

# Attityder och betalningsvillighet avseende tandvård

Christer Lindblom

Ingvar Westerberg

I en undersökning i fyra län har man skattat befolkningens betalningsvillighet i fråga om olika tandvårdstjänster. Om resultaten avspeglar ett verkligt efterfrågemönster riskerar tandhälsan för dessa grupper inom något decennium att klart försämrats. Bland de tillfrågade fanns en utbredd uppfattning i den studerade gruppen att tandvård är dyrt. Samtidigt är i ett europeiskt perspektiv svenska tandvårdspriser låga, kanske t o m lägst. Möjligen kan respondenternas uppfattning härledas till att man jämför med sjukvård, där subventioneringsgraden är mycket högre än inom tandvård.

Christer Lindblom är övertandläkare vid Folk tandvården, Landstinget i Kalmar län och Ingvar Westerberg hälsoekonom, Centralförvaltningen, Landstinget Halland.

## Bakgrund

De senaste årens problem i form av arbetslöshet, minskade transfereringar och ökande avgifter har påverkat många människors konsumtionsutrymme negativt. Det finns skäl att förmoda att även tandvårdskonsumtionen minskat, inte minst i de ekonomiskt svaga grupperna. Dock saknas nästan helt studier om det närmare sambandet mellan tandvårdskonsumtion och attityder till tandvård/tandhälsa, betalningsförmåga, betalningsvillighet

etc. Sådana kunskaper är även av stor betydelse som underlag för tandvårdsplanering. Socialstyrelsen och landstingen i Norrbottens, Stockholms, Kalmar och Hallands län tog därför våren 1997 initiativet till en studie angående dessa frågor.

I direktiven till 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring angavs syftet med en tandvårdsförsäkring vara att göra en god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad. En allmän tandvårdsförsäkring infördes år 1974.

Under åren sedan dess har såväl ersättningsnivåer som försäkringens konstruktion förändrats, bl. a infördes en 'självrisk' år 1994. Riksdagen beslutade, utifrån vårpropositionen 1996, att den allmänna tandvårdsförsäkringen i princip skulle avskaffas i och med utgången av år 1997, men ändrade detta beslut våren 1997 till att den framtida försäkringsutformningen bör utredas på nytt. Så har också skett och i januari 1998 presenterades utredningen *Tänder hela livet - nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2.) Riksdagen beslöt i juni i enlighet med huvudlinjerna i förslaget (se proposition 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*) med ikraftträdande 1 januari 1999.

Socialstyrelsen presenterade hösten 1996 en sammanställning och analys av tillgängliga data angående tandvårds efterfrågan under åren 1990-1995. Man fann ett trendbrott i

---

*I gruppen ensamstående föräldrar var det 72% som någon gång avstått från tandvård på grund att de inte haft råd*

---

form av en nedgång i efterfrågan under år 1995.(1)

Under hösten 1996 intervjuades 1.200 långtidsarbetslösa om ekonomi och konsumtionsmönster och bland annat fann man att 57% avstått från tandvård av ekonomiska skäl. I gruppen ensamstående föräldrar var det 72% som någon gång avstått från tandvård på grund att de inte haft råd. (2)

Våren 1997 presenterade Eureka Research en undersökning som gjorts på uppdrag av tandläkarförbundet, dentallaboratorierna och dentalhandeln, som en uppföljning av en studie gjord 1994. Resultatet indikerade att låginkomsttagare och yngre individer minskat frekvensen tandvårdsbesök mellan de båda åren. (3)

Vissa uppgifter om besöksfrekvens och tandvårdsutgifter finns i olika länsstudier angående tandhälsan samt i SCB:s studier av levnadsförhållanden (ULF). (4)

I Sverige har patientavgiften för tandvård ökat under de senaste åren, samtidigt som hushållsinkomsten minskat eller stagnerat för stora befolkningsgrupper. Prisets effekt på efterfrågan av tandvård har i Norge studerats av Grytten utifrån ett historiskt registermaterial. Han kunde inte finna något statistiskt signifikant samband mellan pris och frekvensen årliga tandvårdsbesök. Volymen tandvård, uttryckt som utgifter för tandvård, ökade däremot med minskande priser. (5)

## Syfte

Syftet med studien är att skatta befolkningens efterfrågan på olika tandvårdstjänster

speglat genom betalningsvilligheten. Skälet till valet av betalningsvillighet som studievariabel är att denna förväntas representera sociala faktorer såsom attityder till tandvård/tandhälsa, betalningsförmåga och ålder. Studien avser förhållanden i de fyra ovan nämnda länen hösten 1997.

