

Bilaga 1 till TLVs regeringsrapport
“Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet”:
Styr TLVs referenspris de privata mottagningarnas
priser?

Mikael Moutakis

4 mars 2014

Innehåll

1	Inledning	3
2	Bakgrund till tandvårdsstödet	3
2.1	Det statliga tandvårdsstödet funktion och syfte	3
2.2	Om referenspriserna	4
3	Metod	4
3.1	Enkätstudien	5
3.1.1	Enkäten skickades till 399 privata mottagningar	5
3.1.2	Enkäten bestod av 20 frågor	5
3.1.3	Primär analys: Hur påverkar det budade referenspriset det framtida referenspriset	8
3.1.4	Sekundär analys – Hur styr bakgrundsfaktorerna vårdgivarpriset?	9
3.2	Tertiär analys – Vilken blir effekten av referenspriset skattad med ett naturligt experiment?	9
4	Resultat	10
4.1	Datakvalitet	10
4.2	Referensprisets påverkan på vårdgivarpriserna	11
4.2.1	Enkätstudien	11
4.2.2	Det naturliga experimentet	11
4.3	Sekundära analyser	14
4.3.1	Deskriptiv statistik	14
4.3.2	Koppling mellan vårdgivarpris, elasticitet och bakgrundsfaktorer	16
5	Slutsatser	16
5.1	Samlade slutsatser	18
5.2	Motiv till val av metod	19
5.3	Punkter som styrker analysen	20
5.4	Svagheter i analysen	20
6	Tack till	21
A	Bilaga – utökad information från statistiska analysen	22
A.1	Regression – primärt effektmått	22
A.2	Regression – bakgrundsfaktorernas påverkan på vårdgivarpriset	23
B	Referenser	24
C	Bilaga – Svar från enkätens öppna frågor	25
D	Bilaga – Enkäten	31
D.1	Första enkäten	31
D.2	Påminnelseenkäten	40

1 Inledning

Denna studies primära syfte var att testa om referenspriset påverkar privata tandvårdsmottagningars vårdgivarpriser, allt annat lika. Materialet bestod av en enkätstudie till verksamhetsansvariga för 399 privata mottagningar där enkätdeltagarna fick prissätta två åtgärder som ännu inte ingår i det statliga tandvårdsstödet. Varje åtgärd hade ett slumpmässigt valt referenspris, vilket gav möjlighet att separera effekten av referenspriset från effekten av allt annat som styr vårdgivarpriset. Studien visar tydligt att referenspriset påverkar vårdgivarpriset. Resultatet bekräftas av en retrospektiv analys av debiterade priser från 2008 till 2010.

Studiens sekundära syfte var att ge en bild av vad som i övrigt styr de privata mottagningarnas prissättning. Det som enligt enkätdeltagarna hade störst effekt på prissättningen var mottagningarnas egna kostnader och referenspriserna. Privata konkurrenters och folktandvårdens priser hade underordnad betydelse.

Enkätdeltagarna förväntade sig att 90 procent av patienterna skulle återvända inom fem år. Enkätdeltagarna berättade att patienterna sällan nämnde andra vårdgivares priser eller referenspriserna. Det var sällsynt att patienterna inte bokade tid för behandling efter att de fått ett kostnadsförslag; det var mer vanligt att patienterna frågade efter en billigare behandling. Enkätdeltagarna uppgav mycket kort väntetid för akuta och icke-akuta behandlingar. Majoriteten uppgav att de sällan var tvungna att avvisa patienter på grund av tidsbrist. Det var också sällsynt att man hade lediga tider som inte kunde fyllas med patientbesök.

2 Bakgrund till tandvårdsstödet

2.1 Det statliga tandvårdsstödet funktion och syfte

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet för vuxna infördes den 1 juli 2008. Det bestod från början av två delar – ett allmänt tandvårdsbidrag för hela befolkningen (ATB) samt ett högkostnadsskydd. Den 1 januari 2013 utökades det statliga tandvårdsstödet med ett särskilt tandvårdsbidrag (STB). STB ska ge stöd till förebyggande vård för patienter som på grund av vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar löper ökad risk att få problem med munhälsan.

Hur mycket stöd som betalas ut ur högkostnadsskyddet vid varje tandvårdsbesök beror på hur stort ersättningsgrundande belopp patienten samlat på sig under en ersättningsperiod; denna period kan vara högst tolv månader och den kan avbrytas tidigare om patienten vill. Om det ersättningsgrundande beloppet överstiger 3 000 kronor under ersättningsperioden betalar staten 50 procent av den överskjutande delen av det ackumulerade ersättningsgrundande beloppet. När beloppet överstiger 15 000 kronor betalar staten 85 procent av det överskjutande beloppet.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tar fram en referensprislista för de åtgärder som omfattas av högkostnadsskyddet. Om vårdgivarens pris ligger över referenspriset är det referenspriset som avgör hur mycket som läggs till patientens ackumulerade ersättningsgrundande belopp. Om vårdgivarpriset ligger under referenspriset används vårdgivarpriset som beräkningsgrund.

2.2 Om referenspriserna

Referenspriserna fyller två syften, dels ligger de till grund för hur mycket ersättning patienten får inom högkostnadsskyddet, dels ger de patienten ett jämförelsepris att ställa mot vårdgivarens pris. Referenspriserna ska således bidra till att utveckla konkurrensen.¹

Det finns referenspriser för drygt 160 åtgärder fördelade på 9 åtgärds-kategorier. Beräkningen av varje enskild åtgärds referenspris utgår från en kalkylmodell där arbetskostnaden utgör basen.

Kostnaderna delas upp i direkta och indirekta kostnader:

- De direkta kostnaderna består (något förenklat) av tre delar: tandvårdsmottagningskostnader, kostnader för dentalt material inklusive tandtekniskt arbete samt kostnader för direkt material. Dentalt material är allt som förbrukas under vårdtillfället och som blir kvar i patientens mun, exempelvis fyllningar, små metallfästen (brackets) vid tandreglering och tandtekniska produkter som broar och kronor. Direkt material är förbrukningsartiklar som exempelvis hygienartiklar och röntgenbilder.

- De indirekta kostnaderna består av gemensamma kostnader som inte är kopplade till en specifik åtgärd, exempelvis lokallhyra, administrativa tjänster och städtjänster. De indirekta kostnaderna fördelas genom ett procentuellt påslag på arbetskostnaden för varje åtgärd.

Fördelningen av kostnaderna mellan referensprisets olika delar ser olika ut för de olika åtgärdsserierna beroende på omfattning och innehåll. I de förebyggande och hälsofrämjande åtgärdsserierna utgörs kostnaderna i stort sett helt och hållet av tandläkarmottagningskostnader (drygt 90 procent). För åtgärder i de andra åtgärdsserierna kan dentalt material utgöra en betydande andel av kostnaderna.

Referenspriset för respektive åtgärd ska täcka åtgärdens produktionskostnad i allmäntandvården under normala förhållanden. TLV indexjusterar referenspriserna årligen för att inte kostnadsutvecklingen i tandvården ska urholka referensprisernas funktion.² Varje åtgärd justeras separat utifrån index för arbetskostnader, direkt material och dentalt material. Eftersom de indirekta kostnaderna beräknas som ett procentuellt påslag på arbetskostnaderna justeras de indirekta kostnaderna i samma procentuella takt som arbetskostnaderna.

3 Metod

Första delen av denna studie var en prospektiv enkätstudie där ett antal mottagningar fick svara på frågan vad de skulle ta för vårdgivarpris för en ny åtgärd med ett givet, slumpmässigt valt referenspris.

Andra delen av studien var en retrospektiv observationsstudie av ett så kallat naturligt experiment, där referenspriset för en av tandvårdsstödet's åtgärder hade justerats i högre takt än den generella kostnadsutvecklingen.

¹Se proposition 2007/08:49 sida 63 samt sida 152-153.[12]

²2012 års indexjustering trädde dock ikraft den 1e januari 2013. Normalt sett ses referenspriserna över i september.

3.1 Enkätstudien

3.1.1 Enkäten skickades till 399 privata mottagningar

Enkäten skickades ut till totalt 399 privata mottagningar som rapporterat in vård inom det statliga tandvårdsstödet under fjärde kvartalet 2011. [1] Totalt 3 386 privata tandvårdsmottagningar tillhörande 283 vårdgivare registrerade in vård mellan den 1 oktober och den 31 december 2011, och utifrån dessa mottagningar gjordes ett bundet (stratifierat) urval av 2 411 gatuadresser och mottagningar. Dessa 2 411 mottagningar räknades som totalpopulation och utgjorde grunden för urvalet till enkätstudien.

Utifrån de 2 411 mottagningarna gjordes ett slumpmässigt urval av 57 mottagningar från var och en av Sveriges H-regioner,³ totalt 399 mottagningar. Glesbygden blev därmed överrepresenterad och storstadsregionerna underrepresenterade. Denna snedvridning i urvalet korrigerades i den statistiska analysen.

Enkäterna adresserades till ”Verksamhetsansvarig tandläkare eller tandhygienist”. För att undvika taktiska svar stod odontologiska fakulteten vid Karolinska Institutet som avsändare (se bilaga D, sida 31).

Enligt TLV:s remissförfarande remitterades kommande föreskriftsändringar den 15 mars 2012, vilket var deadline för när de sista svaren från enkäten kunde samlas in. Enkäterna skickades ut den 6 februari 2012 och påminnelser skickades ut den 24 februari 2013. Sista datum för att svara på enkäten var den 14 mars 2012.

3.1.2 Enkäten bestod av 20 frågor

I enkäten fanns 20 frågor som valdes så att de kunde besvaras på mindre än 10 minuter. Förutom 4 frågor som syftade till att fånga det primära effektmåttet – hur referenspriset påverkar vårdgivarpriset – ingick ytterligare 16 frågor som fyllde tre syften, nämligen att:

1. avleda uppmärksamheten från de primära frågorna för att minska risken för att enkätdeltagarna svarade taktiskt
2. kontrollera att enkätdeltagarna ingick i den tilltänkta målgruppen för enkätstudien
3. få data till den sekundära analysen av vad som antogs påverka prissättningsstrategin – produktionskapacitet, vårdpanorama, väntetid för patienterna, utgångspunkt vid prissättning, nuvarande priser samt patienternas trohet och priskänslighet.

Nedan presenteras enkätfrågorna, med förklaring och motiv till varje fråga i kursiv. (Enkäten och påminnelseenkäten presenteras i sin helhet i bilaga D). D, s 31. För frågor där enkätdeltagaren svarade ”Vet inte” kodades svaren som -1 för att sedan omvandlas till datatypen ”saknat värde” (NA) i den statistiska analysen. När enkätdeltagarna svarade med beloppsintervall i de öppna frågorna kodades svaret som medianen av högsta och lägsta belopp.

De 20 frågorna i enkäten var följande.

