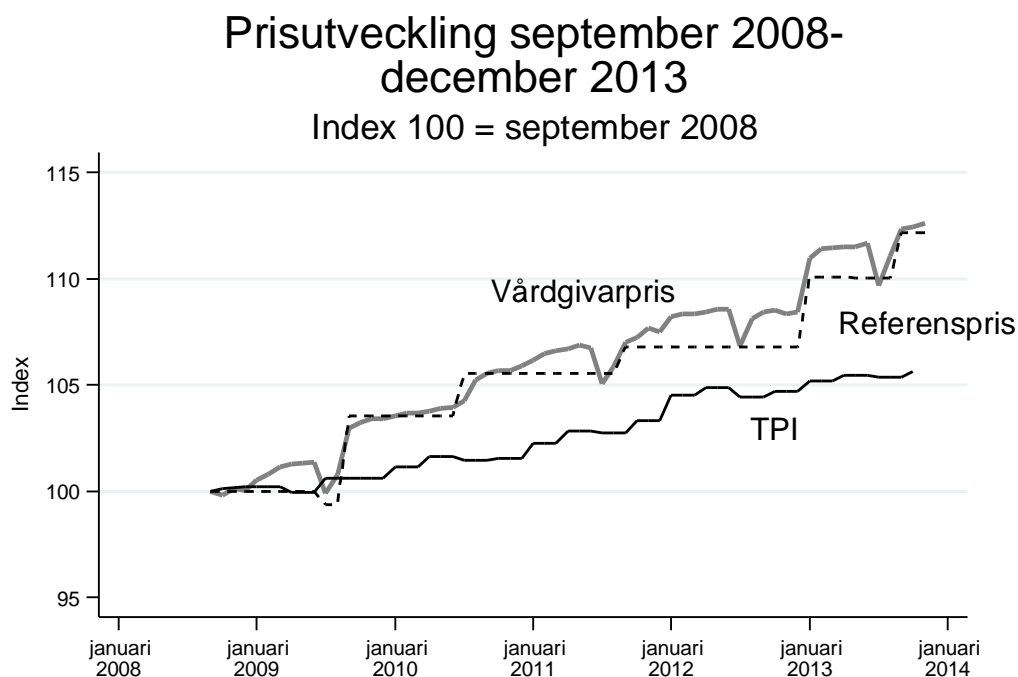
Tandvårdspriserna bör på lång sikt öka i samma takt som tjänsteprisindex, förutsatt att produktionskostnaderna utvecklas på ett liknade sätt.

⁴ Exempel på konsumentprisindex som ingår i TPI: transporter, restaurang, hårvård och begravningsverksamhet.

Tre prisindex redovisas: vårdgivarprisindex, referensprisindex och tjänsteprisindex (TPI). De två första är beräknade utifrån data från Försäkringskassan (TANDEN).

- *Vårdgivarprisindex* beräknas utifrån medianvårdgivarpriset för respektive åtgärd per månad, vilket sedan viktas med hänsyn till hur mycket olika åtgärder konsumeras varje månad. (Metoden förklaras mer ingående i kapitel 1.) Vi har valt medianvärde, eftersom det är mindre känsligt för felaktiga eller av andra skäl extrema värden.⁵
- *Referensprisindex* beräknas på samma sätt som vårdgivarprisindex med den skillnaden att inget medianpris beräknas eftersom referenspriset för en åtgärd är detsamma för alla vårdgivare.

Vårdgivarpriserna ökade med i genomsnitt cirka 12 procent mellan 2008 och 2013. Referenspriserna ökade i samma takt. Både vårdgivarpriserna och referenspriserna ökade mer än tjänsteprisindex (se figur 9 nedan).



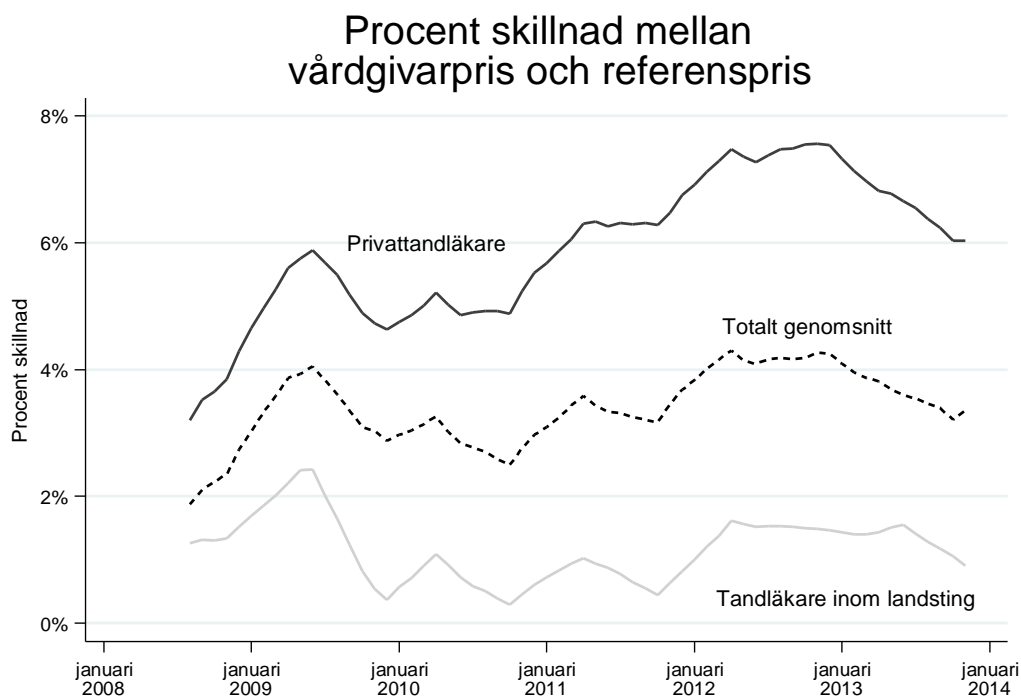
Figur 9 Priserna har gått upp.

Vårdgivarprisindex är ett vägt medelvärde av median per åtgärd för debiterade vårdgivarpriser. Under sommarmånaderna varje år är produktionen mindre jämfört med resten av året, vilket påverkar prisstatistiken. Figuren beror därför på val av startmånad.

Källa: Försäkringskassan, SCB och egna beräkningar.

⁵ Försäkringskassan samlar in dessa uppgifter. Om någon rapporterar in ett felaktigt vårdgivarpris medför det inga ekonomiska effekter för de vårdgivare som ligger över referenspriset.

I figur 9 ovan jämförs hur vårdgivarpriser och referenspriser har utvecklats var för sig. Det går även att studera hur skillnaden mellan vårdgivarpris och referenspris har utvecklats för varje enskild åtgärd. I figur 10 nedan redovisas hur genomsnittet av denna skillnad (uttryckt i procent) har förändrats sedan stödet infördes, uppdelat på vårdgivare i privat respektive offentlig sektor. Figuren visar att privata vårdgivare i genomsnitt debiterar ett högre pris per åtgärd än offentliga vårdgivare. Det märks vidare en viss uppgång i privata vårdgivarpriser, även om det är svårt att utläsa någon tydlig utveckling.



Figur 10 Skillnaden mellan vårdgivarpris och referenspris varierar.

Figuren visar viktat medelvärde av medianskillnad per åtgärd. Viktningen är gjord utifrån median av debiterade vårdgivarpris och antal utföranden av respektive åtgärd. Glidande medelvärde: aktuell månad samt de tre månaderna före och två månader därefter.

Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

De flesta patienter debiteras ett vårdgivarpris i närheten av referenspriset

Tabell 5 nedan visar den procentuella fördelningen av patienter beroende på hur de debiterade vårdgivarpriserna förhöll sig till referenspriset för respektive åtgärd 2009–2013. En majoritet av patienterna betalade ett vårdgivarpris som var det samma som eller i närheten av referenspriset ($\pm 10\%$).⁶ Det bör nämnas att en del en del vårdgivare lägger till

⁶ Patienter som har tandvårdsabonnemang är exkluderade, eftersom statistiken riskerar att bli missvisande om de räknas med.

materialkostnader eller annat för vissa åtgärder, som patienten får betala utanför tandvårdsstöd och som därför inte finns med i de data vi har tillgång till.

Tabell 5 Stor andel patienter debiteras ett vårdgivarpris nära referenspris.

Procentuell fördelning av patienterna respektive år					
	2009	2010	2011	2012	2013
Mycket under referenspriset (> 10 % under)	9	8	8	8	14
Något under referenspriset (10 % under till 0 %)	16	16	14	9	9
Referenspriset	16	18	18	17	16
Något över referenspriset (0 till 10 % över)	33	32	30	32	36
Mycket över referenspriset (> 10 % över)	27	27	30	34	25

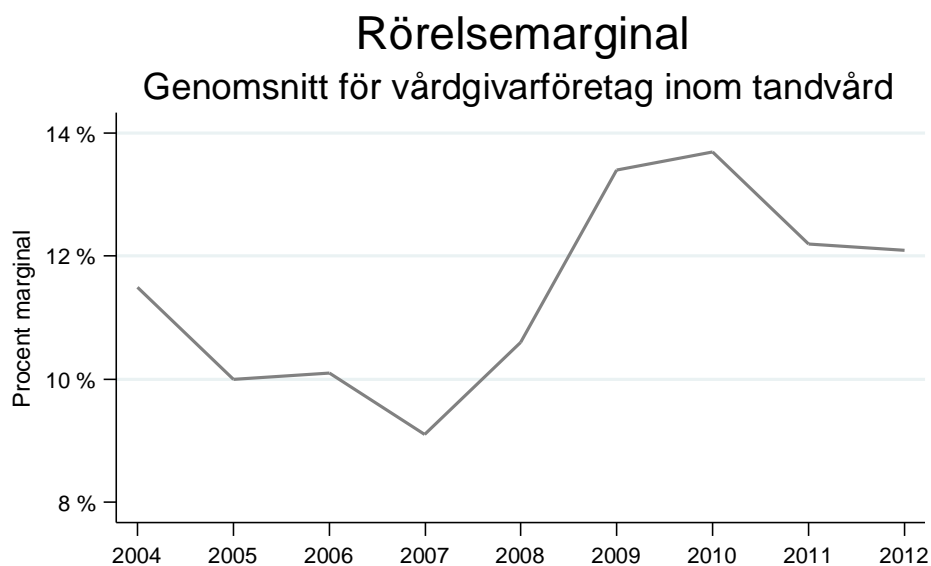
Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

3.2 Utvecklingen av lönsamheten i tandvården

Värdföretagens lönsamhet och vinstmarginal kan ge en indikation på konkurrenstrycket i branschen, där stigande marginaler kan vara en indikation på försvagad konkurrens. Samtidigt bör resultatet tolkas med försiktighet. Vinster kan variera över flera år och påverkas även av en rad andra faktorer, såsom priset på produktionsfaktorer, teknisk utveckling med mera (jmf. [Competition Commission, 2013](#)).

På uppdrag av TLV har konsultföretaget ÅF Industry AB (ÅF) analyserat lönsamheten i tandvårdsbranschen utifrån data från SCB och Upplysningscentralen (ÅF, 2013). Ett centralt mått har varit rörelsemarginal, alltså rörelseresultat före avskrivningar och skatter dividerat med den totala omsättningen.

Den genomsnittliga rörelsemarginalen för hela tandvårdsmarknaden varierar mellan 2004 och 2013 (se figur 11). Det sker en nedgång under första halvan av tidsperioden, och därefter en uppgång 2008–2009. Det är dock svårt att utläsa en tydlig riktning. Datamaterialet är justerat med hänsyn till att några företag även producerar andra typer av tjänster.



Figur 11 Rörelsemarginalen varierar över tid.

Figuren beskriver rörelseresultat före avskrivningar och skatt dividerat med den totala omsättningen. Materialet har justerats utifrån att vissa företag även bedriver annan verksamhet än tandvård.

Källa: Baserad på ÅF (2013).

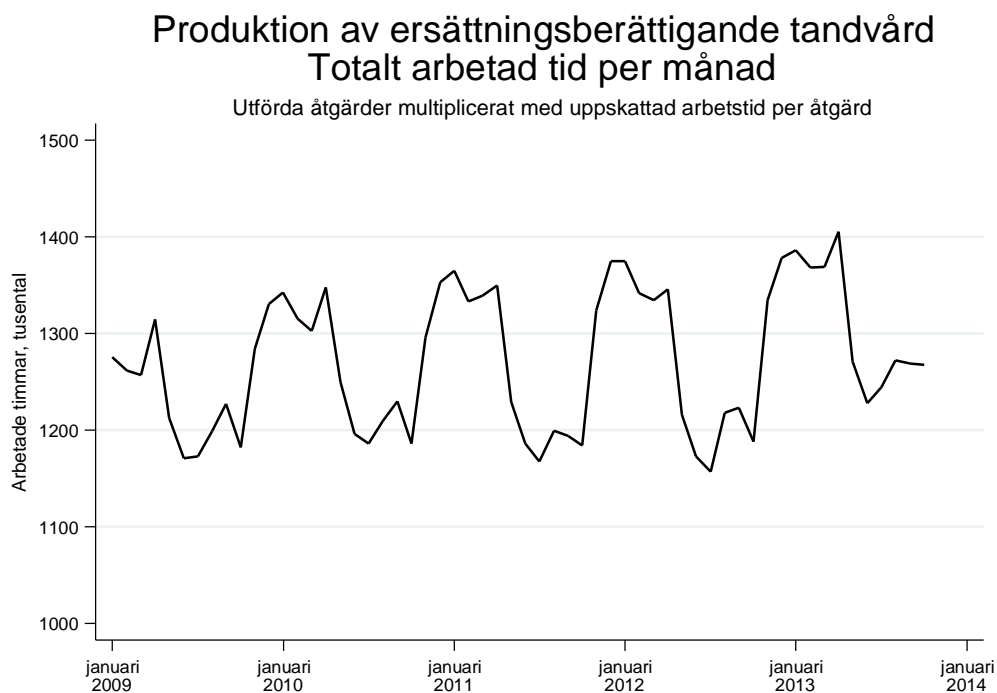
3.3 Förändring av mängden producerad tandvård

Den totala omsättningen för all ersättningsberättigande vuxentandvård inom det nuvarande tandvårdsstödet har ökat sedan den 1 juli 2008 från i genomsnitt precis över 1 miljard kronor per månad till strax över 1,1 miljarder kronor december 2012. Den långsiktigt stigande omsättningen verkar till stor del bero på stigande priser, snarare än att en större mängd tandvård produceras. Om hänsyn tas till att vårdgivarpriserna gått upp märks ingen stor förändring av omsättningen. Detta indikerar att mängden producerad vård inte har ökat (dessa data redovisas inte specifikt här).