## Metod

Utifrån befolkningsregistren i de fyra länen gjordes ett slumpmässigt urval av 2.000 individer i åldrarna 20 - 65 år. Efter bortfall kvarstod 1.614 respondenter (81%).

Datafångsten gjordes med hjälp av enkät via telefonintervjuer utförda av Statistiska Centralbyrån (SCB). Intervjuerna gjordes under september månad 1997 och tog i genomsnitt 28 minuter. Intervjuformuläret omfattade fem frågeområden: demografi, socioekonomi, tandvårdskonsumtion, attityder till tänder och tandvård samt betalningsvillighet.

Efterfrågan, dvs benägenheten att söka vård, kan speglas med hjälp av hypotetisk betalningsvilja för olika åtgärder. Hälsoekonomiska studier har gjorts av betalningsvilja för vissa medicinska terapier, bl a blodtryckssänkande medel och angina pectoris-behandling (se t ex 6, 7). Kunskap saknas dock helt om sambandet mellan tandvårdsattityder och socioekonomiska faktorer å ena sidan och betalningsvilligheten avseende tandvård å den andra.

Betalningsvilligheten på hypotetiska marknader kan skattas med hjälp av 'The Contingent Valuation Method'. Man använder här öppna frågor ("Hur mycket är Du beredd att betala för X?"), diskreta frågor, där respondenten har att välja i ett spektrum av belopp, t ex mellan 100 och 1000 kr, binära frågor (ja/nej) och budgivning. Genom budgivning kan intervjuaren finna respondentens

Tabell 1. Frekvensfördelningar för acceptans av de binära buden för respektive åtgärd fördelat efter hushållsinkomst och totalt.

	Binärt bud	Hushållsinkomst				Totalt
		1-135 Kkr	135-215 Kkr	215-335 Kkr	> 335 Kkr	
Undersökning	350 kr	66%	76%	82%	87%	81%
Kompositfyllning	650 kr	53%	55%	63%	74%	61%
Treledsbro	6 500 kr	32%	36%	38%	54%	43%
Tandlossningsbehandling	1 400 kr	68%	88%	89%	89%	87%

betalningsvillighet genom att steg för steg närma sig det maximalt accepterade priset.

För att ringa in respektive respondents betalningsvillighet kombinerades i denna studie binära frågor med budgivning. Utgångspunkten var välvärnsade, distinkta beskrivningar av de tandvårdsåtgärder för vilka betalningsvilligheten skulle skattas. För varje åtgärd konstruerades en budtrappa med respektive åtgärds pris enligt tandvårdstaxan som mittbud (exklusive försäkringsersättning). Detta användes också som binär utgångsfråga. Om respondenten svarade "ja" på denna, frågades på nästa högre steg i budtrappan. På så sätt kunde varje individs maximala betalningsvilja för åtgärden i fråga skattas. Om respondenten svarade "nej" på utgångsbudet frågades på nästa lägre steg i budtrappan osv.

Eftersom ålder och betandning/tandhälsa i hög grad samvarierar ställdes olika frågor angående betalningsvillighet avseende tandvård till olika åldersgrupper. Betalningsvilligheten testades för fyra olika tandvårdstjänster:

- Undersökning/hälsokontroll (alla respondenter)
- Ersättning av tappad fyllning i överkäkens framtandsregion (20-35 år)
- Ersättning av förlorad tand med fast protetik (treledsbro) i överkäkens främre sidoparti (36-50 år)
- Tandlossningsbehandling (51-65 år)

Sambandet mellan variablerna testades i två faser. I första fasen beskrevs sambandet mellan betalningsvillighet för respektive åtgärd och hushållsinkomst. Variabeln inkomst har sin begränsning som beskrivning av den socioekonomiska bakgrunden, eftersom inkomstens storlek endast på ett någorlunda acceptabelt sätt beskriver individens budgetrestriktion.<sup>1</sup> Denna är bara en av flera efterfrågepåverkande faktorer, som t ex behov av ett gott tandstatus och kunskapsnivå. Därför har även faktorerna facklig tillhörighet och arbetslöshet testats. I en andra fas studerades ytterligare sambandet mellan variabeln inkomst och facklig tillhörighet respektive arbetslöshet.

