

TLV

TANDVÅRDS- OCH

LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018

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

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, november, 2019

Författare: Zara Daghbashyan, Jaroslava Lafih

Diarienummer: 2896/2019

Postadress: Box 22520, 104 22 Stockholm

Besöksadress: Fleminggatan 18, Stockholm

Telefon: 08 568 420 50

www.tlv.se

Förord

Den 15 april 2018 dubblerade staten beloppet för allmänt tandvårdsbidrag (ATB) för att ytterligare stimulera till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte.

Tandvårds-och läkemedelsförmånsverket (TLV) initierade ett analysprojekt för att utvärdera effekten av ATB-höjningen för både konsumenter och producenter av tandvård.

TLV redovisar i denna rapport resultaten från analysprojektet.

Inger Erlandsson
T.f. generaldirektör, TLV

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Termer och begrepp	7
1 Konsekvenserna av att det allmänna tandvårdsbidraget höjdes	8
1.1 Bakgrund och syfte	8
1.2 Data	10
1.3 Metod	12
1.4 Resultat	13
1.5 Slutsatser och avslutande kommentar	17
<i>Bilaga 1</i>	18
<i>Bilaga 2</i>	20
2 Hur det allmänna tandvårdsbidraget påverkar konsumtion av förebyggande tandvård	21
2.1 Bakgrund och syfte	21
2.2 Metod	22
2.3 Data	23
2.4 Resultat	25
2.5 Slutsatser och avslutande kommentar	28

Sammanfattning

Den 15 april 2018 dubblerade staten beloppet för allmänt tandvårdsbidrag (ATB) för att ytterligare stimulera till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Detta resulterade i att statens kostnader för ATB ökade med cirka 800 miljoner kronor.

Syftet med den här rapporten är

- a) att utvärdera den kortsiktiga effekten av ATB-höjningen för både konsumenter och producenter av tandvård
- b) att fördjupa förståelsen om hur det allmänna tandvårdsbidraget påverkar konsumtion av förebyggande tandvård

Två självständiga studier genomfördes för att svara på dessa frågor. Den första studien beskrivs i del 1 och den andra i del 2. Nedan sammanfattas resultaten från båda studierna.

Del 1

För att utvärdera den kortsiktiga effekten av ATB-höjningen för både konsumenter och producenter av tandvård jämfördes konsumtion av undersökningsåtgärder och förebyggande åtgärder före och efter reformen samt deras priser.

Resultaten visar att antalet äldre patienter (75+) som besökt tandvården minst en gång under maj till december 2018 ökade med 3 procent jämfört med motsvarande period 2017. Däremot ökade inte antalet patienter som besökt tandvården i andra åldersgrupper¹.

Vidare visar analysen att bland de patienter som besökte tandvården är det en ökning i antalet som fått förebyggande tandvård i samband med sina besök. Förebyggande tandvård kan antingen vara informationsåtgärder eller tandstensborttagning. Antalet patienter som fick informationsåtgärder ökade med cirka 1–9 procent beroende på vilken åldersgrupp man tillhör, medan antalet patienter som behandlades med tandstensborttagning ökade med mellan 7–18 procent².

Analysen visar också att vårdgivarpriserna ökade med i snitt 1 procent för undersökningsåtgärder. För informationsåtgärder hittades ingen statistiskt säkerställd förändring i vårdgivarpriserna. En jämförelse av vårdgivarpriser för tandstensborttagning bedömdes vara problematisk på grund av förändringar i regelverket.

¹ Här menar vi en statistiskt säkerställd förändring.

² Ökning i konsumtion av tandstensborttagningar bör beaktas med viss försiktighet eftersom regelverket för dessa åtgärder förändrades något år 2018.

Del 2

För att förstå orsaken till den observerade ökningen i antal patienter som fick förebyggande tandvård undersökte TLV om det fanns en systematisk skillnad i tandvårdskonsumtion för patienter med olika nivåer av tandvårdsbidrag under en och samma period. Om den vård som patienten får är odontologisk motiverad bör det inte finnas skillnader i tandvårdskonsumtion av likartade patienter beroende på storleken av ATB.

Genom att jämföra tandvårdskonsumtion hos friska patienter som besöker tandvården för en basundersökning varje år med friska patienter som besöker tandvården vartannat år, och som därmed har ett dubbelt så stort ATB-belopp att använda vid sitt besök, kunde det konstateras att ATB-beloppet påverkade vilka åtgärder som utfördes vid undersökningsbesöket. Det var vanligare att få en förebyggande åtgärd ifall ATB-beloppet räckte till mer än en undersökningsåtgärd. Patienter som hade dubbelt ATB med 1200 kronor fick fler förebyggande åtgärder utförda vid besöket för basundersökning än patienter med enbart ett ATB. Däremot fanns det ingen skillnad i tandvårdskonsumtionen mellan patienter med ett ATB och dubbelt ATB om det dubbla ATB-beloppet låg på 600 kronor.

Resultaten tolkades som att ATB-beloppet påverkade vilka åtgärder som utfördes vid undersökningsbesöket.

Slutsatser och avslutande kommentar

Fördubblingen av det allmänna tandvårdsbidraget ledde till en mindre ökning i besöksfrekvens bland de som är 75 år och äldre, men andra åldersgrupper har inte besökt tandvården oftare. Patienter som besökte tandvården har däremot fått fler förebyggande åtgärder vid sina besök. Resultatet från den andra studien tyder dock på att ett förhöjt ATB kan medföra en risk för icke odontologisk motiverad konsumtion av förebyggande tandvård och därmed statliga medel.

Å ena sidan är syftet med ATB att stimulera till förebyggande tandvård och därför kan alla förebyggande insatser ses som någonting positivt. Å andra sidan bör statliga subventioner användas så effektivt som möjligt och till störst nytta för samhället. Frågan är hur subventionen ska konstrueras för att kunna stimulera förebyggande insatser som är bra för tandhälsan, samtidigt som icke ändamålsenlig användning av statliga medel motverkas.

Termer och begrepp

ATB – Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) ska uppmuntra vuxna att regelbundet besöka tandläkare för undersökning och förebyggande vård. Från och med 15 april, 2018 är bidraget 300 eller 600 kronor per år, beroende på patientens ålder.

- Från och med det år man fyller 24 till och med det år man fyller 29 är bidraget 600 kronor per år.
- Från och med det år man fyller 30 till och med det år man fyller 64 är bidraget 300 kronor per år.
- Från och med det år man fyller 65 är bidraget 600 kronor per år.

Varje bidrag får användas för betalning vid endast ett tillfälle, det vill säga bidraget kan inte delas. Det går att spara bidraget till nästa år så att man kan använda två bidrag under ett och samma år. Man kan aldrig ha mer än två bidrag sparade samtidigt.

Referenspriser för tandvård – det pris som anger vad ett normalpris för en tandvårdsåtgärd kan vara. Referenspriset är det pris som ersättningen i högkostnadsskyddet för tandvård beräknas utifrån.

Patientpris – Priset som en patient betalar, exklusive eventuell tandvårdsersättning från Försäkringskassan.

1 Konsekvenserna av att det allmänna tandvårdsbidraget höjdes

1.1 Bakgrund och syfte

Målen med det statliga tandvårdsstödet är:

1. Att bibehålla god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov.
2. Att möjliggöra god tandvård för individer med stora behov till en rimlig kostnad.

I dagens tandvårdssystem uppnås det första målet genom ett ekonomiskt stöd till regelbundna tandvårdsbesök för förebyggande insatser, som kallas allmänt tandvårdsbidrag (ATB). Det viktigaste motivet för att införa ATB år 2008 var att underkonsumtion av förebyggande tandvård bedömdes kunna leda till stora framtida behov och höga kostnader för individen och det offentliga. Regelbundna besök gör det möjligt att upptäcka och åtgärda karies och tandlossningssjukdom på ett tidigt stadium och därigenom minska framtida vårdbehov. Bedömningen från 2007 års tandvårdsutredning³ var att ATB-beloppet borde ligga på cirka 300 kronor per år för att ge verklig effekt⁴. Eftersom det inte fanns ekonomiskt utrymme för en sådan höjning för hela befolkningen, infördes olika ATB-nivåer för olika åldersgrupper. Åldersgrupper där en ökning i besöksfrekvensen önskades mest fick 300 kronor per år och övriga åldersgrupper fick 150 kronor per år.

