

Policy för hållbar tandvård

Praktikertjänst

RAMBOLL

Bright ideas.
Sustainable change.



Förord

Patienterna i den svenska tandvården är överlag nöjda med sina vårdgivare och tandhälsan är god, det visar Svenskt kvalitetsindex löpande kundnöjdhetsundersökningar och Socialstyrelsens rapport "Statistik om tandhälsa 2021".

Samtidigt ska vi inte blunda för att tandvården står inför stora utmaningar, utmaningar som på sikt kan förvärras i takt med att vi blir allt fler och att vi blir allt äldre.

Idag syns tydliga skillnader i tandhälsa beroende på var i landet man bor; både mellan olika regioner och inom en och samma region. Det är stor skillnad i munhälsa mellan exempelvis Region Stockholm och Region Norrbotten. Samtidigt skiljer sig munhälsan markant mellan olika delar av Stockholm.

Att munhälsan skiljer sig åt beror i hög utsträckning på en ojämlig tillgång på tandvård över landet. Enligt Socialstyrelsen rapporterade under 2022 hela 19 av 21 regioner brist på tandhygienister och 17 av 21 rapporterade brist på tandläkare.

En enkätundersökning från Sveriges folktandvårdsförening i maj 2023 visar dessutom att var tredje region saknar minst 20 procent av den önskade bemanningen och i norra Sverige har mer än varannan klinik i Folktandvården slutat kalla vuxna till undersökningar.

Men trots personalbrist och brist på jämlik tillgång på tandvård över hela landet tenderar det politiska intresset för tandvården att huvudsakligen fokusera på en sak – att införa ett högkostnadsskydd likt det som idag finns i hälso- och sjukvården. Det är exempelvis det enda tandvårdsförslag som ryms i Tidöavtalet.

Ett utökat högkostnadsskydd kan på pappret låta aptitligt eftersom det gör tandvården mer tillgänglig utifrån ett privatekonomiskt perspektiv. Men det finns baksidor, baksidor som sällan lyfts fram i debatten. Det vill Praktikertjänst med den här rapporten ändra på. Vi vill visa den andra sidan av myntet.

Frågorna som rapporten svarar upp mot är dels hur ett utökat högkostnadsskydd påverkar statsfinanserna, dels hur det påverkar en redan ansträngd tandvård. Men rapporten sätter inte punkt där, utan lyfter även fram alternativa policylösningar som vi tror bättre kan svara upp mot de utmaningar som tandvården står inför.

Det handlar bland annat om fler utbildningsplatser och särskilda insatser riktade till de grupper som vi vet avstår ett tandvårdsbesök för att det är för dyrt, men också om hur vi kan säkerställa en god tandvård i hela landet – helt i enlighet med den svenska tandvårdslagen.

För att nå dit behöver vi börja i rätt ände. Vi behöver formulera problemen för att nå fram till lösningarna. Och det finns inga enkla lösningar på svåra problem.

Urban Englund

Leg. tandläkare och styrelseordförande,
Praktikertjänst

Carina Olson

Vd och koncernchef,
Praktikertjänst

Sammanfattning

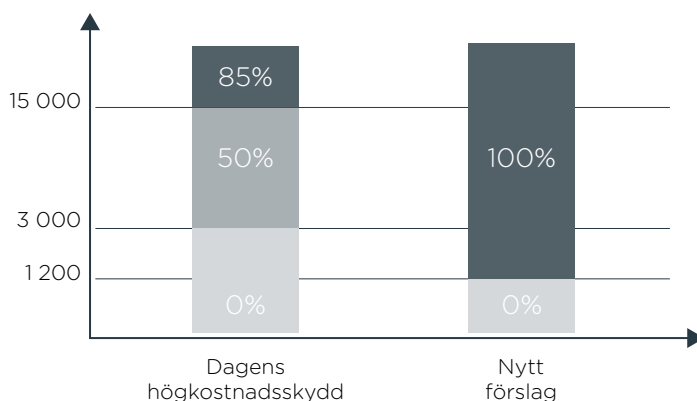
Svensk tandvård håller hög kvalitet men har utmaningar

Tandvården i Sverige håller en hög kvalitet och tandhälsan bland befolkningen är god. Tandvårdens patienter är nöjda och känner förtroende för vården oavsett vårdgivare. Trots detta står tandvården inför olika utmaningar kopplat till systemets komplexitet, att vara tillgänglig och nå alla grupper i samhället, samt en ojämn fördelning av patienter mellan offentlig och privat sektor.

Ett förslag om förändrat högkostnadsskydd

Tandvården har fungerat bra under lång tid. När utmaningarna nu blir tydligare har det politiska intresset för tandvården ökat. På senare tid har flera partier lyft frågan om att förändra det statliga högkostnadsskyddet i tandvården för att efterlikna det som finns i den övriga vården. Det förslag som lagts fram skulle innebära att det nuvarande högkostnadsskyddet där patienten under ett år står för samtliga kostnader upp till 3 000 kronor, får 50 procent ersättning för kostnader mellan 3 000 och 5 000 kronor och får 85 procent ersättning för kostnader som överstiger 5 000 kronor, ersätts med ett högkostnadsskydd där patienten under ett år står för samtliga kostnader upp till 1 200 kronor och får 100 procent ersättning för kostnader utöver det, se figur nedan.

Subventionsnivåer med dagens högkostnadsskydd, och med det nya förslaget



Det finns en stark positiv korrelation mellan inkomst och tandvårdsutnyttjande. Det föreslagna högkostnadsskyddet kan innebära en såpass stor ekonomisk lättnad för en del personer att de går från att inte ta del av tandvården till att ta del av tandvården. Eftersom båda högkostnadsskydden omfattar samtliga medborgare innebär det att även patienter som har råd att betala för sin tandvård och som tar del av tandvården idag kommer att ta del av det utökade skyddet, utan att deras tandhälsa nödvändigtvis förbättras.

Införandet av ett nytt högkostnadsskydd för tandvård skulle få konsekvenser för både det offentliga och patienters utgifter samt antalet patienter. Offentliga utgifter för tandvårdsstöd skulle öka med 115 procent, och patienternas utgifter skulle minska med 56 procent. Efterfrågan på tandvård skulle dessutom öka med motsvarande 200 000 nya patienter (vilket motsvarar en ökning med 5,5 procent), med störst ökning i de äldre åldersgrupperna. Effekten av denna ökning på väntetider och vårdpersonal är svår att bedöma, men det kan leda till längre väntetider och ökad press på personalen i vissa regioner.

Den ökade offentliga utgiften på 7,3 miljarder motsvarar utbildning av 4 400 tandläkare eller lönekostnaden för 10 000 tandläkare under ett år.

Ett nytt högkostnadsskydd löser inte utmaningarna

Vi har identifierat fyra olika grupperingar av utmaningar i tandvården. Det föreslagna högkostnadsskyddet löser endast delvis en av dessa: att det finns individer som väljer bort tandvård på grund av höga förväntade kostnader. De fyra grupperingarna är:

- Tandvårdssystemet är komplext
- Det råder brist på tandvårdspersonal
- Alla tar inte del av tandvården
- Ojämn fördelning av patientgrupper mellan offentlig och privat sektor

Tandvårdssystemet är komplext

Tandvårdssystemet i Sverige är komplext. Det finns olika vårdgivare, patientgrupper och finansieringssystem som är både statliga och regionala. Detta gör det svårt för patienter, behandlare, chefer och beslutsfattare att förstå systemet och hur olika aktörer samverkar.

Vårdgivare och regioner upplever att tandvårdsförordningen är svårtolkad och att stöden är svåra att förstå. Det leder till att tandvården inte är lika tillgänglig över hela landet. För att hantera dessa utmaningar behövs systemperspektiv och politiskt ledarskap.

Det föreslagna högkostnadsskyddet kan bidra till en minskad komplexitet för patienter eftersom det använder samma struktur som högkostnadsskyddet i annan vård. Dock kvarstår tandvårdssystemets komplexa struktur i alla andra avseenden.

Det råder brist på tandvårdspersonal

Tillgången till tandvårdspersonal varierar över landet, med brist i många regioner. Trots att det finns fler yrkesverksamma behandlare än någonsin tidigare, är personalbristen stor och förväntas öka. Befolkningsökningen sedan 2015 har varit större än tillskottet av tandvårdspersonal. Faktorer som brist på utbildningskapacitet, pensionsavgångar och arbetsvillkor kan förvärra situationen ytterligare.