## Resultat

En sammanställning av deskriptiva resultat från studien finns presenterad i två rapporter från Socialstyrelsen. (8, 9)

Beskrivning av frekvensfördelningar, sambandet mellan tandvårdstjänster och vissa socioekonomiska variabler samt betalningsvillighet för olika tandvårdstjänster per inkomstgrupp beskrivs i tabell 1 samt figurerna 1-4.

Av Tabell 1 framgår att betalningsvillig-

<sup>1</sup> Dessutom är hushållsinkomstens storlek relaterad till antalet hushållsmedlemmar

heten, uttryckt som andel av respondenterna som svarade 'ja' på det binära budet, är högst för tandlossningsbehandlingen (87%) och lägst för treledsbron (43%). Motsvarande tendens finns inom de fyra inkomstgrupperna. Betalningsvilligheten för respektive åtgärd ökar med stigande hushållsinkomst. För samtliga åtgärder är skillnaden i betalningsvillighet, utifrån det binära utgångsbudet, genomgående dryga 20 procentenheter mellan lägsta och högsta inkomstgruppen.

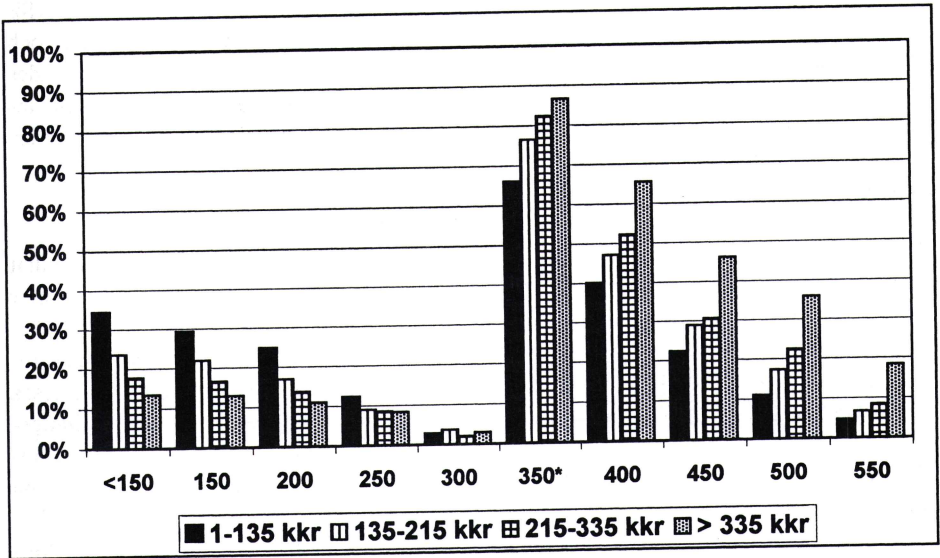
Genomförda tester visar motsvarande korrelationer mellan den beroende variabeln betalningsvillighet och de oberoende variablerna sysselsättning och facklig tillhörighet. Betalningsvilligheten är lägre hos arbetslösa jämfört med de som har arbete och högre för SACO-anslutna jämfört med LO-anslutna. Signifikanta samband finns överlag, med undantag för tandlossningsbehandling versus

sysselsättning respektive kompositfyllning versus facklig tillhörighet.