Den 15 april 2018 dubblerades⁵ ATB-beloppet i Sverige för att ytterligare stimulera till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. ”God mun- och tandhälsa är en förutsättning för en god allmänhälsa och ett gott välbefinnande. Det allmänna tandvårdsbidraget är ett viktigt grundstöd och ett incitament för regelbundna besök för att minska individens framtida tandvårdsbehov ...”, skrev socialminister Annika Strandhäll i sitt pressmeddelande⁶.

Reformen resulterade i att statens kostnader för ATB ökade från 1 till 1,8 miljarder kronor och att patientens andel av de totala tandvårdsavgifterna minskade med cirka 5 procent.

Syftet med den här studien är att följa effekten av ATB-höjningen för både konsumenter och producenter av tandvård och därmed hur statens mål med reformen uppfylls. Eftersom ATB-höjningen skulle stimulera förebyggande

³ Statens Offentliga Utredningar (2017:19), sida 287.

⁴ Basundersökningen kostade 780 kronor år 2005 och givet att man går till tandläkare vartannat år skulle man kunna täcka 600 av 780 kronor.

⁵ I ålderskategorin 65 till 75 år ökade ATB-beloppet i princip fyra gånger eftersom åldern för förhöjt ATB strax innan hade sänkts från 75 år till 65 år.

⁶ <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/nu-blir-det-billigare-for-alla-att-ga-till-tandlakaren/>

tandvård har fokus legat på undersökningar och förebyggande tandvård. Studien svarar på följande frågor:

- Har ATB-höjningen stimulerat till ökning i antalet patienter som besöker tandvården?
- Har ATB-höjningen stimulerat till ökad konsumtion av förebyggande tandvård?
- Har ATB-höjningen påverkat vårdgivarpriserna för undersökningar och förebyggande tandvård?

Huvudhypotesen var att ett ökat antal patienter och/eller ökad konsumtion av förebyggande åtgärder per patient skulle innebära att ATB-höjningen hade nått sitt mål. Detta trots att det finns flera teorier om hur ATB-reformen kan påverka tandvårdskonsumtionen:

- a. Patienten begär vård som hen tidigare skulle avstått från av ekonomiska skäl, det vill säga odontologisk motiverad tandvård som patienten inte haft råd med eller prioriterat bort till förmån för annat.
- b. Patienten begär vård som hen egentligen inte har behov av.
- c. Vårdgivaren erbjuder vård som patienten inte behöver.
- d. Rent bedrägeri: vårdgivaren debiterar för vård som inte utförts eller för vård som utförts men i mindre omfattning.

ATB-reformen skulle ha nått sitt mål om förändringen i tandvårdskonsumtionen orsakades av alternativ a). Alla andra alternativ är icke odontologisk motiverade och innebär en icke effektiv användning av statliga resurser. Vilken förändring som skett i tandvårdskonsumtionen är svårt att avgöra utifrån de data som vi har tillgång till, men vi kan studera om det skett förändringar eller inte.

En annan förutsättning för att ATB-höjningen ska påverka patientens konsumtion av undersökningsåtgärder och förebyggande åtgärder är att patientpriset för dessa åtgärder inte ökar. Det är fri prissättning på den svenska tandvårdsmarknaden, vilket innebär att vårdgivaren i princip kan utnyttja ATB-reformen genom att höja sina priser och samtidigt behålla patientkostnaden oförändrad. Till exempel, om vårdgivarpriset för en basundersökning före reformen var 800 kronor betalade patienten som hade 150 kronor i ATB, 650 kronor ur egen ficka. Efter ATB-höjningen kan vårdgivaren höja sitt pris till 950 kronor utan att patientpriset höjs (950 kronor - 300 kronor = 650 kronor).

1.2 Data

För att genomföra analysen användes data från Försäkringskassans tandvårdsregister⁷, som innehåller uppgifter om all tandvård som utförs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Analysen och slutsatserna bygger på antagandet att rapporterad vård motsvarar utförd vård. Perioderna som studeras är åtta månader efter reformens införande, det vill säga maj till december 2018 och motsvarande period 2017.

Definitionen av vilka åtgärder som borde inkluderas i denna analys har tagits fram tillsammans med TLV:s tandläkare. Åtgärderna har grupperats i undersökningsåtgärder och förebyggande tandvård. Med undersökningsåtgärder avses basundersökningar samt kompletterande och akuta undersökningar utförda av både tandläkare och tandhygienister (åtgärd 101–114). Med förebyggande åtgärder avses informationsåtgärder, tandstens- och fluorbehandlingar. Informationsåtgärder avser behandlingar där patienten får information eller instruktion om sin sjukdom och orsakssamband (åtgärd 201, 311 och 312). Tandstens- och fluoråtgärder inkluderar åtgärd 205–209 samt 341. Jämförelse av tandstens- och fluoråtgärder mellan 2017 och 2018 har varit problematisk eftersom TLV införde tre nya åtgärder (207–209) för tandstensborttagning år 2018. Åren dessförinnan, dvs 2017, ingick åtgärder för tandstensborttagning i tandvårdsstödet endast om patienten hade gingival eller parodontal sjukdom (förutom borttagning av ringa mängd tandsten som ingick i åtgärderna för basundersökning). Patienter utan sådan sjukdom men med tandsten fick i vissa fall betala denna behandling själva. De nya åtgärderna innebar att tandstensborttagning ingår i tandvårdsstödet även i de fall patienten inte har gingival eller parodontal sjukdom, utan endast har tandsten. Detta innebär att förändringar i konsumtion av tandstens- och fluorbehandlingar kan ha berott på förändringar i regelverket och därför bör detta tolkas med försiktighet.

I tabell 1.1. redovisas den procentuella förändringen i antal patienter, totala konsumtionen i antal åtgärder samt konsumtion av åtgärder per patient under maj till december 2017 respektive 2018 uppdelad per åldersgrupper. Det är endast konsumtion av patienter som är 23 år eller äldre som redovisas. Patienter som är 22 år har exkluderats från analysen eftersom de inte ingick i tandvårdsstödet 2018.

Tabell 1. 1. Förändring i konsumtion av undersökningar och förebyggande tandvård uppdelad per åldersgrupp.

Typ av tandvård	Utfall	23-29 år	30-64 år	65-74 år	75+
Undersökning	Antal patienter	-1%	1%	0%	8%
	Antal åtgärder	0%	1%	1%	9%
	Antal åtgärder per patient	1%	0%	0%	1%
Information	Antal patienter	17%	6%	2%	13%
	Antal åtgärder	15%	6%	2%	13%
	Antal åtgärder per patient	-1%	0%	0%	0%

⁷ Analysen avser tandvård utanför abonnemang.

Typ av tandvård	Utfall	23-29 år	30-64 år	65-74 år	75+
Tandsten/fluor	Antal patienter	21%	9%	5%	13%
	Antal åtgärder	20%	8%	5%	13%
	Antal åtgärder per patient	-1%	0%	0%	0%

Som framgår av tabell 1.1. var förändringen för undersökningsåtgärder obetydlig i alla åldersgrupper utom för 75+ patienter där antalet patienter ökat med åtta procent och den totala konsumtionen med nio procent. Samtidigt visar tabellen ingen avsevärd förändring i konsumtion per patient oavsett åldern.

Vidare visar tabell 1.1. att antalet patienter som behandlats med minst en informationsåtgärd ökat i alla åldersgrupper, men mest bland unga och äldre patienter (17 respektive 13 procent). Även den totala konsumtionen av informationsåtgärder ökade i samma utsträckning. Samtidigt konstateras ingen ökning i antal åtgärder per patient, givet att man får minst en informationsåtgärd.

När det gäller konsumtion av tandstens- och fluorbehandlingar visar tabell 1.1. en tydlig ökning i både antal patienter som blev behandlade med dessa åtgärder och den totala konsumtionen. Även här var ökningen störst bland unga och äldre patienter (20 respektive 13 procent). Liksom för undersökningar och informationsåtgärder ökade inte konsumtionen per patient.