Utbildningskapaciteten har inte ökat i takt med behovet, och många erfarna tandläkare förväntas gå i pension inom de närmsta åren. Fördelningen av tandvårdspersonal ser olika ut över landet. Områden med låg befolkningstäthet har särskilt svårt att rekrytera tandvårdspersonal.

Tandsköterskor tjänar lite i förhållande till andra yrken som kräver liknande utbildning, vilket gör yrket mindre attraktivt. Utifrån ett livslöneperspektiv anses det inte heller lönsamt att utbilda sig till tandhygienist. Arbetsmiljön är utmanande med stressiga situationer och pressade ekonomiska förhållanden, vilket påverkar alla som arbetar i tandvården. Trots detta stannar många inom tandvården, men det finns risk att försämrade arbetsvillkor leder till en förvärrad brist på personal i framtiden.

Det föreslagna högkostnadsskyddet bidrar inte till att lösa bristen på tandvårdspersonal. Tvärtom riskerar en lägre förväntad kostnad för patienten att leda till en ökad efterfrågan på tandvård och därmed en mer ansträngd situation i tandvården.

Alla tar inte del av tandvården

Målet att alla ska ha god tandhälsa och lika tillgång till vård uppfylls inte i dagsläget. Som nämnts ovan påverkar brist på personal och resurser tillgången till tandvård i olika delar av landet. Den nuvarande finansieringsmodellen kan också göra tandvård dyr för hushåll med begränsade resurser. Ojämlighet i skolsystemet, segregation och bristande förtroende för samhällets funktioner leder också till en ojämn tandvårdsanvändning. Personer med högre inkomst har en tendens att besöka tandläkaren oftare, och äldre personer besöker inte tand-

vården i tillräcklig utsträckning trots behov. Även om det finns stöd och subventioner för att hjälpa patienter att betala för den mest kostsamma tandvården, leder sociala faktorer och bristande information till ojämn fördelning av tandvårdsbesök i befolkningen.

Det föreslagna högkostnadsskyddet bidrar till att göra tandvården mer ekonomiskt tillgänglig för personer med låg inkomst. Det kan också bidra till att minska tröskeln för grupper som inte har för vana att besöka tandläkaren av andra skäl än ekonomiska. Men det bidrar inte till att lösa andra underliggande faktorer som leder till att personer inte tar del av tandvården.

Ojämn fördelning av patientgrupper mellan offentlig och privat sektor

Tandvårdspatienter fördelas ojämnt mellan offentlig och privat sektor, vilket kan skapa problem med tillgänglighet och resursfördelning. Offentliga tandvårdsaktörer, som regionerna och Folk-tandvården, ansvarar för att finansiera och tillhandahålla tandvård för barn och unga vuxna upp till och med 23 år. En majoritet av barn och unga vuxna får sin tandvård från Folk-tandvården, medan privata vårdgivare behandlar majoriteten av patienter med statligt eller särskilt tandvårdsstöd. Obalansen i patientfördelning i kombination med ekonomiska svårigheter inom barn- och ungdomstandvården i många regioner kan skapa problem, och i områden med begränsade resurser och valmöjligheter riskerar barn- och ungdomstandvården att tränga ut andra patienter.

Det föreslagna högkostnadsskyddet löser inte den ojämna fördelningen av patientgrupper mellan offentlig och privat sektor. Däremot kan implementeringen och prissättningen påverka marknadens struktur och därmed fördelningen av patienter mellan de olika sektorerna.

Alternativa policyförslag

För att möta de utmaningar som vi identifierat lägger vi fram förslag på policyåtgärder som tar utgångspunkt i utmaningarna. Förslagen syftar till att öka antalet tandläkare och tandhygienister, säkerställa en rättvis fördelning av resurser och öka kunskapen om tandvårdssystemet.

För att hantera bristen på tandvårdspersonal föreslår vi tre åtgärder som riktar sig till lärosätena, regionerna och regeringen: :

- Utöka finansiering och antal utbildningsplatser för tandhygienistutbildningen
- Utöka antalet utbildningsplatser för tandläkarutbildningen
- Inför en statlig stimulanspeng för tjänster i glesbygd

Vi föreslår tre åtgärder till regeringen för att underlätta för Folk-tandvården, se till att personer med höga och dyra tandvårdsbehov har råd med vården, och jämna ut fördelningen av patienter mellan olika vårdgivare.

- Öka finansieringen för barn- och ungdomstandvård
- Överväg ett skraddarsytt högkostnadsskydd för personer över 65 år
- Ta bort avgiftsfri tandvård för 20 till 23-åringar

Vi föreslår tre åtgärder för att öka kunskapen bland olika aktörer i tandvården.

- Höj kunskapen om det svenska tandvårdssystemet bland såväl beslutsfattare, tjänstemän som patienter
- Förtydliga vilket ansvar tandvårdskliniker har att informera om hur tandvårdssystemet fungerar
- Genomför riktade insatser mot geografiska områden där efterfrågan på tandvård är särskilt låg

Innehållsförteckning

1.	Inledning	9
1.1	Svensk tandvård håller hög kvalitet men står inför utmaningar	9
1.2	Förslag om att införa ett högkostnadsskydd för tandvården	9
1.3	Metod för studien	10
2.	Tandvårdens utmaningar	12
2.1	Tandvårdssystemet är komplext	12
2.2	Det råder brist på tandvårdspersonal	14
2.3	Alla tar inte del av tandvården	23
2.4	Ojämn fördelning av patientgrupper	31
3.	Förslaget och dess effekter	33
3.1	Förslag på nytt högkostnadsskydd	34
3.2	Effekter av ett mer omfattande högkostnadsskydd	37
3.3	Påverkan på kostnader och antalet patienter	38
3.4	Påverkan på väntetider och vårdpersonal	41
3.5	Resultat om fri prissättning tas bort eller behålls	41
3.6	Kvalitetssäkring av offentligfinansiella effekter med hjälp av FASIT	44
4.	Slutsatser och alternativa policyåtgärder	47
4.1	Högkostnadsskyddet möter inte utmaningarna	47
4.2	Policyförslag som möter utmaningarna	47
	Referenser	52
	Bilaga 1 - Metodbeskrivning	55
	Bilaga 2 - Känslighetsanalys	62

1. Inledning

Ramboll på uppdrag av Praktikertjänst tagit fram ett fördjupat analysunderlag avseende vilka konsekvenser införandet av ett utökat högkostnadsskydd i tandvården skulle få. Bakgrunden till uppdraget är politiska förslag om att införa ett nytt högkostnadsskydd för tandvården som motsvarar det högkostnadsskydd som idag finns i den övriga hälso- och sjukvården. Det saknas en grundlig analys av vilka kostnader och konsekvenser som förslaget skulle innebära och om det finns alternativa policyåtgärder som kan lösa tandvårdens utmaningar på ett mer effektivt sätt. Därmed bedömer Praktikertjänst att det finns behov av ett analysunderlag som tydligt identifierar tandvårdens utmaningar och visar konsekvenserna av att införa ett högkostnadsskydd för tandvården och att undersöka alternativa policys.

1.1 Svensk tandvård håller hög kvalitet men står inför utmaningar

Tandhälsan i Sverige har förbättrats över tid och den svenska tandvården håller hög kvalitet jämfört med många andra länder. Majoriteten av tandvårdens patienter i Sverige är också nöjda med sin tandvård, nio av tio känner förtroende för sin tandvårdsklinik och tandvårdsbranschen har nöjda kunder (Svenskt Kvalitetsindex, 2023). Den svenska tandhälsan och tandvården står samtidigt inför utmaningar i form av bland annat skillnader i tandhälsa mellan socioekonomiska grupper, samt kompetensbrist som resulterat i försämrad tillgänglighet till tandläkare och ökade väntetider.

1.2 Förslag om att införa ett högkostnadsskydd för tandvården

Trots att många är nöjda med dagens tandvård och att de största utmaningarna handlar om brister i tillgänglighet, så handlar den politiska diskussionen i hög grad om finansieringslösningar. Enligt Utredningen om jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) kan dagens finansieringsmodell för tandvården, tillsammans med ökad ojämlikhet i samhället, befästa skillnader i tandhälsa. Trots flera befintliga statliga stöd inom tandvård, anser flera riksdagspartier att dessa inte är tillräckliga och har därför lagt förslag om att införa ett utökat högkostnadsskydd för tandvården som motsvarar det som redan finns i hälso- och sjukvården.