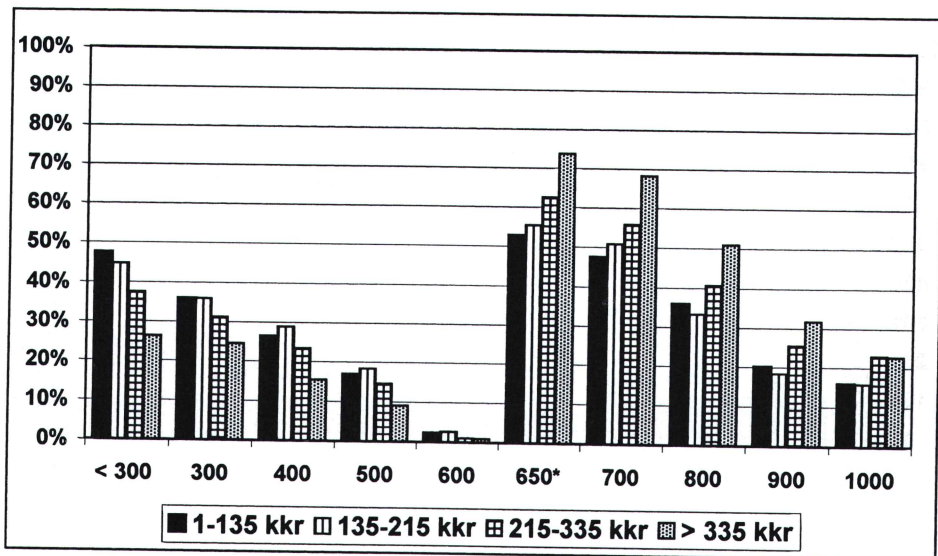
Figureorna 1 - 4 visar de procentuella andelarna respondenter från de fyra inkomstgrupperna som kvarstår för varje prissteg i budtrappan. För årlig undersökning (Figur 1) och treledsbro (Figur 3) ser man för flera prissteg i budtrappan differenser på 20 procentenheter och mer mellan lägsta och högsta inkomstgruppen och något mindre differenser för framtandsfyllning (Figur 2). För tandlossningsbehandling (Figur 4) är motsvarande differenser närmare 30 procentenheter för det binära budet och prisnivåerna däröver.

### Analys

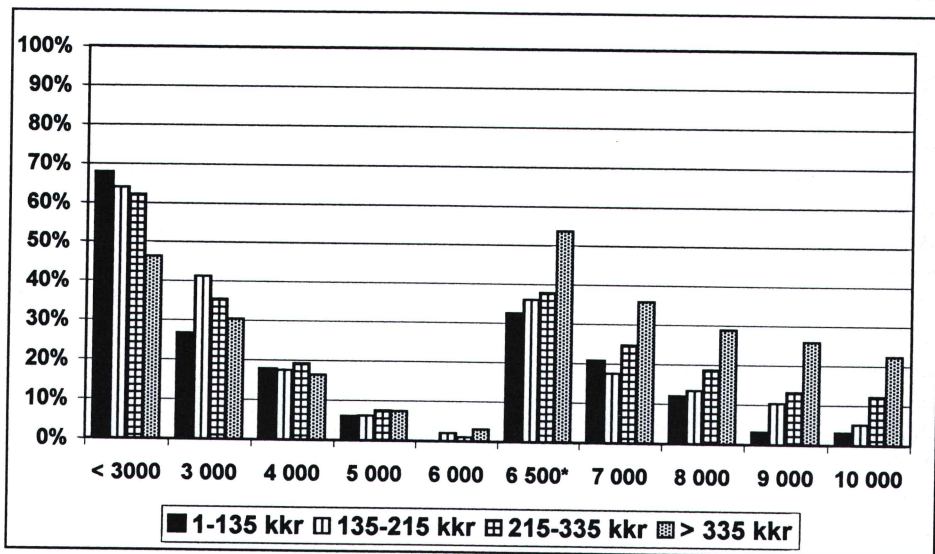
Presenterade data uppvisar förväntade värden. Sambandet mellan socioekonomisk bakgrund och attityder till tänder och tandhälsa finns redovisade i en rad studier (se t ex 10, 11, 12)



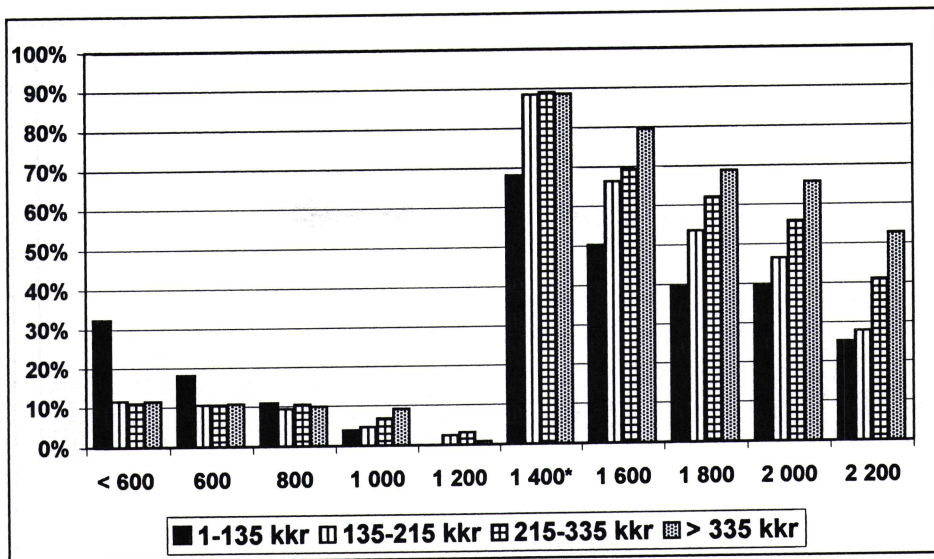
Figur 1. Betalningsvillighet för årlig undersökning fördelad efter andelen respondenter från de fyra inkomstgrupperna som kvarstår för varje prissteg i budtrappan. Det binära utgångsbudet markeras med asterisk.