Det bör noteras att i snitt får var tionde patient en informationsåtgärd och var tredje patient en tandstens- och fluorbehandlingsåtgärd. Alla patienter som besöker tandvården konsumerar minst en undersökningsåtgärd med uppåtgående trend med åldern.

I tabell 1.2. redovisas prisförändringen för undersökningar och förebyggande åtgärder. Under den studerande perioden har TLV:s referenspris för de undersökningar och förebyggande åtgärder som ingick i analysen ökat med mellan noll och en procent (noll till fem kronor). Jämförelse av medianvårdgivarpriset för dessa åtgärder visar att prisökningen var en till fyra procent för undersökningsåtgärder, noll till tre procent för informationsåtgärder och mer än tre procent för tandstens- och fluorbehandlingar. I de flesta fall var prisökningen inte mer än 15 kronor.

Tabell 1.2. Förändring i referenspriset (RP) och medianvårdgivarpriset (VP) av undersökningsåtgärder och förebyggande åtgärder. Maj till december 2017 mot maj till december 2018.

Undersökning	RP 2018	RP förändring	VP förändring
101	830	1%	2%
103	365	0%	4%
107	1035	0%	2%
108	1705	0%	1%
111	610	0%	3%
112	805	0%	3%
113	255	0%	3%
114	480	0%	1%

<i>Information</i>	RP 2018	RP förändring	VP förändring
201	435	0%	0%
311	450	0%	0%
312	160	0%	3%
<i>Tandsten/fluor</i>	RP 2018	RP förändring	VP förändring
205	160	0%	8%
206	320	0%	3%
207	255	NA	NA
208	475	NA	NA
209	755	NA	NA
341	475	1%	6%

Slutsatsen från den övergripande statistiken var att antalet patienter som besökte tandvården var oförändrat utom i gruppen äldre patienter (75+). Det var fler patienter som fick informations- och tandstensåtgärder, dock ingen ökning i konsumtionen av informations- och tandstensåtgärder per patient.

Den observerade förändringen avspeglar dels effekten av själva ATB-reformen, dels den naturliga variationen i tandvårdskonsumtionen över tid, på grund av exempelvis förändringar i befolkningens sammansättning och tandhälsa.

1.3 Metod

Den största utmaningen i en sådan här analys var att särskilja ATB-effekten från alla andra förändringar som kunde påverka efterfrågan för undersökningar och förebyggande tandvård. Till exempel kan konsumtionen öka på grund av försämrad/förbättrad tandhälsa, förändringar i patientunderlaget eller förändringar i regelverket för tandvårdsstödet.

För att särskilja reformens effekt från andra förändringar eller faktorer på tandvårdsmarknaden genomfördes en regressionsanalys, där hänsyn togs till förändringar i tandvårdskonsumtionen som orsakats av förändringar i befolkningens sammansättning - ålder, kön, tandhälsa eller av förhållanden hos vårdgivaren - regi, geografiskt läge och storlek - det vill säga förändringar i efterfrågan som inte påverkats av reformen.

Frågan som ställdes i analysen var ”Har ATB-reformen påverkat tandvårdskonsumtionen och priserna **hos en genomsnittlig klinik allt annat lika?**”

Genomförandet av analysen beskrivs i bilaga 1. Bilaga 2 beskriver hur en genomsnittlig klinik i analysen ser ut.

1.4 Resultat

I tabell 1.3. till 1.5. redovisas resultaten av regressionsanalysen för undersökningar, informationsåtgärder samt tandstens- och fluorbehandlingar. Som ett mått för tandvårdskonsumtion användes:

- Antal patienter.
- Totala konsumtionen i både antal åtgärder och fasta referenspriser.
- Konsumtion per patient i både i antal åtgärder och fasta referenspriser.

Tabell 1.6. redovisar resultaten för prisdelen.

Har konsumtion av undersökningsåtgärder ökat?

Enligt resultaten, som redovisas i tabell 1.3., ökade antalet patienter som fick undersökningsåtgärder i åldersgruppen 75+ med tre procent. Ingen ökning hittades i antal patienter i de andra åldersgrupperna.

Modellerna med den totala konsumtionen som utfallsmått tyder på samma resultat. Den totala konsumtionen ökade med fem procent beräknad i antal undersökningsåtgärder och fyra procent beräknad i fasta referenspriser för åldersgruppen 75+. Ingen ökning i konsumtion av undersökningsåtgärder hittades i de andra åldersgrupperna. Det förväntades att den största förändringen skulle ske i åldersgruppen 65 till 74 år, där ATB-beloppet ökade fyra gånger⁸, men de flesta skattningarna tyder på antingen en minskning eller ingen förändring.

Tabell 1.3. Den skattade förändringen⁹ efter ATB-reformen för undersökningar (%).

Undersökningar	23-29 år	30-64 år	65-74 år	75+
Antal patienter	Ingen	Ingen	Ingen	3
Konsumtion i antal åtgärder	Ingen	Ingen	Ingen	5
Konsumtion i fasta priser	Ingen	Ingen	Ingen	4
Konsumtion per patient i antal åtgärder	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Konsumtion per patient i fasta priser	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen

När det gäller konsumtion av undersökningsåtgärder per patient visade resultaten ingen statistiskt signifikant skillnad oavsett måttet för konsumtion, det vill säga i antal åtgärder eller i fasta priser. Resultaten var detsamma för alla åldersgrupper. Därmed tyder resultaten på att ATB-reformen inte har påverkat efterfrågan och befolkningens vilja/möjlighet att besöka tandvården i de flesta åldersgrupperna.

⁸ I ålderskategorin 65–75 år ökade ATB-beloppet fyra gånger eftersom åldern för förhöjt ATB strax innan hade sänkts från 75 år till 65 år.

⁹ Statistiskt säkerställd förändring

Förklaringar kan vara att människor avstår från tandvård av andra icke ekonomiska skäl eller att ökningen i ATB-beloppet inte var tillräcklig för att stimulera till fler tandvårdsbesök. En annan förklaring är att tandvårdsklinikerna nyttjar hela sin arbetskapacitet och att de därmed inte har möjlighet att ta emot nya patienter. Det går självklart att argumentera att efterfrågan skapar tillgång och att nya kliniker borde etableras för att möta efterfrågan. Detta förutsätter dock en avsevärd ökning i efterfrågan. Ökningen i efterfrågan på grund av ATB-reformen handlar framförallt om att patienter som avstått eller haft mindre vilja att konsumera förebyggande tandvård. En förändring i den här typen av efterfrågan skapar förmodligen inte nya kliniker. Därutöver talas det mycket om att det råder brist på tandläkare vilket också försvårar etablering av nya kliniker även om det efterfrågas.

Att ATB-effekten endast funnits bland äldre patienter i form av fler patienter som besökt tandvården kan bero på att den här åldersgruppen har både sämre tandhälsa och ekonomi och därför uppskattade reformen mest. ATB-höjningen i den här gruppen var från 300 till 600 kronor. För två år är det 1200 kronor vilket räcker för att täcka kostanden för en hel basundersökning med mera. En annan förklaring är att den här åldersgruppen är mer bekant med reformer och informationen om ATB-höjningen har nått dem tidigare än andra.

Har konsumtion av informationsåtgärder ökat?

Enligt resultaten som rapporteras i tabell 1.4. har det skett en ökning i antal patienter som behandlades med informationsåtgärder i alla åldersgrupper. Ökningen är nio procent i alla åldersgrupper utom gruppen 65 till 74 år, där antalet patienter ökade med endast en procent.

Modellerna med den totala tandvårdskonsumtionen som utfallsmått tyder på samma resultat. Ökningen var åtta procent i alla åldersgrupper, utom gruppen 65 till 74 år, vilket hänger ihop med resultaten ovan. I fasta referenspriser var ökningen ännu högre och uppgick till tio procent bland de yngsta och äldsta patienterna. Även om magnituden av den skattade förändringen i antal åtgärder och fasta priser skiljde sig med några procentenheter är mönstret detsamma.

Tabell 1.4. Den skattade förändringen¹⁰ efter ATB-reformen för informationsåtgärder (%).