Enligt Riksdagens utredningstjänst (RUT) uppgår kostnaderna för att införa ett brett högkostnadsskydd till cirka 6,5–7 miljarder kronor (Dnr 2022:701). RUT varnar dock för att kostnaderna kan vara underskattade, eftersom beräkningarna inte tar hänsyn till dynamiska effekter, såsom ökad efterfrågan på tandvård som kan uppstå när det blir billigare för konsumenterna. Beräkningarna baseras dessutom på år 2020, vilket var ett år då färre svenskar än vanligt besökte tandvården som följd av coronapandemin. Att införa högkostnadsskydd kan ses som ett kostnadseffektivt och attraktivt sätt att ytterligare förbättra svenskarnas tandhälsa. Det är samtidigt viktigt att utreda vad ett högkostnadsskydd kan åstadkomma och till vilket pris. Härutöver är det viktigt att undersöka vilka andra policyalternativ som kan möta utmaningarna inom svensk tandvård.

RAMBOLL HAR I UPPDRAG ATT GENOMFÖRA EN KONSEKVENSANALYS AV ATT INFÖRA ETT HÖGKOSTNADSSKYDD INOM TANDVÅRDEN

Vårt uppdrag innebär att ta fram en kostnadsberäkning och konsekvensanalys av att införa högkostnadsskydd inom tandvården. Analysen ska ta höjd för de dynamiska effekter som följer av att införa ett brett högkostnadsskydd. Den ska även utreda konsekvenserna för olika demografiska grupper och aktörer inom svensk tandvård (som exempelvis vårdgivare och regioner). Vi ska också utreda alternativa utformningar av subventioner och/eller policyförslag som bättre kan möta den problembild som finns i tandvården.

1.3 Metod för studien

Vi har genomfört en omfattande undersökning av tandvården för att få en mångsidig bild av tandvårdens utmaningar. Vi har använt flera olika metoder i arbetet. Vi har:

- Tagit del av litteratur i form av tidigare undersökningar och rapporter
- Intervjuat och samtalat med representanter från branschen
- Anordnat två workshops med deltagare från olika delar av tandvården, där vi har enats om utmaningar och diskuterat bakomliggande faktorer
- Analyserat data från Försäkringskassan, SCB och Socialstyrelsen

VI HAR ANORDNAT TVÅ WORKSHOPS FÖR ATT TA DEL AV OLIKA PERSPEKTIV

För att säkerställa att perspektiv från olika delar av tandvården kommer till tals har vi tagit hjälp av en expertgrupp. Gruppen bestod av:

- Anna-Karin Wagner, ordförande Nationellt programområde tandvård
- Yvonne Nyblom, ordförande Sveriges Tandhygienistförening
- Chaim Zlotnik, ordförande Tjänstetandläkarna
- Peter Sikström, generalsekreterare SPF Seniorerna
- Anders Jonsson, chefstandläkare Praktikertjänst¹

Arbetet med expertgruppen har organiserats i form av två workshops. Vid det första och andra workshoptillfället diskuterade vi tandvårdens utmaningar och dess underliggande faktorer. Vid det andra workshoptillfället diskuterade vi även möjliga lösningar på de identifierade utmaningarna. Expertgruppens bidrag utgör en delmängd av den information som ligger till grund för analysen och återfinns till störst del i kapitel två.

ANALYSEN OM ETT NYTT HÖGKOSTNADSSKYDD UTGÅR FRÅN DATA FRÅN FÖRSÄKRINGSKASSAN OCH SOCIALSTYRELSEN

För att analysera effekterna av ett nytt högkostnadsskydd så som beskrivs i kapitel tre använder vi data från Försäkringskassan. Vi aggregerar data i grupper baserat på åldersgrupp, region och referenspris, och använder sedan en modell för att beräkna patienternas utgifter och offentliga utgifter med det nya högkostnadsskyddet. Vi uppskattar också priskänslighet (elasticitet) i olika åldersgrupper för att bedöma hur förändringar i kostnader påverkar antalet patienter som söker tandvård. Vi beräknar hur antalet patienter förändras utifrån deras kostnader och hur detta påverkar både patientutgifter och offentliga utgifter.

¹ Anders är även del av beställargruppen hos Praktikertjänst

För att uppskatta behovet av olika sorters tandvård inom olika åldersgrupper använder vi data från Socialstyrelsen. Vi gör antaganden om priskänsligheten baserat på tidigare erfarenheter av reformer inom tandvården och viktar elasticiteten med andelen vårdbesök per vårdtyp. Slutligen presenterar vi resultatet av analysen, som ger en uppskattning av de förväntade effekterna av ett nytt högkostnadsskydd i tandvården. En fullständig beskrivning av den kvantitativa metoden finns i Bilaga 1 – Metodbeskrivning.

2. Tandvårdens utmaningar

Tandhälsan i Sverige är god, tandvården anses vara av hög kvalitet och historiskt har den varit tillgänglig för befolkningen. Med en växande och åldrande befolkning står tandvården inför nya utmaningar och det är allt svårare att bibehålla både generell tillgänglighet och hög kvalitet för alla. I detta kapitel tittar vi närmare på några av de utmaningar som den svenska tandvården står inför.

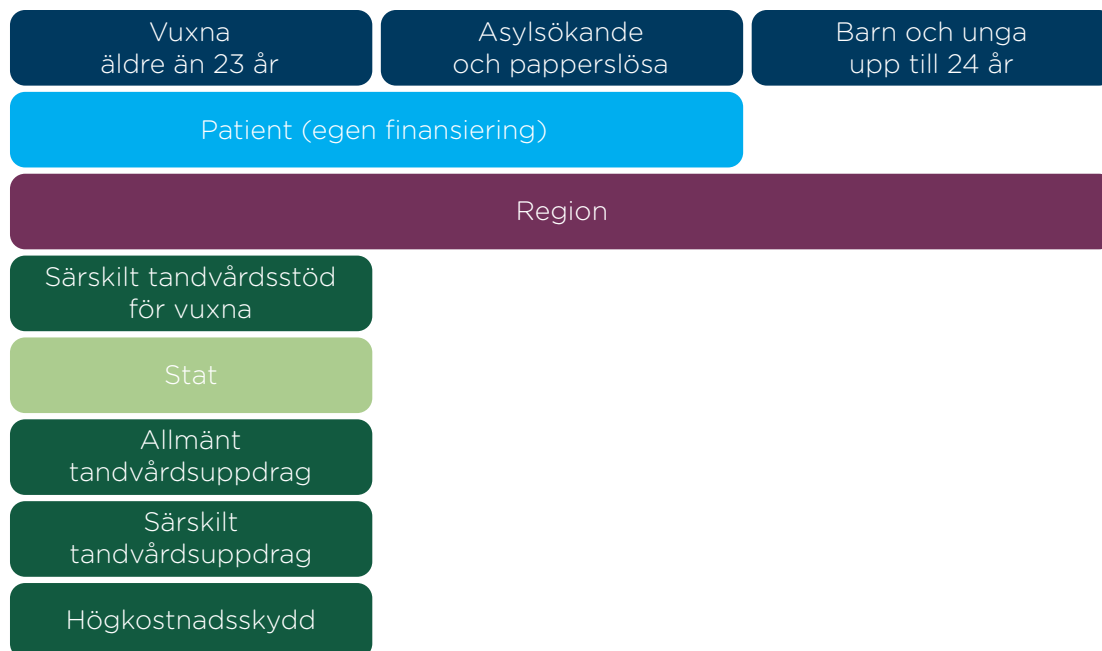
Utifrån tidigare studier om svensk tandvård, samt de utmaningar som lyfts i workshops med expertgruppen, beskriver vi utmaningar i svensk tandvård i följande ordning:

- Tandvårdssystemet är komplext – och det finns en låg kunskapsnivå om hur det fungerar (avsnitt 2.1)
- Det råder brist på tandvårdspersonal (avsnitt 2.2)
- Det finns en ojämn fördelning av patientgrupper mellan olika aktörer (avsnitt 2.3)
- Det finns utmaningar med att nå vissa patientgrupper (avsnitt 2.4)

2.1 Tandvårdssystemet är komplext

Tandvården är en komplex verksamhet med en mångfald av vårdgivare, olika patientgrupper och finansieringssystem som bygger på både statlig och regional finansiering. Komplexiteten gör det svårt för patienter, behandlare, chefer och beslutsfattare i tandvården att navigera i systemet. Figur 1 ger en översiktlig bild av tandvårdens patientgrupper, finansiärer och typ av finansiering.