Ett annat sätt att mäta mängden producerad tandvård är att räkna antalet utförda åtgärder. Olika åtgärder tar olika lång tid att utföra. Genom att räkna antalet utförda åtgärder och multiplicera varje åtgärd med uppskattad arbetstid ges dels ett mått på produktionsmängd, dels en mycket grov indikation på totalt utförd arbetstid.⁷ En sådan beräkning visar att produktionen av tandvård, som är ersättningsberättigande inom det nuvarande tandvårdsstödet, har legat på ungefär samma nivå sedan 2010, möjligen med en viss uppgång 2013 (se figur 12). Bilden kompliceras av att det under 2008 och 2009 fortfarande utfördes tandvård som var

⁷ Arbetstiderna uppskattades av genomförandeorganisationen inför implementeringen av nuvarande tandvårdsstöd.

ersättningsberättigande inom de äldre tandvårdsstöden, i sådana mängder att cirka 20 procent av det statliga tandvårdsstödet 2009 betalades genom de äldre tandvårdsstöden. Från och med 2010 betalas endast marginella andelar av tandvårdsstödet genom dessa ersättningssystem. Detta återspeglas inte i figuren, varför 2010–2013 är den tidsperiod där bäst jämförelse kan göras. Under denna tidsperiod verkar den totala mängden arbetad tid inom den ersättningsberättigande tandvården variera kring ungefär samma nivå.



Figur 12 Den totala arbetstiden varierar men på ungefär samma nivå.

Figuren beskriver utförda ersättningsberättigande åtgärder inom högkostnadsskyddet multiplicerat med den uppskattade arbetstiden per åtgärd. Glidande medelvärde: aktuell månad samt tre månader före och två månader efter.

Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

Ett annat mått på kvantitet är antal patienter som behandlats med minst en ersättningsberättigande åtgärd. Mellan 2009 och 2013 ökade det årliga antalet personer som besökte tandvården från cirka 4,15 miljoner till 4,5 miljoner. Även andelen individer som under ett år har besökt tandvården har ökat – från 58,1 procent av befolkningen 2009 till 60,3 procent 2013. Tabell 6 nedan visar den procentuella andelen av befolkningen som respektive år besökt tandvården och utfört minst en ersättningsberättigande behandling inom det statliga tandvårdsstödet. Man kan se att andelen patienter ökade framförallt i åldersgrupperna 20-29 år och 80 år eller äldre.

Tabell 6 Andel personer i respektive åldersgrupp som besökt tandvården under året

	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring 2009–2013 procentenheter
Åldersgrupper						
20–29 år	40 %	42 %	42 %	43 %	49 %	9
30–39 år	48 %	49 %	49 %	48 %	50 %	2
40–49 år	57 %	58 %	57 %	57 %	58 %	1
50–59 år	68 %	68 %	67 %	66 %	67 %	-1
60–69 år	74 %	75 %	75 %	75 %	75 %	1
70–79 år	70 %	71 %	72 %	73 %	73 %	3
80 år eller äldre	50 %	52 %	53 %	54 %	55 %	5

Tabellen beskriver procentuell andel inom respektive åldersgrupp av befolkningen som utfört minst en ersättningsberättigande åtgärd inom det statliga tandvårdsstödet för vuxentandvård.

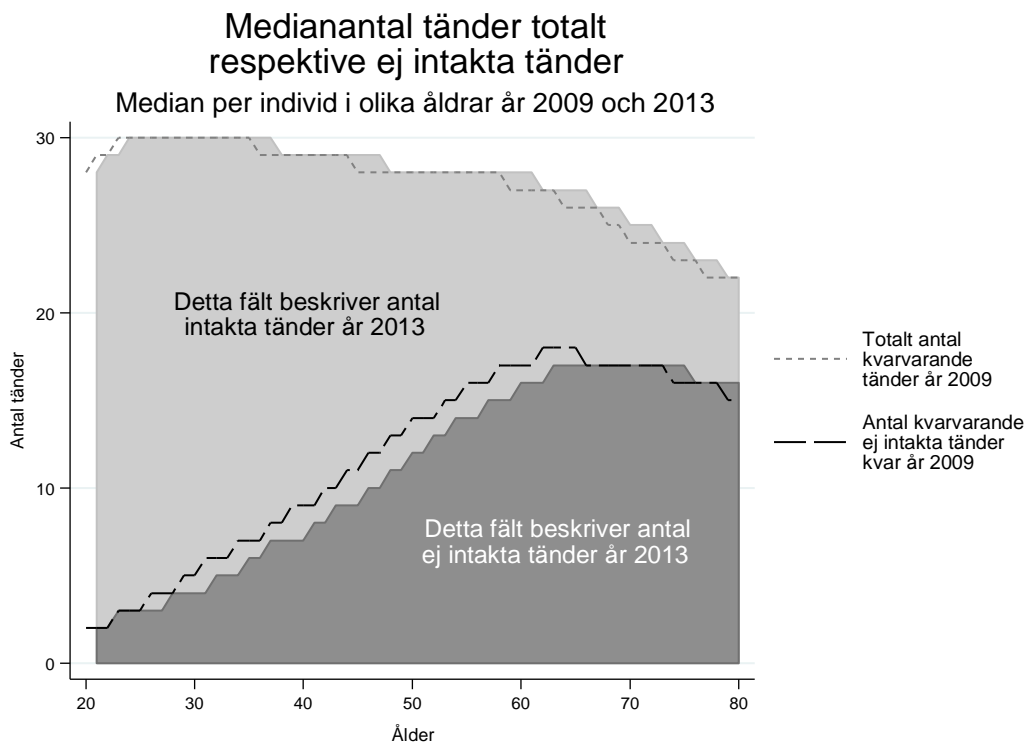
Källa: Försäkringskassan, SCB och egna beräkningar.

Den samlade bilden är att den totala mängden producerad ersättningsberättigande tandvård inom det statliga tandvårdsstödet inte har förändrats i någon stor utsträckning sedan 2009. Detta skiljer sig jämfört med det tidigare tandvårdsstödet 65-plus, som anses ha bidragit till att vårdkonsumtionen ökade kraftigt när det infördes (SOU 2007:19).

Förbättring av tandhälsan

Det är även intressant att jämföra tandhälsan hos befolkningen eftersom den till stor del påverkar behovet av tandvård. I Socialstyrelsens tandhälsoregister finns statistik på antal tänder hos patienter. Denna statistik rapporteras in av vårdgivaren, och den visar att både det totala antalet tänder och antalet intakta tänder ökade mellan 2009 och 2013.

Figur 13 nedan visar medianvärden per person i respektive åldersgrupp. Dessa data indikerar att den vuxna befolkningen 2009 uppskattningsvis hade cirka 186 miljoner tänder, varav 103 miljoner var intakta. År 2013 hade tandantalet ökat med cirka 1 procent, till 188 miljoner tänder, medan antalet intakta tänder hade ökat med 9 procent, till 113 miljoner tänder.



Figur 13 Antal tänder har ökat.

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister och egna beräkningar.

Indikationer att antalet tänder har ökat kan man se även i tidigare studier. Nordström och Edman (2008) finner att en 35-åring i Dalarna 2008 i genomsnitt hade 30 tänder, varav 22 intakta, vilket stämmer relativt väl med det nationella genomsnittet 2009 enligt tandhälsoregistret. År 2013 hade en genomsnittlig 35-åring fortfarande 30 tänder totalt men antalet intakta hade stigit till 24. Motsvarande utveckling märks för samtliga åldersgrupper mellan 25 och 65 år.

Stigande ålder förefaller inte ha någon negativ inverkan på tandhälsan. Befolkningens tandhälsa verkar i stället ha parallellförflyttats till höger i diagrammet i figur 13 för åldersgrupperna över 25 år, något som tidigare också beskrivits i epidemiologiska studier från Jönköping och Västerbotten (Hugoson m.fl., 2005; Wänman m.fl., 2004).

