



RiR 2012:12

Tandvårdsreformen 2008

– når den alla?





TILL RIKSDAGEN

DATUM: 2012-05-07

DNR: 31-2011-0263

RIR 2012:12

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m följande granskningsrapport över effektivitetsrevision:

Tandvårdsreformen 2008 – når den alla?

Riksrevisionen har granskat om regeringens mål för den tandvårdsreform som genomfördes 2008 har uppnåtts och om statens insatser varit effektiva för att nå målen. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport.

Företrädare för Socialdepartementet, Försäkringskassan och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till slutrapport.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen.

Riksrevisor *Guðrun Antemar* har beslutat i detta ärende. Revisionsledare *Josefina Selin* har varit föredragande. Revisor *Cecilia Dittmer* och revisionsdirektör *Anna Hultin* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Guðrun Antemar

Josefina Selin

För kännedom:

Regeringen, Socialdepartementet

Försäkringskassan, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket



Innehåll

Sammanfattning	9
1 Inledning	15
1.1 Motiv för granskning	15
1.2 Syfte	15
1.3 Revisionsobjekt	16
1.4 Bedömningsgrunder för granskningen	16
1.5 Metod	19
2 Bakgrund	23
2.1 Tandvårdsstödet införande och utveckling	23
2.2 Dagens tandvårdsstöd	27
3 Besöksfrekvensen	31
3.1 Besöksfrekvensens utveckling innan reformen	31
3.2 Besöksfrekvensen efter reformen	32
3.3 Sammanfattande iakttagelser	34
4 Orsaker till förändring i besöksfrekvensen	37
4.1 Anledningar till att besöka tandvården	37
4.2 Anledningar till att inte besöka tandvården	38
4.3 Prisets inverkan på besöksfrekvensen	41
4.4 Statens insatser för att öka besöksfrekvensen	43
4.5 Vilken inverkan har abonnemangstandvården?	46
4.6 Sammanfattande iakttagelser	48
5 Rimliga kostnader för patienten	49
5.1 Kommer högkostnadsskyddet patienten till del?	49
5.2 Ett skydd mot höga kostnader men inte för dem med störst behov?	54
5.3 Är högkostnadsskyddet vårddrivande?	58
5.4 Sammanfattande iakttagelser	60
6 Har patientens ställning stärkts?	63
6.1 Finns förutsättningar för patienten att påverka priset?	63
6.2 Har statens insatser för att stärka patienten fungerat?	64
6.3 Sammanfattande iakttagelser	67
7 Administrationskostnader	69
7.1 Administrationskostnaderna har ökat	69
7.2 Sammanfattande iakttagelser	71

forts.

8	Slutsatser och rekommendationer	73
8.1	Besöksfrekvensen har ökat för unga men i mindre utsträckning för resten av befolkningen	73
8.2	Tandvårdsbidraget har begränsad effekt på besöksfrekvensen	74
8.3	Högekostnadsskyddet ger skydd vid höga kostnader men når inte alla som har stora tandvårdsbehov	76
8.4	Referensprissystemet fungerar inte som avsett	79
8.5	Patientens ställning behöver fortfarande stärkas	80
8.6	Ökad administration	82
8.7	Rekommendationer	82
	Referensförteckning	85
	Bilagor	
	Bilaga 1 Beskrivning av datainsamling	89
	Bilaga 2 Kvalitetsdeklaration	93

Sammanfattning

Riksrevisionen har granskat om regeringens mål för den tandvårdsreform som genomfördes 2008 har uppnåtts och om statens insatser varit effektiva för att nå målen.

Tandvårdslagen anger att de övergripande målen för tandvården ska vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Syftet med 2008 års reform var att bidra till de övergripande målen om en god tandhälsa i hela befolkningen genom att utvidga det förebyggande arbetet och att ge dem med stora tandvårdsbehov en möjlighet att få tandvårdsbehandling till en rimlig kostnad. För att nå målen infördes ett allmänt tandvårdsbidrag för att öka besöksfrekvensen och ett högkostnadsskydd.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att besöksfrekvensen inte har ökat i den omfattning regeringen hoppades på och att det är tveksamt om högkostnadsskyddet når alla de patienter som har stora tandvårdsbehov. Riksrevisionen bedömer att en förklaring till att målen med reformen hittills inte har uppnåtts är att en stor del av befolkningen varken känner till högkostnadsskyddet eller det allmänna tandvårdsbidraget.

Riksrevisionen kan konstatera att patientens ställning som tandvårdskonsument inte har stärkts. Eftersom prisjämförelsetjänsten inte har fungerat och eftersom patienterna inte känner till att det finns referenspriser saknar patienterna prisinformation och därför underlag för att välja tandläkare utifrån prisbilden.

Motiv: Den första juli 2008 trädde en ny tandvårdsreform i kraft. Målen för reformen är att bibehålla en god tandhälsa hos de med inga eller små tandvårdsbehov samt göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få vård till en rimlig kostnad. För att nå målet om en bibehållen tandhälsa skulle besöksfrekvensen öka och därför infördes ett tandvårdsbidrag för förebyggande tandvårdsbesök. För att nå målet om tandvård till rimliga kostnader införde regeringen ett högkostnadsskydd som regleras genom en referensprislista. Vidare skulle patientens ställning stärkas genom att skapa mer transparens i prisbildningen. Detta skulle ske med hjälp av en prisjämförelseportal och fastlagda referenspriser.

Det finns indikationer på att målen med tandvårdsreformen inte uppfylls. Det finns tecken på att det allmänna tandvårdsbidraget inte har lett till ökad besöksfrekvens och att högkostnadsskyddet inte kommer alla patienter som har stora behov till godo.

Syfte: Syftet med granskningen är att undersöka om målen med tandvårdreformen uppfylls och om statens insatser är effektiva för att nå målen. Granskningen fokuserar på reformens två huvudmål. Granskningen syftar till att söka förklaringar till eventuella förändringar i besöksfrekvens och prisutveckling och analysera om eventuella förändringar beror på de statliga insatserna inom ramen för tandvårdsreformen.

Administrationskostnaderna har inte varit i fokus under granskningen. Riksrevisionen har dock under granskningens gång fått indikationer på att de administrativa kostnaderna har ökat. Detta beskrivs därför översiktligt i rapporten.

Genomförande: Granskningens iakttagelser och slutsatser grundar sig på statistiskt material, enkät till befolkningen, intervjuer, förarbeten och annat offentligt material.

Granskningens resultat

Tandvårdsbidraget har begränsad effekt på besöksfrekvensen

Granskningen visar att besöksfrekvensen för de flesta åldersgrupper har ökat lite sedan reformen. Ökningen ligger på 2 procentenheter för befolkningen som helhet. För den åldersgrupp som reformen specifikt riktade sig till, gruppen 20-29 år, har dock besöksfrekvensen ökat i högre utsträckning än för befolkningen som helhet. Tittar man vidare inom denna åldersgrupp kan Riksrevisionen se att det framför allt är i åldersgruppen 20-24 år som besöksfrekvensen har ökat mest, med 13 procentenheter. Regeringen räknade med att 67 procent av befolkningen skulle besöka tandvården under ett år. Besöksfrekvensen i befolkningen uppgick vid slutet av 2011 till 59 procent per år. Eftersom besöksfrekvensen endast ökat i begränsad omfattning sedan 2008 och inte når upp till den omfattning som regeringen räknade med bedömer Riksrevisionen att målet endast delvis uppfyllts.

Riksrevisionens sammantagna bedömning är att det allmänna tandvårdsbidraget ännu inte har varit ett effektivt medel för att nå målet om en förebyggande tandvård genom hög besöksfrekvens. Granskningen visar att majoriteten som besöker tandvården gör det av andra anledningar än tandvårdsbidraget. Samtidigt finns det en grupp som inte anser sig ha råd med tandvård och som eventuellt skulle kunna öka sin besöksfrekvens med hjälp av det allmänna tandvårdsbidraget. En stor andel av den gruppen känner dock inte till bidraget.

Högekostnadsskyddet går inte till alla som har stora tandvårdsbehov

Högekostnadsskyddet träder in vid tandvårdskostnader som överstiger 3 000 kr, om behandlingen omfattas av högekostnadsskyddet, vilket innebär att patienter får delar av kostnaden subventionerad av staten. Riksrevisionens granskning visar att högekostnadsskyddet inte utnyttjas av alla dem som har stora tandvårdsbehov. I den

enkätundersökning Riksrevisionen har genomfört, ställd till ett urval i befolkningen, framkommer det att det även efter reformen finns en grupp med stora tandvårdsbehov som fortfarande anser sig inte ha råd med den tandvård de behöver. I denna grupp återfinns bland annat unga, personer med låg inkomst och personer med dålig tandhälsa. Att andelen som svarat att de inte går till tandläkaren trots behov har ökat sedan reformen genomfördes är ett tecken på att högkostnadsskyddet inte nått ända fram.

Riksrevisionen har funnit två huvudförklaringar till varför högkostnadsskyddet inte har nått ut till alla med stora tandvårdsbehov. En förklaring kan vara att kännedomen om högkostnadsskyddet fortfarande är låg. En annan förklaring till att högkostnadsskyddet inte nått ända fram kan vara att karensnivån på 3 000 kronor är för hög för dem som har stora tandvårdsbehov och låga inkomster. Eftersom högkostnadsskyddet är konstruerat så att patienten alltid får betala en viss del av kostnaden själv, blir en omfattande behandling kostsam för patienten trots högkostnadsskyddet. Det kan bli dyrt för patienten eftersom en del åtgärder inte är ersättningsberättigande enligt referensprislistan, och på grund av att tandläkare tar ut ett högre pris än referenspriserna vilket innebär att patienten får betala mycket själv.

Riksrevisionens sammantagna bedömning är att högkostnadsskyddet inte är ett helt effektivt medel för att nå målet om bättre tandhälsa hos dem med stora tandvårdsbehov. De olika syftena med högkostnadsskyddet har endast delvis gått att nå under den tid som reformen har varit i kraft.

Referensprissystemet fungerar inte som avsett

Referensprislistan har två syften: att hålla statens kostnader nere och underlätta för patienter att jämföra vårdgivarpriser, och därigenom skapa prispress på tandvårdstjänster. Referensprislistan har fungerat i den första bemärkelsen, att hålla statens kostnader nere. Anslaget har sedan reformen infördes underskridits varje år. År 2011 uppgick anslaget till cirka 6,7 miljarder, men endast 5 miljarder användes.

Referensprislistan har däremot inte fungerat som prispress, tvärt om finns det tecken på att referenspriserna driver på prisutvecklingen. Granskningen visar att när referenspriserna höjs, följer vårdgivarna efter och höjer sina priser. Referenspriserna riskerar därför att bilda ett golv i prissättningen.

Riksrevisionen kan konstatera att TLV fått en komplicerad uppgift att reglera hur högkostnadsskyddet ska utformas och samtidigt ansvara för ett system med referenspriser som inte i alla delar fungerar fullt ut. Riksrevisionen bedömer att systemet med referenspriser inte har bidragit till att patienter fått en bättre ställning som konsument och att systemet riskerar att påverka prisbildningen på ett sätt som på sikt kan urholka högkostnadsskyddet.

Patientens ställning behöver fortfarande stärkas

Regeringen ville genom reformen stärka patientens ställning med hjälp av en prisportal och referenspriser. Regeringen ansåg även att för att målen med reformen skulle uppnås, behövdes lättbegriplig information om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet samt informationsinsatser. Granskningen visar att regeringens insatser inte har fungerat tillräckligt bra.

En stor del av befolkningen känner varken till tandvårdsbidraget eller högkostnadsskyddet. Riksrevisionen konstaterar att regeringen inte har gett Försäkringskassan något specifikt uppdrag att informera om tandvårdsstödet. Försäkringskassan har valt att i första hand informera de som redan besöker tandvården.

Prisportalen har inte fungerat under större delen av tiden sedan reformen genomfördes. En ny prisjämförelseportal öppnades i januari 2012. Riksrevisionen menar att det finns en risk för att inte heller den nya prisportalen kommer att fungera. Det beror bland annat på att tandläkarna saknar incitament att lägga in priser i portalen och att många patienter inte känner till portalen och därmed inte kan använda sig av den.

Referenspriserna var också avsedda att fungera som jämförelsepris. Att prisportalen inte har fungerat har försvårat för patienten att använda referenspriserna. Om patienterna inte vet vad deras tandläkare har för priser är det svårt att veta hur tandläkarens priser förhåller sig till referenspriserna. Dessutom är det få patienter som känner till att det finns referenspriser.

Riksrevisionens rekommendationer

Tandvårdslagen anger att de övergripande målen för tandvården ska vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. 2008 års tandvårdsreform har sin grund i dessa mål och syftar till att utvidga den förebyggande tandvården och att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad. Rikrevisionens granskning visar att reformen ännu inte fungerat fullt ut och att målen med reformen enbart delvis är uppnådda. Granskningen visar att det allmänna tandvårdsbidraget inte är så känt eller så utformat att det i sig leder till besök i förebyggande syfte. Sedan 2008 har cirka 2 miljarder betalats ut i allmänt tandvårdsbidrag. Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga om resurserna i tandvårdsbidraget kan användas mer effektivt.

Högkostnadsskyddet ger visserligen många gånger ett bra skydd mot höga kostnader, men den höga graden av självfinansiering leder till att personer med låga inkomster och stora tandvårdsbehov fortfarande har svårt att ta del av skyddet. En svaghet i systemet är att information om stödets olika delar inte når de som skulle kunna påverkas av informationen.

Riksrevisionen konstaterar att systemet med referenspriser riskerar att påverka prisbildningen i fel riktning och att prisportalen inte har fungerat eftersom den inte är tillräckligt känd och inte ger den information som patienterna behöver. Regeringen bör därför överväga om prisportalen fungerar som avsett och hur ett system som säkrar att patienter kan få rätt information för att kunna välja tandvård till rätt pris bör utformas. Regeringen bör också överväga om systemet med referenspriser kan utformas så att det fungerar som avsett genom att göra det lättare för patienter att jämföra priser.

Rekommendationer till regeringen:

- Regeringen bör följa upp om det allmänna tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet är rätt utformade och att de var för sig träffar rätt målgrupper och är effektiva medel för att nå tandvårdslagens mål om en god tandhälsa.
- Regeringen bör följa upp vilka förutsättningar som finns för en fungerande prisportal.
- Regeringen bör följa upp hur systemet med referenspriser påverkar patientens kostnader och om det är ett effektivt medel för att ge patienter rätt information för att kunna välja tandvård till rätt pris.
- Regeringen bör överväga behovet av att en myndighet får det samlade ansvaret för att patienter får rätt information vid rätt tillfälle och vilken information som bör ges så att patientens ställning stärks.

1 Inledning

1.1 Motiv för granskning

Den första juli 2008 trädde en ny tandvårdsreform i kraft. De övergripande målen för reformen är att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, samt att göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få vård till en rimlig kostnad.¹ Regeringen ansåg att det var viktigt att öka besöksfrekvensen för att nå målet om en bibehållen tandhälsa. Därför infördes ett tandvårdsbidrag för förebyggande tandvårdsbesök. För att nå målet om tandvård till rimliga kostnader införde regeringen ett högkostnadsskydd.²

När reformen infördes ökade regeringen anslaget för tandvårdsstödet från 3,2 miljarder 2007 till 5,3 miljarder 2008.³ År 2011 uppgick anslaget för tandvårdsstödet till cirka 6,7 miljarder⁴, men utgifterna var cirka 5 miljarder.⁵ Under 2012 har regeringen anvisat 5,5 miljarder till tandvårdsstödet.⁶

Det finns indikationer på att målen med tandvårdsreformen inte uppfylls. Det finns även tecken på att det allmänna tandvårdsbidraget inte har ökat besöksfrekvensen så mycket som önskat, och att högkostnadsskyddet inte utnyttjas av de patienter som har störst behov. Riksrevisionen har därför bedömt det som relevant att granska om målen för tandvårdsreformen uppfylls och om de statliga insatserna är effektiva för att nå målen.

1.2 Syfte

Syftet med granskningen är att undersöka om målen med tandvårdsreformen uppfylls, och om statens insatser är effektiva för att nå målen. Granskningen fokuserar på reformens två huvudmål, att öka besöksfrekvensen och att skapa rimliga kostnader för personer med stora tandvårdsbehov. Granskningen

¹ Prop. 2007/08:49, s. 48.

² Prop. 2007/08:49, s. 56–57.

³ Försäkringskassan, budgetuppföljning 2007, 2008-01-21, Dnr 900-2008, s. 11.

⁴ Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 9, sid. 72.

⁵ Försäkringskassan, Budgetuppföljning 2012-01-17, s. 21.

⁶ Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 9, sid. 24.

belyser om reformen har lett till förändringar i besöksfrekvens, patientkostnad och prisutveckling. Granskningen syftar vidare till att söka förklaringar till eventuella förändringar i besöksfrekvens och prisutveckling och analysera om eventuella förändringar beror på de statliga insatserna inom ramen för tandvårdsreformen.

Enligt regeringen skulle reformen kunna leda till minskade administrationskostnader för vårdgivarna. Administrationskostnaderna har inte varit i fokus under granskningen. Riksrevisionen har dock under granskningens gång fått indikationer på att de administrativa kostnaderna har ökat. Detta beskrivs därför översiktligt i rapporten.

Granskningen avser de insatser som genomfördes i tandvårdsreformens första steg 2008. Under 2013 kommer regeringen att genomföra ytterligare förändringar som innebär utökat tandvårdsstöd för sjuka och funktionshindrade. Dessa förändringar omfattas inte av granskningen. Riksrevisionens bedömning är att tandvårdsreformens nästa steg 2013 inte kommer att påverka de förändringar som genomfördes 2008.

1.3 Revisionsobjekt

Riksrevisionens granskning omfattar regeringen, Försäkringskassan och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Regeringen beslutar om nivåerna i det allmänna tandvårdsbidraget. Försäkringskassan administrerar tandvårdsstödet och betalar ersättning till vårdgivarna. Vårdgivarna rapporterar vilka tandvårdsåtgärder de har utfört och åtgärdernas pris till Försäkringskassan. Försäkringskassan är ansvarig för att kontrollera att vårdgivarna endast får ersättning för den vård som är ersättningsberättigande. Försäkringskassan utför både riktade och slumpmässiga kontroller efter att stödet har betalats ut till vårdgivaren. Försäkringskassan är även ansvarig för att informera allmänheten om tandvårdsstödet. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om beloppsgränserna i högkostnadsskyddet, vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigande och vilka referenspriser som ska gälla. TLV ansvarar också för att tandvårdsstödet inte överskrider anslaget.

1.4 Bedömningsgrunder för granskningen

För att bedöma om målen i reformen har uppnåtts utgår Riksrevisionen från de mål som riksdag och regering satt upp för reformen. Vidare gäller som

grund för bedömningarna om statens insatser är effektiva de krav som ställs i budgetlagen⁷ om ett effektivt resursutnyttjande i all statlig verksamhet.

Tandvårdsreformen utgår ifrån tandvårdslagen (1985:125) som anger att de övergripande målen med tandvård ska vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.⁸

Granskningens utgångspunkt är de två övergripande målen i 2008 års tandvårdsreform. Dessa är att:

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

Enligt regeringen är det tänkt att man ska nå det första målet främst genom ett ekonomiskt stöd till förebyggande besök. Regeringen har inte satt upp något mål för hur mycket besöksfrekvensen skulle öka och inom vilken tidsram. Däremot gjorde regeringen beräkningar av hur många man uppskattade besökte tandvården. Regeringen beräknade att antalet patienter som skulle besöka tandvården skulle öka och därmed uppgå till 4,7 miljoner per år.⁹ Enligt Riksrevisionens beräkningar motsvarar detta en besöksfrekvens på 67 procent per år.¹⁰

Enligt regeringen skulle man nå det andra målet genom att skapa ett skydd mot höga kostnader för att minska de ekonomiska hindren för patienter att konsumera den tandvård som de behöver.¹¹

Socialutskottet tillstyrkte regeringens förslag, med undantag från det förslag som rörde uppgiftslämnande till tandhälsoregistret. Utskottet ställde sig bakom regeringens målformuleringar och delade även regeringens uppfattning om att målen skulle nås genom ett ekonomiskt stöd till förebyggande besök och ett skydd mot höga kostnader.¹² Riksdagen biföll socialutskottets förslag till riksdagsbeslut.¹³

⁷ Budgetlag (2011:203).

⁸ §2 tandvårdslag (1985:125).

⁹ I beräkningen av kostnaderna för högkostnadsskyddet räknade regeringen med att antalet patienter som skulle besöka tandvården per år skulle uppgå till 4,7 miljoner, Prop. 2007/08:49 s. 147.

¹⁰ Beräknat på att befolkningen över 20 år under 2007 var 7 004 166 ($4\,700\,000 / 7\,004\,166 = 0,67$).

¹¹ Prop. 2007/08:49, s. 48.

¹² 2007/08:SoU9, s.8.

¹³ Rskr.2007/08:145.

Riksrevisionen har valt att granska om de statliga insatserna tandvårdsbidraget, högkostnadsskyddet, referensprislistan och information till patienten är effektiva för att nå tandvårdsreformens mål om en god tandhälsa. Regeringen har i propositionen formulerat mål för envar av dessa insatser. Riksrevisionen utgår i sin bedömning från regeringens mål och beräkningar och analyserar utifrån det om målen har uppfyllts och om de statliga insatserna bidragit till måluppfyllelsen.

Allmänt tandvårdsbidrag

- Det allmänna tandvårdsbidraget ska uppmuntra till regelbundna besök i förebyggande syfte.

Högekostnadsskydd

- Högekostnadsskyddet ska vara ett stöd vid omfattande tandvårdsbehov.
- De statliga resurserna ska så långt möjligt träffa de individer som har de största behoven.
- Antalet personer som uppger att de har avstått från tandvård på grund av kostnaderna, trots att de haft behov av tandvård, ska minska.
- Tandvårdsstödet ska inte leda till oönskade vårddrivande eller vårdstyrande effekter.
- Stödet ska komma patienten till del, det vill säga bli en subvention av patienternas pris och inte en subvention till vårdgivarna.¹⁴

Referensprislista

- Referensprislistan ska göra det enklare för patienter att jämföra vårdgivares priser.¹⁵
- Listan bör kunna ha en prisstyrande effekt samt skapa möjligheter för prispress genom att patienterna blir aktiva konsumenter inom tandvårdsområdet.¹⁶
- Referensprislistan ska minska risken för okontrollerad kostnadsutveckling.¹⁷

Information till patienten

- Patientens ställning ska stärkas, främst genom förbättrad information om tandhälsa, om möjliga behandlingsalternativ samt om kvalitet och

¹⁴ Prop. 2007/08:49, s. 48–49.

¹⁵ Prop. 2007/08:49, s. 63.

¹⁶ Prop. 2007/08:49, s. 154–155.

¹⁷ Prop. 2007/08:49, s. 51.

priser hos olika vårdgivare. Information bör lämnas till patienten på ett lättbegripligt och lättillgängligt sätt.¹⁸

- Det är viktigt att rätten till bidraget uppmärksammas med jämna mellanrum. Informationen om rätten till allmänt tandvårdsbidrag bör lämnas i sådan form och på ett sådant sätt att mottagarna uppmuntras att gå till tandläkaren eller tandhygienisten. Det är särskilt viktigt att nå personer som annars inte hade gjort detta.¹⁹

1.5 Metod

1.5.1 *Analys av besöksfrekvens och prisutveckling*

Riksrevisionen har analyserat tandvårdsdata²⁰ för att undersöka om reformen har lett till förändringar i besöksfrekvens, kostnaden för patienter och prisutveckling.

Riksrevisionen har inhämtat statistik från juli 2008, när reformen infördes, och följt utvecklingen fram till december 2011. Innan reformen infördes fanns ingen heltäckande registerbaserad nationell statistik över besöksfrekvens eller prisutveckling att jämföra med. I bedömningen av hur den totala besöksfrekvensen har påverkats av reformen har Riksrevisionen därför utgått från de uppskattningar av förändringar i besöksfrekvensen som gjordes av regeringen i propositionen²¹, samt i första hand statistik²² från och med 2009. Flera administrativa problem uppstod när reformen skulle genomföras. Detta har inneburit att statistiken från juli till december 2008 ska tolkas med försiktighet. Även övergångsregler i tidigare tandvårdssystem samt ett nytt regelverk som tandläkarna var ovana vid gör att statistiken är osäker.

Riksrevisionen har också studerat hur faktorerna ålder, kön och inkomst påverkar besöksfrekvensen.

Vad gäller kostnaden för patienten har Riksrevisionen analyserat hur tandvårdsreformen sammantaget påverkat patientens kostnader, prisutvecklingen på tandvård och vilken ersättning patienten får från högkostnadsskydd och tandvårdsbidrag.

¹⁸ Prop. 2007/08:49, s. 51.

¹⁹ Prop. 2007/08:49, s. 71.

²⁰ Datamaterialet är rekviderat från Socialdepartementet avseende perioden juli 2008–december 2011. Datamaterialet är insamlat av Försäkringskassan och bearbetat av Statistiska Centralbyrån.

²¹ Prop. 2007/08:49, s. 147.

²² Statistiken över besöksfrekvensen gäller både förebyggande och icke förebyggande tandvård.

Riksrevisionen har även undersökt hur prisutvecklingen har sett ut under perioden 2008–2011. Befintlig statistik över prisutvecklingen gäller endast den tandvård som är ersättningsberättigande. Riksrevisionen har analyserat hur prisutvecklingen förhåller sig till referenspriserna.

Riksrevisionen har vidare intervjuat nio tandläkare för att få en uppfattning om deras inställning till referenspriserna och reformen. Anledningen till intervjuerna är att nyansera granskningens övriga resultat och få fördjupad kunskap om vad reformen har inneburit för tandläkare. Tandläkarnas uppfattningar är enskilda tandläkares uppfattningar och ska inte ses som representativa för hela tandläkarkåren. Tandläkarna har valts ut för att representera tandläkare inom både privattandvård och Folktandvård, tandläkare vars priser understiger referenspriserna respektive överstiger referenspriserna, samt tandläkare i olika delar av landet.