Figur 1. Tandvårdens struktur utifrån patientgrupp, finansiär och typ av finansiering



För **vuxna äldre än 23 år** finns det tre tandvårdsfinansiärer: staten, patienten själv och regionen. Hur mycket regionen är involverad, vilka bidrag från staten som patienten är berättigad till, om patienten har rätt till högkostnadsskydd och i vilken utsträckning, beror på patientens tandvårdsbehov och vårdkostnader.

Det **allmänna tandvårdsbidraget** (ATB) betalas ut av staten och motsvarar 600 kronor per år fram till och med det år patienten fyller 29. Därefter minskar bidraget till 300 kronor per år fram till året då patienten fyller 64, för att sedan återigen höjas till 600 kronor. Det är möjligt att spara tandvårdsbidraget för ett år och lägga ihop det med bidraget för nästa år. Om patienten har det högre beloppet (600 kronor) kan tandvårdsbidraget i många fall täcka hela kostnaden för en basundersökning vartannat år. (Försäkringskassan, 2022)

Särskilt tandvårdsbidrag (STB) finansieras av staten och är tillgängligt för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som kan orsaka försämrad tandhälsa. Bidraget är 600 kronor per halvår och kan användas för förebyggande tandvård och delbetalning för abonnemangstandvård². Bidraget kan inte sparas från ett halvår till ett annat. (Försäkringskassan, 2022)

Högkostnadsskyddet finansieras av staten och finns till för patienter som har höga tandvårdskostnader. Det innebär att patienten endast behöver betala en del av kostnaden när den överstiger 3 000 kronor under ett år. Patienten får 50 procent ersättning för kostnader som överstiger 3 000 kronor och 85 procent ersättning för kostnader som överstiger 15 000 kronor. (Försäkringskassan, 2022)

Även regionen finansierar delar av tandvården för vuxna. **Särskilt tandvårdsstöd för vuxna** som finansieras av regionen ges till personer med vissa sjukdomar, funktionsnedsättningar eller som har stort behov av vård och omsorg. Det kan innebära exempelvis omvårdnad, tandvård som en del av sjukdomsbehandling eller vid extrem tandvårdsrädsla. (Försäkringskassan, 2022)

Som framgår av beskrivningen ovan finansierar den vuxna patienten en del av sin tandvård på egen hand. Det omfattar resterande kostnader som inte täcks av ovan bidrag eller högkostnadsskydd.

För patientgruppen **barn och unga upp till 24 år** står regionen för hela finansieringen. Tandvården är alltså helt kostnadsfri för patienten, oavsett åtgärd. Regionerna är ansvariga att förse tandvård till den här patientgruppen, men patienter kan själva välja sin vårdgivare, inklusive privata vårdgivare. Patienten registreras hos vårdgivaren som i sin tur får en fast ersättning per patient från regionen. I vissa regioner tillåts en viss anpassning av vårdgivarens ersättning beroende på åtgärd. (SOU 2021:8 vol. 1)

Regionerna erbjuder och finansierar tandvård för **asylsökande** barn och ungdomar upp till 18 års ålder på samma villkor som barn som är bosatta i regionen, detsamma gäller papperslösa barn upp till 18 års ålder. Vuxna asylsökande, utlänningar i förvar och papperslösa personer över 18 år har rätt till akuttandvård och behandling av sjukdomar och skador. Tandvård till personer under 18 år finansieras av regionen. För personer från 18 år tas en avgift på 50 kronor. (SOU 2021:8 vol. 1)

² Abonnemangstandvård är ett alternativ för att sprida ut kostnaderna för tandvård över en längre period. Vanligtvis ingår man i en sådan överenskommelse med Folk tandvården, vilket benämns som Frisk tandvårdsavtal.

VÅRDGIVARE OCH REGIONER UPPLEVER TANDVÅRDSFÖRORDNINGEN SOM SVÅRTOLKAD

Vad som inte framgår av figuren ovan är komplexiteten som kommer med många olika aktörer, finansiärer och bedömningar som ligger bakom hur tandvård av olika slag ska finansieras. Det är Tandvårdsförordningen som föreskriver vilken tandvård som omfattas av avgifter för öppen hälso- och sjukvård. Vårdgivare och regioner upplever den som svår att tolka vid prövning av enskilda patienters tillhörighet och behandlingsförslag innan vård utförs. Även de stöd som erbjuds anses som komplicerade att sätta sig in i, vilket leder till en ojämlig tandvård över landet där patienter med liknande behov behandlas olika beroende på vilken region de bor i. För att underlätta har regionerna upprättat anvisningar för att klargöra tolkningen av vilka patienter som omfattas av vilka stöd och hur tandvården kan ges under olika förutsättningar. (SOU 2021:8 vol. 1, s. 651)

EXPERTGRUPPEN SER BEHOV AV SYSTEMPERSPEKTIV OCH POLITISKT LEDARSKAP FÖR ATT HANTERA UTMANINGAR I TANDVÅRDEN

För att säkerställa en tandvård av god kvalitet som är tillgänglig efter behov och komma till rätta med tandvårdens utmaningar krävs ett systemperspektiv vid beslutsfattande och styrning. Därmed behöver politiker och beslutsfattare ha systemförståelse vilket till exempel innebär en god förståelse för hur olika aktörer samverkar. Expertgruppen uppfattar det politiska ledarskapet i tandvårdsfrågor som otydligt vilket också resulterar i otydlig styrning. Enligt expertgruppen beror det dels på ett begränsat politiskt utrymme för tandvårdsfrågor, dels på grund av att korta tidsperioder mellan val gör det svårt att arbeta med långsiktiga processer.

I takt med att tandvården möter allt fler utmaningar upplever dock expertgruppen att det politiska intresset stärkts. I flera regioner är tandvården en viktig politisk fråga, exempelvis i Region Jämtland Härjedalen där Hälso- och sjukvårdsnämnden i början av 2023 sköt till 2,1 miljoner kronor extra för löner till personal i tandvården (Tidningen Vision, 2023) och i Region Norrbotten där Vänsterpartiet driver frågan om att etablera utbildningar för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor i regionen som en del av lösningen på personalbristen. (SVT, 2022)

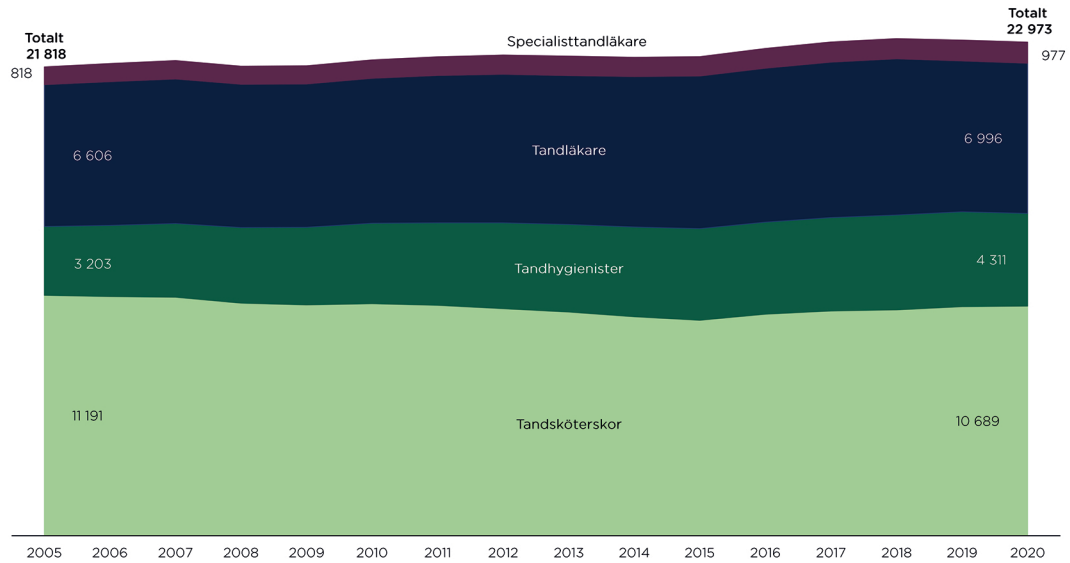
2.2 Det råder brist på tandvårdspersonal

En majoritet av alla regioner rapporterar brist på tandläkare, specialisttandläkare och tandhygienister. År 2022 rapporterade 17 regioner brist på tandläkare, 13 regioner rapporterade brist på specialisttandläkare, och 19 regioner rapporterade brist på tandhygienister. (Socialstyrelsen, 2023)

Antalet yrkesverksamma behandlare i den svenska tandvården ligger på historiskt höga nivåer (SOU 2021:8 vol. 1, 2021), se Figur 2. Trots detta är personalbristen i tandvården i Sverige stor och riskerar att förvärras. Detta följer av att befolkningsökningen varit snabbare än tillskottet av tandvårdspersonal under de senaste decennierna: under perioden 2005 till 2020 har antalet tandvårdspersonal per capita minskat.