1. Vilken typ av vård erbjuder er mottagning? *Alternativen var allmäntandvård, specialisttandvård samt både och.*

³Sverige indelat i sju regioner efter befolkningstäthet 2002.[9]

2. En person i 50-årsåldern som inte har gått hos er tidigare ringer och vill få en akuttid för att laga en kindtand. Personen berättar att det känns vasst och ilar när denne äter och dricker. Hur lång är väntetiden? *Detta är ett vanligt akuttillstånd. Anledningen till att exempelpatienten var ny för mottagningen, var att fånga mottagningens resurser att ta an nya patienter. Enkätdelegaren fick ett antal svarsalternativ att välja mellan (se figur 2). Om enkätdelegaren kryssade i mer än ett alternativ valdes alternativet med längst väntetid. Intervallen i svarsalternativen kodades om till numeriska värden genom att mittvärdet av varje intervall valdes (se programmeringskod i bilaga C).*
3. En av era befintliga patienter saknar tand 15 och ni bedömer att en bro mellan tand 16 och tand 13 bör göras. Hur lång är väntetiden för att få påbörja behandlingen? *Detta är en vanlig icke-akut behandling. Svaren kodades på samma sätt som i fråga 2. Talet 15 uttalas "ett-fem" och står för femte tanden i första kvadranten, det vill säga femte tanden åt höger från mitten av överkäken.*
4. Hur ofta upplever du att er mottagning måste avvisa patienter på grund av att ni inte har några lediga tider? (Sätt ett kryss på skalan). *Denna skala återkom senare i ett flertal av frågorna. Skalan konstruerades som en liggande termometer (så kallad visual analogue scale, VAS) med ett antal skalstreck och utan några siffror. Se bilaga B.*
5. Hur ofta har ni bokningsbara tider som ni har svårt att fylla med patientbesök? *Denna och den förgående frågan fångar mottagningens möjlighet att öka vårdvolymen utifrån resurser.*
6. Sätter er mottagning era egna priser på tandvårdsåtgärder som ni utför inom ramen för det statliga tandvårdsstödet? *De som svarade nej ombads att hoppa över fråga 7-15. Det primära effektmåttet beräknades således enbart på svaren från de mottagningar som själva sätter sina priser.*
7. Sköter du själv prissättningen?
8. Tar ni ut olika vinstmarginal för olika åtgärder, när ni sätter era priser för vuxentandvården?
9. Vad utgår ni ifrån när ni skapar mottagningens prislista för vuxentandvården? *Här fick enkätdelegaren fylla i 6 olika skalor gällande; 1) mottagningens omkostnader, 2) privata konkurrenters priser, 3) referenspriserna, 4) Folktandvårdens priser, 5) vad patienten är villig att betala och 6) övriga faktorer. Varje skala gick ifrån "I mycket låg grad" till "I mycket hög grad".*
10. Anta att en ny åtgärd för stegvis exkavering kommer att införas i det statliga högkostnadsskyddet från och med 1 januari 2013. Åtgärden skulle i så fall innefatta bedövning, exkavering, torrläggning, fyllning med temporärt fyllningsmaterial, anpassning av ocklusion mot motstående käke samt kontrollröntgen i förekommande fall. Anta att referenspriset blir XXX kr. Vilket pris skulle ni välja för denna åtgärd? Om ni förväntar er ta olika priser för olika patienter, ange det pris du tror att majoriteten av era patienter får betala exklusive tandvårdsstöd. "XXX" sattes

slumpmässigt till ett av fem referensprisbud, beräknade som antingen 1/1.3, 1/1.1, 1, 1.1 eller 1.3 gånger referenspriset 2013.

11. Vilket pris tror du att folktandvården i ert landsting skulle välja för åtgärden stegvis exkavering? Om folktandvården i ert landsting tillämpar latitudprissättning, ange det pris du tror att majoriteten av deras patienter får betala. *Syftet med denna fråga var att fånga huruvida enkättagaren kunde föreställa sig Folktandvårdens prissättningsstrategi.*
12. Vilken åtgärd debiterar ni idag när ni utför stegvis exkavering?
13. Anta att en egen åtgärd för betthöjning med fyllningsmaterial, per tand kommer införas i statliga högkostnadsskyddet från och med 1 januari 2013. Åtgärden skulle i så fall innefatta uppbyggnad med komposit- eller glasjonomermaterial inklusive inslipning och puts. Anta att referenspriset blir YYY kronor. Vilket pris skulle er mottagning välja för denna åtgärd? Om ni förväntas ta olika priser för olika patienter, ange det pris du tror att majoriteten av era patienter får betala. *Referensprisbuden i denna fråga skapades på samma sätt som i fråga 10.*
14. Vilket pris tror du att folktandvården i ert landsting skulle ta för åtgärden "betthöjning med fyllningsmaterial, per tand"? Om Folktandvården i ert landsting tillämpar latitudprissättning, ange det pris du tror att majoriteten av deras patienter får betala.
15. Vilken åtgärd debiterar ni idag när ni gör betthöjning med fyllningsmaterial?
16. Hur stor andel av de patienter som besökte er mottagning under 2011 förväntar du dig återkommer någon gång under 2012 till 2015? *Denna fråga valdes som ett mått på hur trogna enkättagaren väntar sig att patienterna ska vara. Här användes en VAS-termometer från 0 till 100 procent.*
17. Hur ofta händer det att era patienter tar upp andra vårdgivares priser i samband med att ni har gett ett kostnadsförslag? *Denna fråga, (och även fråga 18-20 konstruerades för att fånga olika aspekter av patienternas priskänslighet. Fråga 17-20 konstruerades som VAS-termometrar med sju skalstreck. Skalorna gick ifrån "Mycket sällan" till "Mycket ofta".*
18. Hur ofta händer det att era patienter tar upp referenspriset i samband med att ni har gett ett kostnadsförslag?
19. Hur ofta händer det att patienter som fått ett kostnadsförslag av er därefter inte bokar tid för behandling?
20. Hur ofta händer det att patienter som fått ett kostnadsförslag av er frågar efter en billigare behandling?

3.1.3 Primär analys: Hur påverkar det budade referenspriset det framtida referenspriset

Det primära effektmåttet, det vill säga punktelasticiteten för vårdgivarpriset avseende referenspriset, fångar hur stor förändring (i procent) man kan vänta sig av vårdgivarpriset när referenspriset förändras med ett visst antal procent, allt annat lika.

Det primära effektmåttet skattades med en metod inspirerad av så kallade betalningsviljestudier, vilka används inom marknadsföring samt inom hälso- och sjukvårdsekonomi för att mäta värdet av varor och tjänster som inte finns att köpa, exempelvis ej lanserade produkter, rena floder eller bättre hälsa.⁴

Varje enkättagare fick en enkät med två frågor av typen "Vad skulle du ta för åtgärd X om referenspriset var Y kronor?" Värdet av referensprisbudet Y varierades slumpmässigt mellan enkättagarna. Alla andra faktorer som kunde tänkas påverka vårdgivarpriset var således oberoende av vilket referenspris enkättagaren fick.

Referensprisbuderna beräknades som 1/1.3, 1/1.1, 1, 1.1 och 1.3 gånger det referenspris som förväntades från TLV på åtgärderna när de infördes den 1 januari 2013. Utifrån 2 frågor och 5 möjliga referensprisbud fanns det 25 möjliga kombinationer. Referensprisbeloppen för varje enkät valdes så att antalet förekomster av varje kombination skulle vara detsamma för alla kombinationer.

Den statistiska analysen byggde på linjär regression med minsta-kvadraten-metoden (även kallad ordinary least squares, OLS). Resultatet ger ett uttryck för punktelasticiteten för vårdgivarpriset avseende referenspriset.

Antalet observationer som behövdes för den primära och sekundära analysen beräknades utifrån en metod baserad på det förväntade R^2 -värde för den linjära regressionen.⁵ Tidigare observationsstudier av priselasticiteter inom tandvårdsområden har resulterat i låga R^2 -värden under 10 procent[7][10], men större statistisk träffsäkerhet förmodades i denna studie och därför antogs R^2 -värde på 10 procent.

Antalet observationer givet en viss statistisk säkerhet beror på antalet förklarande variabler. Med en förklarande variabel i den primära analysen behövdes 87 observationer, givet en statistisk styrka på 0.8 och statistisk signifikansnivå på 0.05. I den sekundära analysen förväntades 20 förklarande variabler i den sekundära analysen, vilket betydde att det behövdes 187 observationer.⁶ Med 50 procents svarsfrekvens för enkäten, behövdes därmed 374 enkäter. Eftersom alla förmodligen inte skulle fylla i de frågor som rörde de primära effektmåtten sattes antalet enkäter till 399 (57 mottagare i 7 H-regioner).

⁴Jag använde mig av en frågotyp som kan ses som en kombination av öppna betalningsviljefrågor (sk open ended questions) och finita valfrågor (sk discrete choice questions). En genomgång i hur man designar en betalningsviljeenkät ingår inte i denna studie. Jag rekommenderar istället Ryan mfl eller Alberini mfl för vidare läsning.[4, 8]

⁵Metoden för att skatta nödvändigt antal observationer är tagen från Cohen 1988.[6, 5, 2] R^2 -värdet visar på hur mycket av variationen i den beroende variabeln som kan förklaras med variation i de oberoende variablerna. R^2 går därför från 0 till 1.

⁶För den primära analysen hade jag bestämt mig innan jag skickade ut enkäten för vilken statistisk metod jag skulle använda. För den sekundära analysen valde jag den statistiska modellen efter att jag hade samlat in data.

3.1.4 Sekundär analys – Hur styr bakgrundsfaktorerna vårdgivarpriset?

I den sekundära analysen testades hur bakgrundsfaktorerna (svaren från de övriga enkätfrågorna) korrelerade med elasticiteten och vårdgivarpriset.⁷ Här inkluderades svaren på frågorna 2–5 och 9 samt vilken H-region mottagningen låg i, huruvida man bedrev specialisttandvård, om man utförde de nya åtgärderna samt det referenspris som enkät-deltagaren fick se.

3.2 Tertiär analys – Vilken blir effekten av referenspriset skattad med ett naturligt experiment?

Hypotetiska frågor är inte alltid det bästa sättet att fånga verkligt beteende hos människor. Denna svaghet hanterades genom en noggrann design av enkäten samt genom en jämförelse av resultatet i den primära analysen med resultatet av ett så kallat naturligt experiment.

Referenspriserna justeras varje år enligt en indexbaserad modell för att fånga effekten av förändrade produktionskostnader. År 2009 gjordes även en extra korrigerings i underlaget för åtgärd 404, *operativt avlägsnande av en eller flera tänder eller annan vävnad, per operationstillfälle*, på +426 kronor utöver den årliga justeringen. Denna extra justering var inte väntad av tandvården och inte heller orsakad av förändrade marknadsförhållanden. Den kan därför ses ett naturligt experiment.

Effekten på vårdgivarpriserna av detta naturliga experiment analyserades. Målet var att resultatet så långt möjligt skulle vara jämförbart med resultatet från den primära analysen.

Som utgångspunkt fanns de privata och landstingsägda mottagningarnas priser för åtgärd 404 och som datakälla användes varje respektive mottagnings medianvårdgivarpris för första kvartalet åren 2009 respektive 2010, eftersom folktandvården förväntades justera sina priser vid årsskiftet.

Antagandet var att förändringen av vårdgivarpriserna berodde på två faktorer – dels en allmän förändring av faktorer som allmänt påverkar prissättningen (produktionskostnader, konkurrens, efterfrågan etc.), dels en effekt av den extra referensprisjusteringen på 426 kronor. Genom att beräkna elasticiteten för vårdgivarpriset enbart avseende den extra referensprisjusteringen får man fram ett mått som är jämförbart med resultatet från den primära analysen. Metoden kräver dock att prisutvecklingen för åtgärd 404 jämförs med prisutvecklingen för en jämförbar åtgärd.

Åtgärd 405, *omfattande dentoalveolär kirurgi*, valdes som jämförelsealternativ. Denna åtgärd utförs med ungefär samma insatsvaror och vid likartade sjukdomstillstånd som åtgärd 404 och antagandet var att effekten av de prisstyrande marknadsfaktorerna var

⁷Jag definierade elasticiteten b som en funktion av de n bakgrundsfaktorer x som jag fångade med enkätens övriga frågor, dvs

$$b = c_1 + c_2 \cdot x_2 + c_3 \cdot x_3 + \dots + c_n \cdot x_n \quad (1)$$

För att testa hur bakgrundsfaktorerna var korrelerade med vårdgivarpriset testade jag följande statistiska modell:

$$p_{v,i} = k_0 + k_1 p_{r,i} + k_2 \cdot x_{2,i} + k_3 \cdot x_{3,i} + \dots + k_n \cdot x_{n,i} + e_i \quad (2)$$

desamma för åtgärderna 404 och 405. Utifrån prisutvecklingen av åtgärd 405 kunde jag därmed rensa bort effekten av den extra referensprishöjningen från åtgärd 404.