Figur 2. Betalningsvillighet för framtandsfullning fördelad efter andelen respondenter från de fyra inkomstgrupperna som kvarstår för varje prissteg i budtrappan. Det binära utgångsbudet markeras med asterisk.



Figur 3. Betalningsvillighet för treledsbro fördelad efter andelen respondenter från de fyra inkomstgrupperna som kvarstår för varje prissteg i budtrappan. Det binära utgångsbudet markeras med asterisk.



Figur 4. Betalningsvillighet för tandlossningsbehandling fördelad efter andelen respondenter från de fyra inkomstgrupperna som kvarstår för varje prissteg i budtrappan. Det binära utgångsbudet markeras med asterisk.

Betalningsvilligheten för tandvårdstjänster uttryckt i olika priser samt inkomsts- och priskänslighet för olika inkomstgrupper beskrivs av figurerna 1 till 4. Figurerna uppvisar en tydlig inkomstkänslighet, uttryckt som skillnader i höjden på staplarna för olika inkomstgrupper. För varje tandvårdstjänst ökar betalningsviljan med inkomsten

Priskänsligheten uttryckt i hur efterfrågan på de olika tandvårdstjänsterna förändras vid marginella prisförändringar kan studeras genom att studera brytpunkten för betalningsvilligheten för de olika tandvårdstjänsterna. För tjänsten årlig undersökning kan exempelvis studeras hur motståndet mot högre pris inträffar för högre bud än 350 kr, för de olika inkomstgrupperna. Det bör påpekas att figuren endast beskriver priskänsligheten, dvs hur efterfrågan förändras marginellt för en mar-

ginell prisförändring, för just det aktuella priset och för små prisförändringar. Detta innebär att priskänsligheten förändras utefter prisspektrumet. Figurerna visar att för låga priser uppvisas en låg priskänslighet medan priskänsligheten ökar med högre priser och dyrare tandvårdstjänster. Redan vid relativt låga priser ökar priskänsligheten så mycket att även små prisökningar gör att stora grupper hypotetiskt skulle kunna avstå från tandvårdskonsumtion. Detta gäller särskilt för låginkomstgrupperna och för dyrare tandvårdstjänster.

---

*Även små prisökningar gör att stora grupper hypotetiskt skulle kunna avstå från tandvårdskonsumtion*

---

## Diskussion

### Reliabilitet

Datainsamlingen har genomförts av SCB genom telefonintervjuer. För att testa respondenternas förståelse av frågorna testades samtliga frågor i SCB:s mättekniska laboratorium innan intervjuerna. Inklusiva budgivningen ställdes sammanlagt ca 40 frågor.

Betalningsvilligheten är mätt genom en kombination av binära frågor och budgivning. Innebörden i de olika tandvårdstjänsterna, vars betalningsvillighet studerades, förklarades utförligt för respondenterna. Reliabiliteten i studien bör därför kunna bedömas som god.

### Representativitet

Urvalet gjordes slumpmässigt och innehöll totalt 2.000 individer fördelade med 500 individer vardera på de fyra länen. Efter bortfall kvarstod 1.614 individer eller 81%. Exempel på bortfallsanledningar var hemligt telefonnummer, saknar telefon, ej anträffad trots flera försök, vill ej medverka av olika skäl eller flyttat med okänd adress. Geografiskt varierar bortfallets omfattning mellan 16% (Hallands län) och 25% (Stockholms län). Bortfallsanalysen visar ingen systematisk skevhet med avseende på ålder eller hushållsinkomst. Däremot bortfaller i studier av denna typ med självklarhet alla individer som saknar telefon. Bortfallet kan därför dölja skevheter vad gäller socioekonomiska bakgrundsfaktorer och då framförallt i Stockholms län. Trots detta bör studien ge en ganska god bild av betalningsvilligheten för tandvårdstjänster i de studerade länen.

