

PM - Konsekvenser av förändrad finansiering av tandvårdssystemet

Mars 2022

Innehållsförteckning

Innehåll

Innehållsförteckning	2
PM:ets syfte	3
Tandvårdssystemet idag	3
Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB).....	3
Det särskilda tandvårdsbidraget (STB)	3
Högekostnadsskyddet.....	4
Jämförelser med den statliga utredningen	4
De två beräknade finansieringsmodellerna	4
Finansieringsmodell 1 – maxtak 1 200 kronor	4
Finansieringsmodell 1 – patientavgift om 200 kronor	4
Beräkningarna	5
Antaganden.....	5
Statiska effekter	6
Dynamiska effekter	6
Antaganden och avgränsningar	7
Resultat	8
Slutsatser	9
Appendix.....	10

PM:ets syfte

År 2018 beställde regeringen en utredning med syfte att utreda dagens tandvårdssystem och ge förslag på hur systemet kan göras mer jämlikt och resurseffektivt. De lämnade förslagen har för avsikt att främja en regelbunden och förebyggande tandvård i syfte att minska skillnaderna i tandhälsa hos befolkningen¹. Två tilläggsdirektiv gjordes till utredningen under 2020. Den ena utvidgningen gav i uppdrag att utreda och föreslå en ny reglering till personer med särskilda tandvårdsinsatser och den andra att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd. Det andra tilläggsdirektivet resulterade i förslaget om en allmän tandhälsoplan samt beräkningar av fyra föreslagna förändringar av högkostnadsskyddet som kan ses som ett första steg i att göra tandvårdens system mer lik hälso- och sjukvårdens. Dessa förslag ligger som grund för föreliggande PM vars syfte är att utvärdera de effekter en förändrad finansieringsmodell skulle ha på tandvårdens kostnader. De utvärderade effekterna inkluderar de förändrade kostnaderna för staten med och utan dynamiska effekter för två alternativa finansieringsmodeller. För att tydliggöra effekterna av förändringarna har HUI utgått ifrån situationen 2019 och utifrån det räknat på vad det skulle kosta staten 2023 om finansieringsmodellen förändrats.

Tandvårdssystemet idag

Det svenska tandvårdssystemet består idag av både offentliga och privata vårdgivare. Det är främst vuxentandvården som är konkurrensutsatt och den är även den del av tandvårdsmarknaden där fri prissättning råder. På uppdrag av staten bestämmer Tandvårds-Läkemedelsförmånsverket (TLV) varje år referenspriser för alla tandvårdsåtgärder. Referenspriserna gör det lättare för konsumenten att jämföra priser mellan olika vårdgivare. Värt att nämna är att det är minst skillnad i prissättning vad gäller de grundläggande åtgärderna och att dispersionen i pris är större bland efterföljande och mer komplexa åtgärder. Barn- och ungdomstandvården är fullt finansierad av regionerna och därmed även mer reglerad.

Staten subventionerar delar av vårdavgifterna för att främja och skapa incitament för befolkningen att regelbundet besöka tandvården. Detta innebär att patienten själv inte behöver stå för alla kostnader relaterade till den tandvård de behöver. De subventioner som staten bistår med innefattar det allmänna tandvårdsbidraget (ATB), det särskilda tandvårdsbidraget (STB), högkostnadsskyddet samt den fria tandvården för personer upp till 23 år. Från 24 års ålder betalar individen själv för sin tandvård och kan börja ta del av de andra statliga tandvårdsbidragen. År 2018 stod patienterna själva för cirka 57 procent av tandvårdskostnaderna, vilket är en minskning från 69 procent år 2002. Utöver referensprislistan bestämmer även TLV vilka åtgärder som är ersättningsberättigade och under vilka omständigheter. Till exempel är åtgärder som genomförs ur ett rent estetiskt perspektiv inte ersättningsberättigade i dagens system. Referensprislistan används som underlag vid beräkning av subventionsgraden en patient är berättigad. Vårdgivaren bestämmer prissättningen, och kostnader som överstiger referenspriset bekostas av patienten själv och ingår således inte vid beräkningen av det ersättningsgrundande beloppet inom högkostnadsskyddet.