Ett exempel: En mottagning höjer sina priser för åtgärd 404 med 10 procent och för åtgärd 405 med 5 procent. Prisutvecklingen för åtgärd 404 beroende på den extra höjningen, rensat för andra faktorer blir då $1,1/1,05-1 \approx 0,048$, dvs 4,8 procent. Det ursprungliga referenspriset för åtgärd 404 var 2135 kronor. Elasticiteten för vårdgivarpriset med avseende på referenspriser blir därmed $0,048/(426/2135) \approx 0,24$.⁸

Extremvärden bland de inrapporterade vårdgivarpriserna rensades bort genom att alla vårdgivarpriser som var 10 gånger högre än referenspriset sattes till 10 gånger referenspriset; extremvärdena beror troligtvis på felregistreringar.

4 Resultat

4.1 Datakvalitet

Det inkom 292 enkätsvar, vilket gav en svarsfrekvens på 73 procent. Ej ifyllda svar, ej kompletta svar och svaret "Vet ej" kodades som "saknat värde" (NA). 7 enkättagare valde att lämna in enkäten blank eftersom de inte ansåg sig kvalificera för enkäten. Jag räknade med dessa enkäter i svarsfrekvensen.⁹ Tabell 3 beskriver hur många av vart och ett av enskilda enkätfrågorna som fylldes i komplett. Det fanns inget statistiskt säkerställt samband mellan benägenheten för enkättagaren att svara på enkäten och vilket budat referenspris de fick (p-värde 0.74, χ^2 -test) eller i vilken region de var etablerade (p-värde 0.81, χ^2 -test).

Av de 281 enkättagare som svarade på första frågan, bedrev 226 enbart allmän-tandvård, 9 enbart specialisttandvård och 46 bedrev både specialisttandvård och allmän-tandvård.

⁸Prisutvecklingen och metoden för att skatta elasticiteten för en enskild mottagning kan således beskrivas mer precist på följande sätt:

$$p_{x,t} = \gamma_1 \cdot \gamma_2 \cdot p_{x,(t-1)} \quad (3)$$

$$\epsilon = \frac{\gamma_1 - 1}{\beta_1} = \frac{\frac{dp_{404,t}/dp_{404,(t-1)}}{dp_{405,t}/dp_{405,(t-1)}} - 1}{\frac{435}{2135}} \quad (4)$$

x är antingen åtgärd 404 eller åtgärd 405, p är det genomsnittliga vårdgivarpriset för de åtgärder som debiterats på en mottagning och t är det aktuella året (2008-9 eller 2009-10). β_1 är den relativa storleken på den extra justeringen av åtgärd 404. γ_2 är på samma sätt höjningen av vårdgivarpriset som beror på att mottagningen har fått högre produktionskostnader och γ_1 är det extra procentuella påslag på fjolårets vårdgivarpris hos en privat mottagning. Genom att anta att γ_2 är densamma för både åtgärd 404 och 405 så går det att skatta elasticiteten ϵ för varje enskild mottagning utifrån tillgängliga data.

⁹Vanligaste skälet att lämna blankt var att den verksamhetsansvarige hade gått i pension. I ett fall så gick två enkäter till samma tandhygienist som hyrde in sig på två olika kliniker. I ett annat fall så var den verksamhetsansvarige en pensionerad tandläkare som arbetade någon dag i månaden med tandvård till socialt utsatta.

	Respondenter	Enkäter	Totalpop	Svarsfrekv
Stockholmsregionen	38	57	780	67
Storstad	41	57	700	72
Mellanbygd	43	57	303	75
Tätbygd	48	57	98	84
Glesbygd	47	57	69	82
Malmöregionen	39	57	242	68
Göteborgsregionen	36	57	168	63

Tabell 1: Antal returnerade enkäter, antalet utskickade enkäter och totalpopulationen (adresser med minst en privat mottagning) samt svarsfrekvens i procent.

	Stegvis exkavering	Betthöjning
1/1,3	62	62
1/1,1	62	55
1	53	61
1,1	63	55
1,3	52	59

Tabell 2: Antalet ifyllda vårdgivarpris för fråga 10 (stegvis exkavering) och 13 (betthöjning), uppdelat efter referensprisbud.

4.2 Referensprisets påverkan på vårdgivarpriserna

4.2.1 Enkätstudien

Det primära effektmåttet (elasticiteten för mottagningarnas vårdgivarpris avseende referenspriset) var statistiskt och ekonomiskt signifikant för båda åtgärderna.¹⁰ Detta kan tolkas som att de privata mottagningarna förväntar sig att de ska anpassa sina priser efter referenspriset även när andra marknadsfaktorer, exempelvis produktionskostnaderna, förblir oförändrade.

Elasticiteten mellan referenspriset och vad enkätdeltagarna trodde att den lokala folktandvården skulle ta i pris var högre än elasticiteten mellan referenspriset och den egna mottagningens pris. Detta kan tolkas som att enkätdeltagarna väntade sig att folktandvården i högre grad än de själva skulle anpassa sig efter referenspriset.

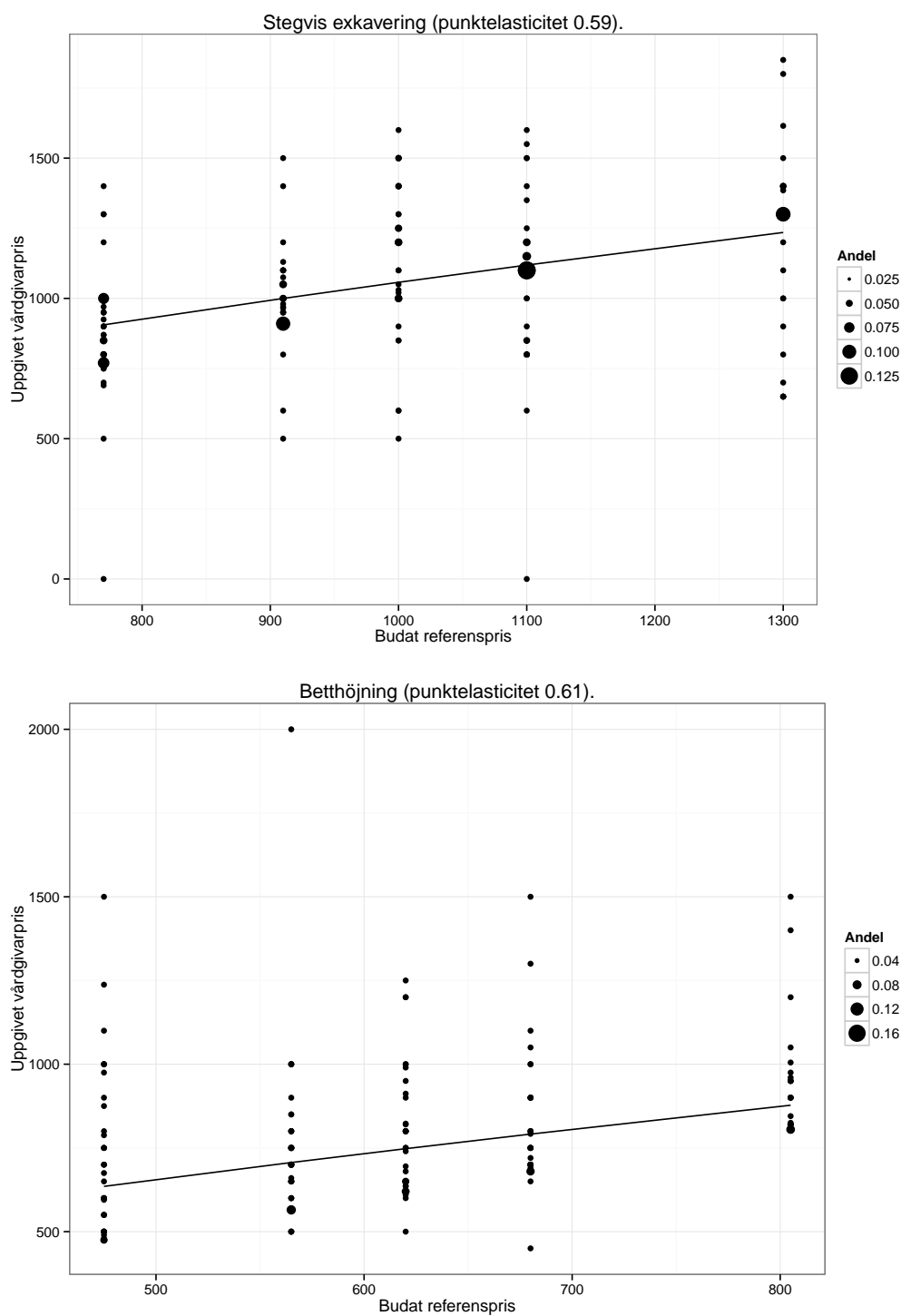
4.2.2 Det naturliga experimentet

Elasticiteten för vårdgivarpriset avseende referenspriset för första kvartalet 2009 jämfört med första kvartalet 2010 var i genomsnitt 0,97 för Folktandvårdens mottagningar och 0,77 för de privata mottagningarna. Detta ska jämföras med resultatet i enkätstudien på ca 0,6 för de privata mottagningarna, och drygt 0,9–1,0 för de privata mottagningarnas uppfattning av vad Folktandvårdens priselasticitet skulle bli.

¹⁰Med statistisk signifikans avses ett t-värde för elasticitetskoefficienten β på högre än 1,96, vilket är lika med ett p-värde på lägre än 5 procent. Med ekonomisk signifikans avses en elasticitet på högre än 10 procent.

	Ifyllda	Saknade	Medel	Median	Standardav
1 Typ av vård	281	11	-	-	-
2 Väntetid akut beh	238	54	1.6	1	2.3
3 Väntetid icke-akut beh	274	18	10.8	7.5	10.8
4 Frekvens avvisning	269	23	1.9	1.5	1.2
5 Frekvens tidsluckor	275	17	2.3	2	1.3
6 Sätter egna priser	282	10	-	-	-
7 Prissätter själv	260	32	-	-	-
8 Olika vinstmarginal	256	36	-	-	-
9.1 Mottagningens omkost	245	47	5.1	5.5	1.6
9.2 Andra privata vg	238	54	3.2	3	1.6
9.3 Referenspris	258	34	4.8	5	1.6
9.4 Folktandvården	249	43	3.9	4	1.8
9.5 Betalningsvilja	239	53	3.2	3	1.8
9.6 Annat	20	272	5.6	6	1.5
10 Vgp stegvis exkav	233	59	1054.2	1050	261
10 Referenspris	292	0	1007.1	1000	176.6
11 Folktandv pris	159	133	1027.7	1000	220.8
12 Vilken åtgärd idag	254	38	-	-	-
12 Vilket pris idag	134	158	764.8	715	250.5
13 Vgp betthöjn	191	101	769.2	750	222.1
13 Referenspris	292	0	627.5	620	112.3
14 Folktandv pris	129	163	668.8	650	171.1
15 Vilken åtgärd idag	242	50	-	-	-
15 Vilket pris idag	62	230	799.2	717.5	272.3
16 Andel återvändare	261	31	90	92.5	10.5
17 Nämner andra vgp	269	23	1.6	1.5	0.7
18 Nämner refpris	270	22	1.7	1.5	0.9
19 Återvänder ej	272	20	1.8	1.5	0.9
20 Frågar efter billigare alt	268	24	2.5	2	1.3

Tabell 3: Antalet ifyllda samt saknade värden för varje fråga, samt medel, median och standarddeviation för skalorna. (Ej viktat för stratifiering).



Figur 1: Analys av det primära effektmåttet. Y-axeln visar på vilket svar enkättagarna gav på fråga 10 och 13, x-axeln visar på det referensprisbud enkättagarna fick se i respektive fråga. Storleken på punkterna representerar antalet lika svar (flera enkättagare angav samma vårdgivarpris). Linjerna representerar den genomsnittliga kopplingen mellan vårdgivarpris och referenspris. Det mittersta av de budade referenspriserna motsvarade det kommande referenspriset för var och en av åtgärderna. (Viktat för stratifiering).