Informationsåtgärder	23-29 år	30-64 år	65-74 år	75+
Antal patienter	9	9	1	9
Konsumtion i antal åtgärder	8	8	0.3	8
Konsumtion i fasta priser	10	3	0.2	10
Konsumtion per patient i antal åtgärder	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Konsumtion per patient i fasta priser	Ingen	-2	-4	-3

¹⁰ Statistiskt säkerställd förändring

När det gäller antalet informationsåtgärder som varje informationspatient fått tyder resultaten på att ingen förändring skett mätt i antal åtgärder. Detta kan bero på att möjligheterna att ta ut fler informationsåtgärder hos de patienter som redan får informationsåtgärder är begränsade av regelverket. Dock visar skattningen en minskning i konsumtion per patient i fasta priser, framförallt bland de äldre patienterna. Det är svårt att säga vad minskningen kan bero på. Det kan till exempel bero på att de fick fler av de mindre omfattande (billigare) informationsåtgärderna.

Därmed visar resultaten att det var fler patienter som fick informationsåtgärder efter ATB-reformen men att det inte var någon ökning av hur många informationsåtgärder som var och en av patienterna fick.

Har konsumtion av tandstens- och fluorbehandlingar ökat?

Resultaten för tandsten- och fluoråtgärder, som rapporteras i tabell 1.5., visar en tydlig ökning i antal patienter som behandlades med dessa åtgärder. Ökningen var högst för unga patienter och uppgick till 18 procent. För patienter i åldersgruppen 30 till 64 år låg den på cirka tio procent och minskade till sju/åtta procent för de äldre patienterna.

Modellerna med den totala tandvårdskonsumtionen som utfallsmått tyder på samma resultat, fast den skattade magnituden var några procentenheter lägre.

Tabell 1.5. Den skattade förändringen¹¹ efter ATB-reformen för tandsten- fluorbehandlingar (%).

Tandsten/fluor	23-29 år	30-64 år	65-74år	75+
Antal patienter	18	10	7	8
Konsumtion i antal åtgärder	17	10	7	7
Konsumtion i fasta priser	15	7	4	5
Konsumtion per patient i antal åtgärder	-1	-0,3	-1	-1
Konsumtion per patient i fasta priser	-4	-4	-4	-4

Däremot visar analysen att det inte var någon ökning i konsumtion av tandstens- och fluorbehandlingar per patient i både antal åtgärder och fasta referenspriser. Snarare visar resultaten en minskning som var mer tydlig beräknad i fasta priser. Det är svårt att säga vad minskningen beror på.

Även om resultaten tyder på ökning i konsumtion av tandstens- och fluoråtgärder både på totalen och i antal patienter bör de beaktas med viss försiktighet. Som nämnades i dataavsnittet gjordes strukturella förändringar gällande

¹¹ Statistiskt säkerställd förändring

tandstensbortagningar mellan 2017 och 2018, vilket innebär att ökningen kan ha berott på att:

- en del av tandstensbortagningar som inte var ersättningsberättigande år 2017 blev ersättningsberättigande år 2018.
- införandet av nya åtgärds-koder kan ha medfört ett nytt sätt att rapportera i tandvårdens journalsystem.

Har priserna ökat efter reformen?

Enligt resultaten, som visas i tabell 1.6., var den genomsnittliga prisökningen för undersökningsåtgärder en procent, vilket motsvarar 7 till 15 kronor. Som presenterades i dataavsnittet var referensprisökningen inte mer än en procent för undersökningsåtgärder vilket betyder att den skattade ökningen motsvarar den årliga justeringen av priserna i snitt.

Vidare visade resultaten ingen prisförändring för informationsåtgärder mellan 2017 och 2018. Enligt tabell 1.2. var även referenspriset för informationsåtgärder oförändrat under samma period.

Tabell 1.6. Förändring i priset för undersökningar och informationsåtgärder efter ATB-reformen¹² (%).

	Förändring
Undersökningsåtgärder	1
Informationsåtgärder	0

Därmed visar analysen inte någon stor förändring i vårdgivarpriser för undersökningar och informationsåtgärder. Detta tyder på att vårdgivaren inte utnyttjat möjligheten att höja sina priser för dessa mycket vanliga åtgärder och samtidigt behålla patientpriset oförändrat. Det bör dock noteras att merparten av klinikerna ändrar sina priser vid årsskiftet, i samband med införande av nya referenspriser. ATB-reformen infördes i mitten av april vilket skulle kunna innebära att företagen väntar med prishöjningen till nästa år. Detta återstår att se.

Att priserna inte har ökat utesluter inte möjligheten att utnyttja ATB-reformen på andra sätt. Ett sätt att utnyttja ATB-reformen utan att påverka patientens kostnad är att debitera ytterligare åtgärder. Det är dock svårt att avgöra om den debiterade behandlingen varit odontologisk motiverad eller att fler utförts för att patienten fått dem utan extra kostnad.

¹² Statistiskt säkerställd förändring

1.5 Slutsatser och avslutande kommentar

I den här analysen har den kortsiktiga effekten av ATB-höjningen som infördes i april 2018 utvärderats. Resultaten visar att antalet äldre patienter (75+) som besökt tandvården minst en gång under maj till december 2018 har ökat med tre procentenheter jämfört med motsvarande period 2017. Däremot har inte antalet patienter som har besökt tandvården i andra åldersgrupper ökat. En möjlig förklaring är att äldre patienter har större behov av tandvård och svagare ekonomi och att de därmed haft större nytta av ATB-höjningen.

Vidare tyder analysen på en ökning i antal patienter som fått förebyggande tandvård i samband med sina besök. Antalet patienter som fick informationsåtgärder ökade med en till nio procent för de olika åldersgrupperna, medan antalet patienter som behandlades med tandstens- och fluorbehandlingar ökade med sju till 18 procent. Ökningen var högst bland unga patienter. Resultaten visar att varken konsumtion av undersökningar eller förebyggande åtgärder per patient ökat.

Resultaten för tandstens- och fluorbehandlingar bör tolkas med viss försiktighet eftersom TLV ändrade regelverket för dessa åtgärder, vilket innebär att en del av ökningen kunde vara orsakad av dessa förändringar.

När det gäller förändringen i vårdgivarpriserna visar analysen att vårdgivarpriserna ökade med i snitt en procent för undersökningsåtgärder. Ingen statistiskt säkerställd förändring i priserna för informationsåtgärder hittades. Detta innebär att vårdgivarna inte har utnyttjat ATB-reformen för att höja priserna på förebyggande tandvård direkt efter reformen.

Det är svårt att avgöra om den observerade ökningen i antal patienter som fick förebyggande tandvård var odontologisk motiverad eller var orsakad av möjligheten att få/erbjuda tandvård utan extra kostnad till patienten. Dessutom försvåras bilden ytterligare av det förändrade regelverket för förebyggande tandvård. Ytterligare analyser behövs för att utreda hur möjligheten att erbjuda patienten ytterligare tandvård utan ökad patientavgift påverkar vårdgivarens/patientens beteende.

Det bör noteras att den här analysen avser den kortsiktiga konsekvensen av ATB-höjningen. För att ATB-reformen ska uppnå det förväntade målet är det viktigt att befolkningen har kännedom om den. Enligt resultaten från en tidigare enkätstudie, där det bland annat ställdes frågan om kännedom om tandvårdsstödet under 2012 till 2014, svarade 50 till 60 procent av befolkningen att de känner till ATB men betydligt färre vet hur stort det är. Det är sannolikt att bilden inte har förbättrats.

Bilaga 1

Analysen genomfördes på kliniknivå¹³, det vill säga att tandvårdskonsumtionen jämfördes per åldersgrupp och klinik före och efter reformen. Som ett mått på tandhälsan användes den totala tandvårdskonsumtionen i åldersgruppen, beräknad i fasta priser, exklusive undersökningar och förebyggande åtgärder. Den korrelerar mycket högt med det mest använda måttet på tandhälsan, antal intakta tänder, och är dessutom relativt oberoende av förebyggande tandvård som ATB-reformen riktat in sig på¹⁴. Analysen genomförs på kliniknivå eftersom detta tillåter större variation och möjlighet att ta hänsyn till kliniks specifika effekter.