Figur 2. Antal tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvård, mellan 2005 och 2020

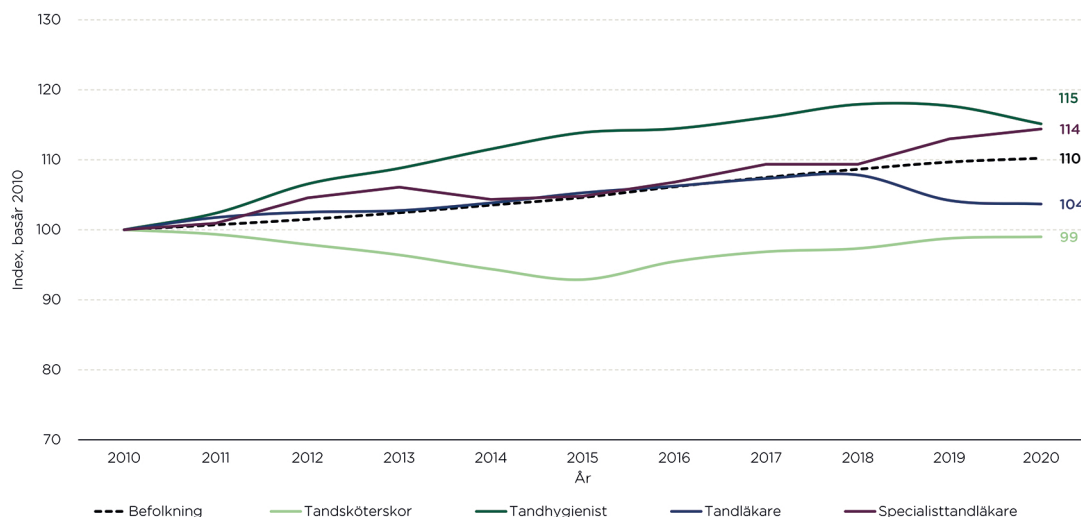
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, SCB



Sedan 2010 har befolkningen ökat med tio procent, jämfört med antalet tandläkare som under samma period ökat med fyra procent. Antalet tandsjuksköterskor har minskat med en procent under samma period och antalet tandhygienister har ökat med 15 procent, se Figur 3. Utvecklingen i förhållande till befolkningsökningen innebär att antalet tandhygienister och specialisttandläkare per capita har ökat något, medan antalet tandläkare och tandsköterskor har minskat något.

Figur 3. Index antal tandvårdspersonal yrkesverksam inom hälso- och sjukvård i förhållande till befolkningsökningen, basår 2010

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, SC



Av yrkesverksamma personer som har utbildat sig till tandläkare är det något färre som valt ett annat yrke utanför hälso- och sjukvården idag jämfört med 2012. Minskningen är

däremot marginell. Under 2020 var andelen utbildade, men icke-praktiserande, tandläkare elva procent, vilket går att jämföra med 12 procent 2012. Andelen tandhygienister som valde en arbetsplats utanför hälso- och sjukvården var 17 procent 2020 jämfört med 13 procent 2005. (Socialstyrelsens statistikdatabas). Förutom de demografiska förändringarna riskerar bristen på tandvårdspersonal att förvärras ytterligare på grund av faktorer som brist på utbildningskapacitet, pensionsavgångar och arbetsvillkor.

2.2.1 Tandvårdsutbildningarna har inte dimensionerats i takt med befolkningsökningen

DET RÅDER EN BRIST PÅ KAPACITET PÅ UTBILDNINGAR INOM TANDVÅRDEN

För att hålla jämna steg med befolkningsökningen och därmed den ökade efterfrågan på tandvårdspersonal behöver utbildningskapaciteten justeras därefter, vilket dessvärre inte skett.

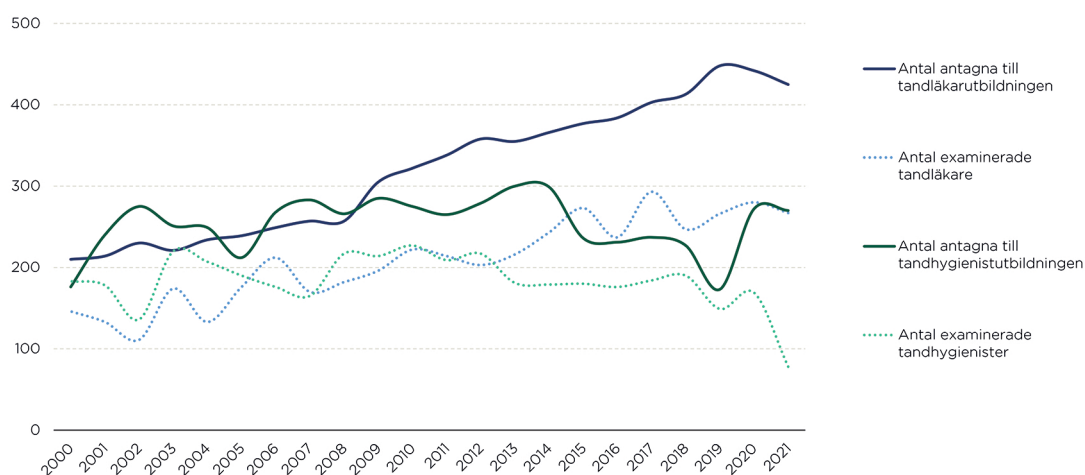
Tandsköterskeutbildningen är en gymnasie- och yrkeshögskoleutbildning på omkring 1,5 år. Tandhygienistutbildningen och tandläkarutbildningen är universitetsutbildningar på tre respektive fem år. Specialisttandläkarutbildningarna omfattar minst tre års heltidstjänstgöring (för specialiteten käkkirurgi minst fyra år).³

Under de senaste två decennierna har antalet antagna studenter till tandhygienistutbildningarna varierat mellan 200 och 300 per år, och antalet examinerade tandhygienister har varierat runt 200 per år utan tendens till ökning, se Figur 4. Antalet antagna och examinerade tandläkare har i princip fördubblats under samma period och gapet mellan antalet examinerade tandhygienister och antalet examinerade tandläkare har vuxit sedan slutet på 2000-talet.

Figur 4. Antal antagna och examinerade tandläkare och tandhygienister mellan 2000 och 2021

Källa: UKÄ

Not: Det är inte möjligt att jämföra antalet antagna och antalet examinerade under ett år i figuren eftersom årtalen för examinerade motsvarar examensår och inte det år som de påbörjade utbildningen. Tandhygienistutbildningen pågår under två eller tre år för de studenter som ingår i figuren, och tandläkarutbildningen pågår under fem år.



År 2019 förlängdes tandhygienistutbildningen med 60 högskolepoäng, från 120 till 180 högskolepoäng⁴, men utan ytterligare finansiering. Förlängningen av utbildningen skedde på grund av ett behov av utökad kompetens för tandhygienister. Genom att förlänga utbildningen skulle tandhygienisterna få mer omfattande teoretiska och kliniska kunskaper, vilket skulle bidra till en högre kvalitet på tandvården och bättre tandhälsa för patienterna.⁵

³ Eftersom utbildningar som är relevanta för tandvårdspersonal organiseras på olika sätt och av olika delar av utbildningssystemet finns inte alltid jämförbar statistik för alla utbildningar.