	Mottagningens pris	Folktandvårdens pris
Stegvis exkavering	0.59 (t: 5.4, R2: 0.16)	0.82 (t: 8.45, R2: 0.32)
Betthöjning	0.61 (t: 6.28, R2: 0.17)	0.97 (t: 7.1, R2: 0.28)

Tabell 4: Elasticitet, t-värde för skattningen av elasticiteten samt R^2 -värde för regressionen. (Viktat för stratifiering).

4.3 Sekundära analyser

4.3.1 Deskriptiv statistik

Majoriteten av mottagningarna hade en kort väntetid för patienter, med en mediantid på 1 dag för den akuta behandlingen och 7.5 dagar för en icke-akut behandling (se figur 2). Majoriteten av enkättagarna uppgav att de sällan var tvungna att avvisa patienter för att de inte hade lediga tider, och att de sällan hade bokningsbara tider som inte gick att fylla med patientbesök. Se figur 3.

Totalt 92 procent av mottagningarna satte egna priser på de tandvårdsåtgärder de utförde inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. 91 procent av de verksamhetsansvariga enkättagarna skötte själva prissättningen. 58 procent angav att de tog ut olika vinstmarginal för olika åtgärder, 29 procent angav att de hade samma vinstmarginal för alla åtgärder och resten svarade att de inte visste. Vissa av enkättagarna missförstod dock denna fråga (se avsnitt 5).

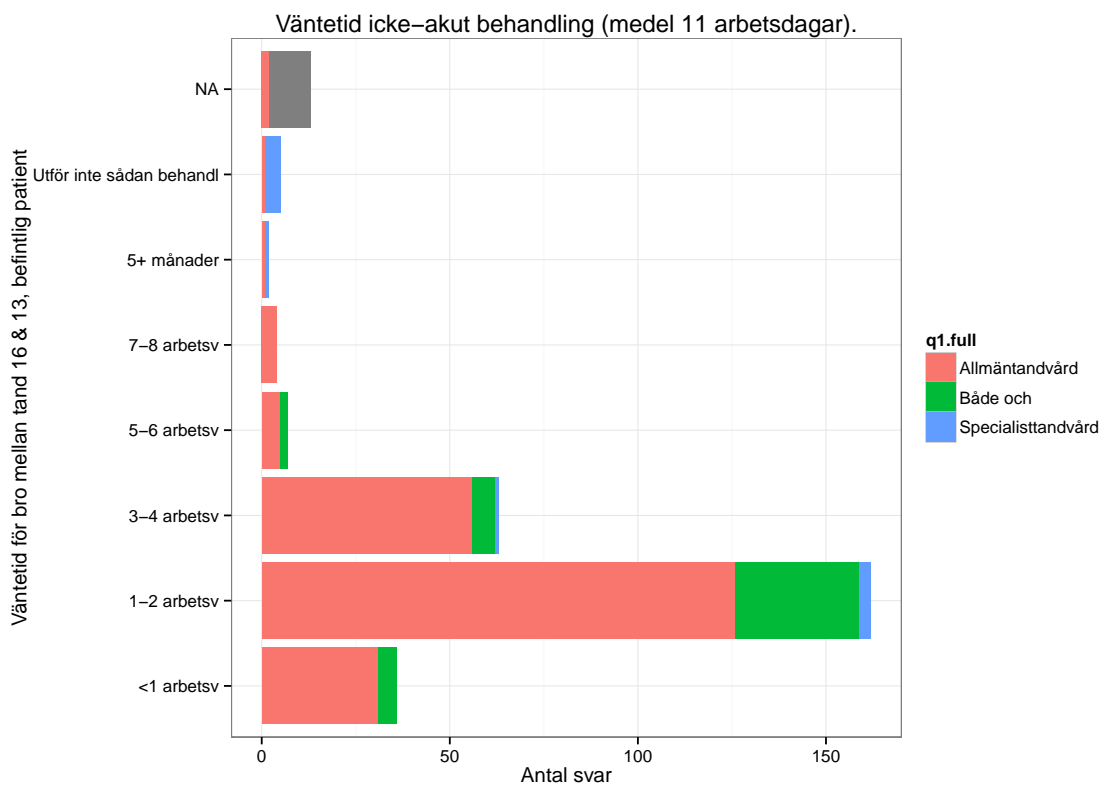
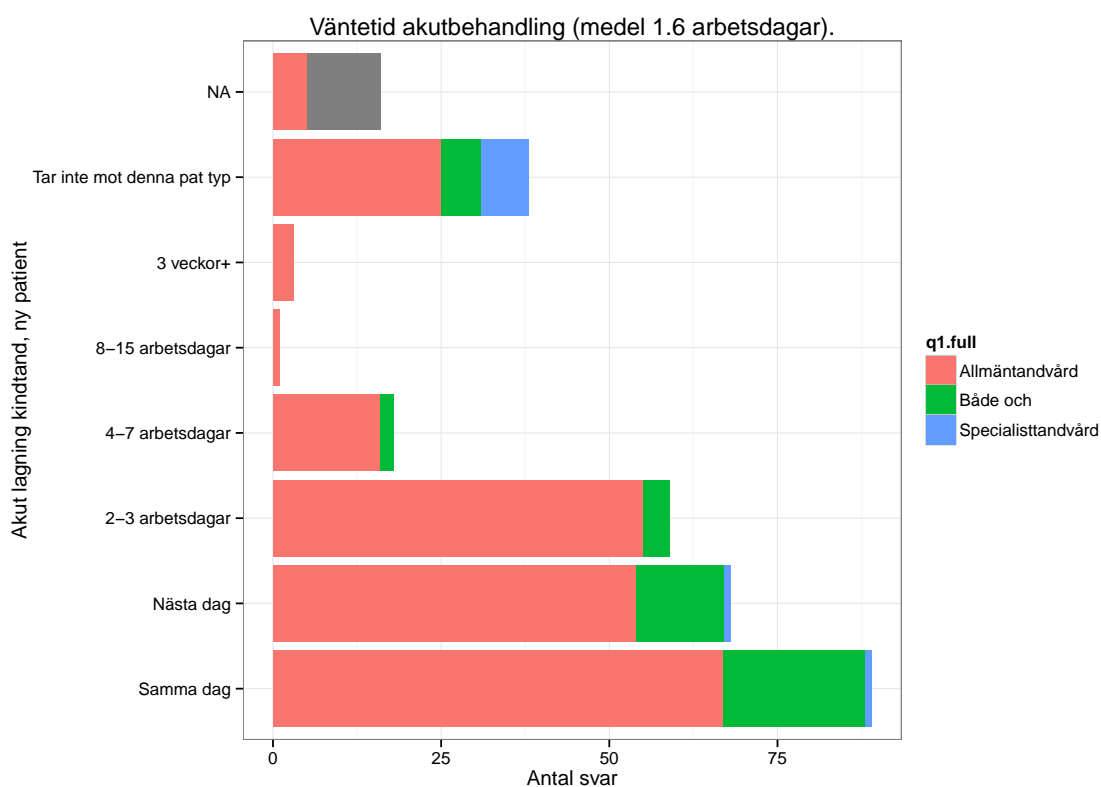
De två viktigaste faktorerna när mottagningarna satte sina prislistor var mottagningens omkostnader och referenspriset. Konkurrenternas priser och patienternas betalningsvilja hade mer begränsad betydelse för prissättningen.

De flesta enkättagarna upplevde att patienterna sällan tog upp andra vårdgivares priser eller referenspriserna och sällan avstod från att boka tid för behandling när de fått ett kostnadsförslag. Dock upplevde enkättagarna att patienterna i högre grad frågade efter billigare behandlingar än nämnde referenspriset eller andra vårdgivares priser (se figur 4, 4, sida 17).

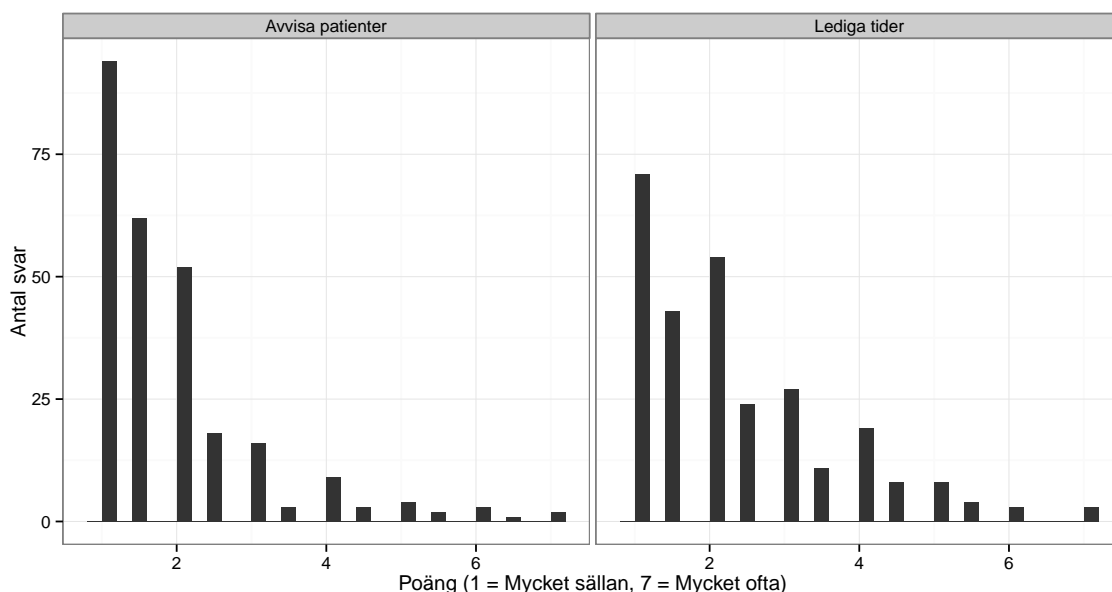
	I låg grad	Varken eller	I hög grad
Egna kostnader	25 (10)	59 (24)	161 (66)
Privata mottagningars priser	126 (53)	55 (23)	57 (24)
Referenspriserna	44 (17)	65 (25)	149 (58)
Folktandvårdens priser	96 (39)	60 (24)	93 (37)
Patienternas betalningsvilja	126 (53)	58 (24)	55 (23)

Tabell 5: Fråga 9 – Vad mottagningarna utgick ifrån när de skapade sin prislista. Antal (procent). (Ej viktat för stratifiering).

Det var fler som utförde stegvis exkavering än som utförde betthöjning med fyllningsmaterial. Tabell 6 nedan beskriver fördelningen av hur man tog betalt för åtgärderna. För de vårdgivare som utför och debiterar patienten inom stödet så förväntade sig enkättagarna att höja priset med 309 kronor (standardavvikelse 261 kronor) för stegvis exkavering och att minska det med -7 kronor (standardavvikelse 227 kronor) för betthöjning.



Figur 2: Fråga 2-3 – Enkättagarnas självskattade väntetid för två exempel med patienter med akuta och icke-akuta vårdbehov. (Ej viktat för stratifiering).



Figur 3: Fråga 4-5 – Hur ofta mottagningarna fick avvisa patienter pga platsbrist, alternativt hade ledig bokningsbar tid. (Ej viktat för stratifiering).