3.4 Avslutande kommentar

Vårdgivarpriserna har ökat i ungefär samma takt som referenspriserna 2008–2013. Både vårdgivarpriserna och referenspriserna har ökat mer än den allmänna prisnivån för tjänster i samhället.

När vi jämför den genomsnittliga skillnaden mellan vårdgivarpris och referenspris per åtgärd ser vi att den varierar under den studerade

tidsperioden. Bland privattandläkare märks en svag ökning men det är svårt att dra några långtgående slutsatser.

Prisutvecklingen kan jämföras med andra nyckeltal för tandvårdens verksamhet. En analys av lönsamhet och vinstmarginaler i tandvården visar att den genomsnittliga rörelsemarginalen under tidsperioden har varierat kraftigt. Det är dock svårt att utläsa någon tydlig riktning.

Mängden producerad ersättningsberättigande tandvård har varierat kring ungefär samma nivå 2009–2013, möjligen med en viss ökning 2013. Detta kan man se av omsättningen, antalet utförda åtgärder samt antal patienter.

Eftersom sammanhängande tidsserier för tandvårdskonsumtion och tandvårdspriser saknas för tiden före 1 juli 2008 är det svårt att jämföra med tiden före det nuvarande tandvårdsstödet.

4 Hur påverkar referenspriserna vårdgivarnas priser?

I detta kapitel diskuteras framför allt tre frågor:

1. Styr referenspriserna vårdgivarnas priser direkt, så att en ökning av ett referenspris direkt resulterar i en ökning av vårdgivarpriserna?
2. Om så är fallet: Varför styr referenspriserna vårdgivarnas priser?
3. Är det i enlighet med reformens intentioner att referenspriserna styr vårdgivarpriserna?

4.1 Syftet med referenspriserna

Varje åtgärd i tandvårdsstödet har ett referenspris och dessa har flera syften.

Ett syfte med referenspriserna är att skapa kontroll över statens kostnader för subventionssystemet, genom att subventionen baseras på referenspriset och inte på faktiskt debiterat vårdgivarpris. Erfarenheterna från tidigare statliga tandvårdsstöd visar att det är svårt att kontrollera kostnadsutvecklingen i ett system med åtgärdsbaserad ersättning i kombination med fri prissättning.

I en tidigare utformning lästes den statliga ersättningens storlek till vissa belopp, vilket i kombination med fri prissättning och kraftigt ökade vårdgivarpriser ledde till att subventionen successivt urholkades.

I det nuvarande högkostnadsskyddet sätter vårdgivarna sina egna priser för respektive åtgärd. En patient kan aldrig få ett bidrag för åtgärden från högkostnadsskyddet som är högre än 85 procent av referenspriset och skillnaden mellan referenspriset och vårdgivarpriset betalas av patienten. Genom detta begränsas statens utgifter.

Det totala anslaget för det statliga tandvårdsstödet (högkostnadsskydd och allmänt tandvårdsbidrag) utökades med 3 miljarder kronor 2008 men utifrån det faktum att statens kostnader för högkostnadsskyddet varit lägre än väntat drog Riksrevisionen (2012) slutsatsen att referenspriserna uppfyllt sitt första syfte: att kontrollera kostnadsutvecklingen.

Ett annat syfte med referenspriserna är att informera patienten om en normal kostnad för en behandling, utifrån att den utförs till rimlig kvalitet (prop. 2007/08:49, sid 63). Referenspriset ska därför alltid framgå av patientens kvitto. Referenspriserna bidrar därmed också till att öka konkurrensen på tandvårdsmarknaden eftersom det blir lättare för patienterna att utvärdera vårdgivarens prissättning, vilket i förlängningen har en återhållande effekt på vårdgivarpriserna.

Om man vill förstå referensprisernas faktiska effekt på vårdgivarnas priser är det viktigt att komma ihåg att två saker skedde samtidigt – den statliga subventionen ökade och referenspriserna infördes. Båda händelserna kan påverka priserna men eventuellt i olika riktning:

- Subventionen gör patienterna mindre priskänsliga, vilket innebär att sannolikheten att vårdgivarpriserna ökar är större.
- Referensprisets funktion att underlätta prisjämförelser, vilket kan bidra till antingen lägre eller högre priser, beroende på hur referenspriset sätts.

I regeringens proposition (2007/08:49) beskrivs referenspriset enligt följande:

Referenspriset bör vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt bör kosta. Patienten kan därigenom få en bild av en rimlig kostnad för en viss behandling.

Referenspriserna fastställs inte som ett genomsnitt av vårdgivarnas priser utan det baseras på en uppskattning av produktionskostnaderna för respektive åtgärd. Att utgå från ett genomsnitt av vårdgivarnas priser riskerar nämligen att leda till en uppåtgående spiral där referenspriserna höjs när vårdgivarpriserna går upp, vilket i sin tur kan leda till att vårdgivarpriserna går upp ytterligare.

TLV har i uppdrag att bestämma referenspriserna. I det arbetet utgår vi från de metoder och material för respektive åtgärd som rekommenderas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, och som bedöms som mest kostnadseffektiva. En utgångspunkt i arbetet är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vuxentandvård.

För att fastställa referenspriserna tar vi in uppgifter från ett stort antal vårdgivare om tidsåtgång för olika åtgärder för respektive yrkeskategori (tandläkare, tandsköterska och tandhygienist). Tidsåtgången beräknas bland annat genom tidsstudier, klinikbesök, enkäter och olika arbetsgrupper. Uppgifter inhämtas också om löner, sjukfrånvaro med mera för de olika yrkeskategorierna samt om kostnader för tandvårdsmaterial. Utöver detta analyseras bokslut från ett stort antal vårdgivare när det gäller övriga kostnader för hyror, olika tjänster med mera.

Referenspriset beräknas genom att vi summerar kostnaderna för uppskattad arbetskraft baserat på tidsåtgång samt snittlön för de olika yrkeskategorierna, inköpspris för insatsvaror samt den tid som normalt går åt till att behandla patienter. Till den direkta kostnaden för en åtgärd läggs en indirekt kostnad som ska täcka fasta utgifter (hyra, städning, kapitalkostnader med mera) för mottagningen. En viss marginal för att täcka nyinvesteringar och utbildning ingår också.

4.2 Referenspriset styr vårdgivarpriset direkt

Korrelation mellan vårdgivarens pris och referenspriset är stark. Om referenspriset för åtgärd A är 10 procent högre än för åtgärd B kommer den genomsnittliga vårdgivaren att sätta ett pris på åtgärd A som är 10 procent högre pris än priset på åtgärd B.⁸

Att observera en korrelation mellan referenspriset och vårdgivarpriset räcker emellertid inte för att slå fast att referenspriset styr vårdgivarpriset. Exempelvis ska produktionskostnaderna påverka både referenspris och vårdgivarpris. Vi har därför undersökt om det sker en direkt påverkan och funnit att så är fallet.