⁴ Prop. 2018/19:1 utgiftsområde 16 avsnitt 7.5.

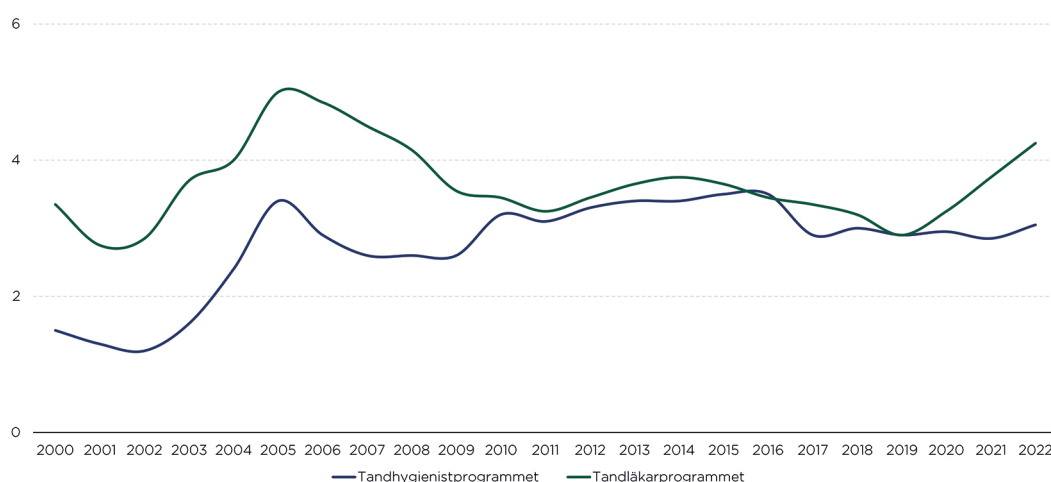
⁵ Socialutskottets betänkande 2013/14: SoU2.

SÖKTRYCKET TILL TANDLÄKARPROGRAMMET HAR ÖKAT SENASTE ÅREN

Söktrycket⁶ till tandhygienist- och tandläkarutbildningen har varierat omkring drygt tre under 2010-talet, se Figur 5. Inför höstterminen 2022 var söktrycket till tandhygienistutbildningen 2,3 vilket är något lägre än genomsnittet för legitimationsyrken som var 2,7. Söktrycket till tandläkarutbildningen var 4,3 vilket är tredje högsta söktryck bland legitimationsyrken inför höstterminen 2022. Söktrycket till psykologutbildningen och till läkarutbildningen var högre på 9,2 respektive 6,6. Genomströmningen⁷ på tandhygienistutbildningen 2020/2021 var 77 procent, och 73 procent på tandläkarutbildningen 2020/2021. Den genomsnittliga genomströmningen på utbildningar för legitimationsyrken 2020/2021 var 70 procent. (Socialstyrelsen, 2023). Söktrycket till tandsköterskeutbildningen har varierat mellan 4,7 och 8,5 mellan 2015 och 2021⁸. (SCB, 2022)

Figur 5. Söktryck till tandläkar- och tandhygienistutbildningen, mellan 2000 och 2022

Källa: UKÄ



ANTALET ERFARNA TANDLÄKARE FÖRVÄNTAS MINSKA PÅ GRUND AV PENSIONSavgångar

Även om tandläkarkåren växer, om än i långsam takt, förväntas många tandläkare att gå i pension inom de närmaste åren och ersättas av unga, oerfarna behandlare.

Andelen tandläkare som är äldre än 60 år har ökat sedan 2010 och detsamma gäller andelen tandläkare yngre än 35 år, se Figur 6. De unga behandlarna är inte lika effektiva som de äldre, vilket innebär att fler behandlare krävs för att hantera samma antal patienter. Oerfarna tandläkare producerar i genomsnitt 10 till 25 procent mindre tandvård jämfört med erfarna tandläkare (SOU 2021:8 vol. 1, 2021). Samma information om åldersfördelning finns tillgänglig för tandhygienister. Även i den yrkesgruppen ökar andelen behandlare äldre än 60 år, medan fördelningen mellan övriga åldersgrupper är relativt jämn.

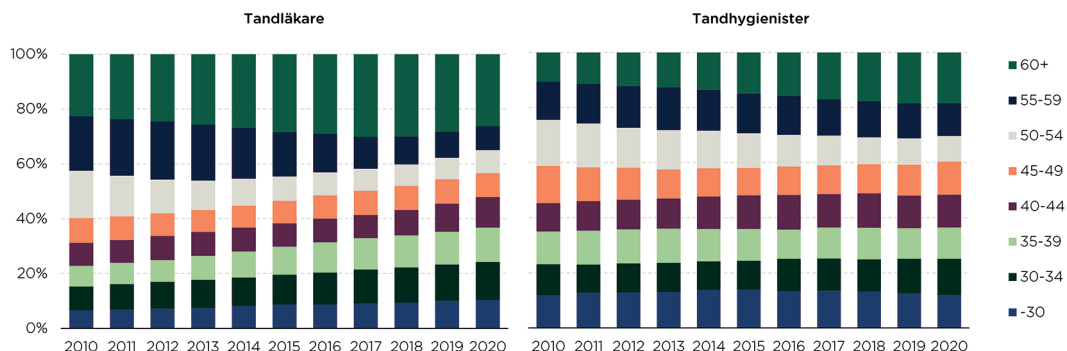
6 Söktryck definieras som antalet förstahandssökande per antagen.

7 Med genomströmning menas andelen studenter som avslutar utbildningen.

8 Enligt expertgruppen har antalet tandläkare som väljer att utbilda sig till specialisttandläkare legat på ungefär samma nivå under en längre tid, men det tar allt längre tid för individerna att avsluta utbildningen, bland annat på grund av att de arbetar deltid under utbildningen.

Figur 6. Åldersfördelning bland tandläkare och tandhygienister mellan 2010 och 2020

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas



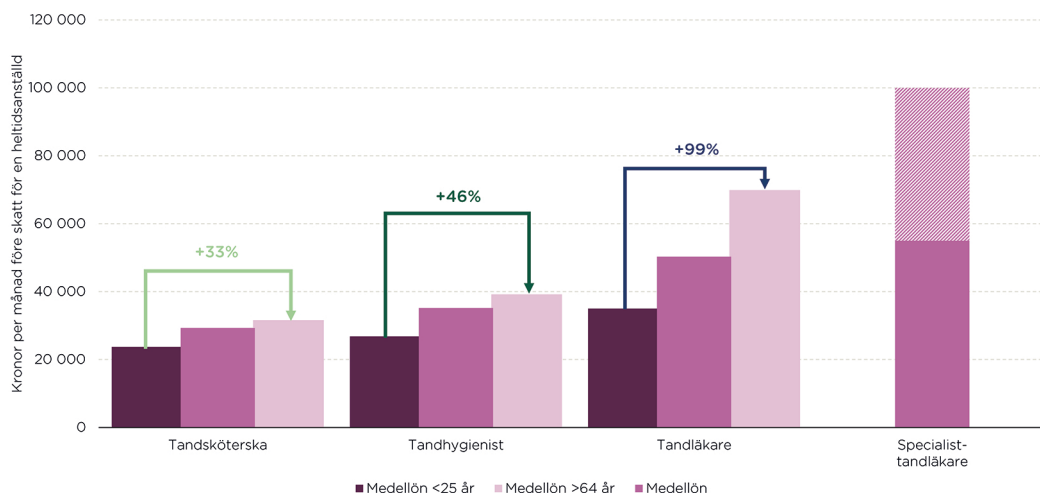
2.2.2 Tandsköterskor har en låg lönenivå och majoriteten ångrar sitt yrkesval

Tandsköterskor har en låg lönenivå jämfört med andra yrken med liknande utbildningslängd vilket kan påverka yrkets attraktivitet. Tandsköterskors låga löner utgör en betydande utmaning för svensk tandvård. Enligt Unionens avtal med Vårdföretagarna är lägсталönen för tandsköterskor 19 096 kronor i månaden före skatt (Unionen, 2021). Medellönen för tandsköterskor 2021 var 29 300 kronor per månad före skatt och 23 700 kronor per månad före skatt för tandsköterskor mellan 18 och 24 år, se Figur 7. För jämförelse är den genomsnittliga medellönen för personer med en eftergymnasial utbildning kortare än tre år 34 800 kronor för kvinnor och 40 800 kronor för män. (Universitets- och högskolerådet, 2023). Den låga lönenivån har resulterat i att många tandsköterskor känner ekonomisk oro och rädsla för att exempelvis bli beroende av en partner, men också en osäkerhet inför framtiden som pensionär. Detta har lett till att en Facebookgrupp vid namn "Löneuppror Tandsköterskor" bildats, och den har samlat över 3 200 medlemmar per den [datum]. Enligt upproret omfattar problemet såväl Folk tandvården som den privata sektorn. (Arbetet, 2023).