	Stegvis exkavering	Betthöjning
Debiterar befintlig åtgärd	144 (57)	74 (31)
Utför åtgärd gratis	68 (27)	13 (5)
Tar betalt utanför stödet	10 (4)	45 (19)
Utför inte åtgärd	29 (11)	96 (40)
Annat	3 (1)	14 (6)

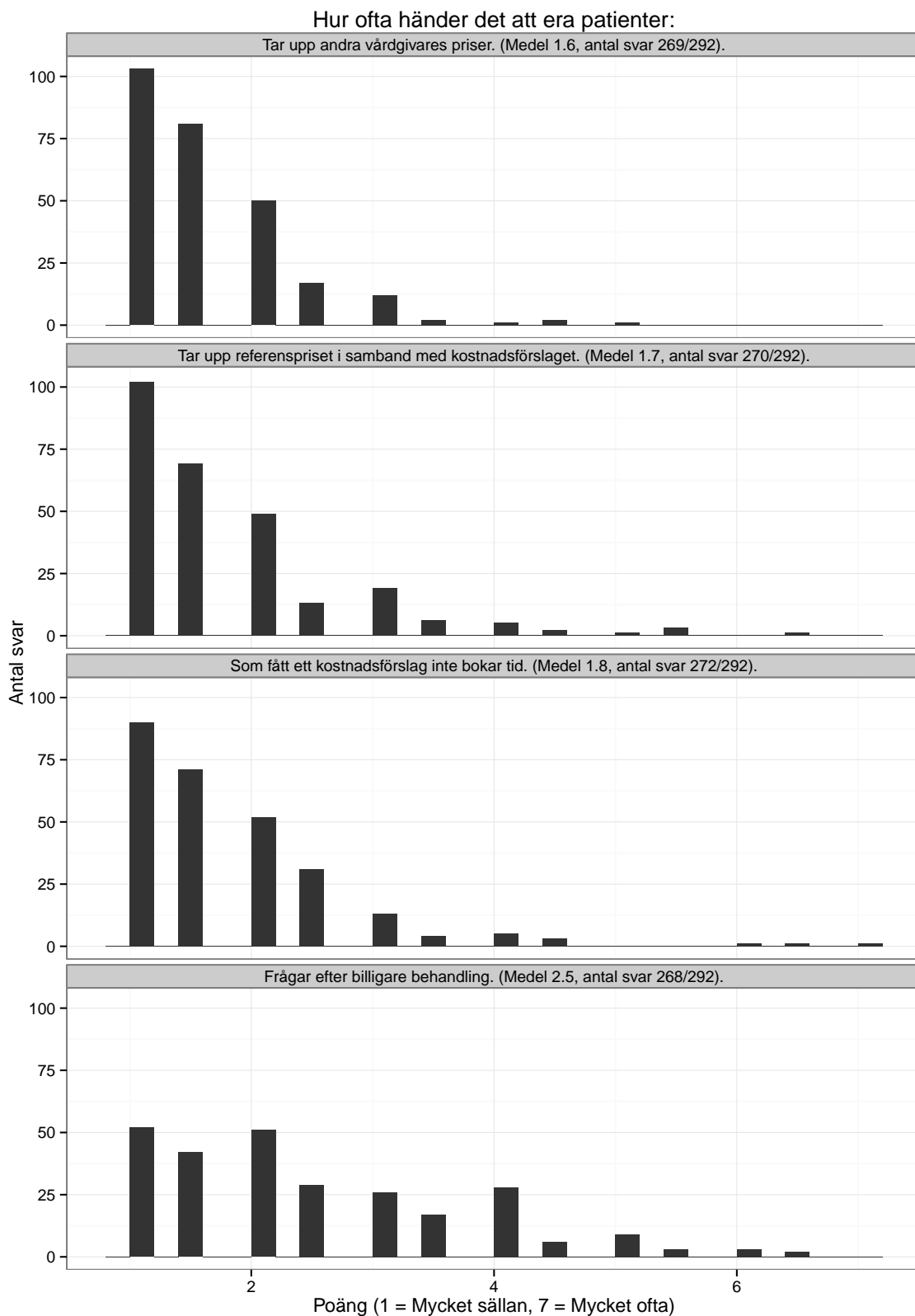
Tabell 6: Fråga 12 och 15: Vilken åtgärd debiterade mottagningarna idag när de utförde åtgärderna. Antal (procent) av ifyllda svar. (Ej viktat för stratifiering).

4.3.2 Koppling mellan vårdgivarpris, elasticitet och bakgrundsfaktorer

Majoriteten av bakgrundsvariablerna hade ingen statistiskt signifikant korrelation med vare sig elasticitet eller vårdgivarpris. De variabler som hade en statistiskt signifikant korrelation vad gäller elasticitet och vårdgivarpris var huruvida man följde referenspriset, huruvida patienterna inte återvände efter att de fått ett kostnadsförslag för en behandling samt väntetiden för exemplet med den akuta behandlingen (se bilaga A.2, sida 23).

5 Slutsatser

TLV har justerat referenspriserna årligen sedan 2009 (med undantag av 2012 där ändringarna sköts till den 1 januari 2013). TLV har både höjt och sänkt enskilda referenspriserna men i snitt har de ökat över tid. En analys av prisutvecklingen visar att både privat och offentligt ägda tandvårdsmottagningar ändrar sina priser i samband med eller kort efter att TLV justerat referenspriserna.



Figur 4: Fråga 17-20 – Enkättagarnas uppfattning om patienternas priskänslighet. Histogram över antalet svar. (Ej viktat för stratifiering).

Varje justering av referenspriserna är tänkt att fånga upp kostnadsutvecklingen sedan det förra justeringstillfället. Om referenspriserna fångar upp kostnadsutvecklingen som det är tänkt kan detta förklara korrelationen mellan vårdgivarpriser och referenspriser utan att man behöver anta att vårdgivarpriserna styrs av referenspriserna.

Denna studie testar om TLV:s referenspris har en direkt påverkan på vårdgivarnas priser, allt annat lika. Detta är viktigt att förstå, eftersom en direkt påverkan skulle betyda att tandvårdsstödet konstruktion (och TLV:s uppdrag) påverkar tandvårdsreformens mål: ”att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad”.

Den första datakällan var en prospektiv enkätstudie till verksamhetsansvariga (ofta klinikchefer) för 399 slumpmässigt valda privata tandvårdsmottagningar. Enkättagarna fick frågan vad de trodde att de skulle betalt (vårdgivarpris) för två tandvårdsåtgärder som vid tidpunkten inte ingick i subventionssystemet. Det referenspris deltagarna fick se varierades slumpmässigt från enkät till enkät. Detta gjorde det möjligt att rensa för andra faktorer på efterfråge- och tillgångssidan som kan tänkas påverka vårdgivarpriserna. Ett antal bakgrundsfrågor i enkäten gav en djupare inblick i produktionsförhållandena och vad som styr mottagningarnas prissättning.

Den andra datakällan var ett så kallat naturligt experiment. Majoriteten av alla referensprisändringar har skett utifrån en skattning av insatsvarornas (tid och material) prisutveckling. Vid ett fåtal tillfällen, och för enskilda åtgärder, har TLV gjort korrigering i modellen för hur referenspriset beräknas. Detta har gett plötsliga ”hopp” i referenspriserna för vissa enskilda åtgärder, vilka inte återfinns hos övriga åtgärder.

I studien jämfördes utvecklingen av vårdgivarpriserna för en åtgärd där referensprismodellen ändrats med en annan åtgärd som bara indexjusterats. Skillnaden i förändringen av vårdgivarpriserna fångade i stort sett samma effektmått som enkätstudien och resultatet var likartat med det från enkätstudien.

5.1 Samlade slutsatser

De samlade slutsatserna från enkätstudien och det naturliga experimentet är följande.

Det finns en tydlig koppling mellan referenspris och vårdgivarpris: Om referenspriserna ändras ändrar de privata vårdgivarna sina vårdgivarpriser, även när övriga faktorer som påverkar vårdgivarpriserna förblir desamma.

Egna kostnader och referenspris styr: En majoritet av enkättagarna angav att de främst utgår från mottagningens egna kostnader och referenspriset när de sätter sina priser. Andra privata mottagningars priser eller vad patienterna var villiga att betala hade mindre betydelse för prissättningen. Andelen enkättagare som angav att de utgick ifrån folktandvårdens priser var ungefär lika hög som den andel som angav att de inte utgick ifrån folktandvårdens priser.

Tillgång och efterfrågan var i balans: En majoritet av enkättagarna angav att deras mottagning har kort väntetid för både akut och icke-akut vård samtidigt som de sällan hade ledig kapacitet i form av stolstid som de inte kunde fylla med patientbesök.

Patienterna upplevdes som passiva konsumenter: En majoritet av de privata mottagningarna angav att deras patienter sällan nämnde konkurrenternas priser, referenspriset eller frågade efter billigare behandling.

Patienterna uppfattas som trogna och återkommande: De privata mottagningarna har lojala patienter, och enkättagarna väntade sig att en mycket hög andel av deras patienter skulle återvända till mottagningen inom de närmaste fem åren. Detta bekräftas av att tandvården har högst kundnöjdhet inom vård- och omsorgsektorn.[11]

Det finns ytterligare en övergripande slutsats att dra, dock på svagare grunder.

Anpassningen till referenspriset kan kopplas till lägre priser: De enkättagare som i högre grad än snittet följde referenspriset angav lägre vårdgivarpris än övriga respondenter.

5.2 Motiv till val av metod

Ambitionen var att enkäterna skulle besvaras av personer med makt att sätta vårdgivarpriser. Eftersom det var oklart vem det skulle vara i folktandvården riktades enkäten enbart till företrädare för privattandvården.

Ett register över vem som sätter mottagningarnas priser finns inte men det förutsattes att det var den ansvarige för den kliniska verksamheten på kliniken.

En enkät per gatuadress skickades ut, eftersom det bara var intressant att få svar från mottagningar som sätter sina priser självständigt. Mottagningarna är, enligt Försäkringskassans register juridiska enheter, inte fysiska enheter, och en tandläkare eller tandhygienist som har enskild firma men som hyr in sig i en klinik registreras som en vårdgivare och en mottagning. Alltså kunde det finnas flera mottagningar med samma gatuadress på en och samma klinik. Dessa mottagningar går dock inte att skilja från de kliniker som delar gatuadress men som bedriver självständig verksamhet.

Anledningen till ett urval som var knutet till H-regioner var att det skulle finnas ett tillräckligt antal observationer från varje typ av tandvårdsmarknad. Där gjordes antagandet att befolkningstätheten är en lämplig utgångspunkt för uppdelning av svensk tandvård¹¹, eftersom man kunde förvänta sig olika svar beroende på var i landet mottagningarna låg. I efterhand blev det tydligt att detta var ett felaktigt antagande.

I designen av enkätstudien eftersträvades att enkättagarna inte skulle veta att TLV tänkte införa de nya åtgärderna. Detta skedde av två skäl:

1. för att undvika att enkättagarna skulle svara taktiskt¹²
2. för att deltagarna inte skulle skapa sig en bild av vad som vore rätt referenspris.

¹¹En annan tänkvärd indelning hade varit i regioner med likartad mängd behandlartäthet, dvs antal tandläkare och tandhygienister per invånare. Jag hade dock inte det statistiska materialet för att kunna den indelningen.

¹²Risken för taktiska svar gäller för alla typer av hypotetiska enkätfrågor, och är inte speciell just för denna enkät.

Tidpunkten för att skicka ut respektive samla in enkäter (inklusive deadline) valdes efter diskussion med ett antal tandläkare i en fokusgrupp. Bedömningen var att det behövdes minst 1–2 månader för att skicka ut enkäten plus en påminnelse för att tillräckligt många enkätdeltagare skulle hinna svara. Därtill var det inte lämpligt att skicka ut enkäten i direkt anslutning till jul- och nyårshelgerna eftersom det riskerade att försämra svarsfrekvensen.

Valet av referensprisbud var en kompromiss mellan realism och precision. Med stor spridning mellan buden riskeras att enkätdeltagarna upplever de största och minsta buden som orealistiska, men med för liten spridning mellan buden riskerar man å andra sidan att datamaterialet inte räcker till för att nå acceptabel precision i skattningen. En simulering av effekten av olika antal unika bud visade att 5–7 bud per fråga gav störst precision i den statistiska analysen och därmed högst statistisk styrka, givet 200 enkätsvar och 1/1.3 respektive 1.3 gånger referenspriset som minsta respektive högsta bud.

Intervallen ± 10 procent sattes eftersom de privata mottagningarna i snitt debiterar ungefär 10 procent högre vårdgivarpriser än referenspriset.[3] Det behövdes även ett extra högt och ett extra lågt yttervärde för att få en korrekt skattning av elasticiteten även för höga referensprisförändringar. Därför sattes ± 30 procent eftersom det i enskilda fall inte är helt ovanligt med en skillnad på 30 procent mellan vårdgivarpriset och referenspriset.