Riksrevisionen har även intervjuat företrädare för branschorganisationen Privattandläkarna, Tjänstetandläkarna (som är medlemsorganisationen för anställda tandläkare) samt Sveriges tandhygienistförening. Inom ramen för granskningen har även intervjuer med företrädare för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Försäkringskassan, Socialstyrelsen samt Socialdepartementet ingått.

1.5.2 *Enkät om besöksfrekvensen*

För att söka förklaringar till vad som påverkar befolkningens besöksfrekvens har Riksrevisionen skickat en enkät till ett stratifierat slumpmässigt urval om 2 000 personer i befolkningen. Urvalet i åldersgruppen 20–24 samt 25–29 år är något större än övriga grupper för att särskilt fånga deras attityder. I enkäten ställs bland annat frågor om vad som är den huvudsakliga anledningen till varför man besöker tandvården, inställningen till tandvårdsstödet och frågor om priskänslighet.

Enkäturvalet har bestått av personer i åldern 20–85 som är folkbokförda i Sverige. Riksrevisionen har inhämtat bakgrundsvariabler från SPAR-registret gällande kön, ålder, inkomstgrupp och vilket län personen är folkbokförd i. I enkäten har Riksrevisionen även ställt frågor om utbildning, födelseland och civilstatus.

Enkäten genomfördes hösten 2011. Först skickades enkäten ut via post. För att öka svarsfrekvensen skedde senare telefonintervjuer med de personer som inte besvarat enkäten per post. Svarsfrekvensen för enkäten är 57 procent.

Två tidigare undersökningar²³ som riktat sig till befolkningen och som handlat om tandvårdsstödet samt tandhälsa har en svarsfrekvens på nästan 49 procent respektive drygt 61 procent.

De flesta frågor i Riksrevisionens enkät har ett lågt partiellt bortfall, vilket är en indikation på att de har fungerat som avsett.

Riksrevisionen har genomfört en bortfallsanalys i syfte att undersöka vilka grupper det är som inte har besvarat enkäten. Analysen visar att det främst är män, unga och personer med låg hushållsinkomst som avstått från att svara. Eftersom bortfallet skulle kunna snedvrider resultatet av enkäten har bortfallskompensation genomförts. Bortfallsanalysens resultat liknar de resultat som de två tidigare undersökningarna fått fram i sina bortfallsanalyser.

Riksrevisionen har med hjälp av Pearsons chitvå-test genomfört statistiska tester av enkätresultaten för att undersöka om skillnader i attityder mellan olika grupper är statistiskt signifikanta. I rapporten redovisas endast statistiskt signifikanta resultat.

För en mer utförlig beskrivning av analyser av enkätmaterialet, se bilaga 1 och 2.

1.5.3 *Disposition*

Granskningsrapporten har följande disposition. Kapitel 2 är en bakgrundsbeskrivning av tandvårdsstödet framväxt och dagens tandvårdsstöd. Kapitel 3 behandlar besöksfrekvensens utveckling. Kapitel 4 beskriver och analyserar förändringen i besöksfrekvensen utifrån de insatser som staten har gjort för att öka besöksfrekvensen. I kapitel 5 analyseras målet om tandvård till rimliga kostnader för dem med stora tandvårdsbehov. Högkostnadsskyddets och referensprislistans funktion analyseras. Kapitel 6 analyserar om patientens ställning har stärkts. Kapitel 7 beskriver reformens inverkan på vårdgivarnas administrationskostnader. I kapitel 8 drar Riksrevisionen slutsatser utifrån sina iakttagelser och ger rekommendationer till regeringen.

²³ Försäkringskassan (2011) *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen* samt Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa 2009, regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet*.

2 Bakgrund

2.1 Tandvårdsstödet införande och utveckling

Allmän tandvårdsförsäkring införs för att förbättra tandhälsan

Den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes 1974. Syftet var att göra det ekonomiskt möjligt för de flesta i befolkningen att få tandvård.²⁴ Vid denna tidpunkt hade många behov av omfattande tandvård.²⁵ Målet för försäkringen var att skapa lika möjligheter för alla vuxna att få en god tandvård till en överkomlig avgift. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och den statliga ersättningen omfattade alla åtgärder.²⁶ Försäkringen innebar bland annat en tandvårdstaxa med reglerade avgifter för åtgärderna och att patienten fick betala 50 procent av den sammanlagda kostnaden, upp till 1 000 kronor. Tandvårdstaxans belopp var ett maximibelopp vilket innebar att patientavgiften inte fick vara högre men väl lägre.²⁷

I samband med att tandvårdsförsäkringen infördes fick landstingen ett lagstadgat ansvar för barn- och ungdomstandvården samt specialiststandvården.²⁸ Tack vare att barn- och ungdomstandvården byggdes ut och att man samtidigt satsade på förebyggande vård förbättrades svenska folkets tandhälsa stadigt under de kommande decennierna.²⁹

Försäkringen blir för kostsam och ändras

Utformningen av tandvårdsstödet från 1974 ansågs till slut bli för kostsam och regeringen såg därför behov att se över tandvårdsförsäkringen. Detta möjliggjordes av att tandhälsan i befolkningen samtidigt hade förbättrats väsentligt.³⁰

²⁴ Ds 1997:16, s. 21.

²⁵ SOU 1998:2, s. 25.

²⁶ SOU 2007:19, s. 111.

²⁷ SOU 1972:81, s. 182–183.

²⁸ SOU 2007:19, s. 111.

²⁹ SOU 2002:53.

³⁰ SOU 2002:53.

År 1987 förändrades försäkringen så att den statliga ersättningen inte längre var kopplad till vårdgivarnas avgifter för behandling. Antalet åtgärder i tandvårdstaxan för tandläkare och tandtekniker minskade och särskilda taxor infördes för tandhygienister och behöriga tandsköterskor.³¹ Mellan 1987 och hösten 1996 var tandvårdstaxans konstruktion nästan oförändrad, även om flera höjningar av den del som patienterna betalade genomfördes då besparingar i statsbudgeten krävde det.³²

Riksförsäkringsverket hade under tiden 1987–1990 ett par regeringsuppdrag med uppgift att föreslå en alternativ taxeutformning. Det berodde på att ersättningen till tandläkarna var baserad på vad tandläkarna presterade och tandläkarna hade därför incitament att producera mycket tandvård, vilket ledde till stora utgiftsökningar för staten som följd. Även inriktningen mot dyrare material bidrog till kostnadsökningarna.³³

Ökat ansvar för patienten och fri prissättning

År 1997 tillsatte regeringen en utredning med syfte dels att ge tandvårdsförsäkringen en mer hälsoinriktad utformning, dels att införa ett bättre ekonomiskt stöd till vuxna som till följd av sjukdom eller funktionshinder hade särskilda tandvårdsbehov. Det nya stödet skulle ha en tydlig folkhälsoprofil och vara utformat så att det stimulerade till ökat ansvarstagande från patienternas sida. Regeringen ansåg att tandvårdsbehovet därmed skulle minska på sikt vilket i sin tur skulle leda till minskade kostnader för både den enskilde och för samhället. Det underströks att försäkringen i första hand skulle ha en inriktning som skulle främja hela befolkningens tandhälsa.³⁴

Det reformerade tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 januari 1999. Då togs också prisregleringen på tandvård bort.³⁵ Samtidigt infördes en möjlighet för tandläkarna att fritt etablera sig i landet, något som inte tidigare varit möjligt.³⁶ Den nya tandvårdsförsäkringen skulle inriktas på bastandvård vilket omfattade all tandvård utom undersökningar, protetiska åtgärder och tandreglering. Ersättningen motsvarade 30 procent av priset för åtgärderna. För åldersgruppen 20–29 år ingick även undersökningar i de åtgärder som var ersättningsberättigande. Dessutom införde regeringen ett högkostnadsskydd för mer omfattande och kostnadskrävande protetiska behandlingar samt

³¹ Ds 1997:16, s. 22.

³² SOU 1998:2, s. 26.

³³ Ds 1997:16, s. 22, SOU 1998:2, s. 26.

³⁴ SOU 2002:53, s. 48.

³⁵ SOU 2002:53, s. 10, 13, 15, 48.

³⁶ SOU 1998:2, s. 116.

vid tandreglering. För bastandvården införde regeringen också en möjlighet att teckna abonnemang, vilket gav patienten möjlighet att få sitt behov av bastandvård tillgodosett under en tvåårsperiod till en fast avgift som vårdgivaren bestämde.³⁷

Ett högkostnadsskydd för äldre

Efter en översyn av tandvårdsstödet införde regeringen under 2002 ett högkostnadsskydd för äldre, den så kallade 65+-reformen.³⁸ Syftet med reformen var att den största subventionen skulle gå till bastandvården, för att förhindra framtida större tandvårdsbehov. Samtidigt skulle denna inriktning inte innebära att patienter med stora behov av protetik skulle drabbas av mycket höga tandvårdskostnader och tvingas avstå nödvändig protetik. Då det ekonomiska utrymmet var begränsat ansåg regeringen att förstärkningarna i första hand skulle inriktas på äldre eftersom man bedömde att denna grupp hade stora tandvårdsbehov och små resurser. Det första förslaget hade en nedre åldersgräns på 75 år, vilket regeringen sedan ändrade till 65 år.

Reformen förstärkte stödet till bastandvård genom att personer 65 år och äldre fick ett och ett halvt basbelopp för vissa åtgärder. Högkostnadsskyddet för protetiska behandlingar innebar att den statliga ersättningen var 100 procent för kostnader över 7 700 kronor, exklusive kostnader för ädel- och gjutmetaller. Eftersom konstruktionen av stödet var starkt kostnadsdrivande ansåg regeringen att man behövde kontrollera två faktorer, nämligen priset respektive behandlingsvalet. Kontrollerna skedde genom att Försäkringskassan förhandsprövade behandlingarna som tandläkarna planerade att utföra. Eftersom fri prissättning gällde gick det inte att reglera vårdgivarnas priser utan det som regeringen kunde reglera var Försäkringskassans ersättning till vårdgivarna. Ersättningen var baserad på de priser som Folktandvården tog ut. Om vårdgivarens pris var skäligt fick denne ta ut mellanskillnaden mellan sitt pris och Folktandvårdens pris av patienten. När det gällde behandlingsvalet fanns det vissa begränsningar men de var inte särskilt omfattande.³⁹

65+-reformen blev dyr och ineffektiv

År 2007 undersökte en statlig utredning⁴⁰ hur 65+-reformen hade fallit ut. Bland annat hänvisade man till en granskning som Riksrevisionen genomfört 2006 och som pekat på olika sorters brister. Utredningen ansåg att konstruktionen av reformen där pris och behandlingsval skulle kontrolleras

³⁷ SOU 2002:53, s. 10, 13, 15, 48.

³⁸ SOU 2007:19, s. 111–112.

³⁹ SOU 2007:19, s. 330–332.

⁴⁰ SOU 2007:19.

genom förhandsprövning hade betydande brister. Incitament för att hålla tillbaka efterfrågan på åtgärder saknades hos både patienter och vårdgivare när patienternas kostnader överstigit karensnivån på 7 700 kronor.⁴¹ Utredningen ansåg vidare att det saknades en tydlig definition av vilken tandvård som omfattades av stödet. De statliga utgifterna för protetiska behandlingar hade ökat kraftigt, särskilt hos de patienter som omfattades av reformen. Patienterna hade också ekonomiska incitament att skjuta upp nödvändig tandvård till efter det att de fyllt 65 år, med risk för att vårdbehovet hunnit öka under tiden. Reformen hade även inverkan på behandlingsvalet hos patienterna eftersom högkostnadsskyddet endast omfattade protetiska behandlingar. Det ledde till att det kunde bli billigare för en patient att dra ut en tand och ersätta den med ett implantat än att genomföra bastandvård (exempelvis en rotfyllning) och därmed bevara den naturliga tanden.

Konstruktionen av skyddet ledde även till att patientens verkliga kostnader inte blev 7 700 kronor, utan snarare en lägsta nivå till vilken ytterligare kostnader tillkom. Administrationen, särskilt förhandsprövningarna, var också tidskrävande och enligt utredningen inte tillräckligt effektiva. Försäkringskassan hade tidvis mycket långa handläggningstider vilket drabbade både patienter och vårdgivare. Uppföljningen av vilken vård som hade utförts inom stödet och dess effekter samt uppföljningen av de statliga utgifterna var också bristfällig. Det visade sig även att tandvårdsmarknaden fungerade dåligt eftersom patienterna hade dålig kunskap om sakförhållanden på marknaden och bland annat inte kände till den fria prissättningen. Det rådde brist på tydlig och transparent information. Eftersom vårdgivarna hade en betydande marknadsmakt hade de möjlighet att sätta ett högre pris än vad de skulle kunnat göra om konkurrensen fungerat bättre. Patientrörligheten på tandvårdsmarknaden var också låg och få patienter uppgav att de skulle byta vårdgivare för att få lägre kostnader.⁴²

Nedanstående tabell visar de förändringar som genomförts i tandvårdsstödet när det gäller högkostnadsskyddet. I tabellen går att utläsa att patienten successivt har fått betala en allt större del av sina tandvårdskostnader.

⁴¹ SOU 2007:19, s. 332–338, 351–352, RiR 2006:9.

⁴² Prop. 2007/08:49, s. 42–43.

Tabell 1. Högkostnadsskyddsgränser samt andel i procent av totala tandvårdskostnaden som försäkringen täcker vid respektive gräns och år

År	Undre gräns	Mellangräns 1	Mellangräns 2	Övre gräns
1974	0-1 000 kr: 50 %			1 001 kr: 75 %
1978	0-1 500 kr: 50 %			1 501 kr: 75 %
1980	0-2 500 kr: 50 %			2 501 kr: 75 %
1982	0-2 500 kr: 40 %			2 501 kr: 75 %
1991	0-3 000 kr: 40 %	3 001 kr: 50 %		7 001 kr: 75 %
1992	0-3 000 kr: 30 %	3 001 kr: 50 %		7 001 kr: 75 %
1994	0-500 kr: 0 %	501 kr: 25 %	3001 kr: 40 %	7 001 kr: 70 %
1995	0-700 kr: 0 %	701 kr: 25 %	3001 kr: 40 %	7 001 kr: 70 %
1996	0-700 kr: 0 %	701 kr: 35 %		13 501 kr: 70 %
1997	0-1 300 kr: 0 %	1301 kr: 35 %		13 501 kr: 70 %
1999	Tandvårdssättning för bastandvård lämnas med grundbelopp som motsvarar ungefär 30 procent av arvoden enligt den tandvårdstaxa som gällde fram till 1999.			3501 kr: 60 % i
2002	Tandvårdssättning för bastandvård lämnas med grundbelopp som motsvarar ungefär 30 procent av arvoden enligt den tandvårdstaxa som gällde fram till 1999.			7 701 kr: 100 % ii
2008	0-3 000 kr: 0 %	3 000 kr: 50 %		15 000 kr: 85 %

Källa: SCB (2001) *Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975-1999*, s. 17, *Prop. 1997/98:112 Reformrat tandvårdsstöd*, s. 45-46, *Prop. 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*, s. 16-19, *Prop. 2007/08:49 Statligt tandvårdsstöd*, s. 75-77

Amn: i Gällde enbart för protetik och tandreglering, ii Gällde enbart för äldre över 65 år, materialkostnaden ingick inte.

2.2 Dagens tandvårdsstöd

Tandvårdsreformen trädde i kraft första juli 2008. Tandvårdsstödet regleras i författningarna lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd samt Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd.

Dagens tandvårdsstöd består av ett tandvårdsbidrag och ett högkostnadsskydd. Den första juli varje år får bosatta i Sverige ett nytt tandvårdsbidrag.⁴³ Det finns som tillgodohavande hos Försäkringskassan och patienten meddelar sin tandläkare eller tandhygienist att man önskar använda bidraget för att betala en del av kostnaden. *Bidraget* går att använda vid såväl förebyggande tandvård som vid akuta besök. Bidragets storlek bestäms av patientens ålder och är:

- 300 kronor per år för personer mellan 20–29 år
- 150 kronor per år för personer mellan 30–74 år
- 300 kronor per år från och med det år man fyller 75 år.⁴⁴

Högkostnadsskyddet innebär att patienten vid omfattande behandlingar inte behöver betala hela kostnaden själv.⁴⁵ För att undvika kostnadsdrivande effekter i stödet finns förutom ett karensbelopp på 3 000 kronor också en referensprislista som ligger till grund för den statliga ersättningen.⁴⁶ Listan består av åtgärder som berättigar till ersättning. För varje åtgärd finns ett referenspris som används som utgångspunkt när ersättningen beräknas.⁴⁷ Vårdgivarna är fria att sätta sina priser per åtgärd, men referenspriset är grunden för den statliga ersättningen.⁴⁸ Ersättningen baseras på det lägsta av referenspriset och vårdgivarens pris. Är referenspriset det lägsta utgår ersättningen från det, men om vårdgivaren tar ut ett lägre pris baseras ersättningen på detta pris istället.⁴⁹ Tar en vårdgivare ut ett högre pris än referenspriset av en patient betalar patienten själv mellanskillnaden.⁵⁰

- Patienten får ersättning med 50 procent av kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor.
- Överstiger kostnaderna 15 000 kronor får patienten 85 procent ersättning.⁵¹

Patientens utgifter summeras under en period av ett år där patienten har bestämt startdatum, och patienten kan när som helst välja att starta en ny ersättningsperiod.⁵² Ersättningen betalas inte ut direkt till patienten utan vårdgivaren drar av beräknad ersättning från patientens kostnad.

⁴³ §1, 2 kap. lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

⁴⁴ §4 förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

⁴⁵ Försäkringskassan (2011) *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, s. 5.

⁴⁶ §5 förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

⁴⁷ §4, 2 stycket, lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

⁴⁸ Prop. 2007/08:49, s.63–64.

⁴⁹ §4, 2 st., 2 kap. lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

⁵⁰ Prop. 2007/08:49, s. 63.

⁵¹ §5 förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

⁵² §4 lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Därefter betalar Försäkringskassan ut ersättning till vårdgivaren.⁵³ Behandlingar förhandsprövas inte längre av Försäkringskassan utan istället sker efterhandskontroller.⁵⁴ Om en patient ska få ersättning från högkostnadsskyddet och hur stor den ersättningen blir bestäms alltså av om åtgärden är ersättningsberättigande, dess referenspris samt av tandläkarens pris.

De största skillnaderna mellan det gamla och nuvarande tandvårdsstödet är dels att i det nuvarande stödet har hela den vuxna befolkningen samma högkostnadsskydd, dels att högkostnadsskyddet innefattar såväl det som tidigare benämndes bastandvård som protetik och tandreglering. En tredje stor skillnad är att en av avsikterna med konstruktionen av det nuvarande stödet är att patienten alltid ska betala en del av det totala vårdgivarpriset.⁵⁵

⁵³ §8 lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

⁵⁴ Prop. 2007/08:49, s. 96–98.

⁵⁵ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008*, s. 9.

3 Besöksfrekvensen

Kapitlet innehåller en beskrivning av hur besöksfrekvensen såg ut före reformen samt hur den har utvecklats efter reformen.

3.1 Besöksfrekvensens utveckling innan reformen

Ur ett långsiktigt perspektiv har besöksfrekvensen inom tandvården ökat från 1980 fram till 2000-talet. Den generellt ökande besöksfrekvensen under perioden 1980–2005 fick dock inte genomslag i alla åldersgrupper. För patienter äldre än 45 år har besöksfrekvensen ökat och för patienter yngre än 45 år har den minskat.⁵⁶

Nedan följer en tabell över besöksfrekvensens utveckling åren 1980–2005. Siffrorna bygger på självuppskattningar gjorda av befolkningen.

Tabell 2. Andel av befolkningen i olika åldersgrupper som besöker tandvården under ett år. Andel i procent

Ålder	1980–81	1984–85	1990–91	1994–95	1998–99	2000–01	2004–05
16–19	78	85	85	88	87	83	79
20–24	64	67	65	64	64	57	53
25–34	65	73	69	66	62	56	53
35–44	69	78	79	76	71	65	61
45–54	65	75	80	82	82	78	75
55–64	54	64	75	79	82	81	77
65–74	36	49	65	68	76	73	75
75–84	26	34	49	51	62	61	64
16–84	58	67	72	72	73	69	67

Källa: Tandvårdsutredningen (SOU 2007:19). Siffror från SCB:s ULF-undersökningar.

⁵⁶ SOU 2007:19, s. 138–139.

3.2 Besöksfrekvensen efter reformen

I propositionen räknade regeringen med att reformen skulle leda till att antalet patienter som skulle besöka tandvården per år skulle uppgå till 4,7 miljoner⁵⁷, vilket enligt Riksrevisionens beräkningar motsvarar en besöksfrekvens på 67 procent⁵⁸ per år. Regeringen räknade med att tandvårdsbidraget skulle leda till en ökning i besöksfrekvensen med 550 000 personer och att cirka 85 procent av befolkningen skulle komma att besöka tandvården en gång vartannat år.⁵⁹

3.2.1 Liten ökning i besöksfrekvensen sedan 2009

Det datamaterial som Riksrevisionen bygger sin undersökning av besöksfrekvensen på sträcker sig från införandet av reformen 1 juli 2008 fram till 31 december 2011. Eftersom statistiken för 2008 inte är tillförlitlig använder Riksrevisionen i första hand statistik från och med 2009. Datamaterialet visar att besöksfrekvensen för samtliga som besökt tandvården har ökat med 2 procentenheter – från drygt 57 procent per år under 2009 till drygt 59 procent per år under 2011.⁶⁰ Denna siffra kan jämföras med regeringens beräkning av en besöksfrekvens motsvarande 67 procent per år.

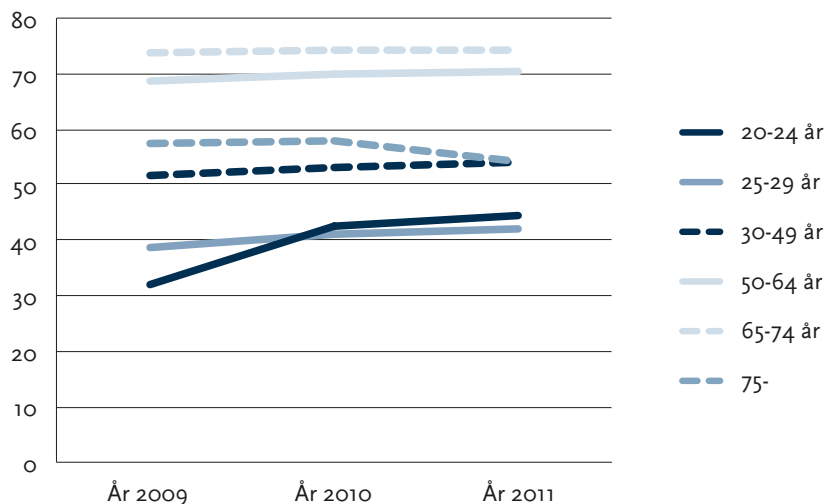
Materialet visar också att det är fler kvinnor än män som har besökt tandvården sedan reformens införande. Kvinnor hade en besöksfrekvens på drygt 62 procent under 2011 och män drygt 56 procent. Personer i åldern 20–29 år har lägst besöksfrekvens. Samtidigt har besöksfrekvensen i åldersgruppen 20–24 år ökat med 13 procentenheter under perioden. Besöksfrekvensen för åldersgruppen 25–29 ligger däremot i linje med ökningen för resten av befolkningen, den har ökat med 3 procentenheter sedan reformen. Besöksfrekvensen för åldersgruppen som är äldre än 75 år har under perioden minskat.

⁵⁷ Prop. 2007/08:49, s. 147.

⁵⁸ Beräknat på att befolkningen över 20 år under 2007 var 7 004 166 ($4\,700\,000 / 7\,004\,166 = 0,67$).

⁵⁹ Prop. 2007/08:49, s. 146.

⁶⁰ Datamaterialet är rekvirerat från Socialdepartementet avseende perioden juli 2008–december 2011. Datamaterialet är insamlat av Försäkringskassan och bearbetat av Statistiska Centralbyrån.

Diagram 1. Befolkningens besöksfrekvens per år i procent

Källa: Datamaterial rekviderat från Socialdepartementet.

En person med god tandhälsa rekommenderas för det mesta att besöka tandvården med 18 månaders mellanrum. Besöksfrekvensen för hela befolkningen var 66 procent under juli 2008–december 2009 och ökade till 67 procent under juli 2010–december 2011. Denna siffra kan jämföras med regeringens beräkning av en besöksfrekvens motsvarande 85 procent vartannat år.

Försäkringskassan har undersökt förebyggande besöksfrekvens

Tandvårdsreformen syftade i första hand till att besöksfrekvensen för den förebyggande tandvården skulle öka. De tandvårdsdata som Riksrevisionen haft tillgång till skiljer inte ut förebyggande besöksfrekvens från icke-förebyggande besök. Försäkringskassan har dock i en undersökning av besöksfrekvensen för de två första åren av reformen kunnat se att den förebyggande besöksfrekvensen och besöksfrekvensen för övriga besök skiljer sig i liten grad. Av befolkningen över 20 år har cirka 71 procent besökt tandvården under tandvårdsstödet första två år och 68 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården i förebyggande syfte.⁶¹ Undersökningen visar att yngre i högre grad gör förebyggande besök. Försäkringskassan menar att anledningen till att yngre har högre förebyggande besöksfrekvens troligen beror på att yngre personer har mindre behov av icke-förebyggande vård än de äldre åldersgrupperna.⁶² Försäkringskassan menar vidare att på grund

⁶¹ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*, s. 6.