Figur 7. Medellön för tandvårdspersonal

Källa: SCB Lönestatistik 2021 och SACO 2022 (specialisttandläkare)

Not: För vidareutbildade eller befordrade tandläkare (specialister eller klinikchefer) varierar lönerna mellan 55 000 och 100 000 kr per månad.



En enkät från fackförbundet Vision visar att 53 procent av tandsköterskorna ångrar sitt yrkesval på grund av låga löner och hög arbetsbelastning. Vision menar att grundproblemet är att yrket är undervärderat. (Tidningen Vision, 2023).

ÄVEN TANDHYGIENISTER HAR LÅGA LÖNER MEN FÖR TANDLÄKARE LÖNAR SIG UTBILDNINGEN

Tandhygienister har en låg lön för att vara en högskoleutbildning. Medellönen för en heltidsanställd tandhygienist är 35 200 kronor per månad före skatt, se Figur 7. Den fackliga centralorganisationen SACO uppskattar att det inte lönar sig att utbilda sig till tandhygienist utifrån ett privatekonomiskt perspektiv. Personer med tandhygienistutbildning har en livslön som är ungefär åtta procent lägre än genomsnittet för personer med samhällsvetenskaplig gymnasieutbildning⁹. Det innebär att en person som påbörjar sin tandhygienistutbildning direkt efter gymnasiet aldrig kommer att tjäna in sin utbildning. (SACO, 2020; SACO, u.d.)

Medellönen för en heltidsanställd tandläkare under 25 år är 35 000 kronor per månad före skatt, se Figur 7, och medellönen för samtliga tandläkare är 50 300 kronor. Det innebär att en person som börjar sin tandläkarutbildning direkt efter gymnasiet tjänar in den vid 38 års ålder¹⁰.

Löneutvecklingen för tandsköterskor och tandhygienister raknas som låg, medan löneutvecklingen för tandläkare rankas som medelhög. (SACO, 2020; SACO, u.d.)

ÄVEN TANDHYGIENISTER HAR LÅGA LÖNER JÄMFÖRT MED ANDRA HÖGSKOLEUTBILDNINGAR

Tandhygienister har en låg lön för att vara en högskoleutbildning. Medellönen för en heltidsanställd tandhygienist är 35 200 kronor per månad före skatt, se Figur 7. Den fackliga centralorganisationen SACO uppskattar att det inte lönar sig att utbilda sig till tandhygienist utifrån ett privatekonomiskt perspektiv. Personer med tandhygienistutbildning har en livslön som är ungefär åtta procent lägre än genomsnittet för personer med samhällsvetenskaplig gymnasieutbildning. Det innebär att en person som påbörjar sin tandhygienistutbildning direkt efter gymnasiet aldrig kommer att tjäna in sin utbildning. (SACO, 2020; SACO, u.d.)

Medellönen för en heltidsanställd tandläkare under 25 år är 35 000 kronor per månad före skatt, se Figur 7, och medellönen för samtliga tandläkare är 50 300. Det innebär att en person som börjar sin tandläkarutbildning direkt efter gymnasiet tjänar in den vid 38 års ålder. Löneutvecklingen för tandsköterskor och tandhygienister raknas som låg, medan löneutvecklingen för tandläkare rankas som medelhög. (SACO, 2020; SACO, u.d.)

TANDVÅRDSPERSONAL HAR EN UTMANANDE ARBETSMILJÖ...

Enligt expertgruppen upplever personal i tandvården stress på grund av komplexa patientkontakter, långa väntetider och en pressad ekonomi. Utöver låga löner och låg löneutveckling lyfter expertgruppen att en del studenter som utbildar sig till yrken i tandvården är felinformerade eller har en realistisk bild av vad yrket innebär. Det kan handla om en tyngre arbetsbelastning än väntat och hög stressnivå, eller brist på attraktiva karriärmöjligheter. Nya tandläkare blir överraskade av avsaknaden på flexibilitet även i situationer där det bör finnas utrymme, exempelvis tidsplanering av patientbesök i samråd mellan tandläkare, tandhygienist och tandsköterska.

⁹ SACO utgår från 2018 års lönenivåer. Enligt SACO var medellönen 2018 för en heltidsanställd tandhygienist 33 400 kronor per månad före skatt.

¹⁰ SACO utgår från 2018 års lönenivåer. Enligt SACO var medellönen 2018 för en heltidsanställd tandläkare 49 500 kronor per månad före skatt.

... MEN TROTS DET STANNAR RELATIVT MÅNGA INOM TANDVÅRDSSEKTORN

En låg lönenivå och en förväntansbild som skiljer sig från verkligheten kan vara en del av förklaringen till bristen på personal. Men drygt 80 procent av landets sysselsatta personer med en tandvårdsutbildning är dock kliniskt verksamma. Det är en relativt stor andel jämfört med andra branscher (SOU 2021:8 vol. 1, 2021). Det saknas information om hur stor andel av tandsköterskorna som väljer att byta yrke. Men, som påtalat ovan, finns det signaler om att tandsköterskor är missnöjda med sina arbetsförhållanden.

2.2.3 Tillgång till tandvård varierar över landet – majoriteten av regionerna saknar personal

Tillgången till tandvårdspersonal varierar över landet, vilket innebär att det skiljer sig mellan regioner om det råder brist på tandvårdspersonal eller inte. Under 2022 rapporterade 17 av 21 regioner brist på tandläkare, 13 regioner rapporterade brist på specialisttandläkare, och 19 regioner rapporterade brist på tandhygienister (Socialstyrelsen, 2023). Resultatet av en låg andel tandvårdspersonal per invånare är högre arbetsbelastning, längre väntetider och risk för att mottagningarna inte kan ta emot alla patienter som är i behov av vård.

BEHOVET AV TANDVÅRDSPERSONAL VARIERAR MELLAN REGIONER

Det är troligt att regioner har olika behov av antal tandvårdspersonal per invånare. Behovet kan exempelvis bero på hur gles- eller tätbefolkad regionen är, åldersfördelning och demografiska faktorer, samt den regionala tandvårdens organisation och struktur liksom den regionala marknaden för tandvård.

I glesbefolkade områden är det sannolikt att avstånden mellan tandvårdskliniker och invånarnas hem är större än i tätbefolkade områden, vilket kan göra det svårare för patienter att regelbundet besöka en tandläkare. Detta kan leda till att tandvårdspersonal behöver resa längre avstånd för att nå patienter (hemtandvård), eller att kliniker behöver finnas i fler små samhällen för att säkerställa tillgänglighet till tandvård. I sådana fall kan glesbebyggda områden behöva ett större antal tandvårdspersonal per invånare för att säkerställa att invånarna får tillräcklig tillgång till tandvårdstjänster.

Åldersfördelningen och andra demografiska faktorer inom en region kan påverka behovet av tandvårdspersonal. Till exempel kan områden med en högre andel äldre invånare eller barn ha ett större behov av tandvårdstjänster, eftersom dessa grupper generellt kräver mer regelbundna tandläkarbesök. Områden med en större del utlandsfödda kan ha en större andel akut-tandvård jämfört med preventiv tandvård än områden med en mindre del utlandsfödda på grund av att vanan av preventiv tandvård inte nödvändigtvis är lika utbredd bland utlandsfödda. (SOU 2021:8 vol. 1, 2021).

Olika regioner kan ha olika sätt att organisera och erbjuda tandvårdstjänster. Vissa regioner kan förlita sig mer på privata kliniker, medan andra kan ha en större offentligt driven tandvård. Dessa skillnader kan påverka behovet av tandvårdspersonal per invånare. Även tandvårdspersonalens samlade erfarenhet kan påverka behovet av tandvårdspersonal per invånare.