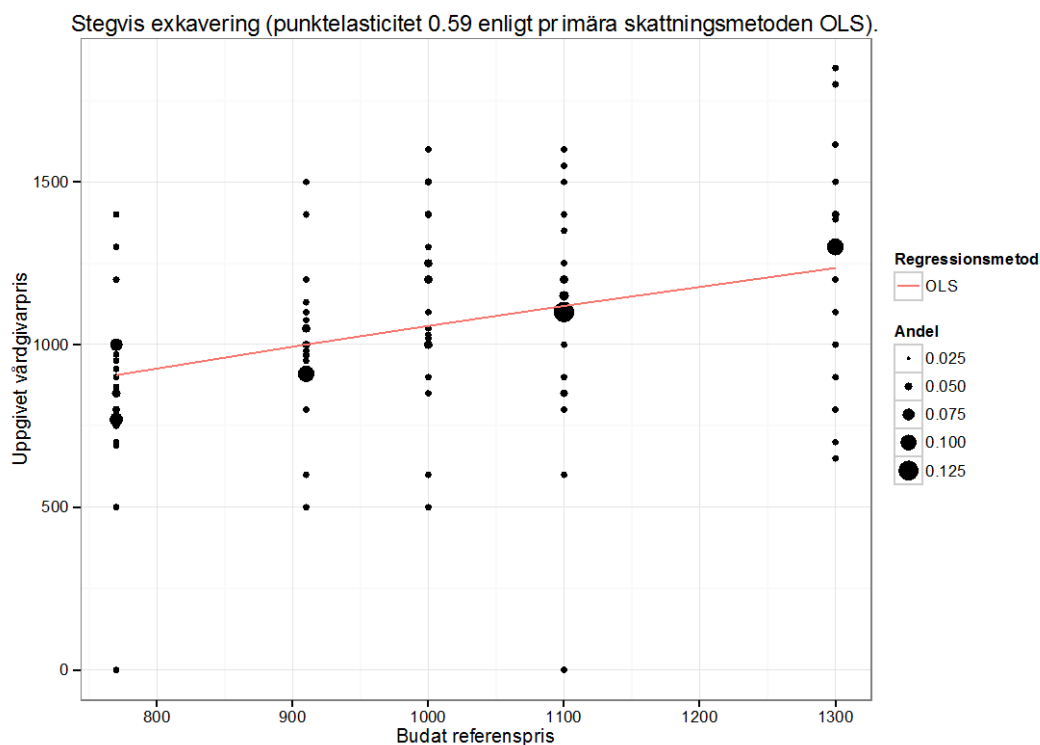
TLV:s studie av hur tandvårdens prissättning påverkas av referenspriserna inleddes hösten 2011. Studien bestod av två delar – den första var en enkät till verksamhetsansvariga för 399 privata mottagningar och den andra var en statistisk analys av hur vårdgivarpriser förändrades när referenspriset ändrades av andra anledningar än att produktionskostnaden steg eller sjönk.

I enkätdelen fick respondenterna ange priset för två åtgärder som ännu inte ingår i det statliga tandvårdsstödet (åtgärd för stegvis exkavering och betthöjning med kompositmaterial). Åtgärderna beskrevs såsom det var tänkt att de skulle beskrivas i regelverket och de hade ett fiktivt, slumpmässigt valt referenspris som var olika angivet för deltagarna. Genom att referenspriset i enkäten inte hade någon koppling till produktionskostnaden eller andra faktorer kunde referensprisets effekt därmed särskiljas.

Resultaten visade att produktionskostnaden var den enskilt viktigaste faktorn för vilket vårdgivarpris man planerade att sätta. Vårdgivarnas svar visade att de också skulle anpassa sig efter referenspriserna på ett direkt sätt. En höjning av referenspriset på 10 procent skulle leda till en höjning av vårdgivarpriset på cirka 6 procent, allt annat lika (se figur 14).

⁸ Vårdgivarprisernas elasticitet med avseende på referenspriset har legat konstant varje år på 0,97 för Folk tandvården och 0,98 för privattandvården. Detta visar en stark korrelation mellan referenspriset och vårdgivarpriset.

Metod för att beräkna elasticitet: Konstant elasticitet, mätt med OLS-regression: $E[\log(\text{vårdgp})] = a + b \cdot \log(\text{refp})$. En separat regression utfördes för varje år och ägandeform. Datakällan var varje mottagnings genomsnittspris för varje åtgärd under kvartal 1, 2009–2013.



Figur 14 Resultat från den första delen av undersökningen.

De privata mottagningarna i undersökningen fick se två nya åtgärder (stegvis exkavering samt betthöjning med kompositmaterial) med ett slumpmässigt valt referenspris. När vårdgivarna fick ett relativt högt referensprisbud svarade de med ett relativt högt vårdgivarpris.

Den andra delen av studien utgick från en analys av faktiska debiterade priser för privat respektive offentlig tandvård från 2008 till 2013. Under denna period justerades referenspriserna vid fem tillfällen. Vid varje tillfälle räknades referenspriserna om för var och en av åtgärderna med utgångspunkt i olika prisindex för tandvårdens insatsvaror och arbetskostnader. Vid ett fåtal tillfällen, och för ett begränsat antal åtgärder, justerades också den underliggande beräkningsmodellen. Detta utnyttjade vi i studien för att kunna särskilja effekten av kostnadsutvecklingen från effekten av referensprisutvecklingen på vårdgivarnas priser. Vi valde ut en åtgärd där referenspriset höjdes med drygt 400 kronor extra.

Resultatet var likartat det i enkätmaterialen, vilket visar att referenspriset påverkar de privata vårdgivarnas priser på ett direkt sätt. (För en utförligare beskrivning, se bilaga 1).

Båda delstudierna visar att referenspriserna har en direkt styrande effekt på vårdgivarpriserna. Det betyder dock inte att mönstret skulle vara detsamma om referenspriserna frikopplades från tandvårdens faktiska

produktionskostnader; om referenspriserna sätts under produktionskostnaderna är det mindre troligt att vårdgivarna skulle följa referenspriserna lika nära.

4.3 Förklaringar till att referenspriset styr vårdgivarpriset

Det finns flera möjliga förklaringar till att referenspriserna styr vårdgivarpriserna:

1. *Prismallseffekten.* En del vårdgivare kan antingen ha som mål att sätta priser i förhållande till produktionskostnaden för åtgärden eller använda referenspriserna som en uppskattning av den egna produktionskostnaden. Detta gäller Folk tandvården i många landsting, där man på politisk nivå beslutat att sätta priser som ligger i nivå med referenspriserna.⁹ Det är möjligt att privata vårdgivare förhåller sig till Folk tandvårdens priser, vilket förstärker referensprisernas påverkan på vårdgivarpriserna.
2. *Subventionseffekten.* Referenspriserna påverkar patientens kostnad och därmed dennes efterfrågan på tandvård. Om ett referenspris höjs kan vårdgivaren sätta ett högre pris utan att patientens kostnad stiger lika mycket som skulle varit fallet utan referensprishöjningen (förutsatt att patienten har haft tillräckliga stora utgifter under året för att motta subvention).
3. *Prisjämförelseffekten.* Referenspriserna fungerar som jämförelsepris för patienten och indikerar om vårdgivaren sätter ett rimligt pris med hänsyn till vad det kostar att utföra en åtgärd. Detta var ett av syftena med referenspriserna: att göra patienterna mer prismedvetna, vilket i förlängningen skulle ha en prisdämpande effekt.

(Se faktarutan nedan för förklaring av de olika mekanismerna genom ett fiktivt exempel.)

Konkurrensverket menar i en nyligen publicerad rapport att referenspriset fungerar som en *prismall* (Konkurrensverket, 2013). De nämner att landstingen i Jämtland, Skåne, Uppsala län, Västerbotten, Västmanland och Gotland sätter sina priser på samma nivå som referenspriserna, med vissa undantag för exempelvis påslag vid akuta besök under helger. Konkurrensverket visar även att de flesta övriga landsting tycks ligga inom intervallet +/- 2 procentenheter jämfört med referenspriserna för de flesta åtgärderna.

⁹ Det är även reglerat i Kommunallagen att de avgifter som tas ut ska motsvara kostnaderna för den aktuella tjänsten eller nyttigheten, den så kallade självkostnadsprincipen. (8 kap. 3 c § Kommunallagen (1991:900))

Referensprisets påverkan på patienternas uppfattning om pris

TLV har i en enkätstudie undersökt betydelsen av *subventionseffekten* och *jämförelsepriset*. Vår analys är att båda har ett förklaringsvärde. I enkäten fick 3 000 individer från en befolkningsmässigt representativ nätpanel svara på frågor om ålder, kön och tandvårdskonsumtion. Varje undersökningsdeltagare fick också se en slumpmässigt vald version av tolv påhittade behandlingsförslag.