Den följande ekvationen skattades, där "k" står för klinik och "g" för åldersgrupp¹⁵:

$$(1) \ln_utfall_{gk} = a_0 + a_1 \mathbf{Reform} + a_2 \mathbf{\ddot{a}lders_grupp}_{1-4} + a_3 \mathbf{Reform} * \mathbf{\ddot{a}lders_grupp}_{1-4} + a_4 \mathbf{AndelKvinnor}_{gk} + a_5 \mathbf{\ln_Tandh\ddot{a}lsa}_{gk} + a_6 \mathbf{VG}_{Kategori_{1-3}} + a_7 \mathbf{L\ddot{a}n}_{1-21} + e_{gk}$$

Om reformen har haft effekt förväntar vi oss att koefficienten a_1 är statistiskt signifikant och positiv. Interaktionsvariabeln "Reform*ålders_grupp" visar vidare om reformen har haft samma effekt i olika åldersgrupper¹⁶. För att ta hänsyn till klinikkens regi hade vi en variabel som visar om kliniken är verksam i offentlig eller privat regi ($VG_kategori$) eller tillhör Praktikertjänsten, som är en den största privata vårdgivaren i landet. Variabeln $L\ddot{a}n$ tar hänsyn till geografiska skillnader och e_{gk} är feltermen.

För att skatta förändringen i vårdgivarpriset jämfördes priserna per åtgärd (j) före och efter reformen. Analysen gjordes på undersöknings- och informationsåtgärder, där TLV inte gjort någon förändring i åtgärdskoderna. Prisjämförelsen per åtgärd ansågs vara problematisk för tandstensborttagningar eftersom TLV infört nya åtgärder med båda lägre och högre priser år 2018.

Den följande ekvationen skattades:

$$(2) \ln_pris_{kj} = a_0 + a_1 \mathbf{Reform} + a_2 \mathbf{PrisNiv\ddot{a}}_k + a_3 \mathbf{\ln_Klinikens_Storlek}_k + a_4 \mathbf{VG}_{Kategori_{1-3}} + a_5 \mathbf{L\ddot{a}n}_{1-21} + a_6 \mathbf{\ddot{A}tg\ddot{a}rd}_j + e_{kj}$$

För att kontrollera för skillnaden i priserna hos dyra och billiga vårdgivare inkluderades en prisnivåvariabel. Denna definierades som avvikelsen mellan vårdgivarpriser och referenspriser för all ersättningsberättigande tandvård,

¹³ Med klinik avses mottagning när det gäller Praktikertjänst, och vårdgivare när det gäller Folktandvården och andra privata vårdgivare.

¹⁴ Vi använde även tandstöd protetiska åtgärder (åtgärd 800–801) som mått för tandhälsan eftersom de inte lär betalas med ATB och har lågt samband med förebyggande tandvård. Problemet var att inte alla åldersgrupper behöver tandstöd protetiska åtgärder i lika stor utsträckning. De unga patienterna har till exempel en mycket låg konsumtion av protetiska åtgärder, vilken betyder att detta inte är ett bra mått för unga patienter.

¹⁵ En fetmarkerad koefficient är en vektor.

¹⁶ Vi använde med två varianter av "Reform"-variabeln, en dummy variabel och en kontinuerlig variabel. Den sistnämnda motsvarade ATB-beloppet före och efter reformen för respektive åldersgrupp. Resultaten liknade varandra.

exklusive undersökningar och förebyggande åtgärder. Hänsyn togs dessutom till klinikens storlek. Vi använde två mått för klinikens storlek a) konsumtion av tandstödprotetiska åtgärder (801+801) b) konsumtion av all tandvård, exklusive undersökningar och förebyggande åtgärder. Resultaten var liknande.

De ovan beskrivna ekvationerna skattades med och utan kliniks specifika effekter, nämligen med "Ordinary Least Squares" och "Random Effects Model". Det sistnämnda tar hänsyn till variationen i utfallet som orsakas av kliniks specifika effekter, som inte fångas av variablerna i modellen. Som en kliniks specifik effekt kan man till exempel nämna tandläkarens erfarenhet, klinikens organisationsform, etableringsår med flera. "Breusch/Pagan Lagrange- multiplier test for random effects" förordar modellen med kliniks specifika effekter, vilket redovisas i tabell 1.3.-1.6.

Bilaga 2

Analysen genomfördes för samtliga vårdgivare anslutna till Försäkringskassan. Totalt handlar det om 21 offentliga och 1842 privata vårdgivare. Vårdgivaren Praktikertjänst har brutits ner på mottagningsnivå (1065 mottagningar) eftersom de drivs som enskilda enheter.

Nedan redovisas utfallsvariablerna för en genomsnittlig klinik år 2017. Med klinik avses mottagning när det gäller Praktikertjänst, och vårdgivare när det gäller Folk tandvården och andra privata vårdgivare.

Tabell 1.7. Medelvärden av utfallsvariablerna per klinik och ålderskategori. Maj-december, 2017.

Utfall/Ålder	23-29 år	30-64 år	65-74 år	75+
Antal samtliga patienter	117	663	257	174
Antal informationspatienter	16	79	40	27
Antal tandstens/fluorpatienter	31	246	119	84
Konsumtion av informationsåtg. per patient i kr	439	435	429	420
Konsumtion av tandstens/fluor åtg. per patient i kr	467	482	501	499

Den genomsnittliga kliniken har 117 patienter i åldersgruppen 23 till 29 år, 663 patienter som är mellan 30 och 64 år, 257 patienter som är mellan 65 och 74 år och 174 patienter över 75. Det är fler patienter som behandlas med tandstens- och fluorbehandlingar än informationsåtgärder. Exempelvis har en genomsnittlig vårdgivare knappt 80 patienter i åldersgruppen 30 till 64 år som får informationsåtgärder respektive 245 som behandlas med tandstens-/fluoråtgärder vilket motsvarar 12 respektive 37 procent av samtliga patienter i åldersgruppen 65 till 74 år.

Vidare visar tabellen att medelkonsumtionen av informationsåtgärder ligger på cirka 430 kronor, motsvarande siffra för konsumtion av tandsten ligger på knappt 500 kronor.

2 Hur det allmänna tandvårdsbidraget påverkar konsumtion av förebyggande tandvård

2.1 Bakgrund och syfte

Analysen i del 1 har visat att det var fler patienter som behandlades med förebyggande tandvård efter att det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) höjdes i april 2018. Jämfört med motsvarande period 2017 ökade antalet patienter som fick informationsåtgärder med cirka en till nio procent för de olika åldersgrupperna, medan antalet patienter som behandlades med tandstenborttagning ökade med mellan sju och 18 procent.

Det var oklart om ökningen var odontologisk motiverad eller orsakades av möjligheten att få/erbjuda tandvård utan extra kostnad för patienten. Tolkningen försvårades ytterligare på grund av det förändrade regelverket för tandstenborttagning. En del av de tandstenborttagningar som utfördes utanför det statliga tandvårdsstödet år 2017, blev ersättningsberättigade år 2018, vilket komplicerar jämförelsen före och efter reformen i den nämnda analysen.

Syftet med den här analysen var att fördjupa förståelsen om hur det allmänna tandvårdsbidraget påverkar konsumtion av förebyggande tandvård. Om tandvården som patienten får är odontologisk motiverad bör det inte finnas skillnader i tandvårdskonsumtion av likartade patienter beroende på storleken av ATB. I studien analyserades tandvårdsåtgärder som patienterna med två olika nivåer av allmänt tandvårdsbidrag fått i samband med en basundersökning.

Enligt lagen om tandvårdsstödet får allmänt tandvårdsbidrag användas för att betala ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder under en tvåårsperiod. Varje bidrag får användas för betalning vid endast ett tillfälle, det vill säga bidraget kan inte delas. Storleken på ATB beror på patientens ålder. Till och med det år patienten fyller 29 och från och med det år patienter fyller 65 är bidraget 600 kronor per år. Från och med det år patienter fyller 30 till och med det år patienter fyller 64 är bidraget 300 kronor per år.

Eftersom tandvårdsbidraget får användas under en tvåårsperiod får patienten möjlighet att spara sitt bidrag till nästa år. Detta innebär att patienter som inte besöker tandvården varje år har två ATB-belopp vid sina tandvårdsbesök. För patienter med förhöjt ATB, det vill säga unga och äldre, innebär det ett belopp på 1200 kronor, medan det för patienter i medelåldern innebär ett dubbelt ATB-belopp 600 kronor.