Ursprungligen var tanken att inkludera frågor om hur stor timintäkten behövde vara för att verksamheten skulle kunna gå med överskott, men efter inrådan ströks dessa frågor eftersom de var svåra att formulera precist och därtill upplevdes de som känsliga.

5.3 Punkter som styrker analysen

Det finns ett antal punkter som styrker analysen.

Referenspriset var oberoende från allt annat: Att referenspriset var oberoende från allt annat som styr vårdgivarpriset är en förutsättning för att korrelationen mellan vårdgivarpris och referenspris ska kunna tolkas som att referenspriset påverkar vårdgivarpriset.

Risken för orealistiska eller taktiska svar var låg: Det finns alltid en risk för att enkätdeltagarna svarar på ett sätt som inte stämmer med vad de hade gjort i verkligheten eftersom frågorna är hypotetiska. I den här studien finns dock flera faktorer som talar för att chansen är hög att svaren är representativa för verkligt beteende. Hit hör den höga svarsfrekvensen, avsaknaden av systematiska skillnader i svarsfrekvens beroende på befolkningstäthet eller referensprisbud, att enkätdeltagarna i hög grad redan själva satte mottagningens priser samt den höga andel enkätdeltagare som redan utförde de nya åtgärderna under andra former.

Två skilda metoder ger ett likartat resultat: Att den uppmätta elasticiteten i enkätstudien låg i samma storleksordning som den elasticiteten från det naturliga experimentet ger en tyngd åt resultatet i enkäten.

5.4 Svagheter i analysen

Det finns även några svagheter som kan påverka analysen.

Precisionen i frågorna till det sekundära underlaget var låg: Den oväntat höga svarsfrekvensen kan tolkas som att enkäten var enkel att fylla i. Dock visade kodningen av enkätsvaren från frågorna med liggande skalor att det var svårt att veta vilket värde enkätdeltagaren hade för avsikt att kryssa.¹³ Frågorna om vilka åtgärdsnummer enkätdeltagarna registrerade idag (fråga 12 och 15) var svårtolkade och frågan om huruvida de tog samma vinstmarginal för alla frågor hade tydligen misstolkas.¹⁴ Dessa svagheter i frågeutformningen skapar en osäkerhet i tolkningen av resultatet vad gäller vilka faktorer som påverkar prissättningen förutom referenspriserna.

Vissa frågor saknades: Det saknades bland annat ett alternativ där enkätdeltagarna fick ange hur mycket de tog betalt, givet att de gjorde åtgärden utanför stödet och lät patienten betala hela kostnaden själv. Därtill saknades ett svarsalternativ i fråga 15 som fanns i motsvarande fråga 12 (“Vi utför, men debiterar inte patienten för sådan åtgärd”). Detta alternativ inkluderades istället i påminnelsenkäten. Ett stort antal enkätdeltagare angav också i det öppna kommentarsfältet att man saknade frågan “Hur ofta ger ni alternativa behandlingsförslag?”. Det saknades även ett alternativ där enkätdeltagaren fick kryssa i om mottagningen bedrev enbart tandläkarvård, enbart tandhygienistvård eller en kombination av båda.¹⁵ Ett antal enkätdeltagare lämnade kommentarer i marginalen som visar på att man har olika väntetid för nya och befintliga patienter.

6 Tack till

Jag vill tacka professor Björn Klinge och projektadministratör Jonna Wagner-Forsberg vid odontologiska fakulteten, Karolinska Institutet i Solna. Denna studie gjordes som ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV), och hade inte varit möjlig utan Björn och Jonnas stöd. Sedan vill jag tacka tandläkarna Lars Sjödin och Bengt Franzon som varit extra behjälpliga i designen av enkätstudien.

Jag vill också tacka Douglas Lundin, chefsekonom på TLV, som gett mig synpunkter på förklaringsmodellen samt ekonom Anna Svensson och Erik Heglund som gett mig nödvändig kollegial granskning. Slutligen vill jag tacka övriga i min fokusgrupp: tandläkarna Barbro Hjärpe, Caroline Klofelt och Barbara Netterblatt, juristerna Marie Forsell och Ulrika Ternby, kommunikatörerna Karin Boman-Röding och Helena Roslund samt professorerna Johan Stennek och Peter Martinsson vid Handelshögskolan i Göteborg.

¹³Ibland gick det inte att avgöra ifall ett kryss mellan två skalstreck skulle tolkas som att svaret låg mellan skalstrecken eller på ett av skalstrecken. Dvs om ett kryss satt precis mellan skalstreck 1 och 2 så var det ibland svårt att avgöra ifall jag skulle koda svaret som 1, 1,5 eller 2.

¹⁴Vissa enkätdeltagare trodde att jag avsedde huruvida arbetet på vissa enskilda patienter ibland gick fortare eller långsammare än väntat. Detta var inte den tolkning som jag hade avsett.

¹⁵Nästa gång ska jag också ta med tandhygienister och inte enbart tandläkare i min fokusgrupp för att undvika denna typ av misstag.

A Bilaga – utökad information från statistiska analysen

A.1 Regression – primärt effektmått

Calls:

```
Privat stegv: lm(formula = log(q10) ~ log(refp.stex), data = tp.raw, subset = q10 > 0 & q11 > 0, weights = frekvens)
```

```
FT stegv: lm(formula = log(q11) ~ log(refp.stex), data = tp.raw, subset = q10 > 0 & q11 > 0, weights = frekvens)
```

```
Privat betth: lm(formula = log(q13) ~ log(refp.bett), data = tp.raw, subset = q13 > 0, weights = frekvens)
```

```
FT betth: lm(formula = log(q14) ~ log(refp.bett), data = tp.raw, subset = q14 > 0, weights = frekvens)
```

```
=====
```

	Privat stegv	FT stegv	Privat betth	FT betth
(Intercept)	2.873*** (0.756)	1.247 (0.672)	2.678*** (0.625)	0.302 (0.870)
log(refp.stex)	0.592*** (0.110)	0.823*** (0.097)		
log(refp.bett)			0.613*** (0.097)	0.966*** (0.136)
R-squared	0.163	0.323	0.173	0.284
adj. R-squared	0.157	0.318	0.168	0.278
sigma	3.977	3.530	4.053	4.844
F	29.134	71.403	39.498	50.373
p	0.000	0.000	0.000	0.000
Log-likelihood	-17.346	0.746	-17.963	-37.972
Deviance	2372.137	1869.635	3104.099	2979.489
AIC	40.692	4.509	41.927	81.943
BIC	49.764	13.580	51.684	90.523
N	152	152	191	129

```
=====
```

A.2 Regression – bakgrundsfaktorernas påverkan på vårdgivarpriset

Call:

```
lm(formula = tp.raw.sub.formula2, data = tp.raw.sub2, subset = value > 0)
```

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-499.53	-114.03	-20.07	69.38	962.70

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)	
(Intercept)	430.88595	179.21616	2.404	0.016904	*
refp	0.71990	0.05022	14.334	< 2e-16	***
q4	-21.20949	16.08715	-1.318	0.188526	
q5	20.64495	10.92814	1.889	0.059984	.
q9.1	8.82602	9.32916	0.946	0.344993	
q9.2	16.12862	8.62871	1.869	0.062722	.
q9.4	-3.42191	9.14859	-0.374	0.708681	
q9.3	-48.05691	8.55644	-5.616	5e-08	***
q9.5	-6.61521	8.02605	-0.824	0.410571	
q16	0.10602	1.41836	0.075	0.940470	
q17	-35.26054	24.17908	-1.458	0.145963	
q18	20.67660	15.66023	1.320	0.187888	
q19	60.43830	16.06659	3.762	0.000209	***
q20	-10.41002	11.73094	-0.887	0.375684	
regionStorstad	-46.97573	49.06439	-0.957	0.339240	
regionMellanbygd	-22.76543	51.02124	-0.446	0.655828	
regionTätbygd	67.04673	46.15682	1.453	0.147545	
regionGlesbygd	-44.29567	49.36604	-0.897	0.370394	
regionMalmöregionen	-28.20665	50.21698	-0.562	0.574807	
regionGöteborgsregionen	-44.91671	53.61564	-0.838	0.402938	
väntetid.akut	13.37158	6.78078	1.972	0.049672	*
väntetid.ickeakut	0.58378	2.00162	0.292	0.770784	
not.stexNej	-39.67423	44.86704	-0.884	0.377372	
not.betthNej	18.70164	27.11070	0.690	0.490919	
specialistNej	9.78900	32.97565	0.297	0.766814	

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 197.6 on 260 degrees of freedom

(297 observations deleted due to missingness)

Multiple R-squared: 0.5193, Adjusted R-squared: 0.4749

F-statistic: 11.7 on 24 and 260 DF, p-value: < 2.2e-16

B Referenser

- [1] Adressregister beställt från försäkringskassan. TLV Dnr 00126/2012.
- [2] Quick-r. <http://www.statmethods.net/stats/power.html>.
- [3] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets tandvårdsdatabas. Intern publicering, januari-april 2012.
- [4] J R Alberini, A & Kahn. *Handbook on Contingent Valuation*. Edward Elgar Publishing, 2009.
- [5] Stephane Champely. *pwr: Basic functions for power analysis*, 2009. R package version 1.1.1.
- [6] J Cohen. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.*, page 424. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum., 2 edition, 1988.
- [7] J Grytten. The effect of the price of dental services on their demand and utilisation in norway. *Community Dent Health*, 8(4):303–310, Dec 1991.
- [8] M Ryan. *Using Discrete Choice Experiments to Value Health and Health Care*. Springer Verlag, 2008.
- [9] SCB. Karta över h-regionernas omfattning. <http://goo.gl/xFXAT>.
- [10] T Sintonen, H & Maljanen. Explaining the utilisation of dental care. experiences from the finnish dental market. *Health Econ*, 4(6):453–466, Nov-Dec 1995.
- [11] SKI. Svenskt kvalitetsindex 2011. <http://goo.gl/W9vhr>.
- [12] Socialdepartementet. Statligt tandvårdsstöd, proposition 2007/08:49. <http://www.regeringen.se/sb/d/9251/a/96422>.

C Bilaga – Svar från enkätens öppna frågor

Vilken åtgärd debiteras ni idag när ni utför stegvis exkavering?

	Vilka åtgärder debiteras idag för stegvis exkavering
1	103
2	103 301
3	103,121 vid första gångs besök , endast 302 om pat varit på tidigare bes
4	103,121,301
5	103,121,301/302
6	103,121,302
7	103,301
8	103,301,302,303
9	103,302
10	103+?
11	103+121
12	103+301
13	103+302
14	103+304
15	104 akut + ev sjukdomsbeh åtgärd varierande grad
16	121,103,302
17	1301/103
18	30/30
19	301
20	301 el 302
21	301-302
22	301-3020
23	301-303
24	301,103
25	301,302
26	301,302,303
27	301/302
28	302
29	302 103
30	302 ev 301
31	302, debiterar referenspris
32	302/103
33	302/121
34	302/303
35	302+ev 103,121
36	303
37	304
38	3046
39	4002/302
40	50,57

- 41 521
 - 42 701/704
 - 43 704
 - 44 705
 - 45 705,706,707
 - 46 705/706
 - 47 dator
 - 48 k301,k103
 - 49 k302 eller k301
 - 50 sjukd behn enligt refpris
 - 51 sjukdbeh
-

Vilken åtgärd debiterar ni idag när ni gör betthöjning med kompositmaterial?