Behandlingsförslagen skiljde sig åt enbart i hur högt referenspriset var och hur mycket tandvårdsstöd personerna skulle få. Vårdgivarpriset var detsamma. Genom att variera referenspriset och patientpriset (vårdgivarpris minus stöd) separat kunde vi särskilja effekten av stödet från effekten av referenspriset. Att olika personer mötte olika patientpriser i enkäten berodde alltså på att ersättningsgraden (subventionen) inte beräknades enligt det egentliga sambandet som finns mellan ersättningsgrad och referenspris.

Exempel på de olika mekanismer som kan förklara varför referenspriset påverkar vårdgivarpriset

Tandläkare Sven Svensson AB har en praktik med en tandhygienist och två tandsköterskor anställda. Sven vet att om han tar referenspriset plus 10 procent täcker han praktikens kostnader och gör en vinst samtidigt som han inte blir av med patienter på grund av höga priser. Sven gör varje år därför en förenklad priskalkyl och lägger på 10 procent på alla åtgärders referenspris. Han anar att han kanske gör olika stor vinst på olika åtgärder men han är villig att acceptera det så länge verksamheten som helhet inte går med förlust. Detta är ett exempel på referensprisets effekt som prismall.

*Anta att referenspriset för åtgärd X är 1 000 kronor och Svens vårdgivarpris är 1 100 kronor. Hans patienter får i snitt 50 procent av referenspriset subventionerat. Patienterna betalar således $1\ 100 - 1\ 000 * 0,5 = 600$ kronor för denna åtgärd. Anta sedan att referenspriset går upp med 20 kronor. Det betyder att Sven kan höja sitt pris med $20 * 0,5 = 10$ kronor till 1 110 kronor utan att patienten får betala mer än tidigare. Detta är ett exempel på subventionseffekten av referenspriset.*

Anta att åtgärd Y har ett referenspris på 500 kronor. De flesta patienter som gör denna åtgärd får ingen subvention ur högkostnadsskyddet eftersom de inte har något större tandvårdsbehov, men cirka 20 procent av Svens patienter är prismedvetna och granskar hans behandlings- och kostnadsförslag noga; resten bryr sig inte om priset. De priskänsliga patienterna är inte villiga att acceptera särskilt mycket högre vårdgivarpris än referenspriset. Sven vet att denna grupp patienter skulle söka sig till en annan vårdgivare om han tog exempelvis 900 kronor för åtgärden, och han vill inte bli av med dessa patienter även om de utgör en minoritet. Anta att TLV höjer referenspriset till 600 kronor för denna åtgärd. Då kan Sven höja sitt vårdgivarpris med 100 kronor utan att patienterna kommer att anmärka på denna höjning. Detta är ett exempel på jämförelsepriset.

De generella slutsatserna av enkäten är följande:

1. Av två personer som möter *olika patientpris* men *samma referenspris*, kommer personen som möter det lägre patientpriset med större sannolikhet att tacka ja till kostnadsförslaget samt vara mindre benägen att byta vårdgivare.
2. Av två personer som möter *olika referenspris* men *samma patientpris*, kan personen som möter ett referenspris som var lägre än vårdgivarpriset i högre grad tänka sig att söka sig till en annan vårdgivare. Dessutom visade det sig att ju lägre priser vårdgivaren höll i förhållande till referenspriset, desto lägre uppfattade respondenterna att kvaliteten på behandlingen var.

Den första slutsatsen tyder på att tandvårdsstödet kan påverka vårdgivarpriserna: En större subvention (och därmed lägre patientpriser) innebär större sannolikhet att tacka ja till kostnadsförslaget. Tandvårdsstödet kan då också minska konkurrensen, eftersom patienterna blir mindre benägna att byta vårdgivare. Detta är därmed ett belägg för *subventionseffekten*.

Den andra slutsatsen innebär att referenspriserna har en separat effekt på patientens sannolikhet att tacka ja till kostnadsförslaget, oberoende av vilket pris patienten måste betala. Referenspriset har också potential att förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt, eftersom vårdgivarna riskerar att förlora patienter till sina konkurrenter när deras priser överstiger referenspriset. Förklaringen är sannolikt att referenspriserna informerar patienten om huruvida prisförslaget är rimligt. Detta är därmed ett belägg för *prisjämförelseffekten*.

Undersökningen visar också att patientpriset är viktigare än referenspriset för patientens sannolikhet att tacka ja till kostnadsförslaget; en skillnad i patientpris på 100 kronor ökar andelen patienter som tackar ja till kostnadsförslaget dubbelt så mycket som en skillnad i referenspris på 100 kronor.

En enkät av denna typ bedömer TLV vara mer tillförlitlig än direkta frågor av typen "Skulle du avstå från att gå till tandläkaren om tandvårdsstödet minskade med 500 kronor?" eftersom frågan i enkäten i högre grad påminner om den valsituation patienter möter på dagens tandvårdsmarknad. Svagheten med alla enkäter är emellertid att det är hypotetiska frågor; det är osäkert hur enkättagarna skulle göra i verkligheten.

Resultaten ger en intressant indikation på verkligt beteende. Referensprisernas effekt på patienternas beteende är dock sannolikt mindre i verkligheten än i enkätstudien. (En mer ingående beskrivning av studien hittar finns i separat bilaga 2 till denna rapport.)

4.4 Avslutande kommentar

Referenspriserna infördes för att kontrollera statens utgifter, eftersom prissättningen på tandvårdsmarknaden är fri. Ett högkostnadsskydd där ersättningen till patienten baseras på vårdgivarpriset, oavsett vilket pris vårdgivaren sätter, riskerar att leda till höga priser och okontrollerbara kostnader för staten. En förhoppning var också att referenspriserna genom att de återspeglar normala produktionskostnader skulle utgöra ett jämförelsepris, så att patienten kunde bedöma om priserna var skäliga.

Det är viktigt att TLV sätter referenspriser på en korrekt nivå:

- Är referenspriserna för låga (under normala produktionskostnader) täcker vårdgivarna inte sina produktionskostnader om de sätter priser i nivå med referenspriserna. Därför är det sannolikt att vårdgivarna i denna situation kommer att sätta priser över referenspriserna. I det läget förlorar referenspriserna sin funktion som jämförelsepris och patienten får ett sämre skydd mot höga kostnader.
- Är referenspriserna för höga (över normala produktionskostnader) riskerar detta att driva upp prisnivån på marknaden. Ju mer referenspriserna direkt styr vårdgivarpriserna, desto starkare blir denna effekt.

Bedömningen är att en stor del av samvariationen mellan referenspris och vårdgivarpris över tid förklaras av att de återspeglar samma kostnadsutveckling. Men eftersom vårdgivarna anpassar sina priser efter referenspriserna även när hänsyn inte tas till förändrade produktionskostnader blir slutsatsen att referenspriserna styr vårdgivarpriserna direkt.

Mer specifikt påverkar referenspriserna både:

- den *genomsnittliga nivån* på vårdgivarpriserna, och
- *variationen* i vårdgivarpriserna genom att de sannolikt minskar variationen.