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB)

Det allmänna tandvårdsbidraget har implementerats av staten för att uppmuntra vuxna att regelbundet besöka tandvården och därmed säkerställa en bättre allmän tandhälsa. Bidraget finns som ett tillgodohavande och går att använda hos alla vårdgivare så länge åtgärden är bidragsberättigad. Bidraget utfärdas årligen den 1 juli och kan sparas i upp till två år, vilket innebär att en person som inte besöker tandvården årligen kan ha och använda upp till två bidrag vid ett och samma besök. För personer i åldern 24–29 år samt över 65 år uppgår ATB till 600 kronor per år medan det för personer i åldern 30–64 år uppgår till 300 kronor per år.

Det särskilda tandvårdsbidraget (STB)

Det särskilda tandvårdsbidraget omfattar personer som är 24 år eller äldre och som har en viss sjukdom eller funktionsnedsättning som innebär en risk för försämrade tandhälsa. Det är tandläkaren eller tandhygienisten som

¹ "När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa" SOU 2021:8, Socialdepartementet (2021), sida 3 – Sammanfattningen.

avgör om individen i fråga har rätt till bidraget. Bidraget uppgår till 600 kronor per halvår och användningen av bidraget går att dela upp på flera besökstillfällen. Till skillnad från ATB kan STB inte sparas över tid.

Högekostnadsskyddet

Högekostnadsskyddet finns till för de som har höga tandvårdskostnader. Skyddet innebär att patienten själv endast behöver betala en del av kostnaden när den överstiger ett visst belopp. De allra flesta behandlingar omfattas av högekostnadsskyddet, däremot ingår inte behandlingar såsom tandblekning, andra former av kosmetisk tandvård, abonnemangsavtalad tandvård eller tandvård som ingår i en sjukdomsbehandling (för sådan tandvård betalas regionens vanliga patientavgift och regionens högekostnadsskydd för patientavgifter gäller).

Högekostnadsskyddet innebär att staten står för en del av tandvårdskostnaderna när de summerar till 3 000 kronor eller mer enligt referensprislisan. Om en person använder sitt ATB eller STB vid ett besök räknas detta belopp inte med i de subventionsgrundande tandvårdskostnaderna. Ersättningsnivåerna och beloppsgränserna för ersättningen inom högekostnadsskyddet är enligt följande:

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

Högekostnadsskyddet beräknas per tolv månadersperiod och patienten kan själv bestämma att en ny ersättningsperiod ska börja innan den tidigare löpt ut, vilket kan vara fördelaktigt om en större behandling planeras.

År 2019 uppgick de totala kostnaderna för staten till cirka 6,7 miljarder kronor varav ATB stod för 2,1 miljarder, STB för 0,06 miljarder och högekostnadsskyddet för 4,5 miljarder. Utöver detta stod regionerna för omkring 6 miljarder kronor, vilket innefattar den kostnadsfria barn- och ungdomstandvården, sjukhustandvård och äldretandvård. Totalt gjordes 9,2 miljoner besök hos tandvården och 4,1 miljoner personer besökte tandvården 2019. Under året utfördes totalt omkring 14,9 miljoner tandvårdsåtgärder.

Jämförelser med den statliga utredningen

En direkt jämförelse mellan beräkningarna gjorda för detta PM och resultaten i den statliga utredningen är inte möjlig av flera skäl. Det huvudsakliga skälet är att den statliga utredningen endast presenterar delar av de antaganden och beräkningar som gjorts för de olika finansieringsmodellerna vilket gör att en direkt jämförelse inte går att göra. Det alltså inte att veta huruvida en alternativ beräkning avviker från den statliga utredningens beräkning. En annan anledning till att resultaten skiljer sig åt är att HUI använder 2019 som basår och utredningen 2020. Utöver dessa skillnader så har den statliga utredningen gjort en klassificering av vilka åtgärder som vore ersättningsberättigade medan HUI antagit att alla åtgärder skulle ingå i ersättningssystemet. För vidare information om den statliga utredningens antaganden och beräkningar hänvisas läsaren till utredningen.

De två beräknade finansieringsmodellerna

Finansieringsmodell 1 – maxtak 1 200 kronor

Det första alternativet som beräknats är det som den statliga utredningen kallar för en öppenvårdsmodell med en beloppsgräns. Beloppsgränsen innebär att när patientens totala tandvårdskostnader överstiger 1 200 kronor under en tolv månadersperiod har patienten rätt till 100 procents subvention av resterande tandvård under samma period.

Finansieringsmodell 1 – patientavgift om 200 kronor

Det andra alternativet som beräknats är en öppenvårdsmodell med två beloppsgränser. Liksom det första alternativet så innebär det att en patient är berättigad till 100 procents subvention för tandvård som överstiger taket på 1 200 kronor. Förutom detta införs en patientavgift, vilket innebär att varje tandvårdsbesök endast skulle kosta patienten 200 kronor. Denna förändring skulle innebära att en patient blir berättigad till 100 procents subvention om fler än sex besök görs under ett år.