Det genomsnittliga priset för en basundersökning är knappt 850 kronor vilket betyder att patienter med 1200 kronor i ATB har 350 kronor kvar av ATB-beloppet när de besöker tandvården för en basundersökning. Det går att använda ett ATB men då får patienten betala 250 kr ur egen ficka. Använder man det dubbla beloppet "förlorar" man 350 kronor eftersom enligt lagen går det inte att spara resterande summan till nästa besök, det vill säga bidraget får endast användas vid ett tillfälle.

Allt detta kan skapa ekonomiska incitament för behandlaren att erbjuda ytterligare vård utan att det drabbar patienten ekonomiskt även om patienten inte behöver ytterligare vård. Det ovannämnda ekonomiska incitamentet är mindre för patienter i medelåldern eftersom det dubbla ATB-beloppet för dem är 600 kronor vilket ungefär räcker till en basundersökning.

2.2 Metod

I studien analyserades tandvårdsåtgärder som en patient fått i samband med en basundersökning. Jämförelsen gjordes mellan patienter som använde ett (1) ATB-belopp för betalning av sin tandvård med patienter som använde dubbelt ATB-belopp. Om den genomsnittliga patienten i båda grupperna fått lika mycket tandvård, allt annat lika, kan vi dra slutsatsen att utförd tandvård inte påverkades av möjligheten att kunna utföra mer vård utan kostnad för patienten.

För att kunna dra slutsatser från en sådan jämförelse är det viktigt att patienterna i båda grupperna har samma tandvårdsbehov och tandhälsa. Intuitivt kan det antas att en patient som besöker tandvården vartannat år, eller mer sällan, och som därmed har dubbelt ATB-belopp, har en bättre tandhälsa än en patient som besöker tandvården årligen. Å andra sidan har besöksfrekvensen att göra med vilka rutiner för återbesök som tandläkaren eller patienten har och det är svårt att bedöma tandhälsan utifrån enbart besöksfrekvensen. Det finns dock inget tillräckligt bra mått på tandhälsa som säkerställer att de båda grupperna har exakt samma tandvårdsbehov. För att komma åt problemet och minska den påverkan som tandhälsan innebär, liksom behovet av tandvård, begränsades analysen till ett urval av "friska" patienter.

Med friska patienter avsågs patienter som besökte tandvården för en basundersökning utan stora efterföljande kostnader. Därutöver exkluderades patienter som haft stora tandvårdskostnader före besöket. Nedan beskrivs variabler som användes för att identifiera den friske patienten:

1. Icke abonnemangspatienter som behandlades med basundersökningsåtgärder utförda av antingen tandläkare eller tandhygienist (åtgärd 101, 111 eller 112) under 1 juli till 31 oktober 2018 och som använde ett eller dubbelt ATB-belopp¹⁷.

¹⁷ När analysen påbörjades fanns endast uppgifter till april 2019. För att kunna ta hänsyn till efterföljande kostnader efter besöket begränsades analysperioden till oktober 2018.

2. Patienter som inte fått tandvård för mer än 3 000 kr¹⁸ inklusive besöket för basundersökning under en tolv månadersperiod, det vill säga sex månader före och sex månader efter basundersökningen.

Frågan som ställdes var ”Får den friska patienten i båda grupperna lika mycket tandvård i samband med en basundersökning?”

Som ett mått för tandvårdskonsumtion användes:

- Den totala tandvårdskonsumtionen beräknad i fasta referenspriser, samt priset som patienten betalar själv i samband med en basundersökning.
- Konsumtion av informationsåtgärder (åtgärd 311 och 312) i samband med en basundersökning.
- Konsumtion av tandstenborttagning och fluorbehandling (åtgärd 205, 207–209 samt 341) i samband med en basundersökning.

2.3 Data

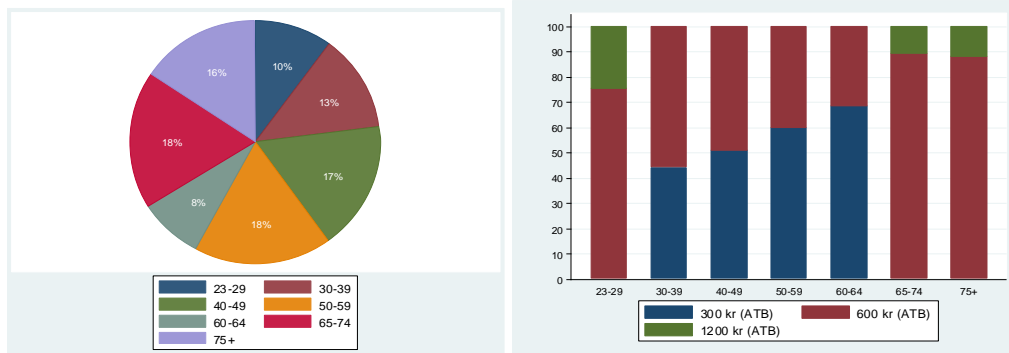
För att genomföra analysen användes data från Försäkringskassans tandvårdsregister (TANDEN), som innehåller uppgifter om befolkningens tandvårdskonsumtion inom det statliga tandvårdsstödet samt uppgifter om patientens ålder, kön och län.

I urvalet ingick cirka 445 000 patienter som besökte tandvården för basundersökning någon gång under juli till oktober 2018. Patienterna delades upp i sju åldersgrupper för att ta hänsyn till skillnader i tandhälsan samt ATB-beloppet. Som visas i den vänstra delen av figur 2.1. är alla åldersgrupper väl representerade i urvalet, där den minsta gruppen är åldersgruppen 60 till 64 år som uppgår till åtta procent av hela urvalet.

Andel patienter med respektive ATB-belopp, eller uttryckt annorlunda, andel som väljer att besöka tandvården varje år/respektive vartannat år, redovisas i den högra delen av figur 2.1. Den röda färgen i diagrammen avser ATB-beloppet 600 kronor, vilket motsvarar ett ATB-belopp för yngre och äldre patienter och dubbelt ATB-belopp för de som är medelålders.

Som framgår av figur 2.1. och bilden till höger var det vanligast att patienterna i åldern 30–39 besökte tandvården mera sällan än varje år, det vill säga mer än hälften hade dubbelt ATB. I de äldsta patientgrupperna var det få med dubbelt ATB-belopp. Det är helt rimligt eftersom tandvårdsbehovet ökar med åldern och det därmed finns behov av tätare undersökningsintervall. Det var dock överraskande att även bland de yngsta patienterna i åldersgruppen 23 till 29 år var det få som hade dubbelt ATB, det var en betydligt lägre andel jämfört med patienterna i medelåldern. Om besöksfrekvensen beror på tandhälsa skulle det förväntade vara att unga patienter som har en bra tandhälsa inte skulle besöka tandvården så ofta och därmed skulle en hög andel av dem ha dubbelt ATB. En möjlig förklaring kan vara att ATB-beloppet i denna grupp är 600 kronor och därmed möjliggör mer frekventa besök för basundersökning med en låg kostnad för patienten. En annan förklaring kan vara att dessa patienter fortsätter med mer frekventa besök som de haft det inom barn- och ungdomstandvården, även efter att de fyllt 23 år.

¹⁸ beräknad i referenspriser



Figur 2.1. Andel patienter i varje ålderskategori (vänster). Andel patienter med respektive ATB-belopp (höger).

Figur 2.2. redovisar preferenserna i val av offentlig/privat tandvård bland de med ett respektive dubbelt ATB-belopp. Skillnaden var störst bland unga, där patienter med dubbelt ATB var mindre benägna att välja offentlig tandvård jämfört med de som enbart hade ett ATB. Mönstret var motsatt för patienter i åldersgruppen 30 till 64, samtidigt fanns det ingen stor skillnad bland patienter över 65 år. Det är svårt att avgöra vad preferenserna i de olika åldersgrupperna beror på.



Figur 2.2. Andel patienter i respektive åldersgrupp som fått vård i offentlig respektive privat regi. Uppdelat per ATB-belopp.