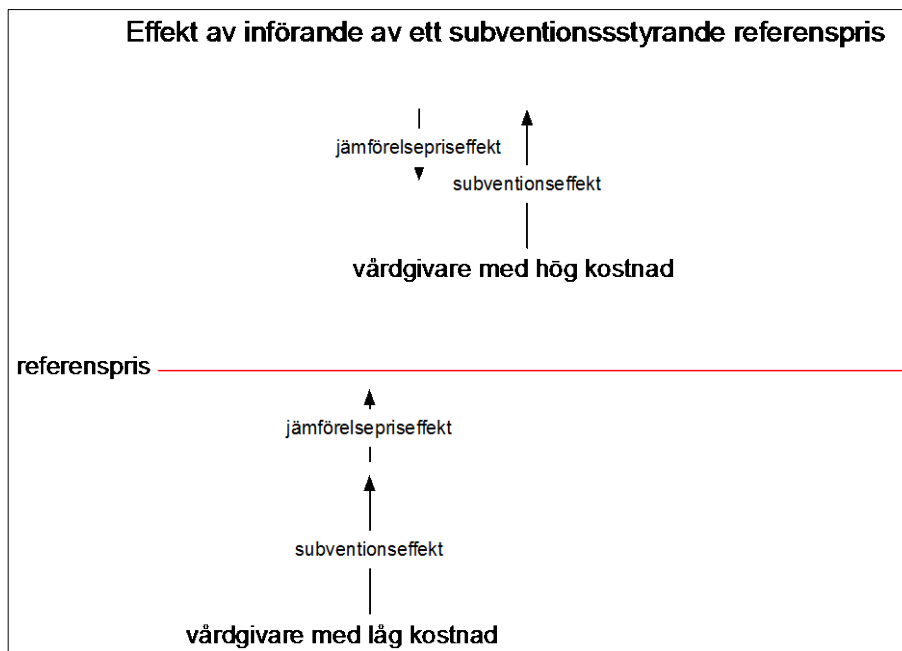
Det är i enlighet med reformens intentioner att referenspriserna påverkar den genomsnittliga nivån på vårdgivarpriserna så att genomsnittet inte avviker allt för mycket från referenspriserna. Det alternativa scenariot, det vill säga att vårdgivarpriserna i genomsnitt skulle ligga mycket *över* referenspriserna, är inte önskvärt. Scenariot att vårdgivarpriserna i genomsnitt skulle ligga *under* referenspriserna är inte sannolikt givet att vårdgivarna måste täcka sina produktionskostnader, som nämndes ovan.

Resonemanget i förra stycket gäller naturligtvis bara under förutsättning att TLV sätter referenspriserna på korrekt nivå.

4.5 Fördjupning: Referensprisernas effekt på vårdgivarpriserna

När det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008 hände två saker samtidigt: den statliga subventioneringen av tandvårdsmarknaden ökade med cirka 3 miljarder kronor och referenspriser infördes.

Vid införandet av stödet fanns det vårdgivare med både högre och lägre produktionskostnader än referenspriset. Den ökade subventionen innebar att både de producenter som hade ett lägre pris och de producenter som hade ett högre pris fick incitament att höja sina priser. Men för vårdgivare med högre produktionskostnader än referenspriset agerar nu jämförelsepriset som en broms på det egna priset (se illustration i figur 15).



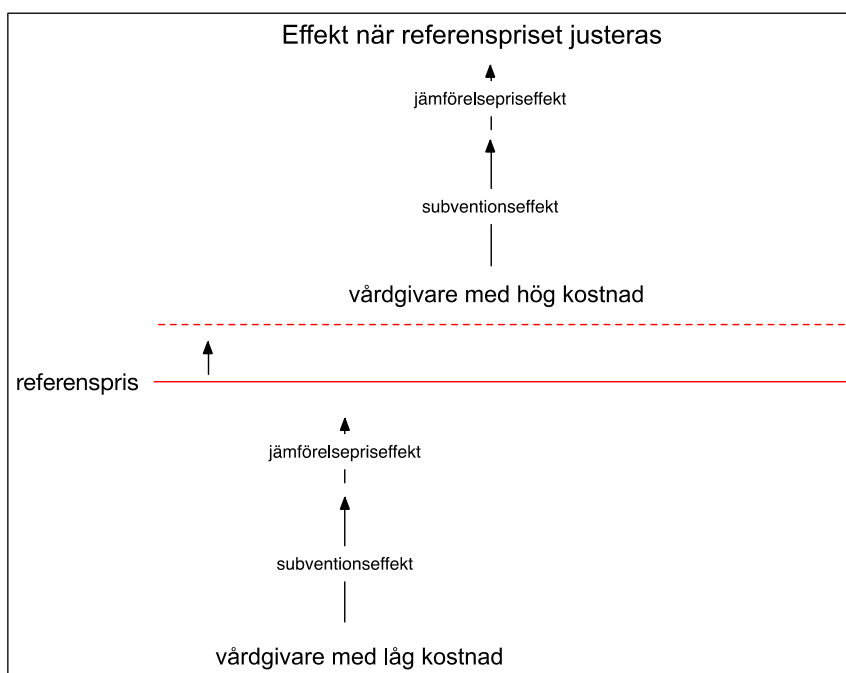
Figur 15 Effekt av införande av referenspris.

Förhoppningen med reformen var att jämförelsepriset skulle neutralisera subventionseffekten med lägre priser än före reformen som resultat. Studien som refererades ovan (bilaga 2) visar att jämförelsepriset var drygt hälften så stor som subventionseffekten när vårdgivarpriset var högre än referenspriset. Enligt denna är jämförelsepriset alltså inte stor nog för att neutralisera effekten av subventionseffekten.

Subventionseffekten och jämförelsepriseffekten kombinerat kan förklara varför flertalet vårdgivare prismässigt ligger precis ovanför referenspriset och att det är fler som ligger på eller över referenspriset än under (se kapitel 3).

Effekter när referenspriserna justeras

Effekten av kontinuerliga justeringar av referenspriset efter reformens införande ser annorlunda ut. Eftersom en justering av referenspriset uppåt innebär att patienterna får mer i subvention och att genomsnittspatientens uppfattning av vad som är ett "rimligt pris" stiger, kan både den dyrare och den billigare tandvårdsproducenten ha ett incitament att höja sina priser (se figur 16).



Figur 16 Effekt när referenspriserna justeras.

Om referenspriset stiger snabbare än kostnadsutvecklingen kommer både jämförelsepriseffekten och subventionseffekten påverka priserna mot en höjning. Om referenspriset däremot stiger långsammare än kostnadsutvecklingen ger det en återhållande effekt på priserna för de vårdgivare vars priser ligger över produktionskostnaden. Å andra sidan skulle ett referenspris som inte följer kostnadsutvecklingen riskera att urholka högkostnadsskyddets syfte och funktion, eftersom patienterna i dessa fall skulle få allt mindre ersättning för sina vårdkostnader.

5 Fortsatt arbete

I detta kapitel beskrivs behoven av fortsatta studier och åtgärder för att skapa förutsättningar för fördjupade analyser.

Tandvårdsbehoven bör undersökas närmare

TLV kommer fortsättningsvis att på regelbunden basis ta fram nyckeltal för att följa tandvårdsstödet fördelning i befolkningen i olika åldrar. De analyser vi hittills gjort tyder på att det, för stora delar av befolkningen, inte finns några stora skillnader mellan olika inkomstgrupper vad gäller hur mycket ersättning de får från högstkostnadsskyddet. Undantaget är de med allra lägsta inkomster i yngre och äldre åldersgrupper.

Det har inom ramen för denna analys inte funnits förutsättningar att på ett genomgripande sätt bedöma hur stort behovet av tandvård är i olika inkomstgrupper. Om låginkomsttagare har ett betydligt större behov av tandvård än medel- och höginkomsttagare men inte får mer ersättning ur högstkostnadsskyddet, kan det tyda på att stödet inte fullt ut fördelas efter behov. Det är därför angeläget att undersöka detta vidare. En sådan undersökning förutsätter dock tillgång till datamaterial som innehåller information om individers tandvårdskonsumtion, socioekonomi och tandhälsa. TLV har lyfta frågan om tillgänglighet till sådana data.