⁶² Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*, s. 28–29.

av skillnaderna i tandvårdsbehov mellan olika åldersgrupper är det svårt att jämföra besöksfrekvens mellan grupperna.⁶³

3.2.2 *Besöksfrekvensen skiljer sig mellan olika grupper*

Riksrevisionens datamaterial⁶⁴ visar att det är fler personer med hög inkomst som besökt tandvården jämfört med dem med lägre inkomst. Under 2011 hade de med högst inkomst en besöksfrekvens på 73 procent per år jämfört med 40 procent per år bland dem med lägst inkomst. Besöksfrekvensen är lägst bland män med de lägsta inkomsterna. De som har svensk bakgrund har också en högre besöksfrekvens (63 procent) än de som har utländsk bakgrund (43 procent). Ökningen i besöksfrekvensen under den studerade tidsperioden skiljer sig dock inte nämnvärt mellan grupperna utan har varit cirka 2 procentenheter, vilket leder till att skillnaderna mellan grupperna består.

Riksrevisionens enkätundersökning pekar i samma riktning som datamaterialet, dvs. att svenskfödda, höginkomsttagare och högutbildade har högre besöksfrekvens. Resultatet ligger även i linje med en undersökning från Försäkringskassan.⁶⁵

Försäkringskassans undersökning visar också att samtidigt som svenskfödda är den grupp som i störst omfattning besöker tandvården regelbundet så gör de i genomsnitt få besök per person, vilket tyder på att de har bra tandhälsa.⁶⁶ De personer med låg inkomst som besökt tandvården har gjort fler besök än andra samt har i större utsträckning besökt tandvården för att få tandvård som inte är förebyggande. Försäkringskassan menar att det tyder på att de har större behov av tandvård.⁶⁷

3.3 Sammanfattande iakttagelser

Tandvårdsreformen har sin utgångspunkt i tandvårdslagen som anger att målen med tandvård ska vara en god tandhälsa. Syftet med tandvårdsreformen är en ökad besöksfrekvens för förebyggande tandvård och ett högkostnadsskydd som gör det möjligt för människor med stora tandvårdsbehov att få vård.

⁶³ Försäkringskassan (2010) *Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008, Besöksfrekvenser i förebyggande syfte, samt effekterna av skyddet mot höga kostnader*, s. 6, Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*, s. 21.

⁶⁴ Datamaterialet är rekviderat från Socialdepartementet avseende perioden juli 2008–december 2011. Datamaterialet är insamlat av Försäkringskassan och bearbetat av Statistiska Centralbyrån.

⁶⁵ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*, s. 26.

⁶⁶ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*, s. 21.

⁶⁷ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*, s. 26, 32–33.

Riksrevisionens granskning visar att sedan reformen genomfördes har besöksfrekvensen ökat med 2 procentenheter under åren 2009–2011, vilket är en begränsad förändring. Besöksfrekvensen för åldersgruppen 20–24 år har ökat med 13 procentenheter, medan den för åldersgruppen 25–29 år endast ökat med 3 procentenheter sedan reformen. Besöksfrekvensen för de yngre åldersgrupperna är fortfarande betydligt lägre än för övriga åldersgrupper. Detta kan emellertid bero på att de inte har behov att besöka tandvården lika ofta som äldre åldersgrupper. På grund av skillnaderna i tandvårdsbehov mellan olika åldersgrupper är det svårt att jämföra besöksfrekvens mellan grupperna.

Under 2011 var besöksfrekvensen för befolkningen 59 procent, vilket kan jämföras med regeringens beräkning om en besöksfrekvens motsvarande 67 procent. Det finns stora skillnader i besöksfrekvensen beroende på faktorer som exempelvis ålder och inkomst. Under 2011 hade de med högst inkomst en besöksfrekvens på 73 procent per år jämfört med 40 procent per år bland de med lägst inkomst.

Under 18 månadersperioden juli 2010–december 2011 var besöksfrekvensen 67 procent, vilket kan jämföras med regeringens beräkning om en besöksfrekvens motsvarande 85 procent.

Jämfört med självuppskattningar från tiden före reformen har besöksfrekvensen minskat. Tidigare undersökningar har dock visat att befolkningen har en tendens att överskatta sin besöksfrekvens, därför bör jämförelser med statistiken före reformen göras med mycket stor försiktighet.

Regeringen angav aldrig i målet hur mycket besöksfrekvensen skulle öka och inom vilken tidsram. Däremot gjorde regeringen beräkningar om hur mycket besöksfrekvensen skulle öka. Riksrevisionen kan konstatera att tandvårdsreformen ännu inte har lett till de ökningarna i besöksfrekvensen som regeringen räknade med.

4 Orsaker till förändring i besöksfrekvensen

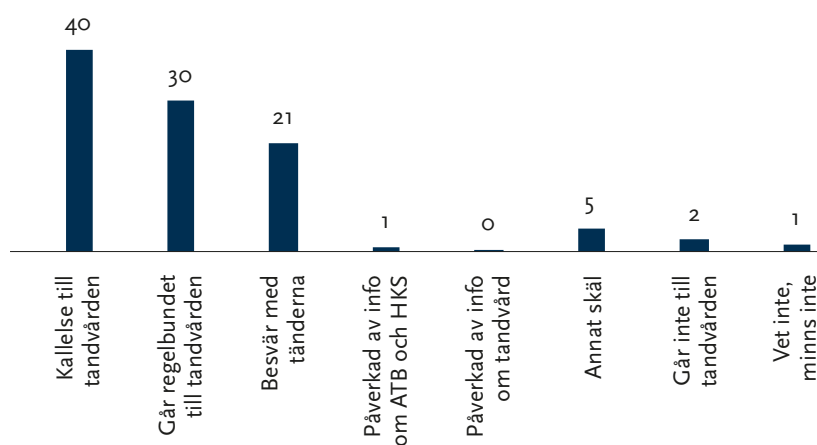
Det kan finnas flera förklaringar till varför befolkningen besöker tandvården. I kapitlet belyses frågan utifrån de svar som har kommit fram genom Riksrevisionens enkätundersökning. Varför man besöker tandvården beskrivs, liksom vilken inverkan priset har på besöksfrekvensen. Vidare analyseras det allmänna tandvårdsbidragets betydelse för besöksfrekvensen.

4.1 Anledningar till att besöka tandvården

Riksrevisionen har genomfört en enkätundersökning med frågor till allmänheten i syfte att kartlägga attityder till tandvårdsstödet. Enkätundersökningen genomfördes under hösten 2011. Svarsfrekvensen för enkäten är 57 procent. Endast resultat där skillnaden mellan olika grupper är statistiskt säkerställd redovisas nedan. En utförligare beskrivning av undersökningen och en mer ingående resultatredovisning finns i bilaga 1 och 2.

Riksrevisionen har i sin enkätundersökning frågat varför man besöker tandvården. Svaren visar att de flesta besöker tandvården regelbundet och att de också blir kallade till tandvården. Nästan ingen har angett att anledningen till deras tandvårdsbesök var att de påverkats av information av tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet eller vikten av regelbunden tandvård.

Diagram 2. Enkätfråga 2: Vad var den avgörande anledningen till att du besökte tandvården senast? Andel i procent



Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

Många av de tandläkare Riksrevisionen intervjuat menar att kallelsen är viktig för att skapa rutiner för en regelbunden tandvård. Däremot kan det vara svårt att kalla patienter som sällan besöker tandvården eftersom kallelsen inte alltid når fram. Det finns då en risk att patienterna ramlar ur systemet och inte blir kallade nästa gång. Det är också svårt att nå ungdomar när de flyttar hemifrån.

En annan viktig faktor som påverkar besöksfrekvensen enligt tandläkarna är att barnen genom den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården får rutiner att besöka tandvården regelbundet. För vissa grupper är det också viktigt att priset för en undersökning inte är alltför högt.

Tandläkare inom Folktandvården lyfter även fram abonnemangstandvård som ett bra alternativ för att ge unga människor rutiner att regelbundet besöka tandvården.

4.2 Anledningar till att inte besöka tandvården

En majoritet av befolkningen besöker tandvården regelbundet, men det finns vissa som inte gör det. Riksrevisionen har undersökt vad det beror på och vad som skulle kunna uppmuntra till regelbundna besök.

4.2.1 Vissa grupper avstår från tandvård trots behov

På frågan om man någon gång under de senaste tre åren har avstått från tandvård trots att man ansett sig vara i behov av det svarar de flesta nej. Det är dock totalt 20 procent av de svarande som har avstått från tandvård trots behov. Enligt tandvårdsdata som Riksrevisionen rekviderat från Socialdepartementet har unga, personer med låg inkomst, och personer födda utomlands lägre besöksfrekvens jämfört med övriga befolkningen. Det är även dessa grupper som i högre utsträckning svarat i enkäten att de avstått från att besöka tandvården trots att de hade behov av det.

I enkäten uppger 7 procent att de har ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa. Riksrevisionen anser att det tyder på att dessa har stora tandvårdsbehov. Dessa personer är oftast lågutbildade, förvärvsarbetar inte eller är födda i övriga världen. Personer med dålig tandhälsa uppger i mycket högre utsträckning (47 procent jämfört med 21 procent av resten av befolkningen) att de inte besöker tandvården regelbundet, utan att de endast besöker tandvården vid besvär eller oro för tandhälsan. Det är även en hög andel, nästan hälften, bland dem med dålig tandhälsa som uppger att de *inte* brukar gå på rutinundersökningar hos tandvården, vilket kan jämföras med 12 procent i resten av befolkningen.

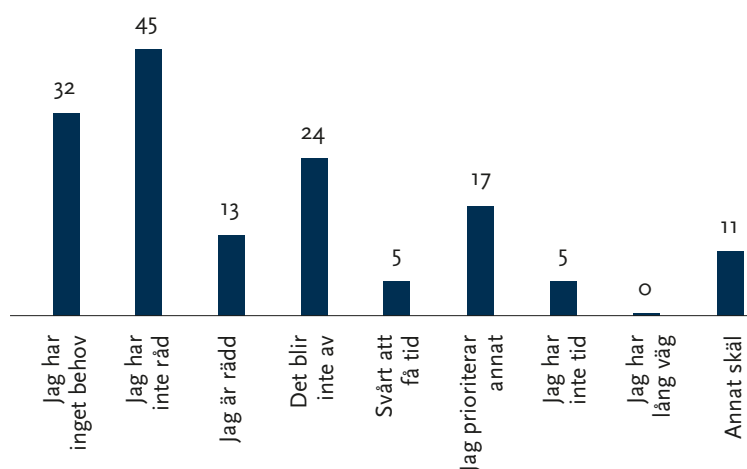
4.2.2 Dålig ekonomi orsak till låg besöksfrekvens

Riksrevisionens enkät visar att det finns vissa grupper som besöker tandvården främst när de får besvär med tänderna och som i högre grad påverkas av priset på tandvård.

En majoritet, nästan tre fjärdedelar, av de med dålig tandhälsa uppger att de inte råd att gå oftare till tandvården än vad de redan gör. Det är färre i gruppen med dålig tandhälsa som tror att de skulle fortsätta att kontrollera sina tänder om det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) försämrades jämfört med de som har bra tandhälsa. Det är också i högre grad viktigt för dem med dålig tandhälsa att tandläkaren eller tandhygienisten har ett lågt pris jämfört med övriga befolkningen.

Enkäten visar att den vanligaste anledningen till att man går mer sällan än vartannat år är att man inte har råd att gå till tandläkaren oftare, följt av att man inte har behov av att gå oftare. Det är också drygt en fjärdedel av de svarande som uppger att det inte blir av att man besöker tandvården.

Diagram 3. Enkätfråga 5: Skäl till varför du som besöker tandvården mer sällan än vartannat år besöker tandvården som du gör. (Flera svarsalternativ är möjliga)
Andel i procent



Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

Det är fler i grupperna unga och personer med låg inkomst som har svarat att priset är viktigt när man väljer tandläkare eller tandhygienist. Vidare uppger de i mindre utsträckning än övriga grupper att de skulle utföra samma sorts tandvård om tandvårdsstödet försämrades. Exempelvis uppger 28 procent av 20–29 åringarna att de troligtvis inte eller inte alls skulle fortsätta att kontrollera tänderna i samma utsträckning om tandvårdsbidraget försämrades.

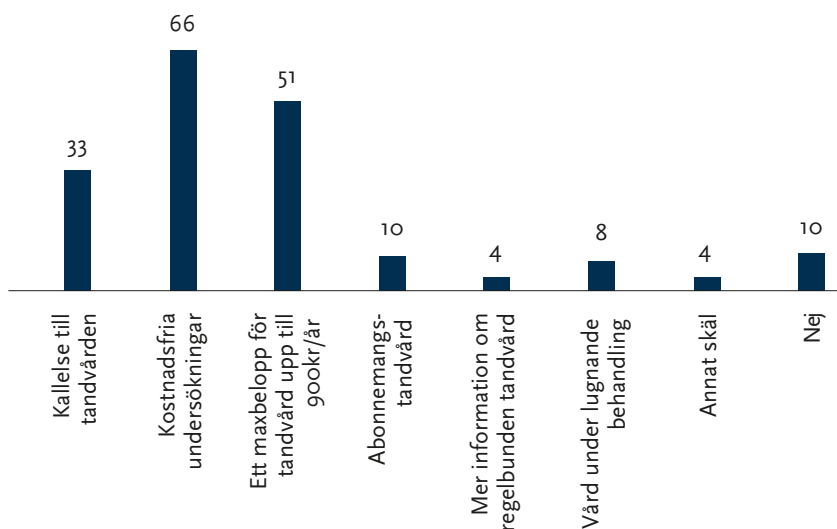
De tandläkare som Riksrevisionen har intervjuat anser att patienter i socioekonomiskt utsatta områden i högre grad påverkas av priset på tandvård. Dessa patienter uppges oftare jämföra priser och fråga efter billigare behandlingsalternativ.

Även Försäkringskassan har i en studie⁶⁸ sett små positiva samband mellan individers inkomster och sannolikheten att konsumera tandvård. Det vill säga att konsumtionen av tandvård ökar när inkomsten ökar. Försäkringskassan menar dock att sambandet mellan inkomst och konsumtion minskar när man tar hänsyn till andra socioekonomiska faktorer och att man därför bör vara försiktig när man tolkar samband mellan inkomst och tandvårdskonsumtion.⁶⁹

Vad kan öka besöksfrekvensen för de som sällan går till tandvården?

Riksrevisionen har frågat de som besöker tandvården mer sällan än vartannat år vad som kan få dem att besöka tandvården oftare. Respondenterna har haft möjlighet att fylla i flera svarsalternativ.

Diagram 4. Enkätfråga 6: Skulle något av följande alternativ få dig att besöka tandvården oftare? (Flera svarsalternativ är möjliga) Andel i procent



Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

Enkäten visar att främst kostnadsfria undersökningar, ett maxbelopp för tandvård upp till 900 kronor per år och kallelse från tandvården skulle få dem att gå till tandvården oftare. Få har svarat att abonnemangstandvård skulle öka

⁶⁸ Denna del av studien gäller all konsumtion av tandvård (det vill säga såväl privat som inom Folktandvården).

⁶⁹ Försäkringskassan (2012) *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1, s. 2. Utförd av Erik Grönqvist, IFAU, på uppdrag av Försäkringskassan.

deras besöksfrekvens. Resultaten ska tolkas med försiktighet eftersom frågan är hypotetisk. Det går inte att säga hur exempelvis kostnadsfria undersökningar verkligen skulle påverka besöksfrekvensen för dem som besvarat enkäten och för resten av befolkningen. Riksrevisionen anser dock att det är värt att notera att inte enbart billigare tandvård utan även kallelse anges som något som skulle kunna påverka besöksfrekvensen.

4.3 Prisets inverkan på besöksfrekvensen

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) ska fungera som ett ekonomiskt incitament till att öka besöksfrekvensen. Avsikten med ATB är att sänka priset för patienten på förebyggande tandvårdsbesök och på så sätt ge de med små besvär större möjlighet att göra förebyggande besök. Eftersom ATB handlar om att ge patienterna en ekonomisk subvention, är det viktigt att belysa hur priset på tandvård påverkar benägenheten att besöka tandvården.

4.3.1 Priset verkar ha liten betydelse

Riksrevisionen har i enkäten ställt en fråga om vad som är viktigast när man väljer tandläkare eller tandhygienist.

Tabell 3. Enkätfråga 14: Vad är det viktigaste när du väljer tandläkare/tandhygienist? Andel i procent

Lågt pris	7
Lätt att få tid	6
Trevlig klinik	8
Förtroendefull relation med tandläkare/tandhygienist	60
Rekommendation av andra	5
Annat skäl	7
Vet inte	4
Besöker inte tandvården	3

Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

För vissa personer kan priset på tandvård påverka beslutet att besöka tandvården. För en majoritet av dem som besvarat Riksrevisionens enkätundersökning är dock en förtroendefull relation till tandläkaren eller tandhygienisten det viktigaste i valet av klinik. Det är endast 7 procent av de svarande som anger ett lågt pris som den viktigaste faktorn.

Enkäten visar också att en majoritet av de som svarat inte heller frågar vad en behandling kostar innan den påbörjas.

Tabell 4. Enkätfråga 12: Frågar du om priser för en tandvårdsbehandling, innan behandlingen påbörjas? Andel i procent

Ja, alltid	18
Ja, ibland	22
Nej, inte särskilt ofta	19
Nej, aldrig	34
Vet inte	1
Har inte varit hos tandvården på länge	6

Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

Bilden av att en förtroendefull relation är det viktigaste för patienten och att patienten sällan frågar om priset innan behandlingen, bekräftas i flera av Riksrevisionens intervjuer. Tandläkarna menar att det är svårt för patienterna att jämföra priser eftersom de inte på förhand känner till vilken behandling de behöver genomgå. Det kan även vara svårt för patienten att avgöra om priset är högt eller lågt i förhållande till andra tandläkares priser.

Forskning visar på viss priskänslighet

Försäkringskassan har i en undersökning sett tecken på viss priskänslighet för patienter som besöker Folktandvården.⁷⁰ En forskare har på uppdrag av Försäkringskassan studerat perioden mars 2009 till februari 2010. Relativt små prisökningar har skett under perioden. Resultatet indikerar att besöksfrekvensen för basundersökningar påverkas av prishöjningar inom Folktandvården. Resultatet tyder på att en enprocentig ökning av priset på en basundersökning leder till en minskad konsumtion av basundersökningar med mellan 1,4 och 1,6 procent.⁷¹ Försäkringskassan menar att den skattade priskänsligheten är representativ för relativt små prisförändringar och att det kan vara svårt att beräkna värden baserade på resultatet utanför detta

⁷⁰ Försäkringskassan (2012) *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1, s. 2 Utförd av Erik Grönqvist, IFAU, på uppdrag av Försäkringskassan.

⁷¹ Försäkringskassan (2012) *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1, s. 21.

prisspann.⁷² Försäkringskassan kan dock inte visa några signifikanta samband mellan övrig konsumtion av tandvård och prishöjningar. Det kan bero på att individers efterfrågan av protetiska åtgärder är förhållandevis okänslig för prisändringar. Det kan också bero på att de prisförändringar som utnyttjats i analysen är relativt små och att större prishöjningar kan leda till andra resultat.⁷³

Försäkringskassan har i sin budgetuppföljning också angett att de senaste årens lågkonjunktur kan vara en förklaring till att besöksfrekvensen inte ökat mer. Befolkningen har mindre pengar att lägga på tandvård.⁷⁴

Riksrevisionens enkät indikerar att priset spelar något större roll för dem som besöker Folktandvården jämfört med de som besöker privata vårdgivare. De som besöker Folktandvården anger i något högre grad att lågt pris är det viktigaste i valet av vårdgivare. Av de patienter som besökt Folktandvården anser 10 procent att lågt pris hos vårdgivare är det viktigaste. Motsvarande siffra för de patienter som besökt privata vårdgivare är cirka 4 procent.

4.4 Statens insatser för att öka besöksfrekvensen

För att uppnå målet med att öka besöksfrekvensen ansåg regeringen att flera olika insatser behövde genomföras. Den huvudsakliga insatsen var allmänt tandvårdsbidrag, men regeringen ansåg också att det var viktigt genomföra informationsinsatser om det allmänna tandvårdsbidraget.

4.4.1 Tandvårdsbidragets inverkan på besöksfrekvensen

Riksrevisionens enkätundersökning tyder på att priset har en begränsad betydelse för benägenheten att besöka tandvården och att en majoritet ändå besöker tandvården regelbundet. Det framkommer också att de som svarat på Riksrevisionens enkät skulle fortsätta att kontrollera sina tänder även om det allmänna tandvårdsbidraget försämrades.

⁷² Försäkringskassan (2012) *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsternas betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1, s. 17f.

⁷³ Försäkringskassan (2012) *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsternas betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1, s. 21.

⁷⁴ Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2011–2016, s. 22.

Tabell 5. Enkätfråga 17: Skulle du fortsätta att kontrollera dina tänder regelbundet om tandvårdsbidraget försämrades? Andel i procent

Ja, absolut	40
Ja, troligtvis	32
Nej, troligtvis inte	8
Nej, inte alls	5
Kontrollerar inte tänderna regelbundet	8
Vet inte	7

Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

De flesta, 72 procent, skulle absolut eller troligtvis fortsätta att kontrollera sina tänder regelbundet även om det allmänna tandvårdsbidraget försämrades. Resultaten ska tolkas med försiktighet eftersom frågan är hypotetisk. Det går inte att säga hur en försämring av det allmänna tandvårdsbidraget verkligen skulle påverka besöksfrekvensen för de som besvarat enkäten, och för resten av befolkningen. De tandläkare som Riksrevisionen intervjuat bekräftar dock bilden av att bidraget inte verkar påverka besöksfrekvensen.

Tandläkarnas förklaring till varför ATB inte påverkar besöksfrekvensen är dels att beloppet är för lågt för de flesta och dels att många inte känner till att bidraget finns. De flesta patienterna känner inte heller till vilket bidrag som de har rätt till. Flera av tandläkarna anser därför att ATB inte är en ändamålsenlig insats för att nå målet om ökad besöksfrekvens. För många verkar det allmänna tandvårdsbidraget således ha liten effekt på besöksfrekvensen.

Tandvårdsbidraget skulle kunna öka besöksfrekvensen för vissa

För vissa i befolkningen verkar dock det allmänna tandvårdsbidraget påverka om de besöker tandvården eller inte. Av dem som svarat på Riksrevisionens enkät har 14 procent uppgett att inte skulle kontrollera sina tänder lika regelbundet som idag om tandvårdsbidraget försämrades.

Majoriteten av de i åldersgruppen 20–29 år har en god tandhälsa och är endast i behov av en tandundersökning vartannat år. Några av tandläkarna anser därför att om kännedomen om bidraget var större skulle det ha viss inverkan på besöksfrekvensen för unga. Eftersom tandvårdsbidraget för de mellan 20–29 år är 300 kronor per år och går att spara i ett år, innebär det att unga i princip får en avgiftsfri undersökning.

Låg kännedom om det allmänna tandvårdsbidraget

Även om det allmänna tandvårdsbidraget skulle kunna påverka besöksfrekvensen för vissa grupper är kännedomen om bidraget låg. Riksrevisionens enkätundersökning visar att 3 av 5 känner till det allmänna tandvårdsbidraget.⁷⁵ Det är också få som känner till vilket tandvårdsbidrag man har rätt till. Lägst kännedom om tandvårdsbidraget finns i åldersgrupperna 20–24 år och 40–49 år.

Tabell 6. Enkätfråga 15: Innan du läste texten om det allmänna tandvårdsbidraget på föregående sida, kände du då till:
Andel i procent

	Ja	Nej
a) att det finns ett tandvårdsbidrag?	61	39
b) vilket tandvårdsbidrag du har rätt till?	28	72

Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

Det är patienten som ska meddela sin tandläkare eller tandhygienist att han eller hon vill använda sitt tandvårdsbidrag vid ett tandvårdsbesök. En tidigare undersökning från Försäkringskassan visar att trots att få känner till bidraget använder sig 93 procent av bidraget då de besöker tandvården. Försäkringskassan tolkar uppgifterna om det höga nyttjandet som att tandläkaren drar av summan utan att informera patienten.⁷⁶

Försäkringskassan är ansvarig för informationen

Regeringen menade vid införandet av det allmänna tandvårdsbidraget att det var viktigt att Försäkringskassan uppmärksammar rätten till bidraget med jämna mellanrum. Försäkringskassan skulle informera om rätten till allmänt tandvårdsbidrag på ett sådant sätt att mottagarna blir uppmuntrade att gå till tandläkaren eller tandhygienisten, det var även viktigt att tandvården skulle nå personer som annars inte hade sökt tandvård.

Regeringen ansåg att det var viktigt att rikta särskilda informationsinsatser till personer som inte använt sitt bidrag inom en tvåårsperiod.⁷⁷ Regeringen pekade i propositionen på att för att tandvårdsbidraget skulle få effekt behövdes

⁷⁵ Försäkringskassan har i en enkätundersökning 2010 (*Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, s. 2) fått resultatet att hälften av befolkningen kände till tandvårdsbidraget. En möjlig förklaring till skillnaden i resultatet kan vara utformningen av frågan och den faktaruta om tandvårdsstödet som Riksrevisionen hade i anslutningen till sin fråga.

⁷⁶ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008*, s. 31.

⁷⁷ Prop. 2007/08:49 s. 71.

informationsinsatser riktade både till patienter och till vårdgivare såväl före som efter införandet av stödet.⁷⁸

Riksrevisionen noterar att regeringen inte har gett Försäkringskassan något specifikt uppdrag att informera om allmänt tandvårdsbidrag eller högkostnadsskyddet. Riksrevisionen konstaterar vidare att Försäkringskassan har valt att främst rikta informationen om stödet till vårdgivarna eftersom man bedömer att det är den mest effektiva informationskanalen till allmänheten.