2.4 Resultat

Den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen¹⁹, det vill säga den tandvård som en frisk patient får i samband med en basundersökning, redovisas i figur 2.3. I denna ingår kostnaden för en basundersökning samt andra åtgärder som behandlaren debiterar. Kostnaden visas i fasta referenspriser som TLV fastställer för att exkludera påverkan av prisvariationer på tandvårdsmarknaden. Referenspriset för en basundersökning utförd av en tandläkare var 830 kronor år 2018, vilket innebär att patienten även fick andra åtgärder om kostnaden var över 830 kronor²⁰.

Enligt figur 2.3 låg den genomsnittliga kostnaden per åldersgrupp mellan 830 och 1300 kronor beroende på ATB-belopp och om tandvården utfördes i offentlig eller privat regi.

Patienterna inom offentlig tandvård som hade antingen 300 eller 600 kronor i ATB fick tandvård utförd för cirka 830 kronor oavsett ålder, det vill säga de behandlades endast med en basundersökning. Däremot fick de patienter som hade 1200 kronor i ATB tandvård för cirka 400 kronor mer (mellan 1200 till 1300 kronor).

Mönstret var detsamma inom den privata sektorn vid besöket för basundersökning. Patienterna som hade 1200 kronor i ATB fick mer tandvård utförd än övriga. Skillnaden var cirka 500 kronor för de unga och 200 kronor för de äldre patienterna. Patienterna i åldern 30–64 med ett ATB (blå staplar) fick däremot något mer tandvård utförd vid besöket för basundersökning än de som hade två ATB (röda staplar). Skillnaden var dock inte stor.

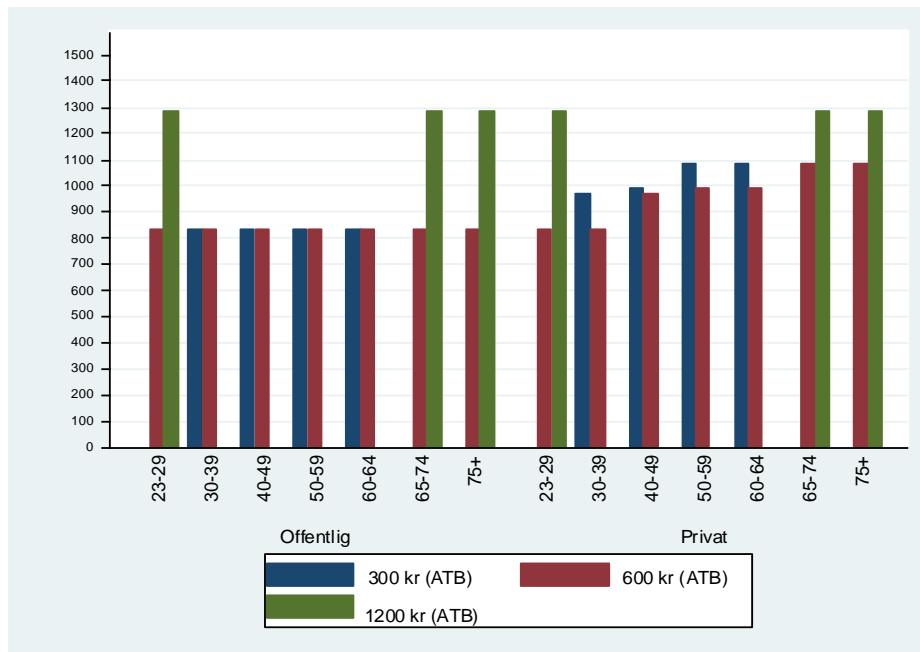
Därmed är budskapet från diagrammet tydligt – patienterna med 1200 kronor i ATB får mer tandvård än övriga²¹. Om patienterna med dubbelt ATB, hade ett större behov av fler åtgärder vid basundersökningsbesöket så borde det synas i samtliga åldersgrupper. Diagrammen visar dock en tudelad bild. Patienterna fick mer tandvård utförd om de hade 1200 kronor i dubbelt ATB-belopp än de i samma åldersgrupp som endast hade ett ATB. Däremot fick patienterna i åldersgrupperna med dubbelt ATB på 600 kr mindre eller lika mycket tandvård än de som endast hade ett ATB. Hur förklaras detta?

ATB-beloppet för en medelålders patient är aldrig mer än 600 kronor vilket knappt täcker kostnaden för en basundersökning. Detta innebär att tandläkaren/tandhygienisten inte har något ekonomiskt incitament att erbjuda fler förebyggande åtgärder. Däremot medför ATB-beloppet 1200 kronor en möjlighet att erbjuda mer tandvård utan extra kostnad för patienten. Dessutom förstärks incitamentet av faktumet att det inte går att ”dela” ATB och använda det vid ett senare besök.

¹⁹ Medianen.

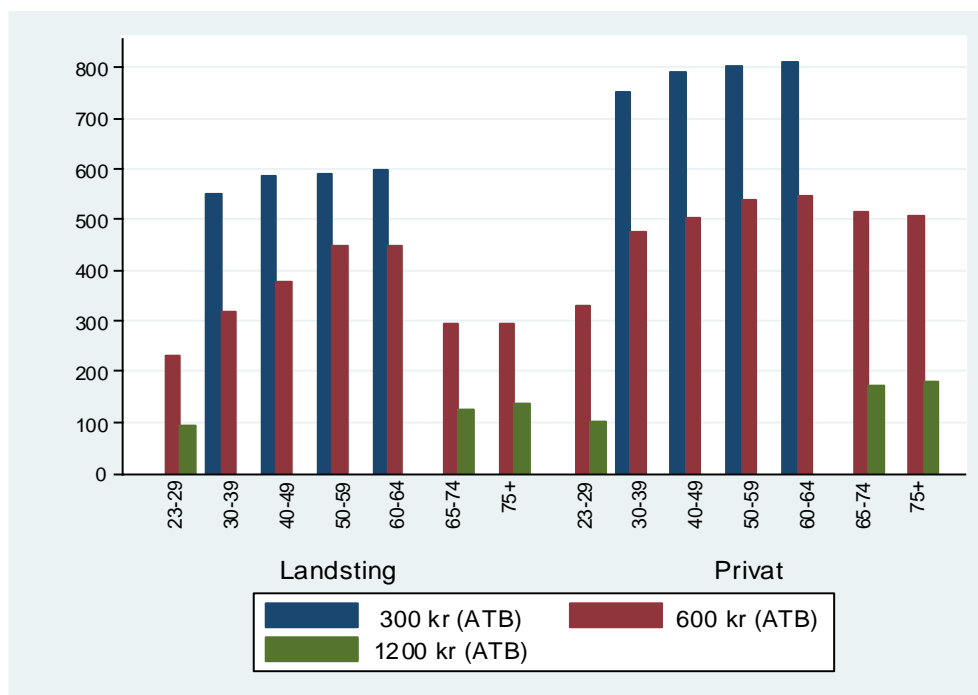
²⁰ Referenspriset för en basundersökning utförd av tandhygienist var 805 kronor för åtgärd 112 och 610 kronor för åtgärd 111.

²¹ Det bör noteras att skillnaderna fanns kvar även när hänsyn togs till ålder, kön, län, vårdgivarens regi och besöksmånad, det vill säga att patienter med 1200 kronor i ATB får mer tandvård utförd.



Figur 2.3. Kostnad för åtgärder vid basundersökning i fasta referenspriser.