-
- Vilka åtgärder debiteras idag för betthöjning med kompositmaterial
-
- 1 (går inte att tyda)
 - 2 103,302
 - 3 103,701,704
 - 4 lytsfyllning enligt refpris
 - 5 301
 - 6 301-302
 - 7 301,302
 - 8 301/302
 - 9 302
 - 10 302-303
 - 11 302,303
 - 12 303
 - 13 4
 - 14 5071 el 5072 4071
 - 15 70/70
 - 16 700-serien
 - 17 700-serien/302
 - 18 701
 - 19 701 vanligast (704, 706)
 - 20 701 & 704
 - 21 701 704
 - 22 701 eller 704
 - 23 701-706
 - 24 701,704
 - 25 701/702/704/705 referenspris eller lägre
 - 26 701/704
 - 27 701/704/303
 - 28 702,703,705,706

29	703
30	704
31	704 eller 701
32	704,705
33	704/302
34	704/701
35	706
36	90
37	Betth med fast prot
38	fyllningsåtg 700-serien
39	för compositfyllning enl referenspriset
40	Omöjligt att debitera en tand för betthöjning. Hypotetisk omöjlig fråga

Övriga kommentarer?

Svar på fråga 21 – synpunkter på enkäten

- 1 (Ang fråga 20) De får olika alternativ vid behandling och kostnadsförslag
- 2 (oläslig handstil)
- 3 (otyddlig handstil) Dåligt utförd enkät då förstaisdan med namn är staren på undersöken på baksidan
- 4 20. Får oftast flera olika kostnadsförslag en optimal och ngn billigare
- 5 20. Pat får alltid flera olika förslag
- 6 Alla prisdiskussioner utgår ifrån välgrundad undersökningen och en pedagogisk genomförd terapiplan där pat förväntningar tillgodoses och olika behandlingsförslag lämnas med olika prisklasser
- 7 Ang fråga 10: En ny åtgärd, stegvis exkvivering infördes skulle jag använda den
- 8 Ang frågorna 8. De undersökta åtgärderna är exempel på åtgärder vi gör utan vinstmarginal. Annars försöker vi ha samma vinstmarginal på alla åtgärder
- 9 Bra att ni tar upp dessa frågor!
- 10 Bra att ni tar upp det här med stegvis exkivering som är en vitkig behandling som räddat många tänder från rotfyllning. Den ä längåt bättre än överkappning som ofta har dålig prognos
- 11 Bra enkät med relevanta frågeställningar.
- 12 Denna enkät är inte utformad för min verksamhet som är enbart inom tandhygienistens verksamhetsområde
- 13 Det handlar om ett samspel mellan tdl/pat. Vi erbjuder delbetalning utan ränta 3-4 mån ch inband ända upp till 12 mån (då hälften betalas innan behandl. Utförs).

- 14 Eftersom jag arbetar som tandhygienist kan jag inte svara på alla frågor
- 15 Fick inget kuvert
- 16 Fråga 12-15 kan jag ej svara på det det ej ingår i tandhyg arbete. Är egenföretagare och har inga anställda. Den tandläkare som jag har hyresavtal med har svarat på frågorna
- 17 Fråga 2 svar att besvara - rär tidboken full tar vi inte emot nya patienter, men finns det lediga tider så får pat komma samma dag eller dagen efter. Fråga 15. Debiterar utifrån hur många tor som behöver åtgärdas och debiterar aldrig högre än referenspris, utan oftast lägre
- 18 Fråga 20: pat. Får nästan alltid ett alternativt kostnadsförslag att ta ställning till
- 19 fråga 20: Patienten får ofta olika alternativ
- 20 Frågeformuläret är inte relevant i mitt fall då jag inte tar emot nya pat. Och snart ska gå i pension
- 21 Frågorna 10 och 13 olikheter i deb. Främst pga vilka tänder åtgärder avser än att jag skulle ha olika priser för olika patienter
- 22 Ger alltid flera kostnadsförslag så de har det billigaste till det dyraste
- 23 Ger patienten alternativ
- 24 Gör nästan aldrig behandlingen stegv exk. Mankan mistänka att frågeställaren har bestämt sig för vad han vill komma fram till, redan när frågorna formulerades. Jag hoppas att jag har fel på den punkten.
- 25 Hoppas åtg. kommer
- 26 Intressant enkät!
- 27 Jag ger alltid alternativa kostnadsförslag vid större behandlingar
- 28 Jag lämnar alltid alternativ från billigast till dyrast. Det slutgiltiga priset för patienten handlar inte bara om prislistan utan i lika hög grad om hur man nyttjartaxan. Åtg 163 läggs på hos vissa privata och hos folktandvården då det inte är motiverat. Även viss akoder i 200 & 300 serien överutnyttjas. Detta gäller inte oss.
- 29 Jobbar som tandhygienist, och frågorna kunde delvis ej svaras på
- 30 Komm: enligt tandvårdslagen p 2 skall akuta behandlingar med förtur
- 31 Kommentar fråga 16: 100 % av levande och ej avflyttade
- 32 Kommentar i marginalen vid fråga 13: Väldigt hypotetiska frågor. Kommentar i sista öppna frågan: Ett alternativ eller flera ges alltid

- 33 Kommentar till 20: pat får oftast olika förslag, olika laterantiva behandlingar som är möjliga. Som tandvårdsstödet förskriver!
- 34 Kommentar till fråga 13: Om det är ett fast pris. Priset måste relateras till tidsåtgång för varje åtgärd. Kommentar i sista öppna frågan: Frågorna om tillkommande åtgärder , betthöjning går inte att svara annat än att det måste bedömas individuellt. Många olika svårighetsgrader beroende på diagnos.
- 35 Koncisa bra frågor. 10 min räcker väl för besvarande av enkäten.
- 36 Kostnadsförslaget bygger på att alla behandlingalternativ genomlyses
- 37 Lokaliseringe av vår klinik gör att vi måste hålla kostnaderna nere
- 38 Min klinik utför enbart tandhyg. Åtgärder
- 39 Nu råkar referenspriserna vara anpassad til min typ av mottanging avseende hyreskostnader/persontäthet, möjlighet med kurser årligen etc
- 40 Parodontal beh har en knepig prissättning och fördelning. Önskar en förändring i tandvårdsstödet där!
- 41 Patienten får alternativa behandlingsförslag
- 42 patienten får ofta olika kostnadsförslag med varierande pris. Väljer sedan
- 43 Som vanligt vid enkäter blir svaren fyrkantiga”. Verkligheten varierar oehört, varför man aldrig kan dra alltför säkra slutsatser av resultatet
- 44 Svårt att besvara helt korrekt. Prissättning från min sida baseras på svårighetsgrad - tidsåtgång i de allra flesta fall. Jag har dessutom en känslomässig garanti för utförda (oläsligt ord)
- 45 Svårt med frågan om stegvis exakeviern där det oftast är i samband med akutundersökning - prismässigt utgår jag ifrån 2500 kr i tim för lönsamhet - vår tidsbokning är satt för att ge snabb service! Vi har ca 2500 patienter
- 46 Undrar om betthöjning med fyllningsterapi kan hålla?
- 47 Vi ger alltid olika bhenadlings och kostnadsförslag
- 48 Vi ger alternativa förslag
- 49 Vi ger nästan alltid flera olika förslag då blir det en stor spännvidd i pris normalt
- 50 Vi ger ofta alternativa beh/kostnadsförslag. Läger sedan ingen värdering i vad pat väljer.
- 51 Vi ger olika alternativ, även kostnd mässigt
- 52 Vi har och använder referenspriserna
- 53 Vi lämnar ofta olika beh för att ge pat valmöjlighet med beh/kostnad

- 54 Vi pratar igenom alternativen innan skriftligt kostnadsförslag
 - 55 Vi är pensionärer och praktiken är under avveckling
 - 56 Vill inte alltid göra den bästa behandlingen pga kostnad
 - 57 Vår mottagning har myckeet patienter. Dessutom kölista för patienter som vill börja hos oss. Därför kan svaren på vissa frågor besvaras på flera sätt, tex fråga 2, 3 och 4
 - 58 Våra patienter får behandlingsalternativ + kostnadsförslag. Sedan kommer vi överens om lämplig terapi.
 - 59 Våra priser är absolut lägst i området enligt expressens mätningar. Många nya patienter, snitt 1.5 per dag. Jobbar långa dagar därav kort väntetid
-
-

D Bilaga – Enkäten

D.1 Första enkäten



**Karolinska
Institutet**

Från:

Department of Dental Medicine
Division of Periodontology
and Implant Dentistry
Professor/Division Chair
Björn Klinge

Till:

Verksamhetsansvarig tandläkare/tandhygienist
«mottagning»
«gatuadress»
«postnr» «postort»

Vill du hjälpa oss genom att berätta lite om er verksamhet?

Hej

Vi skulle uppskatta om du tar **ca 10 minuter** av din tid för att svara på denna enkät. Den ingår i ett forskningsprojekt vid Institutionen för Odontologi, Karolinska Institutet, Stockholm.

Du får enkäten eftersom du är **verksamhetsansvarig tandläkare/tandhygienist för en privat tandvårdsmottagning**. Varje enkät har ett löpnummer som används för att kunna registrera vilka som svarat. På så sätt så slipper du få en påminnelse i onödan. Ditt svar kommer att **anonymiseras** så att inga uppgifter kan härledas till dig och er mottagning när studien är avslutad.

Enkäten går ut till ett begränsat antal mottagare och **varje svar är därför mycket viktigt**. Vi hoppas därför att du vill medverka genom att delta i denna undersökning. Fyll i så fall i enkäten och posta den i det bifogade, förfrankerade svarskuvert.

Vi vill ha för ditt **svar senast 2012-03-02**.

Stort TACK på förhand.

Björn Klinge
Professor/Övertandläkare

Kontakta gärna någon av nedanstående om du har frågor om undersökningen

Hälsoekonom Mikael Moutakis
mikaelmoutakis@gmail.com
Tel 0722 00 3964

Projektadministratör Jonna Wagner-Forsberg
Jonna.Wagner-Forsberg@ki.se
Tel 08 5248 8190

«rid» - «id»

5. Hur ofta har ni bokningsbara tider som ni har svårt att fylla med patientbesök?

Mycket sällan | | | | | | | | | | Mycket ofta Vet ej

6. Sätter er mottagning era egna priser på tandvårdsåtgärder som ni utför inom ramen för det statliga tandvårdsstödet?

- Ja
 Nej (v.g. hoppa till fråga 16)

7. Sköter du själv prissättningen?

- Ja
 Nej

8. Tar ni ut olika vinstmarginal för olika åtgärder, när ni sätter era priser för vuxentandvården?

- Ja, vi har olika vinstmarginal för olika åtgärder
 Nej, vi har samma vinstmarginal för alla åtgärder
 Vet inte

9. Vad utgår ni ifrån när ni skapar mottagningens prislista för vuxentandvården?

Mottagningens omkostnader

I mycket låg grad I mycket hög grad

 Vet ej

Priserna hos andra privata mottagningar på orten

I mycket låg grad I mycket hög grad

 Vet ej

Referenspriserna

I mycket låg grad I mycket hög grad

 Vet ej

Priserna hos Folk tandvården på orten

I mycket låg grad I mycket hög grad

 Vet ej

Vi utgår ifrån vad vi tror att våra patienter är villiga att betala för varje enskild åtgärd

I mycket låg grad I mycket hög grad

 Vet ej

Annat (frivilligt) _____

I mycket låg grad I mycket hög grad

 Vet ej

10. Anta att en ny åtgärd för *stegvis exkavering* kommer att införas i det statliga högkostnadsskyddet från och med 1 januari 2013. Åtgärden skulle i så fall innefatta bedövning, exkavering, torrläggning, fyllning med temporärt fyllningsmaterial, anpassning av ocklusion mot motstående käke samt i förekommande fall kontrollröntgen.

Anta att referenspriset blir «*stegvexk*» kr. Vilket pris skulle ni välja för denna åtgärd? Om ni förväntar er ta olika priser för olika patienter, ange det pris du tror att majoriteten av era patienter får betala exklusive tandvårdsstöd.

_____ kr Skulle inte erbjuda denna åtgärd

11. Vilket pris tror du att Folk tandvården i ert landsting skulle välja för åtgärden *stegvis exkavering*? Om Folk tandvården i ert landsting tillämpar latitudprissättning, ange det pris du tror att majoriteten av deras patienter får betala.