Försäkringskassan har lämnat viss information om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet till allmänheten. Under 2008 tog Försäkringskassan fram en broschyr som skulle finnas i tandläkarnas väntrum. Försäkringskassan planerade att genomföra en bred kampanj om reformen riktad till allmänheten under hösten 2008, men den blev inställd. Under hösten 2009 genomförde Försäkringskassan en internet-kampanj om tandvårdsbidraget riktad till unga. Under 2010 har myndigheten annonserat i pensionärstidningar för att uppmärksamma de som är över 75 år på att de har dubbelt ATB.

Dessutom finns information om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet riktad till allmänheten på Försäkringskassans webbplats.⁷⁹

Vanligast att patienten blir informerad av sin vårdgivare

Riksrevisionens enkätundersökning visar att det vanligaste sättet att få information om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet är från tandläkare eller tandhygienist. Totalt 42 procent av de svarande uppger att de fått information från vårdgivare. Näst vanligast är att ha fått information genom TV, radio, tidningar eller internet – 15 procent uppger att de fått sin information på detta sätt. Det är få som uppger att de har fått information från Försäkringskassan. Tre procent uppger att de fått information från myndighetens hemsida och lika många uppger att de fått information genom annat material från Försäkringskassan. En fjärdedel uppger att de inte har fått någon information om tandvårdsbidraget.

4.5 Vilken inverkan har abonnemangstandvården?

Abonnemangstandvård är ett system som bygger på fasta ersättningsbelopp. Det är framför allt Folktandvården som erbjuder abonnemangstandvård. Abonnemangen sträcker sig över tre år och patientens kostnader baseras på risken att utveckla sjukdomar i munnen. Priserna för abonnemangen varierar

⁷⁸ Prop. 2007/08:49 s. 71.

⁷⁹ Intervju med företrädare för Försäkringskassan, 2011-11-22.

mellan landstingen.⁸⁰ Hälften av alla patienter hade under perioden juli 2009–juni 2011 en premie på 1 074 kronor per år.⁸¹

Ett övergripande syfte med abonnemangstandvården är att premiera god tandhälsa, med särskilt fokus på preventiva insatser. Ett annat syfte är att erbjuda en betalningsform som innebär att tandvårdskostnaderna fördelas mellan månaderna.⁸²

Tandvårdsbidraget får användas som delbetalning för abonnemangstandvård. Ersättning från högkostnadsskyddet får däremot inte lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård.⁸³

Folktandvården har de senaste åren satsat på att bygga ut abonnemangstandvården. Under 2007 fanns cirka 120 000 abonnemangspatienter, varav drygt hälften var patienter i åldern 20–29 år.⁸⁴ Försäkringskassan och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har i två separata studier undersökt förekomsten av abonnemangstandvård. Antalet registrerade abonnemang skiljer sig åt mellan studierna och Försäkringskassan kan inte med säkerhet uttala sig om orsaken till skillnaden. Studierna visar dock att det under 2011 finns mellan 300 000 och 400 000 abonnemangsavtal.⁸⁵

Försäkringskassans undersökning visar att det fortfarande främst är yngre patienter som tecknar abonnemangsavtal; drygt hälften av abonnemangspatienterna är mellan 20 och 29 år. Två procent av patienterna var över 65 år när de tecknade avtal. Försäkringskassan menar att fördelningen av patienter mellan riskklasser indikerar att abonnemangstandvården i stor utsträckning riktar sig till yngre patienter med god tandhälsa och med relativt små tandvårdsbehov. Patienter med mer omfattande behov som har en högre risk att drabbas av oförutsedda kostnader tecknar däremot avtal i mycket liten utsträckning.⁸⁶

⁸⁰ <http://www.folktandvarden.se/frisktandvard/> 31 januari 2012.

⁸¹ Försäkringskassan (2012) Socialförsäkringsrapport 2012:2, s. 18.

⁸² SOU 2007:19, s. 233.

⁸³ Prop.2007/08:49, s. 56.

⁸⁴ SOU 2007:19, s. 202.

⁸⁵ Försäkringskassan (2012) Socialförsäkringsrapport 2012:2, s. 14.

⁸⁶ Försäkringskassan (2012) Socialförsäkringsrapport 2012:2, s. 5.

4.6 Sammanfattande iakttagelser

Resultatet av Riksrevisionens enkätundersökning visar att kännedomen om tandvårdsbidraget fortfarande är låg. Riksrevisionen kan konstatera att Försäkringskassans information om det allmänna tandvårdsbidraget i låg utsträckning har gått direkt till allmänheten. Informationen lämnas mestadels via tandläkarna och når därmed främst dem som redan besöker tandvården.

Majoriteten av dem som besvarat Riksrevisionens enkätundersökning besöker således tandvården oavsett tandvårdsbidraget. Enkätundersökningen visar också att det är andra faktorer än det allmänna tandvårdsbidraget eller tandläkarens pris som påverkar beslutet att besöka tandvården och valet av vårdgivare. De flesta uppger att de skulle besöka tandvården även om tandvårdsbidraget försämrades. Eftersom frågan är hypotetisk är det dock svårt att veta hur befolkningen verkligen skulle agera om stödet försämrades.

Riksrevisionens granskning visar också att det finns vissa grupper som i högre grad påverkas av priset på tandvård. Forskning visar dessutom på en viss priskänslighet när det gäller basundersökningar, det som brukar kallas för förebyggande tandvård, bland de patienter som besöker Folktandvården. Riksrevisionens granskning visar att det framför allt är unga, personer med låg inkomst eller med utländsk bakgrund som tycks påverkas av priset. Dessa grupper är också överrepresenterade bland dem som anger att de skulle besöka tandvården oftare om det fanns ett tak för tandvårdskostnader eller om förebyggande undersökningar var gratis.

Riksrevisionen bedömer att utvecklingen av abonnemangstandvården skulle kunna vara en förklaring till att besöksfrekvensen ökat främst inom åldersgruppen 20–24 år, eftersom det är denna åldersgrupp som i störst utsträckning har tecknat abonnemangstandvård.

Riksrevisionens sammanfattande bedömning är att det finns tecken på att statens insatser i form av allmänt tandvårdsbidrag har haft liten påverkan på besöksfrekvensen. Det beror på att information om stödet i de flesta fall når människor först när de besöker tandläkaren, men också på andra faktorer. För de mest priskänsliga yngre med god tandhälsa skulle kännedom om att tandvårdsbidraget gör undersökningen gratis troligen öka besöksfrekvensen. Riksrevisionens slutsats blir att tandvårdsbidraget inte är tillräckligt känt och att det inte heller i tillräcklig grad påverkar människors beslut att uppsöka tandläkare. Det är därmed osäkert om tandvårdsbidraget fyller sitt syfte att åstadkomma ökad tandhälsa genom förebyggande tandvård.

5 Rimliga kostnader för patienten

Detta kapitel beskriver om målet att skapa rimliga kostnader för patienter med stora behov uppnås genom högkostnadsskyddet. Kapitlet innehåller även en beskrivning av om de delmål som regeringen satte upp för högkostnadsskyddet uppnås. Vidare finns en beskrivning av om högkostnadsskyddet och referensprislistan har bidragit till att uppnå målet.

5.1 Kommer högkostnadsskyddet patienten till del?

Ett mål med det ökade tandvårdsstödet var att det skulle komma patienten till del genom att leda till minskade tandvårdskostnader. Regeringen menade att det var viktigt att de ökade subventionerna inte hamnade hos vårdgivarna genom att dessa, trots statlig ersättning, debiterade patienten hela kostnaden.⁸⁷ Riksrevisionen har därför undersökt hur patientkostnaderna har utvecklats och om vårdgivarna har höjt priserna i högre utsträckning sedan reformen.

5.1.1 *Högkostnadsskyddet har lett till billigare tandvård vid omfattande konsumtion*

I och med tandvårdsreformen infördes ett högkostnadsskydd som gäller för alla vuxna patienter oavsett ålder. Högkostnadsskyddet innebär en subvention av den del av patientens tandvårdskostnad som överstiger 3 000 kronor.

Uppgifter från Försäkringskassan avseende 2008–2009 indikerar att patientkostnaden för patienter med omfattande tandvårdskonsumtion i genomsnitt blivit lägre sedan reformen. För patienter med hög konsumtion som ingår i åldersgruppen 30–64 år har patientkostnaden sjunkit med cirka 25 procent.⁸⁸ Anledningen till att patienter med omfattande tandvårdskonsumtion har fått lägre kostnader beror på att de fått stora subventioner från högkostnadsskyddet.

⁸⁷ Prop. 2007/08:49 s. 51.

⁸⁸ Försäkringskassan (2010) *Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008*, s. 33–34.

För patienter som har en genomsnittlig konsumtion av tandvård⁸⁹ har dock tandvården blivit dyrare, vilket särskilt gäller för äldre patienter.⁹⁰ Anledningen till att dessa patienter fått en dyrare tandvård beror på att de inte kommer över karensnivån på 3 000 kronor och de får därför inget stöd från högkostnadsskyddet.

Försäkringskassan menar dock att jämförelser i patientkostnader mellan gamla och nya tandvårdsstödet ska göras med försiktighet då det finns svårigheter att få en helhetsbild över patientens konsumtion och kostnader före reformen.⁹¹

5.1.2 *Har vårdgivarna höjt priserna i högre utsträckning sedan reformen?*

Ett sätt att bedöma om subventionen har hamnat hos vårdgivarna eller patienterna är att undersöka prisutvecklingen efter reformen.

Under perioden 1974–1998 var tandvården prisreglerad, och vårdgivarnas priser ökade sett till hela perioden mindre än det totala konsumentprisindex. Efter att priserna släpptes fria 1999 har prisökningarna varit betydligt högre än i ekonomin i stort. Under 1999 steg priserna med 23 procent.⁹² Prisökningstakten dämpades dock strax innan reformen genomfördes. Enligt SCB:s index för tandläkararvode ökade prisnivån under perioden januari 2003–juni 2008 med i genomsnitt 2,7 procent per år.⁹³

Prisökningarna har i genomsnitt inte varit högre sedan reformen. Enligt Riksrevisionens beräkningar har vårdgivarnas priser för 10 vanliga behandlingspaket ökat med i genomsnitt 8 procent, under juli 2008–december 2011. Priserna har däremot ökat i högre grad i de behandlingspaket där priset överstiger karensbeloppet på 3 000 kronor. Vårdgivarnas priser har ökat mest i behandlingspaket som innehåller rotfyllning, flerytsfyllning och kompositkrona. I dessa behandlingspaket har priserna i genomsnitt ökat med 18 procent under perioden. Priset ökade i lägre grad för det behandlingspaket som understiger karensbeloppet och som innehåller undersökning och förebyggande åtgärd – priserna har ökat i snitt med 7 procent för detta behandlingspaket.

⁸⁹ Avser såväl median- som medelpatient.

⁹⁰ Försäkringskassan (2010) *Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008*, s. 7.

⁹¹ Försäkringskassan (2010) *Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008*, s. 33–34.

⁹² SOU 2007:19, s. 157f.

⁹³ Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*, Socialförsäkringsrapport 2010:13.

5.1.3 Referensprislistan kan inverka på tandläkarnas priser

Eftersom ersättningen i högkostnadsskyddet är baserad på ett referenspris som i slutänden avgör hur mycket ersättning patienten får från stödet, anser Riksrevisionen att det är viktigt att också undersöka hur referenspriset påverkar prisutvecklingen. Referenspriset ska på en och samma gång syfta till flera olika saker, såsom minska risken för okontrollerad kostnadsutveckling, ha en prisstyrande effekt, vara kopplad till kostnader för produktion av tandvård samt göra det enklare för patienterna att jämföra vårdgivares priser.

Regeringen menade att referenspriserna skulle syfta till att ge patienterna vägledning om vad som är ett rimligt pris för en viss åtgärd och ligga till grund för prisjämförelser. Referenspriserna skulle på så sätt även stärka patientens ställning på marknaden och att stimulera konkurrensen. Tanken var att de faktiska priserna hos olika vårdgivare skulle vara både högre och lägre än referenspriserna. Referenspriset skulle vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt bör kosta.⁹⁴

TLV ansvarar för referenspriserna

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om karensnivåer i högkostnadsskyddet och vilka åtgärder som ska inkluderas i högkostnadsskyddet. TLV bestämmer även referenspriser för åtgärderna. Referenspriserna är baserade på tandläkarnas kostnader för arbete, tandtekniskt arbete och dentalt material. I kalkylen ingår direkta kostnader (exempelvis arbetskostnader och material) och påslag på 50 procent på arbetskostnaderna för indirekta kostnader (exempelvis administration, lokaler och utvecklingskostnader). Arbetskostnaden grundar sig på tidsstudier från framför allt offentlig verksamhet. Anledningen till att TLV utgår från offentlig verksamhet är att få tidsstudier görs inom de privata mottagningarna. De tidsstudier som TLV valt att utgå ifrån grundar sig på vad TLV beskriver som en duktig genomsnittstandläkare.

TLV genomför varje år en generell omräkning av referenspriserna. Vid omräkningen utgår TLV från kostnadsutvecklingen inom tandvårdsbranschen. TLV genomför även en strukturell genomgång vart tredje år och tar då in nya underlag från tandvårdsbranschen.⁹⁵

⁹⁴ Prop. 2007/08:49 s. 63.

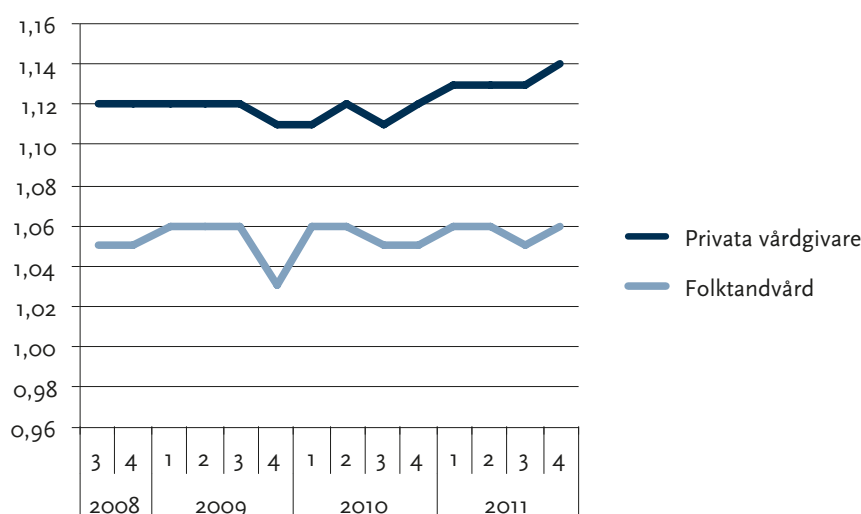
⁹⁵ Intervju med företrädare för TLV 2011-10-28.

Vårdgivarnas priser överstiger referenspriserna

Riksrevisionen har i granskningen fått indikationer på att referenspriserna kan bidra till prisutvecklingen. Riksrevisionen har därför analyserat om det finns ett samband mellan referenspriserna och prisutvecklingen under perioden juli 2008–december 2011.

Diagrammet nedan visar hur tandläkarnas åtgärdspriser förhåller sig till referenspriserna. Diagrammet visar relativpriset, det vill säga tandläkarens åtgärdspris dividerat med referenspriset vid behandlingen.

Diagram 5. Tandläkarnas åtgärdspriser i förhållande till referenspriser



Källa: Riksrevisionens egna beräkningar baserade på data rekviderat från Socialdepartementet

Av diagram 5 framgår att Folktandvårdens priser i genomsnitt överstigit referenspriserna med 5 procent under juli 2008–december 2011. De privata vårdgivarnas priser överstiger under perioden i genomsnitt referenspriserna med 12 procent.⁹⁶ Folktandvårdens priser beslutas av landstingsfullmäktige. Eftersom tandvårdsmarknaden inte lägre är prisreglerad är de privata tandläkarna fria att besluta om priserna själva.

En orsak till att vårdgivarnas priser många gånger överstiger referenspriserna är att i vissa vårdgivares priser ingår kostnader för materialval utöver det standardmaterial som referenspriset är beräknat på. Inom specialisttandvården är taxan ofta mellan 25 och 30 procent högre än inom allmäntandvården.⁹⁷ Det är oklart i vilken utsträckning dessa faktorer bidrar till att vårdgivarnas priser överstiger referenspriserna.

⁹⁶ Datamaterialet har rensats från extremvärden, men är inte säsongrensats.

⁹⁷ Uppgifter från TLV, 2012-03-26.

Av diagrammet kan man även utläsa att när referenspriset höjs i september varje år minskar skillnaden mellan tandläkarnas åtgärdspriser och referenspriserna temporärt. Ungefär en månad senare stabiliseras de privata tandläkarnas åtgärdspriser på den föregående nivån, eller till och med på en högre nivå. Samma sak gäller för Folktandvården, men priserna höjs först när kommunfullmäktige beslutar om priserna i januari året därpå. Detta skulle kunna tolkas som att tandläkarna anpassar sina åtgärdspriser till den nya nivån på referenspriserna, och att referenspriserna därmed skulle ha en prisdrivande effekt.

Flera av de privata tandläkare som Riksrevisionen intervjuat menar även att de påverkas av Folktandvårdens priser när de sätter sina egna priser. I statistiken går det att se tendenser till att de privata vårdgivarna höjer sina priser i samband med att Folktandvården höjer sina priser i januari varje år. Även Försäkringskassan har i en undersökning fått indikationer på att Folktandvården är prissättande i respektive region.⁹⁸

Det saknas incitament att ha lägre priser än referenspriset

En majoritet av de tandläkare som Riksrevisionen intervjuat anser att det inte finns några incitament att ta ut lägre priser än referenspriserna.

Tandläkarna uppger att incitament saknas av flera anledningar:

- patienterna är inte priskänsliga och saknar information om priser
- patienterna får inte ersättning för mellanskillnaden mellan referenspriset och vårdgivarnas priser
- tar tandläkarna ut ett lägre pris av patienten får tandläkarna mindre i intäkt (trots att patientens kostnad inte påverkas i lika hög utsträckning), se beräkningsexemplet nedan.

Referenspriset för åtgärd 501 Upprensning och rotfyllning, en rotkanal är 3 180 kr. Tandläkare x tar ut 3 180 kr för behandlingen. Tandläkare y tar ut 1 995 kr för samma behandling. En patient behöver två rotfyllningar av denna sort.

Hos tandläkare x kostar det $2 \cdot 3\,180 \text{ kr} = 6\,360 \text{ kr}$, patientens pris blir 4 680 kr eftersom högkostnadsskyddet träder in. Hos tandläkare y kostar det $2 \cdot 1\,995 \text{ kr} = 3\,990 \text{ kr}$, patientens kostnad blir 3 495 kr.

Utan högkostnadsskyddet skulle skillnad i pris vara 2 370 kronor för patienten. Med högkostnadsskyddet blir skillnaden för patienten 1 185 kronor. Tandläkare y får dock 2 370 kronor lägre intäkt. Högkostnadsskyddet jämnar ut skillnaderna i kostnaden för patienten, vilket gör att patientens incitament att välja den billigaste tandläkaren minskar. Tandläkarnas incitament att ta låga priser blir därför också mindre.

⁹⁸ Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdssstödet*, Socialförsäkringsrapport 2010:13, s. 26, 38–39.

⁹⁹ Patienten betalar 3 000 kronor själv (karensbeloppet) och får 50 procent subvention över 3 000 kronor. $3\,360 \text{ kronor} \cdot 50 \text{ procent} = 1\,680 \text{ kronor}$. $3\,000 + 1\,680 = 4\,680 \text{ kronor}$ som patienten ska betala.

Anledningen till att högkostnadsskyddet är uppbyggt så att patienten får ersättning som grundar sig på det lägre priset är att det annars skulle kunna finnas en risk för att patienter i vissa fall skulle kunna få mer ersättning från det statliga tandvårdsstödet än vad han eller hon betalt för sin behandling. Effekten skulle kunna uppstå om en vårdgivare sänker priset på en behandling när patienten nått karensbeloppet och att subventionen från tandvårdsstödet då skulle medföra att patienten skulle få gratis tandvård.¹⁰⁰

Delade meningar om möjligheten att ha lägre pris än referenspriset

Flera av de tandläkare Riksrevisionen intervjuat anser att det inte finns några incitament att ta lägre priser än referenspriserna. Flera av tandläkarna anser också att referenspriserna är låga och att det är svårt att ha lägre priser än referenspriserna. Några tandläkare menar att anledningen till att referenspriserna bildar ett golv för prissättningen är att det inte finns någon möjlighet att ha ett lägre pris.

De privata tandläkare som tar lägre priser än referenspriserna, menar att det är möjligt genom att de har genomfört lyckade upphandlingar och genom stordriftsfördelar. Andra tandläkare menar att det inte är möjligt att ta lägre pris utan att göra avkall på kvaliteten.

En undersökning från Försäkringskassan visar att den vanligaste orsaken till att vårdgivarpriset ligger under referenspriset är att arbetet gick fortare än normalt.¹⁰¹

5.2 Ett skydd mot höga kostnader men inte för dem med störst behov?

Målet med högkostnadsskyddet var att det skulle vara ett stöd vid omfattande tandvårdsbehov. De statliga resurserna skulle även så långt möjligt träffa de individer som har de största tandvårdsbehoven. Regeringen menade att skyddet mot höga kostnader skulle minska de ekonomiska hindren för patienter att konsumera den tandvård som de behöver.¹⁰² Regeringen bedömde att kostnader över 3 000 kronor av de flesta människor uppfattas som höga och att svårigheterna att själv finansiera kostnaderna ökar när man uppnår denna kostnadsnivå. Regeringen menade samtidigt att ett generellt system, med samma karensbelopp och ersättningsnivåer för alla, inte skulle innebära att tandvårdskostnaderna minskar så mycket för alla grupper att de ekonomiska

¹⁰⁰ SOU 2007:19 s. 310., Prop. 2007/08:49 s. 81.

¹⁰¹ Försäkringskassan (2011) *Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet*, Socialförsäkringsrapport 2011:2, s. 24.

¹⁰² Prop. 2007/08:49, s. 48f.

hindren för att få tandvård helt försvinner. Regeringen menade att de med sämst ekonomiska förutsättningarna istället kunde ansöka om bistånd till tandvård enligt socialtjänstlagen.¹⁰³

5.2.1 Högkostnadsskyddet går till få patienter

Högekostnadsskyddet är avsett att gå till dem med störst tandvårdsbehov. I detta avsnitt framgår hur stor andel av befolkningen som tar del av högekostnadsskyddet och vilka grupper som nyttjar skyddet.

En studie från Försäkringskassan visar att en fjärdedel av den vuxna befolkningen som besökt tandvården har fått ersättning över karensbeloppet om 3 000 kronor från högekostnadsskyddet. Tre procent av de som besökt tandvården har fått ersättning över den andra ersättningsnivån om 15 000 kronor, och nästan hälften av all ersättning från högekostnadsskyddet gick till denna grupp.¹⁰⁴ Andelen av patienterna som har kostnader som överstiger 3 000 kronor och får ersättning från högekostnadsskyddet, ligger i linje med tandvårdsutredningens beräkningar.

Även om en fjärdedel av de som besöker tandvården kommer upp i kostnader som överstiger karensbeloppet om 3 000 kronor är det en betydande andel av dem som inte får en subvention som motsvarar halva vårdgivarpriset.¹⁰⁵ Detta beror dels på att vårdgivarernas priser oftast överstiger referenspriserna, dels på att inte all tandvård är ersättningsberättigande.

Störst andel som utnyttjat högekostnadsskyddet finns bland personer 50–74 år och minst andel i åldersgruppen 20–29 år. I den högsta inkomstgruppen har störst andel använt högekostnadsskyddet. Däremot har de med låg inkomst som nyttjat skyddet höga ersättningsbelopp jämfört med övriga grupper.¹⁰⁶ Det betyder att de låginkomsttagare som kommer över karensbeloppet har en mer omfattande konsumtion än övriga grupper, vilket delvis kan förklaras av att många i gruppen är över 65 år och därför har mer omfattande tandvårdsbehov.¹⁰⁷

Riksrevisionens datamaterial visar att patienterna i genomsnitt har fått betala 67 procent av vårdgivarpriset och resten av kostnaden har subventionerats. Andelen av priset som har subventioneras har varit konstant under juli 2008

¹⁰³ Prop. 2007/08:49, s. 75.

¹⁰⁴ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008*, s. 42–43.

¹⁰⁵ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008*, s. 65–67.

¹⁰⁶ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008*, s. 45.

¹⁰⁷ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008*, s. 7.

till december 2011. Även om andelen av patientens pris som subventioneras har varit konstant betyder inte det att patientens kostnader varit oförändrade. Mellan 2008 och 2009 ökade exempelvis hushållens konsumtionsutgifter (patientavgifter) för tandvård från 13,1 miljarder till 14,4 miljarder.¹⁰⁸

5.2.2 Högkostnadsskyddets inverkan på konsumtionen av tandvård

Av föregående avsnitt framgår att det är en liten del av befolkningen som får ersättning från högkostnadsskyddet. Riksrevisionens enkätundersökning visar också att en majoritet av de svarande skulle fortsätta att utföra samma tandvård om högkostnadsskyddet försämrades. Resultatet ska dock tolkas med viss försiktighet eftersom frågan är hypotetisk.

Tabell 6. Enkätfråga 18: Skulle du utföra samma typ av tandvård som du har gjort fram tills idag om högkostnadsskyddet försämrades? Andel i procent

Ja, absolut	31
Ja, troligtvis	35
Nej, troligtvis inte	14
Nej, inte alls	5
Besöker inte tandvården i dagsläget	6
Vet inte	9

Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

Över hälften av de svarande, 66 procent, skulle absolut eller troligtvis utföra samma typ av tandvård som man gjort fram tills idag även om högkostnadsskyddet försämrades. För många verkar högkostnadsskyddet ha liten effekt på besöksfrekvensen och konsumtionen av tandvård.