TLV anser också att det finns anledning att göra fördjupade analyser avseende de med allra lägsta inkomster i yngre (20–40 år) och äldre åldersgrupperna (över 80 år) för att klargöra orsaker till att de i lägre utsträckning besöker tandvården. De allra äldsta kan under vissa förutsättningar omfattas av så kallad nödvändig tandvård eller uppsökande verksamhet och erhålla sin tandvård inom landstingens system för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Det skulle kunna bidra till att de äldre förekommer i lägre grad i systemet för statligt högstkostnadsskydd. TLV har i denna analys inte haft möjlighet att studera sådana bakomliggande orsaker. Fördjupade studier krävs för att fastslå olika orsakssamband.

Modellen för den årliga justeringen av referenspriser bör utvärderas

Både vårdgivar- och referenspriser har stigit mer än den allmänna prisnivån på tjänster. Referenspriserna har också en direkt påverkan på vårdgivarpriserna. Det ger TLV anledning att utvärdera nuvarande modell för årlig justering av referenspriser.

Referenspriserna beräknas per åtgärd, vilket innebär att det finns en kostnadskalkyl som återspeglar produktionskostnaden för varje enskild åtgärd. Varje åtgärd bär sina egna kostnader. Enligt propositionen om statligt tandvårdsstöd (2007/08:49) ska referenspriserna ses över med jämna mellanrum och vid behov justeras – dels för att stödet inte ska

urholkas, dels för att referensprisernas funktion som jämförelsepris inte ska försämrans.

Mot denna bakgrund justerar TLV referenspriserna årligen. Metod och modell för hur det ska ske beslutades av Nämnden för statligt tandvårdsstöd våren 2009, då den första omräkningen skedde. Vart tredje år sker därtill en mer omfattande översyn av referenspriserna och dess innehåll, en så kallad strukturell genomgång.

Något förenklat består referenspriset av tre delar: tandvårdsmottagningens kostnader, kostnader för dentalt material och kostnader för tandtekniskt arbete. Vid den årliga justeringen räknas varje kostnadskomponent om utifrån separata prisindex som mäter hur de olika kostnaderna har förändrats sedan året innan. SCB levererar de index som används. Arbetskostnaden är den kostnadskomponent som generellt påverkar referenspriserna mest, vilket innebär att förändringen av det index som mäter arbetskostnader är av stor betydelse för hur stora justeringarna av referenspriserna blir.

Analysen av referensprismodellen och dess effekt på tandvårdsmarknadens funktionssätt bör vidareutvecklas

TLV kommer att fortsätta analysera tandvårdsstödet betydelse för tandvårdsmarknadens funktionssätt. Bland annat finns ambitionen att utreda hur tandvårdsstödet påverkar patienterörligheten och hur detta är kopplat till konkurrensen mellan vårdgivarna. Den enkätundersökning till allmänheten som beskrivs i rapporten, visar att referenspriset kan påverka patienternas vilja att byta vårdgivare. En fråga är om detta gett utslag i prissättningen på tandvårdsmarknaden.

Vi avser också utreda hur referenspriserna påverkar folktandvårdens prissättning och debitering.

I analysen av referensprisets påverkan på vårdgivarpriserna nämns möjligheten att referenspriserna har minskat prisspridningen. Genom att analysera spridningen av vårdgivarpriserna före och efter 2008, kan detta undersökas närmare.

Därutöver bör en djupare analys och uppföljning göras av alla kostnader patienter betalar vid en tandvårdsbehandling. Vissa vårdgivare debiterar tillägg för material och annat som inte redovisas i priset för den aktuella åtgärden som rapporteras in till Försäkringskassan. Analysen bör innefatta vilka åtgärder det gäller och hur ofta det förekommer.

Det är också viktigt att förstå hur prisbildningen och konkurrenssituationen på marknaden påverkas av tillgången på tandläkare och tandhygienister.

Utvecklingen av högkostnadsskyddet ska följas

Årsbeloppen för utbetalning tandvårdsstöd från högkostnadsskyddet har i stort sett varit oförändrade de senaste åren och de har underskridit den summa som avsatts för tandvårdsstödet i statsbudgeten. Prognosen för 2013 tyder emellertid på en ökning jämfört med tidigare år. Håller denna utveckling i sig kommer detta, tillsammans med redan genomförda och planerade ändringar i regelverket, leda till att kostnaderna för högkostnadsskyddet ökar.

Vår bedömning är att effekten av tidigare genomförda ändringar i tandvårdsstödet inte har slagit igenom fullt ut. Bedömningen är också att anslaget kommer att intecknas fullt ut utifrån de utvidgningarna av regelverket som föreslagits 2014. TLV fortsätter att följa utvecklingen i syfte att se till att anslaget används i enlighet med intentionerna med 2008 års tandvårdsreform.

Informationen om tandvårdsstödet bör förbättras

Informationen om tandvårdsstödet och dess olika delar bör förbättras, för att på så sätt öka nyttjandet av tandvårdsstödet och möjligheterna för patienterna att bli aktiva konsumenter.

Ett sätt att öka konsumentmakten vore att förbättra prisinformationen. Ett av syftena med referenspriserna var att underlätta för att patienterna att jämföra olika vårdgivares priser för samma behandling. Många patienter har emellertid svaga kunskaper om hur ett referenspris ska tolkas och att det motsvarar normalkostnaden för en åtgärd. Många har också dåliga kunskaper om vad som ingår i referenspriset för en viss åtgärd (till exempel att borttagning av en liten mängd tandsten ingår i en vanlig undersökning).

Referenser

Competition Commission. *Guidelines for market investigations: Their role, procedures, assessment and remedies*. Competition Commission, 2013.

Försäkringskassan. *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*. Stockholm: Försäkringskassan, 2011.

Försäkringskassans registerdatabas TANDEN.

Försäkringskassan. *Utvecklingen av tandvårdsförsäkringen, tandvårdskonsumtionen och tandhälsan*. Stockholm: Försäkringskassan, 2006.

Folkhälsoinstitutet. *Nationella folkhälsoenkäten 2011 – Hälsa på lika villkor. Nationella resultat*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 2011.

Grönqvist, E. *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*. Stockholm: Försäkringskassan, 2012.

Hugoson, A., Koch G., Göthberg C., Nydell Helkimo A., Lundin S., Norderyd O., Sjödin B. & Sondell K. *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973–2003)*. Swedish Dental Journal. 2005; 29, 139–155.

Konkurrensverket. *Ökad konkurrens för bättre tandhälsa*. Rapport 2013:10.

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

Regeringens proposition 2007/08:49. *Statligt tandvårdsstöd*.

Regeringens proposition 1973:45. *med förslag om allmänna tandvårdsförsäkring*.

Riksrevisionen. *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* RiR 2012:12.

Socialstyrelsen. *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

SOU 2007:19. *Friskare tänder – till rimliga kostnader*. Stockholm: Socialdepartementet.

Statistiska centralbyrån. *Tjänsteprisindex 2013*. Stockholm: Statistiska centralbyrån 2013

Wänman A., Forsberg H., Sjödin L., Lundgren P. & Höglund-Åberg C.
Tillståndet i mun och käkar bland Västerbottens vuxna befolkning år 2002.
Umeå: Umeå universitet och Västerbottens läns landsting, 2004.

ÅF Technology AB. *Lönsamhetsanalys av Tandvårds- och
Tandteknikföretag mellan år 2004–2012.* Solna: ÅF Technology AB, 2013