För båda de beräknade finansieringsmodellerna antas att ATB och STB helt tas bort och att dagens högekostnadsskydd ändras till de beskrivna förslagen.

Beräkningarna

Ansatsen med modellen var att beräkna kostnaden för det offentliga om någon av de två föreliggande finansieringsmodellerna av tandvården infördes. Beräkningsmodellen konstruerades utöver det för att både kunna beräkna konsekvenserna i en statisk miljö – det vill säga att svenskarnas beteende inte påverkades av förändringarna – och i en dynamisk miljö – det vill säga att svenskarnas beteende påverkades av förändringarna.

Antaganden

Beräkningarna tar avstamp i antalet besök hos tandvården. Dessa har delats in i tre kategorier: basundersökningar, efterföljande åtgärder som inte är akuta och akutbesök. Uppdelningen görs under antagandet att det finns olika drivkrafter till de olika typerna av besök, och därmed påverkas besökstyperna olika av förändringarna. Enkelt beskrivet innebär detta att priset på en basundersökning styr hur många basundersökningar som utförs och att antalet basundersökningar avgör hur många efterföljande åtgärder som utförs. Akutbesöken antas däremot inte påverkas alls av prisförändringar. Detta har bara bäring i de fall hänsyn tas till dynamiska effekter, det vill säga att människors beteende påverkas av prisförändringarna – men modellen konstruerades för att kunna vara både statisk och dynamisk.

Vidare har det antagits att alla åtgärder är ersättningsberättigade. Kostnaden för varje typ av tandvårdsbesök har estimerats med hjälp av data från Försäkringskassan om månatliga medelpriser för alla utförda åtgärder år 2019. Priserna för de olika typerna av besök har således inte baserats på TLVs referensprislista. En anledning till att frånga detta är att förändringen av tandvårdssystemet skulle kunna innebära förändringar av vilken ersättning varje vårdgivare skulle vara berättigad till om de inte längre har rätten till fri prissättning.

Klassificeringen av basundersökningar har gjorts med utgångspunkt i vilka åtgärds-koder som Socialstyrelsen klassificerat som basundersökningar². Därmed har åtgärds-koderna 101, 102, 111 och 112 klassats som basundersökningar. Priset för en basundersökning är baserat på ett viktat månatligt medelpris från Försäkringskassans statistikdatabas³. Till det viktade priset adderades priset för den grundläggande röntgenundersökningen 121 med anledning av att den ofta kombineras med de undersökande åtgärds-koderna.

Kostnaden för efterföljande åtgärder som inte är akuta är skattad som ett viktat månatligt medelpris för de åtgärder som inte klassats som basundersökningar. Därmed är kostnaden för dessa viktad efter hur vanlig respektive åtgärd är. Även priserna för de efterföljande åtgärds-koderna är baserad på Försäkringskassans statistik.

För att beräkna kostnaden för ett akutbesök har Socialstyrelsens klassificering vid beräkningen av antalet personer som endast besökt tandvården i akuta syften år 2020 använts. Ett ytterligare antagande vid beräkningen av kostnaden för ett akutbesök är att varje akutbesök föranleds av en undersökande åtgärd (åtgärds-kod 103, 107 och 113) som sedan följs av någon efterföljande akut åtgärd. Därför har kostnaden för ett akutbesök beräknats som summan av medelpriset för de akuta undersökningsåtgärds-koderna och medelpriset för efterföljande åtgärder vid samma besökstillfälle. Åtgärder som klassificerats som akuta återfinns i Tabell 4 i Appendix.

Resultatet (se Tabell 1) har sedan använts i modellen som enkelt kan sägas beräkna hur en förändrad finansiering av tandvården påverkar priset på tandvård, vilket i sin tur påverkar antalet besök. Dessa två faktorer (antalet besök och priset per besök) är det som tillsammans avgör statens kostnader.

² Statistik om tandhälsa 2020, Socialstyrelsen <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/tandhalsa/>

³ Pris för tandvårdsåtgärder, månad – Försäkringskassan

https://www.forsakringskassan.se/statistik/statistikdatabas/!ut/p/z/1/04_Sj9CPYkssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziLQI8TDy8DIx8Ddy8jQwCfZ3dLUxDPY1dnE30w8EKDHAARwP9KGL041EQhd_4cP0osBITDxdnQ3dnA293L083A8eQID9TTyNfQ4NgY6gCPGYU5IZGGGQ6KglAcDXorg!!/#!tand/tand-atgard-manad

Tabell 1 Beräknade medelpriser för de tre besökskategorierna.