För vissa av dem som besvarat enkäten verkar dock högkostnadsskyddet påverka benägenheten att besöka tandvården och konsumtionen av tandvård. Av de svarande har 19 procent uppgett att de inte skulle utföra samma typ av tandvård som idag om högkostnadsskyddet försämrades.

¹⁰⁸ Prop. 2011/12:1, *budgetpropositionen för 2012*, utgiftsområde 9, s. 38.

Låg kännedom om högkostnadsskyddet

Även om högkostnadsskyddet skulle kunna påverka konsumtionen av tandvård för vissa grupper är det få som känner till skyddet. Riksrevisionens enkätundersökning visar att cirka 2 av 5 känner till högkostnadsskyddet.¹⁰⁹ Det är också få som känner till från och med vilka belopp man kan få ersättning från högkostnadsskyddet.

Tabell 7. Enkätfråga 15: Innan du läste texten om högkostnadsskyddet på föregående sida, kände du då till: Andel i procent

	Ja	Nej
c) att det finns ett högkostnadsskydd för tandvård?	48	52
d) från och med vilka belopp du kan få ersättning från högkostnadsskyddet?	17	83

Källa: Riksrevisionens enkätundersökning 2011

5.2.3 Färre med dålig tandhälsa besöker tandvården

I enkäten uppger 7 procent att de har ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa, vilket torde innebära att de också har stora tandvårdsbehov. Dessa personer är oftast lågutbildade, förvärvsarbetar inte eller är utrikes födda. Personer med dålig tandhälsa uppger i mycket högre utsträckning jämfört med resten av de svarande att de inte besöker tandvården regelbundet, utan att de endast besöker tandvården vid besvär eller oro för tandhälsan.

Det är en högre andel av de som har dålig tandhälsa som har uppgett att de avstått från tandvård på grund av kostnaden. Gruppen med dålig tandhälsa framstår som mer påverkad av priset på tandvård än resten av de som svarat på enkäten. Det är också färre i gruppen med dålig tandhälsa som tror att de skulle fortsätta att utföra samma typ av tandvård om högkostnadsskyddet skulle försämrats jämfört med de som har bra tandhälsa. De med dålig tandhälsa uppger också i högre grad än resten av de som svarat att de alltid frågar om priset för en tandvårdsbehandling innan den påbörjas samt att de någon gång avstått från att gå till tandvården för att de inte kände till vad det kostade. Jämfört med övriga befolkningen är det också i högre grad viktigt för de med dålig tandhälsa att tandläkaren eller tandhygienisten har ett lågt pris. Riksrevisionen tolkar enkätsvaren så att högkostnadsskyddet inte går till alla de som har stora tandvårdsbehov.

¹⁰⁹ Försäkringskassan har i en enkätundersökning 2010 (*Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, s. 2) fått resultatet att 67 procent kände till högkostnadsskyddet.

Även Försäkringskassan har i en undersökning sett indikationer på att stödet inte går till de med störst behov. Undersökningen som omfattar reformens två första år visar att en liten del av låginkomsttagarna nyttjar högkostnadsskyddet. Försäkringskassan menar att möjligheten att få tandvården betald av socialtjänsten inte är tillräckligt för att kompensera för skillnaderna i de ekonomiska ramarna som finns i befolkningen. Försäkringskassan menar att troligen räcker inte högkostnadsskyddet för att att alla, oavsett inkomst, ska få sina behov tillfredställda.¹¹⁰

5.2.4 *Andelen som avstår från tandvård trots behov har ökat*

Syftet med högkostnadsskyddet är att färre personer ska avstå från tandvård på grund av kostnaderna när de har behov av tandvård.¹¹¹

Socialstyrelsen genomförde före tandvårdsreformen en enkätundersökning under 2005 där 16 procent svarade att de avstått från tandvård trots behov. Av dessa hade 23 procent avstått från tandvård av ekonomiska skäl.¹¹²

Riksrevisionens enkätundersökning visar att andelen som uppger att de avstått från tandvård trots behov har ökat sedan reformen genomfördes. 20 procent av de svarande säger att de har avstått från tandvård trots behov. Drygt hälften av de som avstått gjorde de på grund av kostnaden för tandvård, ytterligare 30 procent gjorde det i viss mån på grund av kostnaden. Riksrevisionens resultat ligger i linje med en undersökning som Socialstyrelsen genomförde 2009 där 22 procent av de tillfrågade uppgav att de avstått från tandvård trots behov. Drygt hälften av de som avstod från tandvård trots behov gjorde det av ekonomiska skäl.¹¹³

5.3 Är högkostnadsskyddet vårddrivande?

Regeringens målsättning var att högkostnadsskyddet inte skulle vara vårddrivande eller vårdstyrande.¹¹⁴ Samtidigt räknade regeringen med att skyddet skulle leda till en ökad tandvårdskonsumtion motsvarande 1,1 miljarder i ersättning från högkostnadsskyddet per år.¹¹⁵

¹¹⁰ Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*, s. 54.

¹¹¹ Prop. 2007/08:49, s. 49.

¹¹² Socialstyrelsen (2006) *Befolkningens tandhälsa, Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet*, s. 27.

¹¹³ Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa 2009, Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet*, s. 29.

¹¹⁴ Prop. 2007/08:49, s. 49.

¹¹⁵ Prop. 2007/08:49, s. 146.

5.3.1 *Hela anslaget för högkostnadsskydd används inte*

Det datamaterial som Riksrevisionen rekviderat från Socialdepartementet visar att utbetalningarna från högkostnadsskyddet har ökat i liten utsträckning från 3,8 miljarder under 2009 till 4 miljarder under 2011.

Konsumtionen har inte uppgått till de kostnader som regeringen räknat med; varje år har anslaget för tandvårdsstödet underskridits. Försäkringskassans anslagsbelastning 2011 för både högkostnadsskyddet och allmänt tandvårdsbidrag är cirka 5 miljarder, vilket är 1,7 miljarder lägre än vad regeringen anslagit.¹¹⁶

En av orsakerna till att de medel som avsatts för högkostnadsskyddet inte används fullt ut kan bero på att TLV behöver göra komplicerade avvägningar för att hålla kostnaderna för högkostnadsskyddet inom anslaget. Myndigheten har möjlighet att antingen föra in fler åtgärder som kan berättiga till ersättning ur högkostnadsskyddet eller sänka de beloppsgränser som gäller för att patienter ska få del av skyddet. Hittills har TLV valt linjen att pröva om fler åtgärder kan inkluderas i högkostnadsskyddet, men varit restriktiv. TLV arbetar för att inkludera fler åtgärder i högkostnadsskyddet men arbetet har gått långsamt. Det beror enligt TLV på att det tidigare utifrån Försäkringskassans prognoser varit svårt att bedöma hur tandvårdsstödet kommer att utnyttjas. TLV har inte heller velat sänka gränserna för karensnivåerna i högkostnadsskyddet för att utnyttja resurserna i tandvårdsstödet. Detta beror enligt TLV på att man i första hand velat justera utgifterna i tandvårdsstödet genom att göra fler åtgärder ersättningsberättigande.¹¹⁷

5.3.2 *Risk för överutnyttjande och fusk*

Även om tandvårdsstödet inte kan sägas ha varit vård drivande på så sätt att konsumtionen av tandvård ökat kraftigt, finns det risk för överkonsumtion när karensnivåerna i högkostnadsskyddet passerats.

Flera av de tandläkare som Riksrevisionen har intervjuat anser att det finns en risk för överutnyttjande inbyggt i systemet. De menar att när patienten kommer över karensnivån i högkostnadsskyddet kan patienten eller tandläkaren ha incitament att utföra mer vård.

Samtidigt anser tandläkarna att det finns en gråzon när det gäller vad som är överutnyttjande. Det kan vara svårt att avgöra om det är överutnyttjande att åtgärda någon skada tidigt istället för att vänta, eller att göra en dyrare åtgärd men som kanske håller längre.

¹¹⁶ Försäkringskassan (2012) *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområden budgetåren 2011-2016*, s. 21.

¹¹⁷ Intervju med företrädare för TLV.

Tandläkarna och företrädare för TLV menar att kravet att uppge diagnoskod medför att det inte går att utföra helt omotiverad vård, utan att det snarare handlar om att åtgärda något som man skulle kunna vänta lite med att åtgärda. Försäkringskassan menar dock att det i en granskning kan finnas tillfällen då det är svårt att i efterhand se vilken diagnos eller svårighetsgrad som verkligen fanns hos patienten.¹¹⁸

Att patienten alltid får betala något, minskar också incitamenten att försöka få vård man egentligen inte behöver. Det kan emellertid vara svårt för patienten att själv avgöra vilken tandvård som är nödvändig.

En faktor som ska motverka fusk är att tandläkarna riskerar att bli återbetalningsskyldiga om felaktigheter upptäcks vid efterhandskontroll av Försäkringskassan. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har granskat Försäkringskassans kontroller av utbetalningar från tandvårdsstödet. ISF anser att vårdgivarnas ekonomiska drivkrafter att göra rätt är små. Detta beror på att få tandläkare kontrolleras, även efter att fel upptäckts, samt att Försäkringskassan inte använder de möjligheter till sanktioner som finns. ISF menar att med svaga drivkrafter att göra rätt finns det en risk för överutnyttjande.¹¹⁹ Försäkringskassan instämmer i flera av ISF:s slutsatser om att urvalet och systematiseringen av efterhandskontroller kan förbättras. Försäkringskassan menar dock att myndigheten under 2011 arbetat med att få en bättre och tydligare styrning av efterhandskontrollerna och att myndigheten har fått ett nytt IT-stöd som förbättrar kontrollen.¹²⁰

5.4 Sammanfattande iakttagelser

Högekostnadsskyddet är avsett att gå till dem som har stora tandvårdsbehov och skyddet ska om möjligt träffa de individer som har de största behoven. Det ska också leda till att patienter inte ska avstå från tandvård som behövs.

Riksrevisionen kan konstatera att högekostnadsskyddet har inneburit att de som konsumerar mycket tandvård har fått minskade tandvårdskostnader sedan reformen infördes. Högekostnadsskyddet har inte varit vårddrivande i den bemärkelsen att konsumtionen har ökat kraftigt. Dock kan det finnas vissa incitament för överutnyttjande.

Priserna har inte ökat i så mycket högre grad sedan tandvårdsreformen. Priserna har emellertid ökat i betydligt högre grad för dyra åtgärder som

¹¹⁸ Material från Försäkringskassan, 2012-03-26.

¹¹⁹ Inspektionen för socialförsäkringen (2011) *Kontrollen av tandvårdsstödet*, rapport 2011:18, s.7–8.

¹²⁰ Försäkringskassans svar på ISF:s rapport *Kontrollen av tandvårdsstödet*.

är ersättningsberättigande. Eftersom priserna ökat för dyra åtgärder menar Riksrevisionen att det finns indikationer på att vårdgivarna utnyttjar högkostnadsskyddet till att höja priserna på dyra åtgärder som är ersättningsberättigande och att det därmed finns risk för att högkostnadsskyddet inte kommer patienten till del utan istället fungerar som ett stöd till vårdgivarna.

Granskningen visar att referensprislistan tenderar att bli ett golv för prisbildningen. Om tandläkarnas priser är högre än referenspriserna urholkas högkostnadsskyddet eftersom patienten får betala mer. Det finns då en risk att högkostnadsskyddet inte ger avsett skydd mot höga kostnader.

Granskningen visar det finns indikationer på att vissa av dem med störst tandvårdsbehov ändå inte besöker tandvården. För dessa individer fungerar alltså inte högkostnadsskyddet. Det är fler personer som uppger att de har avstått från att besöka tandvården trots behov, sedan reformen genomfördes.

De medel som har avsatts för högkostnadsskyddet utnyttjas inte fullt ut. TLV har en svår roll att väga olika alternativ. Hittills har TLV varit återhållsam med att inkludera fler åtgärder eller sänka trösklarna i högkostnadsskyddet.

Riksrevisionens sammanfattande iakttagelser är att högkostnadsskyddet är ett bra skydd mot höga kostnader för de flesta. Högkostnadsskyddet är emellertid inte ett effektivt medel för att nå en god tandhälsa för alla. Högkostnadsskyddet är inte tillräckligt för att personer med dålig tandhälsa och dålig ekonomi ska kunna få den tandvård som de behöver. Riksrevisionens granskning visar också att andelen som uppger att de avstår från tandvård trots behov har ökat sedan reformen infördes. Dessa faktorer ger sammantaget bilden av att högkostnadsskyddet ännu inte är ett helt effektivt medel för att nå målet om bättre tandhälsa för dem med stora behov.

6 Har patientens ställning stärkts?

Kapitlet beskriver vilka insatser regeringen vidtagit för att stärka patientens ställning. I kapitlet finns även en beskrivning av hur dessa insatser fungerat.

Regeringen menade vid tandvårdsreformens införande att patientens ställning skulle stärkas. Detta skulle främst ske genom förbättrad information om tandhälsa, möjliga behandlingsalternativ med olika kvalitet och priser hos olika vårdgivare. Det skulle bli lättare för patienten att förstå vad som omfattas av det statliga tandvårdsstödet och hur stor ersättning man har rätt till.¹²¹

De statliga insatser som regeringen införde var därför referenspriser, en prisjämförelseportal samt en förstärkt skyldighet för vårdgivarna att lämna uppgifter till patienten.¹²²

6.1 Finns förutsättningar för patienten att påverka priset?

För att stärka patienternas ställning är det viktigt att de på ett enkelt sätt kan bilda sig en uppfattning om vad tandvård kostar och vad tandvårdsstödet bidrar till.

Konkurrensverket undersökte 2006 hur konkurrensen påverkas då konsumenter har svårt att bedöma kvaliteten på de produkter som konsumeras. Konkurrensverket studerade tandvårds- respektive bilreparationstjänster. Eftersom det på båda marknaderna är svårt för konsumenten att bilda sig en uppfattning om kvaliteten innan man använder tjänsten tvingas konsumenten därför förlita sig på erfarenheter hos andra konsumenter, expertbedömningar eller olika typer av kvalitetssignaler.

Tanken bakom prisavregleringen på tandvårdsmarknaden var att konkurrensen mellan enskilda tandläkare skulle skapa en prispress och att tandvårdstaxorna på så sätt skulle spegla faktiska kostnader. Om priserna ska kunna spegla lägsta möjliga produktionskostnader krävs det dock i princip att det råder perfekt konkurrens på marknaden. Det innebär bland annat att konsumenterna är informerade om priser och kvalitet, vilket leder till att en producent som håller ett pris som konsumenterna tycker är för högt kommer att förlora sina kunder.

¹²¹ Prop. 2007/08:49, s. 50.

¹²² Prop. 2007/08:49, s. 51.

Eftersom kunderna har för lite information i fallet med tandvårdsmarknaden indikerar resultaten att det finns informationsproblem på tandvårdsmarknaden som begränsar en prispressande konkurrens mellan tandläkare.¹²³

De tandläkare som Riksrevisionen intervjuat anser att det är svårt för patienterna att få en uppfattning om vad som är rätt pris för tandvård. Detta beror på flera faktorer. En anledning är att det finns en brist på tandläkare, vilket innebär att tandläkarna inte har några problem att få patienter och att det då inte alltid är priset som avgör patientens val. En annan anledning är att det är svårt för patienten att i förväg veta vilken behandling som behöver utföras. Patienten kan därför inte jämföra priserna på aktuell behandling innan ett första besök och undersökning. Det kan också vara svårt för patienten att avgöra om tandläkaren har gjort ett bra jobb. De intervjuade tandläkarna menar att det viktigaste för patienten är att ha en förtroendefull relation till tandläkaren. Många tandläkare säger också att det är orealistiskt att en referensprislista och prisjämförelsetjänst ska kunna fungera som en möjlighet för patienter att påverka priset.

6.2 Har statens insatser för att stärka patienten fungerat?

6.2.1 *Prisjämförelsetjänsten har inte fungerat*

Försäkringskassan fick med anledning av tandvårdsreformen i uppdrag att skapa en prisjämförelseportal. Vårdgivarna gavs även skyldighet att rapportera in priser till Försäkringskassan.

Försäkringskassan anger att det varit förenat med svårigheter att få vårdgivarna, främst de privata, att leverera uppgifter till prisjämförelsetjänsten. År 2010 hade i stort sett samtliga landsting registrerat sina priser för Folktandvården, men endast en fjärdedel av de privata vårdgivarna hade gjort det.¹²⁴ Försäkringskassan hade vid denna tidpunkt möjlighet att hålla inne ersättning från det statliga tandvårdsstödet för de vårdgivare som inte rapporterade in priser. Försäkringskassan använde emellertid inte den möjligheten eftersom myndigheten var medveten om att det fanns brister i tjänsten och att det fanns vissa svårigheter för vårdgivarna att rapportera in information. Försäkringskassan stängde prisjämförelsetjänsten i januari 2011.

¹²³ Konkurrensverket (2006) *Tjänstemarknader där konsumenten har ett informationsunderläge – empiriska exempel från tandvård och bilreparationer*, s. 6-7, 29, 31.

¹²⁴ Försäkringskassan (2010) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*, s. 22. Socialförsäkringsrapport 2010:13.

eftersom regeringen hade gett i uppdrag åt en annan aktör att ta fram en ny prisjämförelsetjänst.¹²⁵

Flera av de privata tandläkare Riksrevisionen intervjuat menar att en av anledningarna till att de inte rapporterade in priser till prisjämförelsetjänsten var att man ansåg att Folktandvårdens prisrapportering var missvisande. Problemet beror enligt tandläkarna på att tandvården ibland använder sig av så kallade latituder för priserna. Det innebär att en mer komplicerad behandling har ett högre pris än en mindre komplicerad. Enligt de privata tandläkarna har det hänt att Folktandvården endast lagt in priset för den mindre komplicerade behandlingen i prisportalen, vilket gjort att Folktandvårdens priser ibland framstått som betydligt lägre än de privata tandläkarnas priser. Enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) finns det dock inga belägg för att Folktandvården endast la in de lägsta priserna i portalen.

En annan anledning till varför tandläkarna inte rapporterar in priser är enligt de privata vårdgivarna att prisportalen inte speglar kvaliteten i utförandet av vården.

Den nya prisjämförelsetjänsten startades i februari 2012. Vårdgivarna är inte längre skyldiga att rapportera sina priser till portalen. Det är oklart om det är fler privata vårdgivare som kommer att rapportera sina priser i den nya portalen. I mars 2012 var det fortfarande få privata vårdgivare som rapporterat in några priser i portalen.

6.2.2 Referensprislistan har inte fungerat som en jämförelsetjänst

Syftet med referenspriserna var bland annat att de skulle fungera som jämförelsepris för patienten och därmed göra det lättare för patienten att välja tandvård till rätt pris.

Riksrevisionens enkätundersökning visar emellertid att en stor andel av de som svarat inte känner till att det finns ett högkostnadsskydd. Denna bild bekräftas av de tandläkare som Riksrevisionen intervjuat. Tandläkarna anger även att det är få av patienterna som känner till referenspriserna.

En tidigare undersökning från Försäkringskassan visar också att endast 16 procent av de som känner till högkostnadsskyddet uppger att de också känner till att ersättningen beräknas utifrån ett referenspris. Försäkringskassans undersökning visar vidare att även om majoriteten av befolkningen uppger att de känner till att det råder fri prissättning inom tandvården så är det dock över 20 procent som inte känner till det.¹²⁶

¹²⁵ Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag, 2011-04-08.

¹²⁶ Försäkringskassan (2011) *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, Socialförsäkringsrapport 2011:10, s. 18.

Eftersom prisportalen inte fungerat är det svårt för patienterna att ta reda på referenspriserna och känna till om vårdgivarnas priser överstiger eller understiger referenspriserna. I den nya prisportalen som driftsattes i januari 2012 är det även svårt för patienten att hitta referenspriserna.

Aktuella referenspriser finns på TLV:s webbplats, men är svåra att hitta.

6.2.3 *Information från vårdgivaren brister ibland*

För att stärka patientens ställning förstärkte regeringen kravet på att vårdgivarna skulle lämna information till patienten. Vårdgivarna gavs skyldighet att lämna information på kundens kvitto om vårdgivaren får ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Kvittot skulle även innehålla uppgift om såväl vårdgivarens pris för varje utförd åtgärd som referenspriset för varje utförd åtgärd.¹²⁷

Socialstyrelsen genomförde under 2009 en enkätundersökning riktad till befolkningen. Den visade att av de svarspersoner som har besökt tandvården efter den 1 juli 2008 uppgav 41 procent att kvittot hade både tandläkarens eller tandhygienistens pris och referenspriset angivet.¹²⁸ Eftersom det kan vara lätt för patienten att missa informationen om referenspriset på kvittot, är det oklart om det endast var 41 procent av vårdgivarna som angivit referenspriset på kvittot. Det finns inte någon undersökning om vårdgivarna har blivit bättre på att lämna information om referenspriset under 2010 eller 2011. Enligt Privattandläkarna använder mer än 90 procent av vårdgivarna standardiserade IT-system för kvittoutskrift. Privattandläkarna anser därför att andelen vårdgivare som redovisar referenspriset på kvittot sannolikt är betydligt högre.¹²⁹

Försäkringskassan har möjlighet att förhandspröva tandvård hos de vårdgivare som inte har synliga prislistor. Enligt Försäkringskassan har man inte utnyttjat sanktionen mot vårdgivarna med förklaringen att detta skulle drabba patienterna.¹³⁰

¹²⁷ Prop. 2007/08:49 s. 120 ff.

¹²⁸ Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa 2009*, s. 22.

¹²⁹ Uppgifter från Privattandläkarna, 2012-03-28.

¹³⁰ Intervju med företrädare för Försäkringskassan 2011-03-24.

6.3 Sammanfattande iakttagelser

Ett av syftena med tandvårdsreformen är att stärka patientens ställning. Riksrevisionens iakttagelser av hur prisportalen hittills har konstruerats och kunnat användas är att den inte har fungerat. Det kan bero på flera saker. Det har varit svårt att få tekniken på plats. Det har också varit svårt för patienter att använda portalen dels för att de inte känner till den, dels för att det är svårt för patienterna att före tandvårdsbesöket veta vilken tandvård som behövs. Tandläkarna har också saknat incitament att registrera priser i portalen. Att prisportalen inte fungerat har även försvårat för patienterna att använda referenspriser som utgångspunkt för att jämföra priser. Det är också få av patienterna som känner till att det finns referenspriser. Sammantaget är det tveksamt om information till patienterna via prisportalen och referensprislistan har nått syftet att stärka patientens ställning.

7 Administrationskostnader

Detta kapitel beskriver vilken inverkan tandvårdsreformen har haft på vårdgivarnas administration och kostnaden för administrationen.

7.1 Administrationskostnaderna har ökat

Regeringen bedömde i propositionen att tandvårdsreformen skulle leda till att vårdgivarnas administrativa kostnader sammantaget skulle minska.¹³¹ Riksrevisionen har i granskningen fått indikationer om att tandvårdsreformen har inneburit att vårdgivarnas administrationskostnader istället har ökat.

Vid reformens införande ökade administrationen för vårdgivarna kraftigt på grund av omfattande problem med Försäkringskassans IT-system. För att vårdgivarna ska få ersättning från tandvårdsstödet måste de rapportera utförda åtgärder samt diagnos- och åtgärds kod för alla patientbesök till Försäkringskassan. Rapporteringen ska skickas elektroniskt till Försäkringskassan inom två veckor från att åtgärderna utfördes. Problemen med IT-systemet innebar dock att vårdgivarna hade svårt att rapportera in utförda åtgärder till Försäkringskassan. Även vårdgivarnas datajournalssystem hade problem när de infördes. Vårdgivarna fick därför också problem att få ersättning från högkostnadsskyddet. Enligt Försäkringskassan är många av de initiala problemen med IT-systemet nu lösta.¹³² Enligt Försäkringskassans årsredovisning för 2011 har IT-systemet fungerat med få driftsstörningar under 2011.¹³³

Enligt Tillväxtverket har tandvårdsreformen lett till en ökning av vårdgivarnas administrationskostnader med cirka 300 miljoner kronor. Tillväxtverket menar dock att den administrativa bördan för vårdgivarna numera har lättat, både beroende på förbättringar av IT-systemet hos Försäkringskassan och eventuellt också eftersom tandläkarna vant sig vid systemet.¹³⁴

¹³¹ Proposition 2007/08:49, s. 157.

¹³² Försäkringskassan (2011) *Försäkringskassans årsredovisning 2010*, s. 71, Intervju Försäkringskassan.

¹³³ Försäkringskassan (2012) *Försäkringskassans årsredovisning för 2011*, s. 93.

¹³⁴ Tillväxtverket (2010) *Näringslivets administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdsområdet, uppdatering 2009 samt prognos under och efter 2010*, s. 19ff.

Riksrevisionens intervjuer med tandläkarna tyder på att reformen har lett till en kvarstående ökning av vårdgivarnas administrationskostnader. Reformen har inneburit att vårdgivarna behöver rapportera in mer uppgifter jämfört med tidigare. Flera vårdgivare har även uppgett i intervjuerna att det kan vara problematiskt att veta vilken information som ska rapporteras in i vårdgivarnas journalsystem, på grund av delvis olika krav från myndigheterna. De regelförändringar som TLV genomför fortlöpande kan också ta tid att implementera i journalsystemen. Enligt företrädare för TLV beror dock en del av problemen på att vårdgivarnas journalsystem inte är anpassade till TLV:s föreskrifter och att journalsystemen inte är korrekt byggda från början.