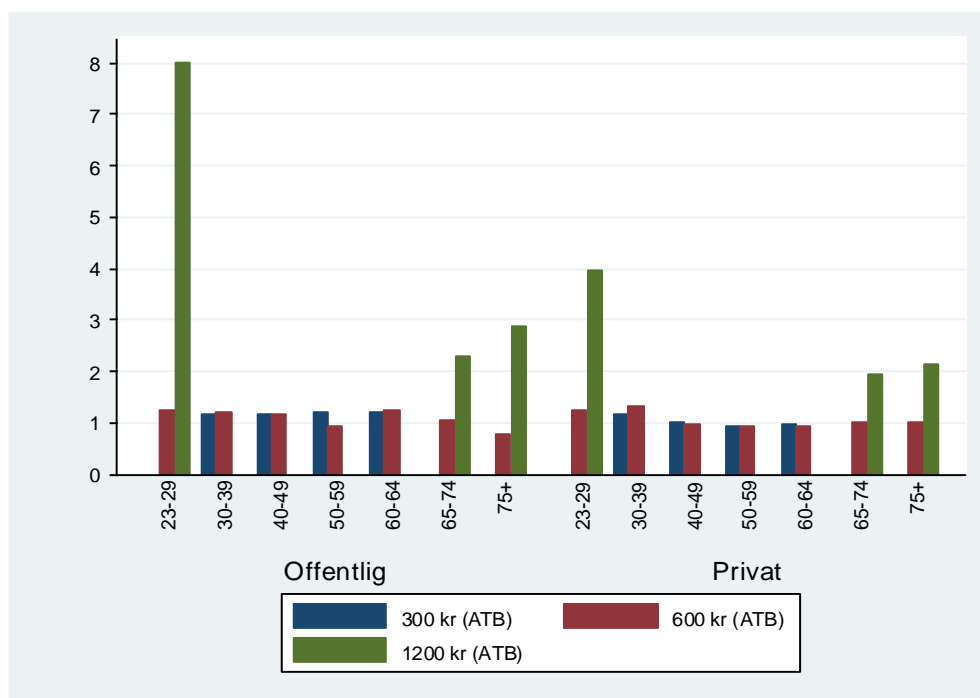
För att vidare undersöka huruvida patienten drabbas ekonomiskt av ”ytterligare” tandvård analyserades patientpriset vid en basundersökning, det vill säga summan som patienten betalar själv. Som visas i figur 2.4. betalar patienten som har 1200 kronor i ATB ett marginellt pris själv, ett pris som inte är mer än 100 till 180 kronor. Däremot varierar patientpriset från 300 till 800 kronor för alla andra patienter beroende på åldern, sektorn och ATB-belopp. I den offentliga sektorn var kostnaden för patient lägre i snitt vilket berodde på prisskillnaden mellan privat och offentlig tandvård.



Figur 2.4. Patientpris i kronor (median).

Den tandvård som patienten får i samband med en basundersökning avser vanligtvis informationsåtgärder samt tandstens- och fluorbehandlingar. Andelen patienter som fick informationsåtgärder i samband med sina basundersökningar redovisas i figur 2.5. I snitt var det endast en procent av patienterna som behandlades med informationsåtgärder om ATB-beloppet var 300 eller 600 kronor. Däremot var det betydligt fler patienter som fick informationsåtgärder om ATB beloppet var 1200 kronor. Åtta procent av unga patienter med dubbelt ATB fick informationsåtgärder i den offentliga sektorn och fyra procent i den privata sektorn. Andel äldre patienter som behandlades med informationsåtgärder var två till tre procent.

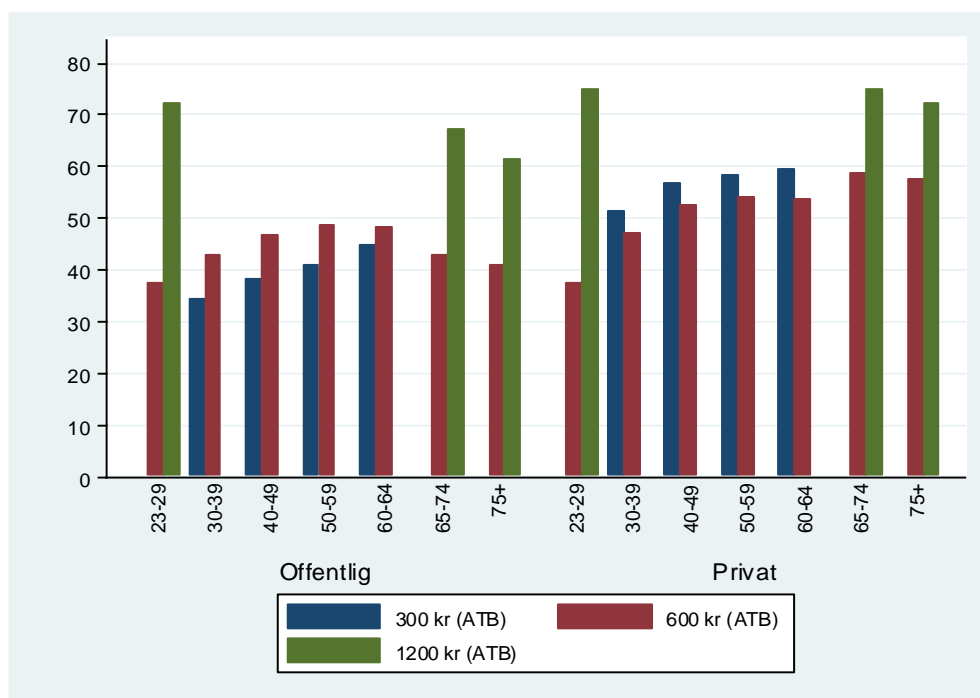
Om behovet för informationsåtgärder är större för de med dubbelt ATB borde mönstret vara detsamma i alla åldersgrupper. Det konstaterades dock att det endast är grupperna med 1200 kronor i dubbelt ATB som fått mer informationsåtgärder²².



Figur 2.5. Andel av patienter som behandlades med informationsåtgärder.

Figur 2.6. redovisar konsumtion av tandstens- och fluorbehandlingar. Återigen var det en stor skillnad mellan de gröna och röda staplarna. Det var cirka 70 procent av de unga patienterna med dubbelt ATB som fått tandstens- och fluoråtgärder, medan den motsvarande siffran för de med ett ATB var cirka 35 procent. Skillnaden var nästan lika stor för de äldre patienterna inom den offentliga sektorn och lite mindre inom den privata.

²² Skillnaderna fanns kvar även när hänsyn togs till ålder, kön, län, vårdgivarens regi och besöksmånad.



Figur 2.6. Andel av patienter som behandlades med tandstens- och fluorbehandlingar.

När det gäller medelålders patienter visar bilden att konsumtion av tandstens- och fluorbehandlingar steg med åldern och var vanligare i den privata sektorn. Det intressanta här var att det inom den offentliga sektorn var de patienter som kommer vartannat år som fick mer tandstens- och fluorbehandlingar medan mönstret var det motsatta inom den privata sektorn.

2.5 Slutsatser och avslutande kommentar

Slutsatsen från denna analys var att patienter med dubbelt ATB fick mer förebyggande tandvård än de som använde enbart ett ATB om det dubbla ATB-beloppet låg på 1200 kronor. Det fanns ingen skillnad i tandvårdskonsumtion för patienter med ett eller dubbelt ATB om dubbelt ATB innebar 600 kronor.

Det var främst informationsåtgärder och tandstenborttagningar som patienterna med 1200 kronor i ATB fick i samband med en basundersökning. De unga patienterna hade fyra till åtta gånger större sannolikhet att behandlas med informationsåtgärder om de hade ett dubbelt ATB. Den respektive siffran för tandstens- och fluorbehandlingar var två gånger större sannolikhet. Detta gällde också äldre patienter även om skillnaden inte var lika stor.

Eftersom ATB-beloppet för en medelålders patient aldrig är mer än 600 kronor räcker det inte fullt ut till att täcka kostnaden för en basundersökning. Däremot medförde ATB-beloppet 1200 kronor en möjlighet att erbjuda mer tandvård utan extra kostnad för patienten. Detta innebar att tandläkaren eller tandhygienisten

hade ekonomiska incitament att erbjuda fler förebyggande åtgärder till patienter med 1200 kr i ATB. Dessutom förstärktes incitamentet av faktumet att det inte går att "dela" ATB-beloppet och använda det vid ett senare besök. Om det tillför nytta till patienten är oklart, men den ger vårdgivaren en större intäkt.

Resultaten tolkades som att ATB-beloppet påverkade vilka åtgärder som utfördes vid undersökningsbesöket. Om ATB-beloppet räckte till mer tandvård än en vanlig basundersökning utförde tandläkaren förebyggande åtgärder, som inte skulle utföras annars. Huruvida det är rätt eller inte är svårt att värdera. Å ena sidan är syftet med ATB att stimulera förebyggande tandvård och alla förebyggande insatser kan därför anses som någonting positivt. Å andra sidan bör de statliga subventionerna användas så effektivt som möjligt och till störst nytta för samhället. Frågan är hur den statliga subventionen ska konstrueras för att kunna stimulera till förebyggande insatser som är bra för tandhälsan samtidigt som icke ändamålsenlig användning av statliga medel motverkas.