Typ av åtgärd	Beräknat medelpris 2019
Basundersökning	917 kronor
Efterföljande åtgärder som inte är akuta	1 270 kronor
Akutbesök	1 895 kronor (undersökning 499 kronor + ytterligare åtgärd 1 397 kronor)

Slutligen har resultaten justerats utifrån den tillväxt av behovet av tandvård (mätt i kr) som prognostiseras av Försäkringskassan fram till 2023⁴, samt det faktum att den statliga utredningen antar att personer i åldrarna 20-23 år kommer att omfattas av samma regler som andra vuxna.

Statiska effekter

De statiska effekterna förutsätter att antalet besök inte påverkas av förändringar i hur tandvården finansieras, och därmed hur mycket den kostar att nyttja. Detta innebär att det endast är statens kostnader som förändras och inte antalet besök eller utförda åtgärder.

För det första finansieringsförslaget med ett maxtak á 1 200 kronor per individ och år beräknas kostnaden på följande sätt:

Basundersökningar	Priset på en basundersökning understiger 1 200 kronor, vilket innebär att dessa inte medför några kostnader för staten
Efterföljande åtgärder som inte är akuta	Beräknas genom att antalet besök multipliceras med kostnaden för dessa, sedan subtraheras mellanskillnaden mellan 1 200 kronor och priset för en basundersökning för alla basundersökningar som genomförts. Justeringen görs då den som besöker tandvården står för kostnader upp till 1 200 kronor efter vilket ytterligare tandvårdskostnader belastar staten.
Akutbesök	Beräknas genom att kostnaden per besök multipliceras med antalet besök* (priset för ett akutbesök justeras nedåt jämfört med listpriset utifrån hur pass vanligt det är att en person går till tandläkaren ett givet år och därmed redan har nått taket á 1 200 kronor när akutbesöket genomförs). *Antalet akutbesök antas vara antalet akutundersökningsåtgärder som gjorts.

För det andra finansieringsförslaget som innebär ett maxtak á 1 200 kronor per individ och år samt en patientavgift om 200 kronor per besök beräknas kostnaden genom att priset för ett besök justeras nedåt till 200 kronor och sedan multipliceras med antalet besök. Slutligen justeras summan för de individer som besöker tandläkaren fler än sex gånger på ett år och därmed når maxtaket för 100 procents statlig subvention⁵.

Dynamiska effekter

⁴ Utgiftsprognos för budgetåren 2022-2025, Försäkringskassan

⁵ Antalet personer som besöker tandläkaren sex gånger eller fler på ett år har estimerats med hjälp av statistik från den statliga utredningen "När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa" SOU 2021:8, Socialdepartementet (2021), sida 329, samt statistik från Socialstyrelsens statistikdatabas över antalet patienter (4,1 miljoner) respektive besök (9,3 miljoner) i tandvården 2019.

För att beräkna statens kostnader om hänsyn tas till dynamiska effekter måste en beräkning genomföras som visar hur antalet tandvårdsbesök förändras till följd av de föreliggande finansieringsförändringarna. Besöken bryts med fördel ned i de tre underkategorierna enligt nedan:

Basundersökningar	Tidigare studier på området visar att efterfrågan är något elastisk och en sammanvägning av ett antal studier gör att HUI har använt elasticiteten $-0,203^6$. Ett maxtak á 1 200 kronor per år skulle innebära att priset på en basundersökning i princip skulle fördubblas (på grund av att dagens subventioner försvinner), samtidigt som det alternativa förslaget, med en patientavgift om 200 kronor, skulle innebära att priset för en basundersökning mer än halverades. Detta ger tämligen stora förändringar i antalet basundersökningar beroende på vilket finansieringsförslag som studeras.
Efterföljande åtgärder som inte är akuta	Bedöms vara oelastiska i sig själva, det vill säga ett förändrat pris påverkar inte efterfrågan. Däremot antas de efterföljande åtgärderna föregås av en basundersökning (alternativt ett akutbesök). Det innebär att om antalet basundersökningar rör sig i en viss riktning följer antalet efterföljande åtgärder med. Dessutom finns en viss hävstångseffekt eftersom varje basundersökning som leder till vidare besök inom tandvården normalt leder till fler än en efterföljande åtgärd.
Akutbesök	Bedöms vara helt oelastiskt och antalet besök är därmed desamma som innan förändringarna.