En annan orsak till de ökade administrationskostnaderna kan vara att regelverket uppfattas som krångligt och svårt att tillämpa av många vårdgivare. Flera av de tandläkare Riksrevisionen intervjuat anser att regelverket för tandvårdsstödet är för detaljerat. Regelverket har också ändrats flera gånger sedan reformen. TLV har framför allt gjort förändringar i vilka åtgärder som är ersättningsberättigande. TLV har tagit fram en handbok om hur regelverket ska tolkas i syfte att ge vårdgivarna vägledning om tandvårdsstödet.¹³⁵

Försäkringskassan skriver i sitt yttrande över ISF:s rapport om kontrollen av tandvårdsstödet att det kan vara svårt för tandläkarna att göra rätt. Försäkringskassan menar att regelverket inte är så enkelt som lagstiftaren tänkte när systemet infördes. Det betyder att Försäkringskassan och vårdgivaren kan göra olika bedömningar av rätten till ersättning. I Försäkringskassans IT-stöd finns cirka 3 500 kontroller, som bygger på bestämmelserna i TLV:s föreskrifter. Försäkringskassan menar att det är mycket som talar för att regelverket behöver förenklas så att det blir lättare för vårdgivarna att göra rätt när ersättning ska betalas ut.¹³⁶

Bilden av att de administrativa kostnaderna har ökat sedan tandvårdsreformen bekräftas även av undersökningar från Statskontoret. Statskontoret har i kontakten med vårdgivarna fått uppfattningen att deras administrativa kostnader har ökat. Statskontoret bedömer att Försäkringskassan brustit i genomförandet av tandvårdsreformen och i sin samverkan med vårdgivarna och deras systemleverantörer.¹³⁷

¹³⁵ Intervju med företrädare för TLV, 2011-10-20.

¹³⁶ Försäkringskassans svar på ISF:s rapport Kontrollen av tandvårdsstödet, s. 6.

¹³⁷ Statskontoret (2009) *Den nya Försäkringskassan – i rätt riktning, men lågt kvar*, s. 87.

7.2 Sammanfattande iakttagelser

Vid reformens införande ökade administrationen för vårdgivarna på grund av omfattande problem med Försäkringskassans IT-system. Försäkringskassan har dock vidtagit åtgärder, och sedan 2010 har IT-systemet fungerat väl.

Riksrevisionens intervjuer med tandläkare indikerar att vårdgivarnas administrativa kostnader trots detta har ökat sedan reformen. Ökningen av administrationen kan bero på att vårdgivarna efter reformen behöver rapportera in mer information i journalsystemen.

Vidare uppfattas regelverket som komplicerat och detaljreglerat av vårdgivarna och dessa anser att många förändringar sker kontinuerligt i regelverket. Detta innebär att vårdgivarna får ägna mycket tid till att sätta sig in i regelverket och de får därutöver problem eftersom deras journalsystem inte är anpassade efter regelverket. TLV har tagit fram en handbok för att underlätta för vårdgivarna.

Riksrevisionens sammanfattande bedömning är att det trots de förbättringar som har gjorts finns en risk för att regeringens mål om minskade administrativa kostnader inte uppnås, utan att reformen istället leder till ökad administration för vårdgivarna.

8 Slutsatser och rekommendationer

Riksrevisionen har granskat om regeringens mål för den tandvårdsreform som genomfördes 2008 har uppnåtts och om statens insatser varit effektiva för att nå målen.

Tandvårdslagen anger att de övergripande målen för tandvården ska vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Syftet med 2008 års reform var att bidra till de övergripande målen om en god tandhälsa i hela befolkningen genom att utvidga det förebyggande arbetet och att ge dem med stora tandvårdsbehov en möjlighet att få tandvårdsbehandling till en rimlig kostnad. För att nå målen infördes ett allmänt tandvårdsbidrag för att öka besöksfrekvensen och ett högkostnadsskydd.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att besöksfrekvensen inte har ökat i den omfattning regeringen hoppades på och att det är tveksamt om högkostnadsskyddet når alla de patienter som har stora tandvårdsbehov. Riksrevisionen bedömer att en förklaring till att målen med reformen hittills inte har uppnåtts är att en stor del av befolkningen varken känner till det allmänna tandvårdsbidraget eller högkostnadsskyddet.

Riksrevisionen kan konstatera att patientens ställning som tandvårdskonsument inte har stärkts. Eftersom prisjämförelsetjänsten inte har fungerat och eftersom patienterna inte känner till att det finns referenspriser saknar patienterna prisinformation och därför underlag för att välja tandläkare utifrån prisbilden.

8.1 Besöksfrekvensen har ökat för unga men i mindre utsträckning för resten av befolkningen

Det första målet för reformen är att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov. En del i det arbetet är att öka besöksfrekvensen. Regeringen har inte satt upp något mål för hur mycket besöksfrekvensen ska öka och inom vilken tidsram. Däremot gjorde regeringen beräkningar i propositionen av hur många som skulle besöka tandvården. På årsbasis beräknade regeringen att antalet patienter som besökte tandvården skulle öka och uppgå till 4,7 miljoner. Enligt Riksrevisionens beräkningar motsvarar detta att 67 procent av befolkningen besöker tandvården varje

år. Riksrevisionens granskning visar att tre år efter reformen så har besöksfrekvensen ökat från 57 procent under 2009 till 59 procent under 2011.

För en del av den åldersgruppen 20-29 år som reformen specifikt riktade sig till har besöksfrekvensen ökat i högre utsträckning. Besöksfrekvensen för åldersgruppen 25-29 år ligger i linje med ökningen för resten av befolkningen, den har ökat med 3 procentenheter sedan reformen. Däremot har besöksfrekvensen för åldersgruppen 20-24 år ökat med 13 procentenheter.

Sammanfattande bedömning

Eftersom regeringen aldrig angav i målet hur mycket besöksfrekvensen skulle öka och inom vilken tidsram, går det inte att bedöma om målet uppfylls utifrån detta kriterium. Riksrevisionen kan emellertid konstatera att besöksfrekvensen har ökat i hög grad i en del av den åldersgrupp som reformen riktade sig till. Även om besöksfrekvensen har ökat menar Riksrevisionen att tandvårdsreformen inte har lett till de ökningar i besöksfrekvensen för hela befolkningen som regeringen räknade med. Riksrevisionens sammantagna bedömning är därför att målet om ökad besöksfrekvens hittills endast delvis har uppfyllts.

8.2 Tandvårdsbidraget har begränsad effekt på besöksfrekvensen

Riksrevisionen kan konstatera att tandvårdsbidraget har haft en begränsad inverkan på besöksfrekvensen som helhet.

För lågt för de flesta och okänt av dem som bidraget kan påverka

Riksrevisionens enkätundersökning visar att de som svarat kan delas in i två grupper. För majoriteten av de som svarat har priset på tandvård generellt sett mindre betydelse för beslutet att besöka tandvården och valet av tandläkare. De flesta av de svarande besöker också tandvården regelbundet eller vid behov. Gruppen uppger också att de skulle besöka tandvården även om tandvårdsstödet försämrades. Den andra gruppen utgörs av personer som påverkas av priset på tandvård. I denna grupp finns framför allt unga personer, personer med låg inkomst och personer med dålig tandhälsa.

Riksrevisionen bedömer att tandvårdsbidraget antagligen är för lågt för att skapa incitament för alla vuxna att besöka tandvården. Tandvårdsutredningen som låg till grund för reformen menade att tandvårdsbidraget behövde vara 300 kronor per år för alla åldersgrupper för att ge någon verklig effekt. Utredningen hade dock inte ekonomiskt utrymme att föreslå en sådan nivå på

tandvårdsbidraget inom direktivet för utredningen. Utredningen valde därför att fokusera på ett högre bidrag för unga och äldre.

Riksrevisionen bedömer att tandvårdsbidraget däremot skulle kunna ha betydelse för den grupp i befolkningen som påverkas av priset på tandvård. Det gäller speciellt för åldersgruppen 20–29 år som besöker tandvården vartannat år eftersom det dubbla tandvårdsbidraget gör att de i princip får en gratis undersökning. Riksrevisionen menar att en förklaring till att tandvårdsbidraget haft liten effekt för denna grupp kan vara att kännedomen om tandvårdsbidraget fortfarande är låg. Ett stöd som man inte känner till har svårt att fungera som drivkraft för att besöka tandvården.

Abonnemangstandvård trolig förklaring till ökning bland unga

Riksrevisionen kan konstatera att besöksfrekvensen har ökat i högre grad för åldersgruppen 20–24 år. Eftersom kännedomen om tandvårdsbidraget är låg hos unga gör Riksrevisionen bedömningen att den stora ökningen i besöksfrekvens för åldersgruppen i första hand inte beror på tandvårdsbidraget. Enligt Riksrevisionen är en troligare förklaring att utbyggnaden av abonnemangstandvården har lett till att besöksfrekvensen ökat för unga.

Sedan reformen infördes har Folktandvården arbetat med att öka antalet tandvårdsabonnemang och framförallt riktat sig till de åldersgrupper som går från den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

Antalet tecknade abonnemangsavtal har ökat i hög utsträckning inom åldersgruppen 20–29 år. Riksrevisionen menar att även om tandvårdsbidraget medfört att abonnemangstandvården blivit billigare medför bidraget endast en sänkning av abonnemangskostnaden med 25 kronor per månad. Riksrevisionen anser att en möjlig slutsats av detta är att bra marknadsföring från Folktandvården och en möjlighet för unga att överblicka kostnaden för tandvård har en större inverkan på besöksfrekvensen än vad tandvårdsbidraget har.

Sammanfattande bedömning

Riksrevisionens sammantagna bedömning är att det allmänna tandvårdsbidraget ännu inte visat sig vara ett effektivt medel för att nå målet om en förebyggande tandvård genom hög besöksfrekvens. Granskningen visar att majoriteten besöker tandvården av andra anledningar än tandvårdsbidraget. Samtidigt finns det en grupp som inte anser sig ha råd med tandvård och som eventuellt skulle kunna öka sin besöksfrekvens med hjälp av det allmänna tandvårdsbidraget. En stor andel av den gruppen känner dock inte till bidraget och det bidrar därför inte till ökad besöksfrekvens.

8.3 Högkostnadsskyddet ger skydd vid höga kostnader men når inte alla som har stora tandvårdsbehov

Det andra målet med reformen är att göra det möjligt för personer med omfattande tandvårdsbehov att få vård till en rimlig kostnad. De som har stora behov av tandvård ska inte avstå från tandvård. Målet ska uppnås genom ett skydd mot höga kostnader. Regeringen menade att skyddet mot höga kostnader skulle minska de ekonomiska hindren för patienter att konsumera den tandvård som de behöver. Regeringen menade samtidigt att systemet inte skulle innebära att tandvårdskostnaderna minskar så mycket för alla grupper att de ekonomiska hindren för att konsumera tandvård helt försvinner.

Ett gott skydd vid höga kostnader för majoriteten av befolkningen

Precis som när det gäller det allmänna tandvårdsbidraget kan de som svarat på Riksrevisionens enkät delas in i två grupper. För majoriteten har priset på tandvård generellt mindre betydelse för beslutet att besöka tandläkare och val av tandläkare. Gruppen uppger också att de skulle besöka tandvården även om högkostnadsskyddet försämrades. Den andra gruppen utgörs av personer som påverkas av priset på tandvård. I denna grupp finns framförallt unga personer, personer med låg inkomst och personer med dålig tandhälsa.

Tre av målen med högkostnadsskyddet är att utgöra ett stöd vid omfattande tandvårdsbehov, att skyddet ska komma patienten till del genom minskade kostnader och att det så långt möjligt ska träffa de individer som har de största tandvårdsbehoven.

Riksrevisionen kan konstatera att de patienter som har höga kostnader får stora subventioner från högkostnadsskyddet och de har fått billigare tandvård sedan reformen. För dessa patienter kommer tandvårdsstödet patienterna till del eftersom deras kostnader minskat.

Tre procent av patienterna har kostnader som överstiger 15 000 kronor, och nästan hälften av resurserna i högkostnadsskyddet går till dessa patienter. Eftersom de patienter som har höga kostnader samtidigt har stora tandvårdsbehov verkar högkostnadsskyddet träffa många av de individer som har de största tandvårdsbehoven. Riksrevisionen anser att reformen har inneburit ett högkostnadsskydd som ger ett förhållandevis bra skydd vid höga kostnader, för de patienter som har ekonomisk möjlighet att betala sin tandvård själva.

Riksrevisionen gör bedömningen att för majoriteten av befolkningen är högkostnadsskyddet ett stöd vid omfattande tandvårdsbehov.

De som har dålig ekonomi och tandhälsa kan fortfarande inte ta del av högkostnadsskyddet

Riksrevisionen bedömer att det finns indikationer på att det även efter reformen finns en grupp med stora tandvårdsbehov som har ekonomiska hinder för att konsumera den tandvård som de behöver. Här återfinns bland annat unga, personer med låg inkomst och personer som upplever sig ha dålig tandhälsa. Drygt sju procent av dem som besvarat enkäten uppger att de har dålig tandhälsa och att de trots detta inte besöker tandvården regelbundet. Nästan tre av fyra av dessa personer uppger att de besöker tandvården sällan eftersom de inte har råd att gå oftare.

Ett fjärde mål med högkostnadsskyddet var att andelen som uppger att de har avstått från tandvård på grund av kostnaderna, trots att de haft behov av tandvård, ska minska. Riksrevisionens enkätundersökning visar att andelen som uppger att de avstått från tandvård trots behov istället har ökat sedan reformen genomfördes.

Regeringen var inför reformen medveten om att högkostnadsskyddet inte skulle ta bort alla ekonomiska hinder från att besöka tandvården. Regeringen hänvisade istället till möjligheten att få tandvård genom kommunernas ekonomiska bistånd. Försäkringskassan har dock i en studie sett att en liten del av låginkomsttagarna nyttjar högkostnadsskyddet. Försäkringskassan menar att det finns indikationer på att möjligheten att få tandvården betalad av socialtjänsten inte är tillräcklig för att kompensera för ekonomiska skillnader i befolkningen.

Konsekvensen av att högkostnadsskyddet inte träffar alla med stora behov kan bli att medan de flesta i befolkningen behåller en god tandhälsa finns det en grupp som får allt sämre tandhälsa. I förlängningen kan det leda till sjukdomar och onödigt lidande för den enskilde och höga kostnader för staten.

När det gäller målet om att stödet ska komma patienten till del och inte bli en subvention till vårdgivarna har Riksrevisionen sett indikationer på att vårdgivarna utnyttjar högkostnadsskyddet till att höja priserna på dyra åtgärder som är ersättningsberättigande.

Låg kännedom och höga trösklar hämmar nyttjandet av högkostnadsskyddet

Riksrevisionen har funnit två huvudförklaringar till varför högkostnadsskyddet inte har nått ut till alla de med störst behov. En förklaring kan vara att kännedomen om högkostnadsskyddet fortfarande är låg. Få av de som besvarat enkäten vet från och med vilka belopp man kan få ersättning från skyddet. Riksrevisionen bedömer att vissa personer skulle kunna öka sin tandvårdskonsumtion om de hade bättre kunskap om högkostnadsskyddet.

En annan förklaring till att tandvårdsstödet inte nått ända fram kan vara att karensnivån på 3 000 kronor är för hög för dem som har störst behov och samtidigt har dålig ekonomi. Personer som anser sig ha dålig tandhälsa och samtidigt dålig ekonomi har i enkäten uppgett att de avstår från tandvård på grund av kostnaden. Eftersom högkostnadsskyddet är konstruerat så att patienten alltid får betala en viss del av kostnaden själv, blir en omfattande behandling kostsam för patienten. Det kan även bli dyrt för patienten eftersom en del åtgärder inte är ersättningsberättigande och på grund av att tandläkarna tar ut högre priser än referenspriserna, vilket innebär att patienten får betala mycket själv. Enkäten visar dock att gruppen med dålig tandhälsa och ekonomi skulle kunna gå oftare om tandvården var mer subventionerad. Många av de som besöker tandvården mer sällan uppger att de skulle besöka tandvården oftare om det fanns ett maxbelopp för tandvård upp till 900 kronor per år.

Högekostnadsskyddet har inte varit vårddrivande

Ett femte mål med högkostnadsskyddet var att det inte ska leda till oönskade vårddrivande eller vårdstyrande effekter. Riksrevisionens granskning visar inte att tandvårdsreformen har varit vårddrivande i den bemärkelsen att konsumtionen ökat kraftigt. Det finns istället en grupp personer som inte besöker tandvården trots behov och det kan det vara så att denna grupp har en underkonsumtion av tandvård, vilket märks genom att de nyttjar stödet lite. Riksrevisionen har dock samtidigt sett tecken på att det finns incitament i strukturen för högkostnadsskyddet som skapar risk för överutnyttjande av skyddet.

Sammanfattande bedömning

Högekostnadsskyddet kommer många patienter med höga kostnader till del. Det innebär att deras kostnader för tandvård minskar. Däremot visar Riksrevisionens granskning att högkostnadsskyddet inte utnyttjas av alla de som har störst tandvårdsbehov. Andelen personer som uppgett att de avstått från tandvård på grund av kostnaderna, har ökat sedan reformen infördes.

Riksrevisionen noterar att högkostnadsskyddet inte varit vårddrivande utan att det istället finns en tendens till att det underutnyttjas. Samtidigt finns en risk för att vårdgivarna utnyttjar högkostnadsskyddet till att höja priserna för dyra åtgärder. Granskningen indikerar att en del av högkostnadsskyddet går till vårdgivarna, eftersom de i hög grad höjt priserna för dyra åtgärder som är ersättningsberättigande.

Riksrevisionens sammantagna bedömning är att högkostnadsskyddet ännu inte är ett helt effektivt medel för att nå målet om bättre tandhälsa för de med stora behov. De olika syftena med högkostnadsskyddet har endast delvis gått att nå under den tid som reformen har varit i kraft.

8.4 Referensprissystemet fungerar inte som avsett

TLV har en komplicerad uppgift

Regeringen beslutar om nivåerna i det allmänna tandvårdsbidraget, men har delegerat ansvaret för att besluta om nivåerna i högkostnadsskyddet och vilken tandvård som är ersättningsberättigande till TLV. TLV har en svår roll att väga olika alternativ. Hittills har TLV varit återhållsam med att inkludera fler åtgärder eller sänka trösklarna i högkostnadsskyddet.

TLV har också ansvaret att styra över referensprissystemet, vars konstruktion förutsätter att vårdgivarna har incitament att sätta lägre priser än referenspriserna.

Anslaget utnyttjas inte

Referensprislistan har två syften: att hålla statens kostnader nere, samtidigt som den avser att stärka patientens ställning och därmed skapar möjlighet till prispress. Referensprislistan har fungerat i den första bemärkelsen eftersom anslaget under hela reformen har underskridits. År 2011 uppgick det totala anslaget för tandvården till cirka 6,7 miljarder kronor. Av dessa är 1 miljard avsatta till allmänt tandvårdsbidrag; drygt 800 miljoner betalades ut. Resterande andel av anslaget, 5,7 miljarder, är i huvudsak tillgängliga för högkostnadsskyddet. Cirka 4,2 miljarder av tillgängliga medel nyttjades. Att anslaget inte utnyttjades beror enligt TLV på att konsumtionen inte har ökat i den utsträckning som man förspått och att TLV har haft svårt att bedöma hur konsumtionen kommer att utvecklas på lång sikt. Myndigheten har därför varit försiktig med att inkludera nya åtgärder i högkostnadsskyddet. Riksrevisionen bedömer att en delförklaring till att anslaget inte utnyttjas även är att gruppen med dålig tandhälsa och ekonomi inte konsumerar den tandvård de kan behöva.

Risk för att referenspriserna driver på prisutvecklingen

Riksrevisionen har funnit tecken på att referenspriserna fungerar som ett golv i prissättningen och därmed driver på prisutvecklingen. När referenspriserna höjs, ser det ut som om vårdgivarna följer efter och höjer sina priser. Att vårdgivarna höjer sina priser när referenspriserna ändras, och inte sätter lägre priser än referenspriset utan högre, kan ha flera orsaker:

- Både vårdgivarna och patienterna får en lägre ersättning från högkostnadsskyddet vid ett lägre pris än referenspriset. Sätter vårdgivarna ett pris som är lägre än referenspriset räknas ersättningen på vårdgivarnas pris istället.

- Vårdgivarna är få och patienterna är många – de flesta vårdgivarna har tillräckligt med patienter utan att behöva konkurrera prismässigt.
- För de flesta patienterna är en förtroendefull relation viktigare än priset.
- Prisjämförelsetjänsten har inte fungerat, så patienterna har haft svårt att använda referenspriserna för att jämföra olika vårdgivarpriser.

I och med att vårdgivarna saknar incitament till att hålla priser som ligger lägre än referensprislistan tenderar den att utgöra ett golv för tandläkarnas priser. Konsekvensen av detta blir att det finns en risk att högkostnadsskyddet urholkas, då tandläkarens pris ofta ligger över angivet referenspris. Skillnaden mellan tandläkarens pris och angivet referenspris får patienten stå för.

Sammanfattande bedömning

Riksrevisionens granskning visar att TLV fått en komplicerad uppgift att reglera hur högkostnadsskyddet ska utformas över tid och samtidigt ansvar för ett system med referenspriser som i alla delar inte fungerar fullt ut. Högkostnadsskyddet leder till att många med stora tandvårdsbehov får lägre kostnader. Skyddet utnyttjas dock inte fullt ut och inte av dem med störst behov och svag ekonomi. Systemet med referenspriser bidrar inte till att patienter kan få en bättre ställning som konsumenter och systemet riskerar att påverka prisbildningen på ett sätt som på sikt kan urholka högkostnadsskyddet. Regeringen bör därför följa upp hur de olika delarna i högkostnadsskyddet – med referensprislistan och de åtgärder som finns med i denna samt karensbelopp – bör utformas för att ge en större effekt för målet om en god tandhälsa för människor med stora behov.

8.5 Patientens ställning behöver fortfarande stärkas

Regeringen ville genom reformen stärka patientens ställning bland annat genom en prisportal och referenspriser. För att reformen skulle fungera behövdes lättbegriplig information om stödet och informationsinsatser. Granskningen visar att regeringens insatser inte har fungerat.

Informationen har inte nått fram

Riksrevisionens enkätundersökning visar att en stor del de som svarat varken känner till tandvårdsbidraget eller högkostnadsskyddet. Kännedomen om tandvårdsbidraget är särskilt låg hos unga och personer med dålig tandhälsa.

Riksrevisionen kan konstatera att regeringen – trots att man i propositionen pekat på vikten av information om tandvårdsstödet – inte har gett Försäkringskassan något specifikt uppdrag att informera om tandvårdsstödet.

Försäkringskassan har genomfört några informationskampanjer sedan reformen. Riksrevisionen kan dock konstatera att Försäkringskassan valt att i första hand informera de som redan besöker tandvården. Få informationsinsatser har genomförts för att nå ut till dem som sällan besöker tandvården och till dem som har stora behov av tandvård.

Svårt för patienterna att göra prisjämförelser

Prisportalen har inte fungerat sedan reformen genomfördes. Riksrevisionen konstaterar att Försäkringskassan inte lyckats få portalen att fungera och inte heller utnyttjat sina sanktionsmöjligheter för att få vårdgivarna att registrera priser i jämförelseportalen.

En ny prisjämförelseportal öppnades i januari 2012. Vårdgivarna är inte längre skyldiga att registrera priser i den nya jämförelseportalen. I mars 2012 var det fortfarande få privata vårdgivare som registrerat några priser i portalen. Många privata vårdgivare saknar incitament att registrera priser i portalen, bland annat på grund av att de anser att portalen inte speglar kvaliteten i tandvården. Riksrevisionen menar därför att det finns en risk för att inte heller den nya prisportalen kommer att fungera.

Syftet med referenspriserna var bland annat att fungera som jämförelsepris. Att prisportalen inte har fungerat har försvårat för patienten att använda referenspriserna. Dessutom är det få patienter som känner till att det finns referenspriser.

Sammanfattande bedömning

Riksrevisionens granskning visar att flera av de åtgärder som regeringen vidtagit för att stärka patientens ställning inte har fungerat. Prisportalen har inte skapat de förutsättningar för patienter som det var meningen. Det beror på att informationen om prisportalen inte har nått patienterna och på att det har varit svårt att få portalen att fungera. Inte heller annan information om tandvårdsstödet olika delar når ut till patienter som inte redan besöker tandvården.

För att målet om god tandhälsa ska kunna nås genom förebyggande tandvård och tandvård till dem med stora behov, är det en förutsättning att information till patienterna genom olika kanaler fungerar och att rätt kategori av patienter får del av rätt information.

8.6 Ökad administration

Vid reformens införande ökade administrationen för vårdgivarna kraftigt på grund av omfattande problem med Försäkringskassans IT-system. Försäkringskassan har emellertid vidtagit åtgärder och sedan 2010 har IT-systemet fungerat väl.

Riksrevisionens intervjuer med tandläkarna tyder dock på att reformen har lett till en kvarstående ökning av administrationskostnaderna för vårdgivarna. Det kan bero på att vårdgivarna efter reformen behöver rapportera in mer information, och att det finns fler och ibland motstridiga krav från myndigheterna när det gäller vilken information vårdgivarna ska rapportera i journalsystemen.

Regelverket uppfattas som komplicerat och detaljreglerat av vårdgivarna och många förändringar sker kontinuerligt i regelverket. Detta innebär både att vårdgivarna får ägna mycket tid till att sätta sig in i regelverket, och problem med att journalsystemen inte är anpassade efter regelverket. TLV har tagit fram en handbok för att underlätta för vårdgivarna.

Sammanfattande bedömning

Riksrevisionen konstaterar att det finns en risk för att regeringens mål om minskade administrativa kostnader inte har uppnåtts, utan att reformen istället lett till ökad administration för vårdgivarna.

8.7 Rekommendationer

Tandvårdslagen anger att de övergripande målen för tandvården ska vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. 2008 års tandvårdsreform har sin grund i dessa mål och syftar till att utvidga den förebyggande tandvården och att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad. Rikrevisionens granskning visar att reformen ännu inte fungerat fullt ut och att målen med reformen enbart delvis är uppnådda. Granskningen visar att det allmänna tandvårdsbidraget inte är så känt eller så utformat att det i sig leder till besök i förebyggande syfte. Sedan 2008 har cirka 2 miljarder betalats ut i allmänt tandvårdsbidrag. Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga om resurserna i tandvårdsbidraget kan användas mer effektivt.