### Kommentarer till resultatet

Respondenterna i denna undersökning hade bl a att ta ställning till ett antal påståenden. Ett sådant var "Jag tycker tandvård är dyrt

---

---

*Det finns också undersökningar som pekar på att tandvårdskonsumtionen minskat i vissa grupper under 1990-talet*

---

---

jämfört med andra utgifter." (9) Nästan tre fjärdedelar av de svarande instämde i påståendet. Det fanns alltså en utbredd uppfattning i den studerade gruppen att tandvård är dyrt. I ett europeiskt perspektiv är svenska tandvårdspriser låga, kanske t o m lägst. Möjligen kan respondenternas uppfattning härledas till att man jämför med sjukvård, där subventionsgraden är mycket högre än inom tandvård.

I svensk välfärdsdebatt har framförts farhågor att socioekonomiskt svaga grupper tvingas avstå från tandvård på grund av ekonomiska skäl, inte minst under beredningsprocessen inför det år 1999 reformerade tandvårdsstödet. Det finns också undersökningar som pekar på att tandvårdskonsumtionen minskat i vissa grupper under 1990-talet (1, 2, 3).

Att det skulle föreligga skillnader i hypotetisk betalningsvillighet mellan olika inkomstgrupper är, som tidigare nämnts, förväntat. Den närmast konstanta differensen om drygt 20 procentenheter mellan lägsta och högsta inkomstgruppen i stora delar av budtrapporna, oavsett åtgärd, var dock inte väntad.

En viktig fråga är i vilken utsträckning hypotetisk betalningsvillighet speglar verklig betalningsvillighet. Givetvis varierar denna med upplevt behov av respektive tandvårdssats - ju mer akut behov man har av en tjänst, desto mer ökar betalningsviljan. Årlig munundersökning är vanligtvis en hälsokontroll initierad av vårdproducenten. Den är mera sällan relaterad till akut behandlingsbehov och därför kan hävdas att skillnaden mellan hypotetisk och verklig betalningsvilja

är mindre vad avser undersökning än för övriga åtgärder. I det perspektivet kan det från hälsosynpunkt ses som allvarligt att, enligt föreliggande studie, ca en tredjedel av låginkomsttagarna uppgav att de inte var beredda att betala det undersökningspris enligt tandvårdstaxan, som gällde vid studiens genomförande. I det nya reformerade tandvårdstödets lämnas återbäring från tandvårdsförsäkringen för merparten av åtgärder, dock ej undersökning (förutom i åldrarna under 30 år). Man skulle därför kunna förvänta sig minskad efterfrågan/färre tandvårdsbesök i socioekonomiskt svaga grupper, särskilt som såväl merparten av landstingen som privatlandläkarna höjt sina priser från nyåret 1999.

I intervjuarens beskrivning av fyllningsåtgärden var förutsättningen att man tappat en fyllning i en framtand, det efterlämnade hålet var fullt synligt, det isade i tanden när man åt och drack samt att man riskerade värk om man inte lät sätta in en ny fyllning. Denna fråga ställdes till åldersgruppen 20 - 35 år. Trots det inbyggda hotet var nästan hälften av respondenterna i gruppen med lägsta inkomsten inte beredda att betala tandvårdstaxans pris för en kompositfyllning, inklusive undersökning.

Som förväntat var betalningsvilligheten generellt lägst för den dyraste tandvårdsbehandlingen, treledsbron. Av åtgärdsbeskrivningen vid intervjun framgick att man på grund av skada tvingats ta bort en tand i överkäkens sidoparti som var väl synlig, men som inte påverkade tuggningen.

I den lägsta inkomstgruppen var knappt var tredje respondent beredd att betala taxepriiset mot mer än hälften i den högsta. Drygt 40 procent av låginkomstgruppen accepterade inte ens det lägsta budet i vektorn mot endast ca 15 procent av höginkomstgruppen. För

denna åtgärd kan man förvänta sig att skillnaden mellan hypotetisk och verklig betalningsvilja är relativt stor - i den verkliga situationen ökar sannolikt betalningsviljan.