Antaganden och avgränsningar

Den här typen av beräkningar medför så gott som undantagslöst att ett antal antagande och avgränsningar måste göras.

Ett sådant antagande när det kommer till de dynamiska effekterna är att det är direkta effekter som studerats. Detta innebär att det som har beräknats är hur antalet personer som går till tandläkaren skulle förändras givet de kostnadsmässiga implikationer som en förändrad finansieringsmodell medför. Om färre personer går till tandläkaren leder det till lägre kostnader för staten. Dock är det tänkbart att färre tandläkarbesök på lång sikt leder till en sämre allmän tandhälsa, vilket leder till mer kostsamma ingrepp i ett senare skede. Det sistnämnda finns inte med i detta PM:s beräkningar.

En annan aspekt av de dynamiska effekterna som i det här fallet är lite speciell är att det finns en utbudsutmaning. Om efterfrågan på tandvårdstjänster skulle öka är det inte troligt att den skulle kunna tillgodoses på kort sikt, då det är svårt att snabbt öka utbudet av tandvårdstjänster. Enklare uttryckt – det tar tid att utbilda tandläkare och tandhygienister. På längre sikt skulle givetvis en ny jämvikt hittas och den nya efterfrågan tillgodoses, men det skulle ta några år att komma dit. I det här fallet tas ingen hänsyn till tidsaspekten. HUI har i stället utgått från att utförarna av tandvårdstjänster kan tillmötesgå den nya efterfrågan, oavsett storleken på den.

⁶ Priselasticiteten $-0,203$ har beräknats utifrån ett snitt baserat på fem priselastisiteter funna i olika vetenskapliga artiklar publicerade 2012 eller senare. För lista över exakta artiklar, se tabell 5 i appendix.

Resultat

Tas ingen hänsyn till dynamiska effekter beräknas förändringarna i hur tandvården finansieras kosta staten 12,8 eller 14,9 miljarder kronor beroende på vilken finansieringsmodell som väljs.

Tabell 2 Resultatet av beräkningsmodellerna utan dynamiska effekter.

Utän dynamiska effekter 2023	Kostnader för staten (kronor)	Förändringar i antal åtgärder
Förändring enligt finansieringsmodell 1 (maxtaxa á 1 200 kronor per år) genomfördes	12 757 000 000	-
Förändring enligt finansieringsmodell 2 (maxtaxa á 1 200 kronor per år samt 200 kronor patientavgift per besök) genomfördes	14 915 000 000	-

Om hänsyn tas till dynamiska effekter och att priselasticiteten anses vara -0,203 för basundersökningar och 0 för övriga undersökningar blir kostnaden för staten 11 eller 16,7 miljarder kronor beroende på vilken finansieringsmodell som väljs. Detta beror på att prisförändringarna finansieringsmodellerna skulle medföra förväntas leda till fler/färre tandvårdsbesök. Att en förändring enligt finansieringsmodell 1 blir nästan två miljarder billigare för staten om hänsyn tas till dynamiska effekter beror på att 2 miljoner färre åtgärder förväntas utföras. På samma sätt är förklaringen till att finansieringsmodell 2 skulle kosta 2,6 miljarder mer att nästan 1,6 miljoner fler åtgärder skulle utföras.

Tabell 3 Resultatet av beräkningsmodellerna med dynamiska effekter.

Med dynamiska effekter 20123	Kostnader för staten (kronor)	Förändringar i antal åtgärder (jämfört med 2019)
Förändring enligt finansieringsmodell 1 (maxtaxa á 1 200 kronor per år) genomfördes	10 985 000 000	-2 040 000
Förändring enligt finansieringsmodell 2 (maxtaxa á 1 200 kronor per år samt 200 kronor patientavgift per besök) genomfördes	16 723 000 000	1 647 758

Slutsatser

Den huvudsakliga slutsatsen som kan konstateras är att de två alternativen till dagens sätt att finansiera tandvården som utreds i det här PM:et skulle ha stor påverkan både på vad tandvården kostar staten och vad den kostar patienterna.

För patienterna skulle det första förändringsförslaget (med ett maxtak om 1 200 kronor per år) innebära att det första besöket hos tandvården blir markant dyrare än i dagens system, i och med att dagens subventioner skulle försvinna. Dock skulle uppföljande besök bli betydligt billigare i och med att maxtaket nås. Det andra förändringsförslaget (med ett maxtak om 1 200 kronor per år samt en patientavgift om 200 kronor per besök) skulle innebära att ett besök hos tandläkaren skulle bli betydligt billigare för patienten än i dagens system. Detta gäller oavsett besökstyp.