Högekostnadsskyddet ger visserligen många gånger ett bra skydd mot höga kostnader, men att den höga graden av självfinansiering leder till att personer med låga inkomster och stora tandvårdsbehov fortfarande har svårt att ta del av

skyddet. En svaghet i systemet är att information om stödets olika delar inte når de som skulle kunna påverkas av informationen.

Riksrevisionen konstaterar att systemet med referenspriser riskerar att påverka prisbildningen i fel riktning och att prisportalen inte har fungerat eftersom den inte är tillräckligt känd och inte ger den information som patienterna behöver. Regeringen bör därför överväga om prisportalen fungerar som avsett och hur ett system som säkrar att patienter kan få rätt information för att kunna välja tandvård till rätt pris bör utformas. Regeringen bör också överväga om systemet med referenspriser kan utformas så att det fungerar som avsett genom att göra det lättare för patienter att jämföra priser.

Rekommendationer till regeringen:

- Regeringen bör följa upp om det allmänna tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet är rätt utformade, och att de var för sig träffar rätt målgrupper och är effektiva medel för att nå tandvårdslagens mål om en god tandhälsa.
- Regeringen bör följa upp vilka förutsättningar som finns för en fungerande prisportal.
- Regeringen bör följa upp hur systemet med referenspriser påverkar patientens kostnader, och om det är ett effektivt medel för att ge patienter rätt information för att kunna välja tandvård till rätt pris.
- Regeringen bör överväga behovet av att en myndighet får det samlade ansvaret för att patienter får rätt information vid rätt tillfälle och vilken information som bör ges så att patientens ställning stärks.

Referensförteckning

Lagar och förordningar

Budgetlag (2011:203)

Förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Tandvårdslag (1985:125)

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd
Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd.

Riksdag och regering

Ds1997:16 *Tandvårdsförsäkring i omvandling*

Proposition 1997/98: 112 *Reformerat tandvårdsstöd*

Proposition 2001/02:51 *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*

Proposition 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd*

Proposition 2011/12:1 *Budgetpropositionen för 2012, utgiftsområde 9*

Socialutskottet betänkande 2007/08:SoU9 *Statligt tandvårdsstöd*

Riksdagsskrivelse 2007/08:145

Intervjuer

Företrädare för Försäkringskassan 2011-03-24, 2011-04-11 och 2011-11-22

Företrädare för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
2011-04-14, 2011-10-20 och 2011-10-28

Företrädare för Socialdepartementet 2011-03-31

Övrigt

Folktandvårdens webbplats: www.folktandvarden.se, besökt 2012-01-31

Försäkringskassan (2008) *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2007–2011*

Försäkringskassan (2012) *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2011–2016*

Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*, Socialförsäkringsrapport 2010:13

Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008, Analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv*.

Försäkringskassan (2010) *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, Socialförsäkringsrapport 2011:10

Försäkringskassan (2010) *Det nya tandvårdsstödet från den 1 juli 2008, Besöksfrekvenser i förebyggande syfte, samt effekterna av skyddet mot höga kostnader*, Socialförsäkringsrapport 2010:11

Försäkringskassan (2011) *Försäkringskassans årsredovisning 2010*

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

Försäkringskassan (2012) *Försäkringskassans årsredovisning för 2011*

Försäkringskassan (2012) *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1.

Försäkringskassan (2012) *Abonnemangstandvård, en beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal*, Socialförsäkringsrapport 2012:2

Försäkringskassans svar på ISF:s rapport *Kontrollen av tandvårdsstödet*, yttrande 2012-01-16

Försäkringskassan svar på regeringsuppdrag *Avveckling av prisjämförelsetjänsten*, 2011-04-08

Inspektionen för socialförsäkringen (2011) *Kontrollen av tandvårdsstödet*, rapport 2011:18

Konkurrensverket (2006) *Tjänstemarknader där konsumenten har ett informationsunderläge – empiriska exempel från tandvård och bilreparationer*, Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:2

Riksrevisionen (2006) *Tandvårdsstöd för äldre*, RiR 2006:9

Socialstyrelsen (2006) *Befolkningens tandhälsa*, Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och tandvårdsförsäkring. Delrapport 2 av 3

Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa 2009*, Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet

Statistiska centralbyrån (2001) *Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975–1999*

Statskontoret (2009) *Den nya Försäkringskassan – i rätt riktning, men långt kvar*. 2009:19

SOU 1972:81 *Allmän tandvårdsförsäkring*

SOU 1998:2 *Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvården*

SOU 2002:53 *Tandvården till 2010*

SOU 2007:19 *Friskare tänder – till rimlig kostnad*

Tillväxtverket (2010) *Näringslivets administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdsområdet, uppdatering 2009 samt prognos under och efter 2010*, rapport 0057.

Bilaga 1 Beskrivning av datainsamling

Bilagan innehåller mer information om den materialinsamling som Riksrevisionen har gjort i granskningen.

Följande material beskrivs närmare:

- Tandvårdsdata rekvirerat från Socialdepartementet
- Enkät till befolkningen
- Intervjuer med tandläkare

Tandvårdsdata

Datamaterialet har rekvirerats från Socialdepartementet. Försäkringskassan har samlat in datamaterialet och Statistiska centralbyrån (SCB) har bearbetat det. Datamaterialet innehåller statistik om följande:

- Utbetalt allmänt tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd.
- Tandläkarens totala pris före eventuell tandvårdssubvention.
- Andel personer i befolkningen som besökt tandläkaren under en viss tidsperiod. Statistiken innehåller den totala besöksfrekvensen, det vill säga både förebyggande och icke-förebyggande besök.
- Andel av kostnaden som patienten får betala själv.
- Relativpris, där priset är beräknat som kvoten mellan tandläkarens åtgärdspris och det referenspris som gällde vid behandling.
- Relativpris fördelat på varje enskild åtgärd. Uppgifterna baseras på data från när tandvårdsreformen startade men endast för de urval som används.
- Tandläkarnas priser för ett antal förutbestämda behandlingar.

Variablerna är fördelade på ålder, bakgrund, hushållssammansättning, inkomst, utbildning, län och kön. Materialet sträcker sig från juli 2008, när reformen infördes, fram till december 2011. Uppgifterna finns på månads-, kvartals- och årsnivå. Riksrevisionen har även fått material över hur besöksfrekvensen ser ut fördelat på 18-månadersperioder.

Riksrevisionen har beställt särskild information om tandläkarnas priser. Materialet innehåller priser för åren 2008 till 2011, och omfattar tandläkarens totala pris för besöket/behandlingen fördelat på år/kvartal/månad där dels endast behandlingar med en kostnad under 150 000 kronor har tagits med, dels endast åtgärder där kvoten mellan tandläkarens åtgärdspris och referenspriset är mindre än 10 har tagits med. Materialet är rensat från extremvärden. Statistiken över tandläkarnas priser gäller endast den tandvård som är ersättningsberättigande.

Enkät till befolkningen

För att söka förklaringar till vad som påverkar besöksfrekvensen har Riksrevisionen skickat en enkät till ett stratifierat slumpmässigt urval om 2 000 personer i befolkningen, stratifierat på ålder. Urvalet i åldersgruppen 20–24 år samt 25–29 år är något större än övriga grupper för att särskilt fånga deras attityder. I enkäten ställs bland annat frågor om vad som är den huvudsakliga anledningen till varför man besöker tandvården, inställningen till tandvårdsstödet och frågor om priskänslighet.

Enkäturvalet har bestått av personer i åldern 20–85 år som är folkbokförda i Sverige. Riksrevisionen har inhämtat bakgrundsvariabler från SPAR-registret gällande kön, ålder, inkomstgrupp och vilket län personen är folkbokförd i. I enkäten har Riksrevisionen även ställt frågor om utbildning, födelseland och civilstatus.

Enkäten genomfördes hösten 2011. Svarsfrekvensen för enkäten är 57 procent. För mer information om själva enkäten, se Statisticons kvalitetsrapport.

Riksrevisionen har genomfört statistiska tester av enkätresultaten för att undersöka om skillnader i attityder mellan olika grupper är statistiskt signifikanta. Endast statistiskt signifikanta resultat redovisas i rapporten. Riksrevisionen har använt sig av Pearsons chitvå-test för att undersöka om skillnaderna är statistiskt signifikanta.

Intervjuer med tandläkare

I granskningen har Riksrevisionen genomfört nio semistrukturerade intervjuer med nio stycken tandläkare. Anledningen till intervjuerna är att nyansera granskningens övriga resultat och få fördjupad kunskap om vad reformen har inneburit för tandläkare. Tandläkarna fick besvara frågor om bland annat tandvårdsstödet och patienternas beteende. Tandläkarnas uppfattningar är enskilda tandläkares uppfattningar och ska inte ses som representativa för hela tandläkarkåren.

Riksrevisionen kontaktade branschorganisationerna Tjänstetandläkarna och Privattandläkarna för att få kontakt med tandläkare att intervjua. Det var de två branschorganisationerna som valde ut vilka tandläkare som skulle intervjuas. Tandläkarna valdes ut utifrån olika bakgrundsvariabler som Riksrevisionen bestämt. Bakgrundsvariablerna handlar om organisationsform, prissättning och ort. Riksrevisionen har intervjuat både privata tandläkare och tandläkare som arbetar för Folktandvården. Vidare har Riksrevisionen intervjuat tandläkare vars priser överstiger referenspriserna och tandläkare vars priser understiger referenspriserna. Tandläkarna är också verksamma på olika orter i Sverige.

Nedanstående tabell visar hur de olika tandläkarna som Riksrevisionen intervjuade förhåller sig till de olika bakgrundsvariablerna.

Organisationsform		Prissättning		Ort	
Privat	Folktandvård	Överstiger referenspriser	Understiger referenspriser	Stockholm	Övriga landet
	X			X	
X			X	X	
	X	X			X
	X	X			X
	X	X		X	
	X				X
X		X		X	
X			X	X	
X		X			X

Bilaga 2 Kvalitetsdeklaration

Statisticon
STATISTICS & RESEARCH

Enkätundersökning tandvård

Rapport 1

Kvalitetsdeklaration

<i>Kund</i>	<i>Mottagare</i>
Riksrevisionen	Josefina Mångs

<i>Version</i>	<i>Klass</i>	<i>Antal sidor</i>
4	-	14

<i>Datum</i>	<i>Statisticons ProjektID</i>
2011-12-15	RiR_4210

<i>Ämne</i>
Beskrivning av undersökningens genomförande.

<i>Författare</i>	<i>Granskare</i>
Jenny Lagerqvist	Mats Nyfjäll

STATISTICON AB		
Östra Ågatan 31	Wallingatan 38	Vxl: 08 – 420 29 00
753 22 UPPSALA	111 24 STOCKHOLM	info@statisticon.se
		www.statisticon.se

<i>Dokumenttyp</i>	<i>Klass</i>	<i>Projekt</i>	<i>Kand</i>
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
<i>Version</i>	<i>Datum</i>	<i>Författare</i>	<i>Statistiska ProjektID</i>
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			<i>Sida</i>
			2

Innehåll:

0	INLEDNING.....	3
1	STATISTIKENS INNEHÅLL	3
1.1	Statistiska målstorheter	3
1.2	Referenstider.....	4
1.3	Fullständighet.....	4
2	STATISTIKENS TILLFÖRLITLIGHET	5
2.1	Tillförlitlighet totalt	5
2.2	Osäkerhetskällor.....	5
2.3	Redovisning av osäkerhetsmått.....	11
3	STATISTIKENS AKTUALITET	11
3.1	Frekvens.....	11
3.2	Framställningstid.....	12
3.3	Punktighet	12
4	TILLGÄNGLIGHET OCH FÖRSTÅELIGHET.....	12
4.1	Spridningsformer.....	12
4.2	Presentation	12
4.3	Dokumentation	12
4.4	Upplysningstjänster.....	12
5	ÖVRIGT	12
6	REFERENSER	12
7	BILAGA - FRÅGEFORMULÄR.....	14

<i>Dokumenttyp</i>	<i>Klass</i>	<i>Projekt</i>	<i>Kund</i>
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
<i>Version</i>	<i>Datum</i>	<i>Författare</i>	<i>Statisticons ProjektID</i>
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			<i>Sida</i>
			3

0 INLEDNING

Riksrevisionen arbetar med att granska statlig verksamhet i syfte att förbättra myndigheternas arbete och för att offentliga resurser ska användas på ett mer effektivt sätt. För närvarande genomför Riksrevisionen en granskning av den tandvårdsreform som genomfördes 2008. Statisticon AB har på uppdrag av Riksrevisionen medverkat i genomförandet av en enkätundersökning inom ramen för en granskning av Tandvårdsreformen. Enkätundersökningen riktar sig till Sveriges befolkning. Enkäten omfattar frågor om allmänhetens attityder till tandvård och hur de har påverkats av reformen.

Denna bilaga utgör en kvalitetsdeklaration av undersökningen. En kvalitetsdeklaration har som ambition att beskriva alla olika moment i undersökningen på ett sådant sätt att en användare av statistiken har möjlighet att bilda sig en uppfattning om undersökningens kvalitet.

Denna kvalitetsdeklaration följer kapitelindelningen i skriften "Kvalitetsbegrepp och riktlinjer för kvalitetsdeklaration av officiell statistik" av Statistiska Centralbyrån i deras serie Meddelande i Samordningsfrågor 2001:1 (MiS).

1 STATISTIKENS INNEHÅLL

1.1 Statistiska målstorheter

Målstorheterna i undersökningen baseras på frågeformuläret och information från SPAR-registret. Se vidare avsnitt 1.1.2 Variabler.

1.1.1 Undersökningsenhet och population

Undersökningsenhet är enskilda personer och populationen utgörs av Sveriges befolkning i åldrarna 20 -85 år.

1.1.2 Variabler

Den fullständiga enkäten återfinns i bilaga 1. Utöver de variabler som inhämtas genom frågeformuläret har även ett antal variabler inhämtas genom SPAR-registret. Dessa variabler är kön, ålder, inkomst, geografisk region.

1.1.3 Statistiska mått

De statistiska mått som används är procentandelar och skattade antalsuppgifter.

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kund	
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen	
Version	Datum	Författare	Statistiska ProjektID	Sida
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210	4

1.1.4 Redovisningsgrupper

Resultaten från granskningen redovisas som en total samt uppdelat efter 9 redovisningsvariabler. Dessa återfinns i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Redovisningsgrupper.

Delgrupp	Sveriges befolkning
Kön	Män Kvinnor
Alder	20-24 år 25-29 år 30-39 år 40-49 år 50-59 år 60-74 år 75-85 år
Civilstånd	Ensamstående Sammanboende med barn Sammanboende utan barn Boende tillsammans med föräldrar/syskon
Sysselsättning	Förvärvsarbetar/egen företagare Förvärvsarbetar inte
Födelseland	Sverige och övriga Norden Övriga Världen
Utbildning	Grundskola eller liknande Gymnasieskola eller liknande Universitets- och högskoleutbildning Annat
Hushållsinkomst	0-199 999 kr 200 000-399 999 kr 400 000-599 999 kr 600 000- kr
Kommunstorlek	Storstad (>250 000 invånare) Större städer (50 000 – 250 000 invånare) Mindre städer (15 000 – 50 000 invånare) Småstad (<15 000 invånare)
Tandhälsa	Bra Varken bra eller dålig Dålig

1.2 Referenstider

I undersökningen efterfrågas såväl nuvarande förhållanden som tidigare förhållande. Exempel på frågor om nuvarande förhållande är ”Hur upplever du möjligheten att få tag i information om vad en undersökning och tandvårdsbehandling kostar?” och ”Varifrån har du främst fått information om tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd?”. Exempel på frågor om tidigare förhållanden är ”Har du någon gång under de senaste tre åren ansett dig vara i behov av tandvård men ändå avstått från att gå till tandvården?” och ”Avstod du från tandvård på grund av kostnaden?”.

1.3 Fullständighet

Undersökningen ingår inte i något statistiksystem utan är en enskild undersökning.

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kod
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
Version	Datum	Författare	Statisticon ProjektID
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			Sida
			5

2 STATISTIKENS TILLFÖRLITLIGHET

2.1 Tillförlitlighet totalt

De osäkerhetskällor som kan påverka resultaten mest är bortfall och mätfel. Rörande bortfall är den ovägda svarsandelen 57 procent och den vägda svarsandelen är 60 procent. Den ovägda svarsandelen är helt enkelt hur stora andel av de tillfrågade personerna som svarat på enkäten. Den vägda svarsandelen tar hänsyn till varierande urvalssannolikheter mellan strata och är en skattning av den svarsandel som hade uppnåtts om hela populationen hade tillfrågats, d.v.s. en totalundersökning. Man kan även tolka svarsandelen som den andel som hade erhållits om urvalsdessignen *hade varit sådan* att ingen grupp hade varit överrepresenterad. Valet att dra ett överurval bland yngre personer, se avsnittet 2.2.1 om urval och avsnitt 2.2.4 om svarsbortfall, har i viss mån inverkat menligt på svarsandelen.

Svarsfrekvensen kan betecknas som förhållandevis god. Det är tillräckligt många som har svarat för att resultat på totalnivå ska vara tillförlitliga under förutsättning att den genomförda bortfallskompensationen har avsedd effekt, se avsnitt 2.2.1. Osäkerhetskällan mätfel är svår att utvärdera utan omfattande utvärderingsstudier (vilka ligger utanför ramen för projektet). På ett övergripande plan har Statisticon inga indikationer på att stora mätfel, se vidare avsnitt 2.2.3.

2.2 Osäkerhetskällor

En vanlig uppdelning av osäkerhetskällor¹ är urval, ramtäckning, mätning, databearbetning och modellantaganden. Vi redogör nedan för vart och ett av dessa källor.

2.2.1 Urval och skattningsförfarande

Urvalet stratifierades efter ålder. Totalt ingick 2 000 personer i urvalet. Antal personer per stratum fördelar sig på följande vis.

Tabell 2. Urval.

Åldersgrupp	Antal personer
20-24 år	300
25-29 år	300
30-39 år	280
40-49 år	280
50-59 år	280
60-74 år	280
75-85 år	280
Totalt	2 000

I och med att bortfall uppstod, se vidare avsnitt 2.2.4, kan det finnas behov av att kompensera för bortfalllets potentiellt snedvridande effekt. I denna undersökning har bortfallskompensation genomförts med kalibrerade uppräkningsviket. Tekniken beskrivs nedan.

¹ Ibland används termen felkällor som synonym till osäkerhetskällor.

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kand
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
Version	Datum	Författare	Statistiska ProjektID
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			Sida
			6

Principen bygger på att utnyttja stark hjälpinformation (registervariabler) för att kalibrera urvalsvikterna så att ett kalibreringsvillkor uppfylls. Hjälpinformationen utgörs av de registervariabler vilka förekommer i bortfallsanalysen nedan. En viktig fråga är hur hjälpvariablerna ska väljas. Lundström och Särndal (2001 och 2005) anger tre olika villkor för att kalibreringsansatsen ska vara framgångsrik för att reducera bortfallsrskvheten

1. Hjälpvariabeln eller hjälpvariablerna ska samvariera med svarsbenägenheten (svarssannolikheten). Detta är det viktigaste kriteriet eftersom det leder till en minskning av bortfallsrskvheten för samtliga skattningar.
2. Hjälpvariabeln eller hjälpvariablerna ska samvariera med viktiga målvariabler (efterfrågade uppgifter i blanketten). Om detta kriterium uppfylls minskar dels bortfallsrskvheten dels osäkerheten (variansen) för dessa målvariabler.
3. Hjälpvariabeln eller hjälpvariablerna ska identifiera de viktigaste redovisningsgrupperna. Det leder framför allt till minskad osäkerhet (varians) i skattningarna för dessa redovisningsgrupper.

I bortfallsanalysen i avsnitt 2.2.4 framkommer att det fanns en samvariation mellan hjälpvariablerna kön, åldersklasser och inkomstklasser (hushållets inkomst) och benägenheten att svara. Utifrån kriterium 1 är alltså dessa variabler potentiella kandidater till att användas i kalibreringen. Eftersom dessa tre variabler är alla registervariabler som det finns tillgång till är det naturligt att använda samtliga i kalibreringen. För att utnyttja informationen maximalt, utan att öka risken för ovanliga viker, utnyttjades korsningen mellan kön och ålder i kalibreringen och inkomstklasser på marginalen. Sammanfattningsvis används alltså följande variabler i kalibreringen

- Kön (två klasser) korsat med åldersklasser (sju klasser) vilket innebär 14 klasser
- Inkomstklasser (9 klasser i 100 000 kronorsklasser)

Nedan redogörs för skattningsmetodik i tekniska aspekter. Vissa beteckningar introduceras. Låt U beteckna populationen och N dess storlek. Låt y beteckna en undersökningsvariabel och y_k dess värde för individ $k = 1, 2, \dots, N$. Populationen stratifieras på $H = 7$ strata, indexerade $h = 1, 2, \dots, H$. Ur populationen dras ett slumpmässigt urval s_h av storlek n_h enligt principen för obundet slumpmässigt urval (OSU) inom stratum h . Hela urvalet betecknas s och är av storlek n , vilket är 2000 personer i undersökningen. Inklusionssannolikheten, d.v.s. sannolikheten för individ k att bli utvald, betecknas π_k och ges av $\pi_k = n_h/N_h$. En målstorhet av intresse är populationsmedelvärdet vilken ges av

$$\bar{y}_U = \frac{\sum_{k \in U} y_k}{N} = \frac{t_y}{N}$$

Notera att om variabeln y kodas med värde 1 för en viss kategori av en variabel, exempelvis Mycket bra på frågan om "Hur tycker du din tandhälsa är?", och 0 för övriga svarsalternativ kommer $\bar{y}_U$ att utgöra populationsandelen "Mycket-bra"-svar. Det behövs därför ingen separat notation för att inkludera skattningar av procentandelar.

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kand
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
Version	Datum	Författare	Statistiska ProjektID
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			Sida
			7

Om inget bortfall uppstår ges den så kallade Horvitz-Thompson-estimatorn av $\bar{y}_U$ enligt

$$\hat{\bar{y}}_U = \frac{\hat{t}_y}{\hat{N}} = \frac{\sum_{k \in S} d_k y_k}{\sum_{k \in S} d_k}$$

där urvalsvikten (designvikten) $d_k = N_h/n_h$ är den inverterade inklusionssannolikheten. Om stratifierat OSU används är summan av urvalsvikterna lika med populationsantalet N .

Intresse finns även för olika redovisningsgrupper, t.ex. resultat uppdelat på kön. Notationen utvidgas därför till att omfatta även dessa. Populationen delas upp i D domäner (redovisningsgrupper) betecknade $U_1, \dots, U_d, \dots, U_D$. Exempelvis kan U_1 beteckna personer i åldern 20-24 år. Låt N_d beteckna storleken på U_d . Följande beteckning för undersökningsvariabeln y införs

$$y_{dk} = \begin{cases} y_k & \text{om } k \in U_d \\ 0 & \text{i övrigt} \end{cases}$$

Målstorheten total för domän d skrivs då enligt

$$t_d = \sum_{k \in U} y_{dk}$$

För att erhålla en skattning av domänmedelvärdet införs en indikatorvariabel enligt

$$I_{dk} = \begin{cases} 1 & \text{om } k \in U_d \\ 0 & \text{i övrigt} \end{cases}$$

Detta gör att antalet individer i en domän kan skrivas $N_d = \sum_{k \in U} I_{dk}$ och domänmedelvärdet $\bar{y}_{U_d} = t_d/N_d$ skattas med

$$\hat{\bar{y}}_{U_d} = \frac{\hat{t}_d}{\hat{N}_d} = \frac{\sum_{k \in S} d_k y_{dk}}{\sum_{k \in S} d_k I_{dk}}$$

Emellertid inträffar bortfall och en svarandemängd r av storlek m erhålls. För att kompensera för bortfallet används principen med kalibrering av vikter. Låt $\mathbf{x}_k$ representera hjälpvektorn som anger till vilken kombination av kategorierna avseende kalibreringsvariablerna individ k tillhör.

Kalibreringsestimatorn för t_d , totalen i redovisningsgrupp d , ges då enligt

$$\hat{t}_{wd} = \sum_{k \in r} w_k y_{dk} \quad (1)$$

där $w_k = d_k v_k$ utgör den kalibrerade vikten och där $d_k = N_h/m_h$ är vikten för rak uppräknings inom strata samt

$$v_k = 1 + \left(\sum_{k \in U} \mathbf{x}_k - \sum_{k \in r} d_k \mathbf{x}_k \right)' \left(\sum_{k \in r} \mathbf{x}_k \mathbf{x}_k' \right)^{-1} \mathbf{x}_k$$

är den justeringsvikt som multiplicerat med d_k gör så kalibreringsvillkoret

$$\sum_{k \in r} d_k v_k \mathbf{x}_k = \sum_{k \in U} \mathbf{x}_k$$

uppfylls. Elementen i vektorn $\sum_{k \in U} \mathbf{x}_k$ är antal individer i populationen i respektive kategori av kalibreringsvariablerna.

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kand
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
Version	Datum	Författare	Statistiska ProjektID
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			Sida
			8

Uttryckt i mer populära termer medför den kalibrerade vikten att de svarande, vid viktad analys, erhåller populationens fördelning över de variabler som ingår i kalibreringen. Om exempelvis en frekvenstabell över kön och åldersklasser beräknas, med den kalibrerade vikten ”påkopplad”, räknas de svarande upp till populationsnivå på ett sådant sätt att den sanna fördelningen över kön och åldersklasser erhålls.