_____ kr Vet inte

12. Vilken åtgärd debiterar ni idag när ni utför *stegvis exkavering*?

Vi debiterar åtgärd/erna nr _____ Vi debiterar vanligtvis _____ kr för denna/desa åtgärd/er

Vi utför, men debiterar inte patienten för sådan åtgärd

Vi utför åtgärden utanför stödet och debiterar patienten

Vi utför inte denna typ av åtgärd

Annat _____

13. Anta att en egen åtgärd för *betthöjning med fyllningsmaterial, per tand* kommer införas i statliga högkostnadsskyddet från och med 1 januari 2013. Åtgärden skulle i så fall innefatta uppbyggnad med komposit- eller glasjonomermaterial inklusive inslipning och puts.

Anta att referenspriset blir «*betth*» kr. Vilket pris skulle er mottagning välja för denna åtgärd? Om ni förväntas ta olika priser för olika patienter, ange det pris du tror att majoriteten av era patienter får betala.

_____ kr Skulle inte erbjuda denna åtgärd

14. Vilket pris tror du att Folk tandvården i ert landsting skulle ta för åtgärden *betthöjning med fyllningsmaterial, per tand*? Om Folk tandvården i ert landsting tillämpar latitudprissättning, ange det pris du tror att majoriteten av deras patienter får betala.

_____ kr Vet inte

15. Vilken åtgärd debiterar ni idag när ni gör *betthöjning med fyllningsmaterial*?

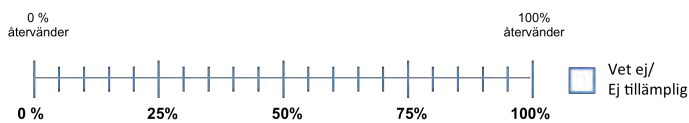
Vi debiterar åtgärd/erna nr _____ Vi debiterar vanligtvis _____ kr för denna/dessa åtgärd/er

Vi utför åtgärden utanför stödet och debiterar patienten.

Vi utför inte denna typ av åtgärd

Annat _____

16. Hur stor andel av de patienter som besökte er mottagning under 2011 förväntar du dig återkommer någon gång under 2012 till 2015?



17. Hur ofta händer det att era patienter tar upp andra vårdgivares priser i samband med att ni har gett ett kostnadsförslag?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

18. Hur ofta händer det att era patienter tar upp referenspriset i samband med att ni har gett ett kostnadsförslag?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

19. Hur ofta händer det att patienter som fått ett kostnadsförslag av er därefter inte bokar tid för behandling?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

20. Hur ofta händer det att patienter som fått ett kostnadsförslag av er frågar efter en billigare behandling?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

Övriga kommentarer eller synpunkter på enkäten och frågornas innehåll?

Stort tack för din värdefulla medverkan i denna enkät! Vi är tacksamma om du lägger enkäten i det förfrankerade kuvertet och skickar in den snarast.

«rid» - «id»

«rid» - «id»

D.2 Päämänneseenkäten



**Karolinska
Institutet**

Från:

Department of Dental Medicine
Division of Periodontology
and Implant Dentistry
Professor/Division Chair
Björn Klinge

Till:

Verksamhetsansvarig tandläkare/tandhygienist
«mottagning»
«gatuadress»
«postnr» «postort»

Påminnelse: Vill du hjälpa oss genom att berätta lite om er verksamhet?

Hej

Vi skulle uppskatta om du tar **cirka 10 minuter** av din tid för att svara på denna enkät. Den ingår i ett forskningsprojekt vid Institutionen för Odontologi, Karolinska Institutet, Stockholm.

Du får enkäten eftersom du är **verksamhetsansvarig tandläkare/tandhygienist för en privat tandvårdsmottagning**. Varje enkät har ett löpnummer som används för att kunna registrera vilka som svarat. På så sätt så slipper du få ytterligare en påminnelse i onödan. När studien är avslutad så kommer ditt enkätsvar och nyckeln som kopplar ditt svar till din mottagnings adress att förstöras, dvs **datamaterialet kommer anonymiseras**. Därefter kommer inga uppgifter kunna härledas till dig och er mottagning.

Enkäten går ut till ett begränsat antal mottagare och **varje svar är därför mycket viktigt**. Vi hoppas därför att du vill medverka genom att delta i denna undersökning. Fyll i så fall i enkäten och posta den i det bifogade, förfrankerade svarskuvert. Har du **redan besvarat** enkäten så skulle vi ändå uppskatta ifall du skrev "redan besvarad" på denna påminnelse och postade den till oss.

Ditt värdefulla svar vill vi ha senast 14e mars 2012.

Stort tack på förhand.

Björn Klinge
Professor/Övertandläkare

Kontakta gärna någon av nedanstående om du har frågor om undersökningen

Hälsoekonom Mikael Moutakis
mikaelmoutakis@gmail.com
Tel 0722 00 3964

Projektadministratör Jonna Wagner-Forsberg
Jonna.Wagner-Forsberg@ki.se
Tel 08 5248 8190

«rid» - «id»

«rid» - «id»

1. Vilken typ av vård erbjuder er mottagning?

- Allmäntandvård Specialisttandvård Både och

2. En person i 50-årsåldern som inte har gått hos er tidigare ringer och vill få en akuttid för att laga en kindtand. Personen berättar att det känns vasst och ilar när denne äter och dricker. Hur lång är väntetiden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Får tid samma dag | <input type="checkbox"/> 8-15 arbetsdagar |
| <input type="checkbox"/> Nästa dag | <input type="checkbox"/> 3 veckor eller mer |
| <input type="checkbox"/> 2-3 arbetsdagar | <input type="checkbox"/> <i>Vår mottagning tar inte emot denna typ av akuta patienter</i> |
| <input type="checkbox"/> 4-7 arbetsdagar | |

3. En av era befintliga patienter saknar tand 15 och ni bedömer att en bro 16 till 13 bör göras. Hur lång är väntetiden för att få påbörja behandlingen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mindre än 1 arbetsvecka | <input type="checkbox"/> 3 månader |
| <input type="checkbox"/> 1-2 arbetsveckor | <input type="checkbox"/> 4 månader |
| <input type="checkbox"/> 3-4 arbetsveckor | <input type="checkbox"/> 5 månader eller mer |
| <input type="checkbox"/> 5-6 arbetsveckor | <input type="checkbox"/> <i>Vår mottagning utför inte sådan behandling</i> |
| <input type="checkbox"/> 7-8 arbetsveckor | |

4. Hur ofta upplever du att er mottagning måste avvisa patienter på grund av att ni inte har några lediga tider? (Sätt ett kryss på skalan).



5. Hur ofta har ni bokningsbara tider som ni har svårt att fylla med patientbesök?

Mycket sällan Mycket ofta

Vet ej

6. Sätter er mottagning era egna priser på tandvårdsåtgärder som ni utför inom ramen för det statliga tandvårdsstödet?

- Ja
- Nej (v.g. hoppa till fråga 16)

7. Sköter du själv prissättningen?

- Ja
- Nej

8. Tar ni ut olika vinstmarginal för olika åtgärder, när ni sätter era priser för vuxentandvården?

- Ja, vi har olika vinstmarginal för olika åtgärder
- Nej, vi har samma vinstmarginal för alla åtgärder
- Vet inte

9. Vad utgår ni ifrån när ni skapar mottagningens prislista för vuxentandvården?

Mottagningens omkostnader

I mycket
låg grad

I mycket
hög grad



Vet ej

Priserna hos andra privata mottagningar på orten

I mycket
låg grad

I mycket
hög grad



Vet ej

Referenspriserna

I mycket
låg grad

I mycket
hög grad



Vet ej

Priserna hos Folk tandvården på orten

I mycket
låg grad

I mycket
hög grad



Vet ej

Vi utgår ifrån vad vi tror att våra patienter är villiga att betala för varje enskild åtgärd

I mycket
låg grad

I mycket
hög grad



Vet ej

Annat (frivilligt) _____

I mycket
låg grad

I mycket
hög grad



Vet ej

10. Anta att en ny åtgärd för *stegvis exkavering* kommer att införas i det statliga högkostnadsskyddet från och med 1 januari 2013. Åtgärden skulle i så fall innefatta bedövning, exkavering, torrläggning, fyllning med temporärt fyllningsmaterial, anpassning av ocklusion mot motstående käke samt i förekommande fall kontrollröntgen.

Anta att referenspriset blir «*stegvexk*» kr. Vilket pris skulle ni välja för denna åtgärd? Om ni förväntar er ta olika priser för olika patienter, ange det pris du tror att majoriteten av era patienter får betala exklusive tandvårdsstöd.

_____ kr Skulle inte erbjuda denna åtgärd

11. Vilket pris tror du att Folk tandvården i ert landsting skulle välja för åtgärden *stegvis exkavering*? Om Folk tandvården i ert landsting tillämpar latitudprissättning, ange det pris du tror att majoriteten av deras patienter får betala.

_____ kr Vet inte

12. Vilken åtgärd debiterar ni idag när ni utför *stegvis exkavering*?

Vi debiterar åtgärd/erna nr _____ Vi debiterar vanligtvis _____ kr för denna/desa åtgärd/er

Vi utför, men debiterar inte patienten för sådan åtgärd

Vi utför åtgärden utanför stödet och debiterar patienten

Vi utför inte denna typ av åtgärd

Annat _____

13. Anta att en egen åtgärd för *betthöjning med fyllningsmaterial, per tand* kommer införas i statliga högkostnadsskyddet från och med 1 januari 2013. Åtgärden skulle i så fall innefatta uppbyggnad med komposit- eller glasjonomermaterial inklusive inslipning och puts.

Anta att referenspriset blir «*betth*» kr. Vilket pris skulle er mottagning välja för denna åtgärd? Om ni förväntas ta olika priser för olika patienter, ange det pris du tror att majoriteten av era patienter får betala.

_____ kr Skulle inte erbjuda denna åtgärd

14. Vilket pris tror du att Folk tandvården i ert landsting skulle ta för åtgärden *betthöjning med fyllningsmaterial, per tand*? Om Folk tandvården i ert landsting tillämpar latitudprissättning, ange det pris du tror att majoriteten av deras patienter får betala.

_____ kr Vet inte

15. Vilken åtgärd debiterar ni idag när ni gör *betthöjning med fyllningsmaterial*?

Vi debiterar åtgärd/erna nr _____ Vi debiterar vanligtvis _____ kr för denna/dessa åtgärd/er

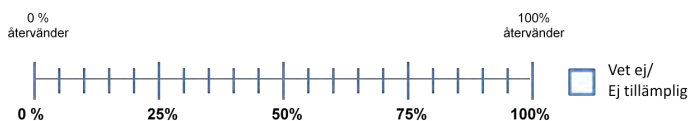
Vi utför, men debiterar inte patienten för sådan åtgärd

Vi utför åtgärden utanför stödet och debiterar patienten.

Vi utför inte denna typ av åtgärd

Annat _____

16. Hur stor andel av de patienter som besökte er mottagning under 2011 förväntar du dig återkommer någon gång under 2012 till 2015?



«rid» - «id»

17. Hur ofta händer det att era patienter tar upp andra vårdgivares priser i samband med att ni har gett ett kostnadsförslag?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

18. Hur ofta händer det att era patienter tar upp referenspriset i samband med att ni har gett ett kostnadsförslag?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

19. Hur ofta händer det att patienter som fått ett kostnadsförslag av er därefter inte bokar tid för behandling?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

20. Hur ofta händer det att patienter som fått ett kostnadsförslag av er frågar efter en billigare behandling?

Mycket sällan |-----| Mycket ofta Vet ej

Övriga kommentarer eller synpunkter på enkäten och frågornas innehåll?

Stort tack för din värdefulla medverkan i denna enkät! Vi är tacksamma om du lägger enkäten i det förfrankade kuvertet och skickar in den snarast.

«rid» - «id»