För staten ser det annorlunda ut. Om ingen hänsyn tas till att patienternas beteende skulle förändras av de ändrade priserna, beräknar HUI att statens tandvårdskostnader skulle uppgå till 12,8 alternativt 14,9 miljarder kronor, beroende på vilket alternativ som väljs. Om hänsyn tas till att människors beteende skulle förändras givet att priset på tandvård förändrades beräknas kostnaden för staten uppgå till 11 alternativt 16,7 miljarder kronor. De stora skillnaderna i resultaten om hänsyn tas till dynamiska effekter eller inte beror på de stora förändringar i patientkostnaden som de två förslagen medför. Trots att priselasticiteten är inom ett spann där den klassas som oelastisk har de markanta prisförändringarna stora effekter på antalet besök/åtgärder och därmed även på statens kostnader. Det första alternativet skulle innebära 2,0 miljoner färre tandläkarbesök och det andra 1,6 miljoner fler tandläkarbesök.

Slutsatsen av detta är att en förändrad finansiering av tandvården inte bara leder till förändrade kostnader för staten utan även förändrar patienternas benägenhet att besöka tandvården. Det i sin tur innebär att staten hamnar i en situation där den, genom prissättningen på tandvård, får verktyg att styra tandvårdsbesöken. Nackdelen är att styrningen är trubbig. Små förändringar i pris leder till jämförelsevis stora förändringar i hur många som besöker tandvården, vilket i sin tur leder till jämförelsevis stora förändringar vad gäller statens kostnader. Utöver detta är den påverkan som en förändrad finansiering har på vårdgivarnas incitament också värd att fundera över. Om priserna och den ersättning vårdgivarna får från staten regleras kan detta påverka det tillgängliga utbudet inom åtminstone den privata sektorn, som utgör en stor del av dagens tandvårdsmarknad.

Appendix

Tabell 4 Åtgärder kategoriserade som akuta

103	Akut undersökning eller kompletterande undersökning, utförd av tandläkare
107	Omfattande akut eller kompletterande undersökning, utförd av tandläkare
113	Akut eller annan undersökning, utförd av tandhygienist
300	Sjukdomsbehandlande åtgärder
401–405	Tanduttagning, kirurgisk avlägsnande
407	Övrig kirurgi eller plastik
435–436	Avlägsnande av implantat
500	Rotbehandlingar
600	Bettfysiologiska åtgärder
701–708	Fyllning/krona/stiftförankring
800, 801	Permanent tandstödd krona
805	Emaljretinerad konstruktion, laboratorieframställd
807, 809	Semipermanent kronor el. hängande led
811–814	Reparativa åtgärder vid tandstödd protetik
822, 823	Avtagbar protetik
827–829	Avtagbar protetik
831–839	Reparation av avtagbar protes

Tabell 5 Studier av priselasticiteter.

Studie	Land	Typ av åtgärd	Använd data (år)	Priselasticitet	DOI/ISSN
Competition and market structure in the dental industry (2020)	USA	Diagnostiska och preventiva åtgärder av tandhygienist	1983-2012	-0.6	10.1007/s10754-019-09277-8
Competition and market structure in the dental industry (2020)	USA	Åtgärder utförda av tandläkare	1983-2012	-0.2	10.1007/s10754-019-09277-8
The demand for preventive and restorative dental services	USA	Basåtgärder	2001-2006	-0.043	10.1002/hec.2899
Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse**	Sverige	Basundersökningar (101)	2009-2010	-0,14 - -0,16	ISSN 1653-1353 Försäkringskassan
Once bitten, twice shy? Lessons learned from an experiment to liberalize price regulations for dental care (2019)	Nederländerna	Preventiva åtgärder	2011-2013	-0,022	10.1007/s10198-019-01145-z

*Urval av priselasticiteten på åtgärder så lika basundersökningar som möjligt har gjorts. Ofta visar sig priselasticiteten vara lägre för efterföljande åtgärder. Inkomstelasticiteten är en annan variabel vanligen undersökt i tandvårdssammanhang.

**Inom ramen för framtagandet av detta PM har en gedigen genomgång av forskning på såväl priselasticitet som inkomstelasticitet relaterad till tandvård. Läsaren hänvisas till denna sammanfattning för mer information om tidigare forskningsstudier inom området.