Vad gäller betalningsvilligheten för tandlossningsbehandling visar resultaten att skillnaderna mellan lägsta och högsta inkomstgruppen för merparten av priserna i budtrappan var större än för de andra åtgärderna. Detta är anmärkningsvärt, eftersom det i beskrivningen av denna behandling klargjordes, att om man inte åtgärdade den begynnande tandlossningen fanns risk för tandförlust inom en femårsperiod.

Samtidigt kan konstateras att betalningsviljan var högst för denna åtgärd, såväl totalt som inom varje inkomstgrupp. Var fjärde respondent i låginkomstgruppen var beredd att betala mer än det maximala budet mot mer än varannan i höginkomstgruppen.

## Slutsats

Studien visar på de risker för tandhälsan i socioekonomiskt svaga grupper som ökande priser och minskade subventioner till tandvården kan innebära. Skulle studieresultaten omsättas i ett verkligt efterfrågemönster riskerar tandhälsan för dessa grupper inom något decennium att klart försämrats. Anmärkningsvärt är att senare års tandvårdsförsäkringsutredningar i så ringa utsträckning uppmärksammat dessa befarade konsekvenser.

## REFERENSER

1. *Efterfrågan på tandvård inom vuxentandvården under perioden 1990 - 1995*. Rapport september 1996. Socialstyrelsen.
2. *Svenska folkets attityder till tandvården*. Sammanfattning av undersökning. Sveriges Tandläkarförbund april 1997
3. Jönsson, L R & Starrin, B. "Ett annat liv". En



- studie av arbetslöshetens konsekvenser bland arbetslösa i Skåne. Meddelande från Socialhögskolan 1998;5. Lunds Universitet*
4. Nordström G & Sundberg H. Tandhälsa och tandläkarbesök i SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). *Socialmedicinsk tidskrift* 1996;73(6):282-84
  5. Grytten J. The effect of the price of dental services on their demand and utilisation in Norway. *Community Dental Health* 1991; 8: 303 - 310
  6. Ramsey SD, Sullivan SD, Psaty BM, Patrick DL. Willingness to pay for antihypertensive care: evidence from a staff model HMO. *Social Science & Medicine* 1997; 44(12):1911-17
  7. Kartman B, Andersson F, Johannesson M. Willingness to pay for reductions in angina pectoris attacks. *Medical decision making* 1996;16(3):248-53
  8. *Undersökning om tandhälsa, tandvård, tandvårds-kostnader och betalningsvillighet för tandvård. WTP-studie 1997. Socialstyrelsen december 1997*
  9. *Rapport från enkätundersökning om besöks-frekvens, attityder, kostnader och betalnings-villighet avseende tandvård inom vissa landsting. Socialstyrelsen. Rapport december 1998.*
  10. Petersson, L.G., Westerberg, I. Intensive Fluoride Varnish Program in Swedish Adolescents: Economic assessment of a 7-year follow-up study on proximal caries incidence. *Caries Research* 1994;28:59-63.
  11. Hannerz H., Westerberg I. Economic assessment of a six-year projekt with extensive use of dental hygienists in the dental care of children: a pilot study. *Community Dental Health* 1996;13: 40-43.
  12. Demers M, Brodeur J-M, Simard PL, Mouton C, Veilleux G, Fréchette S: Caries predictors suitable for mass-screening in children: A literature review *Community Dental Health* 1990;7:11-24.

## Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

# Samhällsodontologisk utveckling i perspektiv nr 6/96

*Ur innehållet:*

C Lindblom, H Sundberg: **Tandvård och tandläkare i ett historiskt samhällsperspektiv**

L-K Wendt: **Kariesrisk kan förutses redan hos små barn**

B Krasse: **Varför kariesproblem på äldre dar?**

G Nordenram: **Etiska problem med demenssjuka patienter i tandvården**

I Barenthin, G Sjögren: **Tandvård på sjukhem med hjälp av flyttbar utrustning**

M Zimmerman: **Invandrare i svensk tandvård**

B Koch: **Erfarenheter av att beställa tandvård**

A Halling, L Unell: **Dental audit - ett sätt att kvalitetssäkra tandvården**

Best: Socialmedicinsk tidskrift, Slåttervägen 38, 178 37 Ekerö, fax 08-560 301 21