Avslutningsvis presenteras även kalibreringsestimatorn för medelvärdet i en redovisningsgrupp $\bar{y}_{U_d}$. Den ges av

$$\hat{\bar{y}}_{wU_d} = \frac{\hat{t}_{wd}}{\hat{N}_{wd}} = \frac{\sum_{k \in r} w_k y_{dk}}{\sum_{k \in r} w_k I_{dk}}$$

Den kalibrerade uppräkningsvikten, vilken ska användas vid framtagande av deskriptiv statistik, heter ViktKal i analysdatabasen

2.2.2 Ramtäckning

Med osäkerhetskällan ramtäckning avses att den urvalsram som används antingen saknar enheter som ingår i populationen (s.k. undertäckning) eller innehåller enheter som inte ingår i målpopulationen (s.k. övertäckning). Över- och undertäckningen i undersökningen är inte känd, men antas vara liten.

2.2.3 Mätning

Datainsamling

Datainsamling inleddes med en postal enkät tillsammans med ett missiv som beskrev undersökningens syfte och genomförande. En dryg vecka efter enkätutskicket sändes ett tack- och påminnelsekort till de som ännu inte besvarat enkäten. Därefter gjordes ytterligare ett postalt utskick, bestående av påminnelsebrev och ny enkät. Eftersom svarsandelen även efter detta var förhållandevis låg beslutade man om att genomföra enkätundersökningen via telefonintervjuer till de personer som inte besvarat enkäten per post. I tabell 3 nedan redovisas en sammanställning av datainsamlingen.

Tabell 3. Datainsamlingen.

Aktivitet	Datum
Huvudutskick via vanlig post	26 okt
Tack- och påminnelsekort	4 nov
Påminnelse inklusive ny enkät	15 nov
Insamling enkäter via telefonintervjuer påbörjas	28 nov
Datainsamlingen avslutas (både postala och telefonintervjuer)	6 dec

Mätfel

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kod
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
Version	Datum	Författare	Statisticons ProjektID
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			Sida
			9

Med mätfel avses att det registrerade värdet på en undersökningsvariabel, d.v.s. en fråga i frågeformuläret, inte överensstämmer med det "sanna" värdet. Det finns ett flertal anledningar till att detta kan inträffa. Frågornas utformning är av stor betydelse för eventuella mätfel. Frågorna i undersökningen har utformats av Riksrevisionen i samarbete med Statisticon och innan datainsamlingen påbörjades fick personer vid Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) lämna synpunkter på frågorna, som därefter justerades. Allmänt kan sägas att osäkerhetskällan mätfel är svår att utvärdera utan omfattande studier (vilka ligger utanför ramen för projektet).

I tabell 4 redovisas det partiella bortfallet på de frågor som samtliga personer ska besvara. Flervalsfrågor är dock inte med i tabellen. Överlag har de flesta frågor ett lågt partiellt bortfall vilket är en indikation på att de har fungerat bra. Några frågor har dock högre partiellt bortfall. Speciellt fråga 14 och de fyra delfrågorna i fråga 15. Det stora partiella bortfallet på fråga 14 beror på att många har uppfattat den frågan som en flervalsfråga. Det är 150 personer som har markerat minst två svarsalternativ. Om dessa skulle ha markerat ett svarsalternativ skulle det partiella bortfallet på fråga 14 vara 0,9 procent. Fråga 15 hänvisar till en text i enkäten rörande tandvårdsstöd och tandvårdskostnader. Även om texten inte är så lång är det troligt att vissa personer väljer att inte läsa den. När fråga 15 sedan skall besvaras med utgångspunkt i om personen kände till aspekterna kring tandvårdsstöd innan han/hon läste texten är det troligt att de som inte har läst texten hoppar över fråga 15.

Tabell 4. Partiellt bortfall per fråga.

Fråga	Partiellt bortfall (%)
Fråga 1	0,8
Fråga 2	5,3
Fråga 3	0,9
Fråga 4	1,1
Fråga 7	1,5
Fråga 8	1,0
Fråga 10	2,4
Fråga 11	1,1
Fråga 12	0,7
Fråga 13	0,5
Fråga 14	13,9
Fråga 15a	4,4
Fråga 15b	12,9
Fråga 15c	10,3
Fråga 15d	12,0
Fråga 17	1,5
Fråga 18	1,4
Fråga 19	1,8
Fråga 20	2,1

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kand
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen
Version	Datum	Författare	Statisticon ProjektID
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210
			Sida
			10

2.2.4 Svartsbortfall

Svartsbortfall kan delas upp i två komponenter: objektsbortfall och partiellt bortfall. Med objektsbortfall menas att svar saknas helt och hållet från en utvald individ. Med partiellt bortfall menas att en svarande individ har avstått från att besvara en eller flera frågor han/hon borde svara på. För att beräkna svarts- och bortfallsandelar avseende objektsbortfall använder vi den standard som Svenska Statistikersamfundet tagit fram¹. Ett (ovägt) svartsandelsmätt beräknas enligt principen

$$SA(ovägt) = \frac{n_s}{n_s + n_b + n_o} \quad (2)$$

Resultatet av datainsamlingen redovisas i Tabell 5 nedan.

Tabell 5. Resultat av enkätundersökningen (för samtliga, kön, ålder och hushållsinkomst per år).

Grupp	Urval	Svar	Bortfall	Svartsandel (%)
Samtliga	2000	1148	852	57%
Man	1030	535	495	52%
Kvinna	970	613	357	63%
20-24 år	300	125	175	42%
25-29 år	300	123	177	41%
30-39 år	280	138	142	49%
40-49 år	280	159	121	57%
50-59 år	280	186	94	66%
60-74 år	280	210	70	75%
75-85 år	280	207	73	74%
0 – 99 999 kr/år	373	145	228	39%
100 000 – 199 999 kr/år	348	183	165	53%
200 000 – 299 999 kr/år	395	229	166	58%
300 000 – 399 999 kr/år	311	188	123	60%
400 000 – 499 999 kr/år	169	115	54	68%
500 000 – 599 999 kr/år	133	96	37	72%
600 000 – 699 999 kr/år	114	89	25	78%
700 000 – 799 999 kr/år	56	36	20	64%
800 000 – kr/år	101	67	34	66%

2.2.5 Bearbetning

Från den rådatafil med enkätsvar som är resultatet av datainsamlingen har Statisticon genomfört bearbetningar av datafilen till en färdig analysdatabas. Med analysdatabas avses en databas vilken är

¹ Standarden finns tillgänglig på <http://www.statistikersamfundet.se/survey/>

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kund	
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen	
Version	Datum	Författare	Statistiska ProjektID	Sida
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210	11

färdig för sammanställningar av resultattabeller. I bearbetningsarbetet har bland annat följande moment genomförts:

- Kontroll av värden på samtliga variabler
- Åsättande av frågetexter på samtliga variabler samt etiketter på värdena på samtliga kategoriska variabler
- Kontroll av logiska hopp i enkäten
- Lägga på registerdata på enkätdatafilen
- Skapa uppräkningsvikter

De registeruppgifter som har påförts är uppgifter från Försäkringskassan: kön, ålder, pensionsgrundande inkomst samt om man är underhållsskyldig eller bidragsmottagare.

2.2.6 Modellantaganden

Om inget bortfall uppstått i undersökningen skulle målstorheterna kunna skattats på traditionellt sätt, se t.ex. Särndal, Swensson och Wretman (1992). Det finns idag i princip inga undersökningar riktade mot privatpersoner som inte drabbas av bortfall. Om bortfall uppstår måste olika antaganden göras för hur bortfallet ska hanteras. Notera att valet att "inte göra någonting alls" åt bortfallet bygger även det på ett antagande, nämligen att bortfallet skett slumpmässigt. Detta är ofta ett ifrågasättningsbart antagande och om bortfallet inte skett slumpmässigt leder detta alternativ till skevhet i skattningarna av målstorheter. Den metod som används i undersökningen för att kompensera för bortfallet bygger på tekniken med kalibrerade vikter.

Metoden kalibrering går ut på att vikta de svarande på ett sådant sätt att de svarande erhåller populationens fördelning över de variabler vilka kalibrering sker gentemot. Om de variabler som kalibreras gentemot kan "förklara" variationen i svarsbenägenhet leder kalibrering, om än inte till eliminering, så till reducering av potentiell bortfallsskevhet, se t.ex. Lundström och Särndal (2001 och 2005). De variabler som används i kalibreringen är korsklassificeringen av kön och åldersklasser samt inkomstklasser (hushållsinkomst). Det finns dock ingen garanti för att de variabler som använts i kalibreringen fullständigt förklarar orsakerna till bortfall. Det kan finnas andra orsaker till bortfall som inte går att kontrollera för.

2.3 Redovisning av osäkerhetsmått

Inga osäkerhetsmått redovisas i tabellrapporten.

3 STATISTIKENS AKTUALITET

3.1 Frekvens

Undersökningen är av engångskaraktär och är ej återkommande.

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kod	
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen	
Version	Datum	Författare	Statisticons ProjektID	Sida
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210	12

3.2 Framställningstid

Datainsamlingen genomfördes under vecka 43 till och med vecka 49 år 2011. Preliminära resultat levererades i vecka 49. I vecka 50 gjordes den slutliga leveransen.

3.3 Punktlighet

Preliminära tabeller och preliminär analysdatabas levereras enligt överenskommelse under vecka 49 år 2011. Den definitiva sammanställningen levererades under vecka 50 år 2011.

4 TILLGÄNGLIGHET OCH FÖRSTÅELIGHET

4.1 Spridningsformer

Resultaten från Riksrevisionens granskning publiceras på Riksrevisionens hemsida www.riksrevisionen.se samt i Riksrevisionens rapportserie.

4.2 Presentation

Presentationen av resultaten framgår av tabellrapporten. Presentationen av kvalitetsdeklarationen framgår av detta dokument. Presentationen av Riksrevisionens granskning framgår av deras rapport.

4.3 Dokumentation

Dokumentationen av resultaten och genomförande av undersökningen framgår av denna rapport.

4.4 Upplysningstjänster

Frågor rörande undersökningens genomförande kan ställas projektledare Josefine Mångs eller Cecilia Dittmer (08-5171 4000, Fornamn.efternamn@riksrevisionen.se) på Riksrevisionen. Frågor rörande tabellverket och kvalitetsdeklarationen kan ställas till Jenny Lagerqvist (08-402 29 00, fornamn.efternamn@statisticon.se) på Statisticon AB.

5 ÖVRIGT

Undersökningsledare för enkätundersökningen och tillika författare av detta dokument har varit Jenny Lagerqvist och Mats Nyfjäll på Statisticon AB. Utöver detta har även Åsa Greijer och Tommy Eriksson medverkat i arbetet med undersökningen.

6 REFERENSER

Lundström, S. and Särndal, C.E. (2001). *Estimation in the presence of nonresponse and frame imperfections*. Statistics Sweden.

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kand	
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen	
Version	Datum	Författare	Statistiska ProjektID	Sida
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210	13

Särndal, C.E., Swensson, B and Wretman, J. (1992). *Model Assisted Survey Sampling*. New York: Springer-Verlag

Särndal, C.E. and Lundström, S. (2005). *Estimation in Surveys with Nonresponse*. New York: Wiley & Sons.

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Dokumenttyp	Klass	Projekt	Kand	
Rapport 1	-	Enkätundersökning tandvård	Riksrevisionen	
Version	Datum	Författare	Statistiska ProjektID	Sida
4	2011-12-15	Jenny Lagerqvist	RiR_4210	14

7 BILAGA - FRÅGEFORMULÄR

I:\Myndigheter\RiR\RiR_4210_Tandvårdsreform\Document\Report\Rapport_01.4_Kvalitetsdeklaration_Tandvård.docx

Frågor om dina tandvårdsvanor och kostnader.

Med tandvård menas besök hos tandläkare och/eller tandhygienist i Sverige.

Fråga 1) När var du senast hos tandvården?

- | | |
|--|---|
| ☐ För mindre än ett år sedan | ☐ För mer än 5 år sedan |
| ☐ För ett till mindre än tre år sedan | ☐ Går inte till tandvården |
| ☐ För tre till fem år sedan | ☐ Vet inte, minns inte |

Fråga 2) Vad var den avgörande anledningen till att du besökte tandvården senast? Kryssa i den huvudsakliga anledningen.

- | | |
|--|--|
| ☐ Kallelse till tandvården | ☐ Påverkad av information om regelbunden tandvård |
| ☐ Går regelbundet till tandvården | ☐ Annat skäl, nämligen |
| ☐ Besvär med tänderna eller oro för tandhälsa eller tandskada | ☐ Går inte till tandvården |
| ☐ Påverkad av information om tandvårdsbidraget och högkostnadsskyddet | ☐ Vet inte, minns inte |

Fråga 3) Vart gick du för ditt senaste tandvårdsbesök?

- | | |
|---|---|
| ☐ Folktandvården eller tandvårdsutbildning | ☐ Går inte till tandvården |
| ☐ Privattandvården | ☐ Vet inte, minns inte |

Fråga 4) Hur ofta går du till tandvården för rutinemässig undersökning?

- | | |
|---|--|
| ☐ Varje år, eller oftare | ☐ Vart fjärde år |
| ☐ Vartannat år | ☐ Mer sällan än vart fjärde år |
| ☐ Vart tredje år | ☐ Brukar inte gå på rutinundersökning |

Om du går till tandvården vartannat år eller oftare, gå vidare till fråga 7

Fråga 5) Det kan finnas flera skäl till varför du besöker tandvården som du gör. Kryssa i det/de alternativ som stämmer in på dig.

- | | |
|---|--|
| ☐ Jag har inget behov av att gå till tandvården oftare | ☐ Jag prioriterar att lägga pengarna på annat |
| ☐ Jag har inte råd att gå till tandvården | ☐ Jag har inte tid att gå till tandvården |
| ☐ Jag är rädd för tandvården | ☐ Jag har lång väg till tandvården |
| ☐ Det blir inte av att jag går till tandvården | ☐ Annat skäl, nämligen..... |
| ☐ Det är svårt att få tid hos tandvården | |

Fråga 6) Skulle något av följande alternativ få dig att gå till tandvården oftare?

Kryssa i maximalt tre av de alternativ som stämmer in på dig.

- | | |
|---|---|
| ☐ Kallelse från tandvården | ☐ Tandvård under någon form av lugnande behandling |
| ☐ Kostnadsfria undersökningar | ☐ Annat, nämligen |
| ☐ Ett maxbelopp för tandvård som uppgår till 900 kronor per år | |
| ☐ Abonnemangstandvård | ☐ Nej, jag går till tandvården så regelbundet som jag önskar |
| ☐ Mer information om regelbunden tandvård | |

Fråga 7) Ungefär hur mycket har du själv sammanlagt betalt för tandvårdsbesök de senaste 12 månaderna?

- | | |
|--|---|
| ☐ 0-500 kronor | ☐ 8 001-15 000 kronor |
| ☐ 501-1 000 kronor | ☐ Mer än 15 000 kronor |
| ☐ 1001-3 000 kronor | ☐ Vet inte, minns inte |
| ☐ 3001-8 000 kronor | ☐ Har inte besökt tandvården under de senaste 12 månaderna |

Fråga 8) Har du någon gång under de senaste tre åren ansett dig vara i behov av tandvård men ändå avstått från att gå till tandvården?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte, minns inte |
|-----------------------------|------------------------------|---|

Om du svarat Nej eller Vet inte, minns inte på fråga 8, fortsätt till fråga 10

Fråga 9) Avstod du från tandvård på grund av kostnaden?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ I viss mån | ☐ Nej |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|

Fråga 10) På vilket sätt har tandvårdskostnaderna förändrats för dig de senaste tre åren, jämfört med åren innan?

- | | |
|---|--|
| ☐ Mycket dyrare | ☐ Mycket billigare |
| ☐ Lite dyrare | ☐ Har inte varit hos tandvården under de senaste tre åren |
| ☐ Oförändrade | ☐ Vet inte, minns inte |
| ☐ Lite billigare | |

Fråga 11) Hur upplever du möjligheten att få tag i information om vad en undersökning och tandvårdsbehandling kostar?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Mycket lätt | ☐ Ganska svårt |
| ☐ Ganska lätt | ☐ Mycket svårt |
| ☐ Varken lätt eller svårt | ☐ Vet inte |

Fråga 12) Frågar du om priset för en tandvårdsbehandling innan behandlingen påbörjas?

- | | |
|--|---|
| ☐ Ja, alltid | ☐ Nej, aldrig |
| ☐ Ja, ibland | ☐ Vet inte |
| ☐ Nej, inte särskilt ofta | ☐ Har inte varit hos tandvården på länge |

Fråga 13) Har du någon gång avstått från att gå till tandvården på grund av att du inte kände till vad det kostade?

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nej |
| ☐ I viss mån | ☐ Vet inte |

Fråga 14) Vad är det viktigaste när du väljer tandläkare/tandhygienist? Kryssa i det alternativ som stämmer in på dig.

- | | |
|---|--|
| ☐ Lågt pris | ☐ Rekommendationer av andra |
| ☐ Lätt att få tid | ☐ Annat, nämligen..... |
| ☐ Trevlig klinik | ☐ Vet inte |
| ☐ Förtroendefull relation med tandläkare/tandhygienist | ☐ Besöker inte tandvården |

Frågor om tandvårdsstöd och tandvårdskostnader

Den första juli 2008 genomfördes den senaste tandvårdsreformen och ett nytt tandvårdsstöd infördes. Tandvårdsstödet består av två delar, dels ett tandvårdsbidrag och dels ett högkostnadsskydd.

Från och med det år du fyller 20 till det år du fyller 29 år och från och med det år du fyller 75 år är bidraget 300 kronor per år. Från och med det år du fyller 30 och till och med det år du fyller 74 är bidraget 150 kronor per år.

För att få ersättning från högkostnadsskyddet måste dina tandvårdsåtgärder finnas med i referensprislistan. Referenspriset är det högsta belopp som du kan få i ersättning från högkostnadsskyddet, oavsett om din tandläkare tar ut ett högre pris. Du måste själv stå för tandvårdskostnader upp till 3 000 kronor. Utför du tandvård och referenspriset för detta uppgår till mellan 3 000 och 15 000 kronor får du 50 procent i ersättning och om beloppet uppgår till över 15 000 får du 85 procent i ersättning. Ersättningen grundar sig alltså på referenspriserna och inte på vad du faktiskt har betalt.

Följande frågor handlar om din kännedom om tandvårdsstödet och din inställning till tandvårdskostnader.

Fråga 15) Innan du läste texten om tandvårdsstödet på föregående sida, kände du då till

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| a) att det finns ett tandvårdsbidrag? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| b) vilket tandvårdsbidrag du har rätt till? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| c) att det finns ett högkostnadsskydd för tandvård? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| d) från och med vilka belopp du kan få ersättning från högkostnadsskyddet? | ☐ Ja | ☐ Nej |

Fråga 16) Varifrån har du främst fått information om tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd?

Kryssa i det/de alternativ som stämmer in på dig.

- | | |
|---|--|
| ☐ Försäkringskassans hemsida | ☐ Genom TV, radio, tidningar eller internet |
| ☐ Broschyr eller annat informationsmaterial från Försäkringskassan | ☐ På annat sätt |
| ☐ Min tandläkare/tandhygienist | ☐ Har inte fått någon information |
| | ☐ Vet inte, minns inte |

Fråga 17) En del av tandvårdsstödet innebär att du får ett bidrag för tandvårdsbesök. Skulle du fortsätta att kontrollera dina tänder regelbundet om tandvårdsbidraget försämrades?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ja, absolut | ☐ Nej, inte alls |
| ☐ Ja, troligtvis | ☐ Kontrollerar inte tänderna regelbundet |
| ☐ Nej, troligtvis inte | ☐ Vet inte |

Fråga 18) En del av tandvårdsstödet innebär att det finns ett högkostnadsskydd för tandvård. Skulle du utföra samma typ av tandvård som du har gjort fram tills idag om högkostnadsskyddet försämrades?

- | | |
|---|--|
| ☐ Ja, absolut | ☐ Nej, inte alls |
| ☐ Ja, troligtvis | ☐ Besöker inte tandvården i dagsläget |
| ☐ Nej, troligtvis inte | ☐ Vet inte |

Fråga 19) Vad kan du högst tänka dig att betala för en rutinmässig tandundersökning av en tandläkare?

- | | |
|--|--|
| ☐ Maximalt 500 kronor | ☐ Mer än 1 501 kronor |
| ☐ Maximalt 1 000 kronor | ☐ Vet inte |
| ☐ Maximalt 1 500 kronor | |

Fråga 20) Vad kan du högst tänka dig att betala för all din tandvård hos tandläkare och tandhygienist under ett år?

- | | |
|--|---|
| ☐ Maximalt 500 kronor | ☐ Maximalt 15 000 kronor |
| ☐ Maximalt 1 000 kronor | ☐ Mer än 15 000 kronor |
| ☐ Maximalt 3 000 kronor | ☐ Vet inte |
| ☐ Maximalt 8 000 kronor | |

Bakgrundsfrågor om dig

Slutligen kommer några mer allmänna frågor om dig och din bakgrund. Vi ställer dessa frågor eftersom vi är intresserade av om din bakgrund påverkar din uppfattning av tandvård och av tandvårdsstödet.

Fråga 21) Hur tycker du att din tandhälsa är?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Mycket bra | ☐ Ganska dålig |
| ☐ Ganska bra | ☐ Mycket dålig |
| ☐ Varken bra eller dålig | ☐ Vet inte |

Fråga 22) Vern/vilka bor du tillsammans med helt eller delvis?

Kryssa i det/de alternativ som stämmer in på dig.

- | | |
|--|--|
| ☐ Jag bor själv | ☐ Barn 0-20 år |
| ☐ Föräldrar/syskon | ☐ Barn, 21 år eller äldre |
| ☐ Make/maka/partner/sambo | ☐ Annan vuxen |

Fråga 23) Vilken är din huvudsakliga sysselsättning just nu?

- ☐ Förvärvsarbetar/egen företagare
- ☐ Förvärvsarbetar inte (är exempelvis student, långtidssjukskriven, föräldraledig eller arbetslös)

Fråga 24) Var är du född?

- ☐ Sverige ☐ Övriga Norden ☐ Övriga Världen

Fråga 25) Vilken är din högsta skolutbildning?

- ☐ Grundskola eller liknande
- ☐ Gymnasieskola eller liknande
- ☐ Universitets- eller högskoleutbildning
- ☐ Annat

Tack för din medverkan!

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

Alla Riksrevisionens tidigare utgivna rapporter finns tillgängliga på www.riksrevisionen.se

2011	2011:1	Säsongsarbetslösa och arbetslöshetsförsäkringen – omställningsförsäkring eller yrkesförsäkring?
	2011:2	Använder lärosätena resurserna effektivt? Effektivitet och produktivitet för universitet och högskolor
	2011:3	Oförbrukade forskningsbidrag vid universitet och högskolor
	2011:4	IT inom statsförvaltningen – har myndigheterna på ett rimligt sätt prövat frågan om outsourcing bidrar till ökad effektivitet?
	2011:5	Statliga IT-projekt som överskrider budget
	2011:6	Kostnadskontroll i stora järnvägsinvesteringar?
	2011:7	Trafikverkens produktivitet – hur mycket infrastruktur för pengarna?
	2011:8	Klimatinsatser utomlands – statens köp av utsläppskrediter
	2011:9	Myndigheternas insatser för finansiell stabilitet – Lärdomar i ljuset av utvecklingen i Baltikum 2005–2007
	2011:10	Biodrivmedel för bättre klimat – Hur används skattebefrielsen?
	2011:11	Tydlighet och transparens i budgetpropositionen för 2011? – Redovisningen av finans- och sysselsättningspolitiska ramverk
	2011:12	Statens stöd till studieförbunden
	2011:13	Leverans på utsatt tid? En granskning av försvarets internationella materielsamarbeten
	2011:14	Svenska bidrag till internationella insatser
	2011:15	Försvarsmaktens stöd till samhället vid kriser
	2011:16	Statliga insatser för akademiker med utländsk utbildning – förutsägbara, ändamålsenliga och effektiva?
	2011:17	Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem?
	2011:18	Brotsutsatt – Myndigheternas hantering av ekonomisk kompensation på grund av brott
	2011:19	Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?
	2011:20	Vad blev det av de misstänkta bidragsbrotten?
	2011:21	Användningen av basanslaget för forskning och forskarutbildning
	2011:22	Botniabanan och järnvägen längs Norrlandskusten – hur har det blivit och vad har det kostat?

	2011:23	Lika betyg, lika kunskap? En uppföljning av statens styrning mot en likvärdig betygssättning i grundskolan
	2011:24	Statliga myndigheters tjänsteexport
	2011:25	It-stödet i rättskedjan
	2011:26	Stabilitetsfonden – Gör den skäl för namnet?
	2011:27	Att hantera brottmål effektivt – En utmaning för regeringen och rättsväsendet
	2011:28	Medfinansiering av statlig infrastruktur
	2011:29	Miljökrav i offentlig upphandling – är styrningen mot klimatmålet effektiv?
	2011:30	Tillämpningen av det finanspolitiska ramverket. Regeringens redovisning i budgetpropositionen för 2012
2012	2012:1	Klimatrelaterade skatter – Vem betalar?
	2012:2	Svensk klimatforskning – Vad kostar den och vad har den gett?
	2012:3	DO och diskrimineringsfrågorna
	2012:4	Att styra självständiga lärosäten
	2012:5	Besparingar i försvarets materielförsörjning. Regeringens genomförandegrupp 2008
	2012:6	Regelförenkling för företag – regeringen är fortfarande långt från målet
	2012:7	Infrastrukturplanering – på väg mot klimatmålen?
	2012:8	Citybanans regionala medfinansiering
	2012:9	Effektivitetsmätning som metod för att jämföra arbetsförmedlingskontor
	2012:10	Statens försäljningar av apotek
	2012:11	Den nordiska stridsgruppen – Nordic Battlegroup 2011

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se