UTMANINGEN MED KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN INOM TANDVÅRDEN ÄR SÄRSKILT STOR I GLESBEFOLKADE OMRÅDEN

Tandvårdspersonal tenderar att söka sig till tätbefolkade områden. Expertgruppen lyfter ett par möjliga förklaringar till det: urbanisering, lokalisering av lärosäten, regional styrning och ledning samt organisatoriska faktorer.

På grund av urbaniseringstrenden – att fler och fler flyttar till städer – är det allt svårare att rekrytera tandvårdspersonal i områden utanför större städer (SOU 2021:8 vol. 1, 2021). En följd av urbaniseringstrenden är att tandvårdspersonal i lägre utsträckning bosätter sig i mindre orter med få kliniker och många yngre behandlare anser att små kliniker, med ett fåtal behandlare, är mindre attraktiva. Dessa kliniker upplever svårigheter att locka till sig sökande eller potentiella efterträdare vid exempelvis pensionering. Dessutom föredrar oerfaren tandvårdspersonal ofta att arbeta på centralt belägna stora kliniker som erbjuder handledning och fortbildningsmöjligheter. (SOU 2021:8 vol. 1, 2021). Expertgruppen tar också upp att det kollegiala utbytet är viktigt genom hela arbetslivet och att större kliniker därför kan vara mer attraktiva än mindre kliniker.

Lokalisering av lärosäten skiljer sig för olika professioner i tandvården. Tandläkarutbildning erbjuds i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. Tandhygienistutbildning erbjuds i Stockholm, Göteborg, Malmö, Umeå, Kristianstad, Karlstad och Jönköping. Tandsköterskeutbildning erbjuds på 24 orter¹¹ runt om i landet och på distans (Yrkeshögskolan).

Regional styrning och ledning kan innebära att vissa regioner är mer attraktiva än andra. Exempelvis, en region som prioriterar tandvården är troligen en mer attraktiv arbetsgivare för tandvårdspersonal och möjligtvis i förlängningen även för privata vårdgivare som gärna undviker orter med rekryteringssvårigheter.

DET FINNS FLEST TANDLÄKARE PER INVÅNARE I STOCKHOLMSREGIONEN

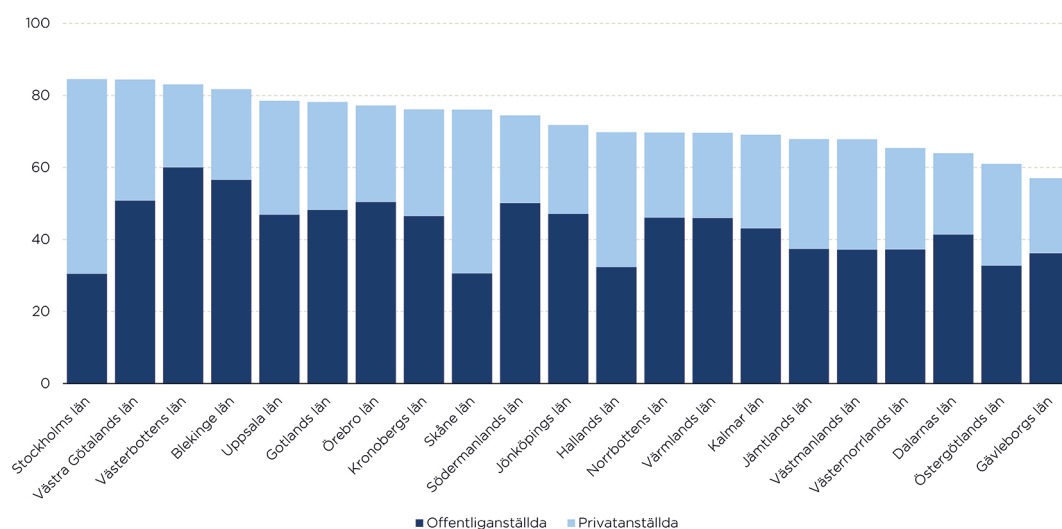
År 2020 fanns det 85 yrkesverksamma tandläkare per 100 000 invånare i Stockholms län men endast 57 per 100 000 invånare i Gävleborg, se Figur 8. I numerära termer återfinns flest tandläkare i Stockholm, Västra Götaland och Skåne, och alla dessa län erbjuder tandläkarutbildning. Västerbotten, som också erbjuder tandläkarutbildning, har sjunde flest tandläkare. Dessa fyra län samlar 60 procent av alla tandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård. (Socialstyrelsens statistikdatabas).

Det är även vanligare att privatmottagningar öppnar i tätbefolkade områden än i glesbefolkade områden. (Englund & Jonsson, 2022). Det kan innebära att tätbefolkade områden är mer attraktiva för tandläkare på grund av att de erbjuder fler möjliga arbetsgivare, vilket kan resultera i att fler tandläkare söker sig till större städer. I Stockholms län, Skåne län och Hallands län är en majoritet av alla tandläkare anställda i privattandvården. Det nationella genomsnittet är 47 procent.

¹¹ Luleå (distans), Umeå, Sundsvall (distans), Östersund, Falun, Tranås (distans), Västerås (distans), Lindesberg (distans), Karlstad, Örebro, Uppsala, Stockholm, Kista, Solna, Nyköping (distans), Göteborg, Uddevalla, Huskvarna, Lund, Växjö, Malmö, Kristianstad, Oskarshamn (distans) och Helsingborg (distans).

Figur 8. Antal offentlig- och privatanställda tandläkare per 100 000 invånare i förhållande till invånarantalet i respektive län, 2020

Källa: Socialstyrelsen, SCB

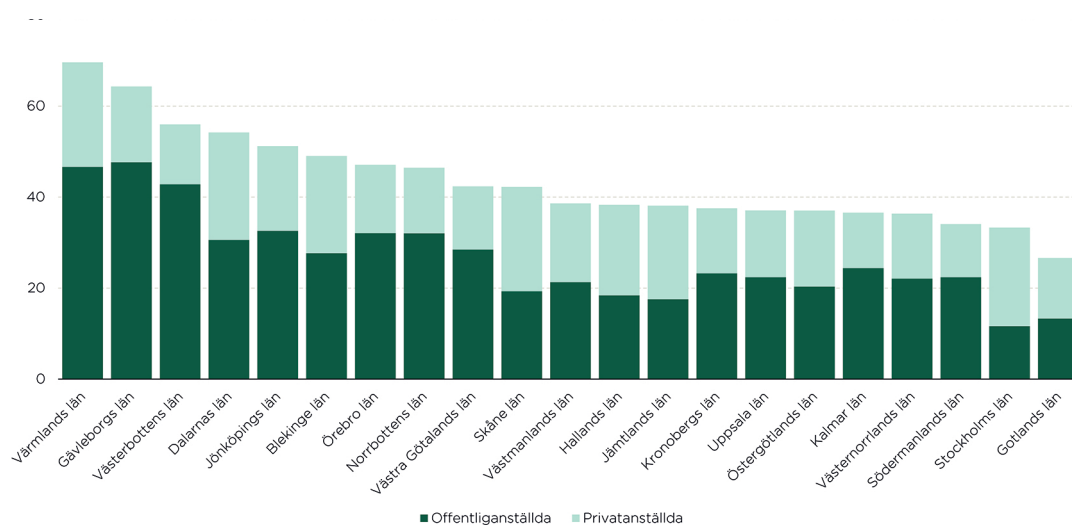


FÖRDELNINGEN AV TANDHYGIENISTER SKILJER SIG FRÅN FÖRDELNINGEN AV TANDLÄKARE...

År 2020 fanns det 70 yrkesverksamma tandhygienister per 100 000 invånare i Värmlands län men endast 27 per 100 000 invånare i Gotlands län, se Figur 9 och jämför med Figur 8. I numerära termer återfinns flest tandhygienister i Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län, och alla dessa län erbjuder tandhygienistutbildning. Jönköping län och Västerbotten län, som också erbjuder tandhygienistutbildning, har fjärde respektive nionde flest tandhygienister. Dessa fem län samlar 57 procent av alla tandhygienister sysselsatta inom hälso- och sjukvård. (Socialstyrelsens statistikdatabas).

Figur 9. Antal offentlig- och privatanställda tandhygienister per 100 000 invånare i förhållande till invånarantalet i respektive län, 2020

Källa: Socialstyrelsen, SCB



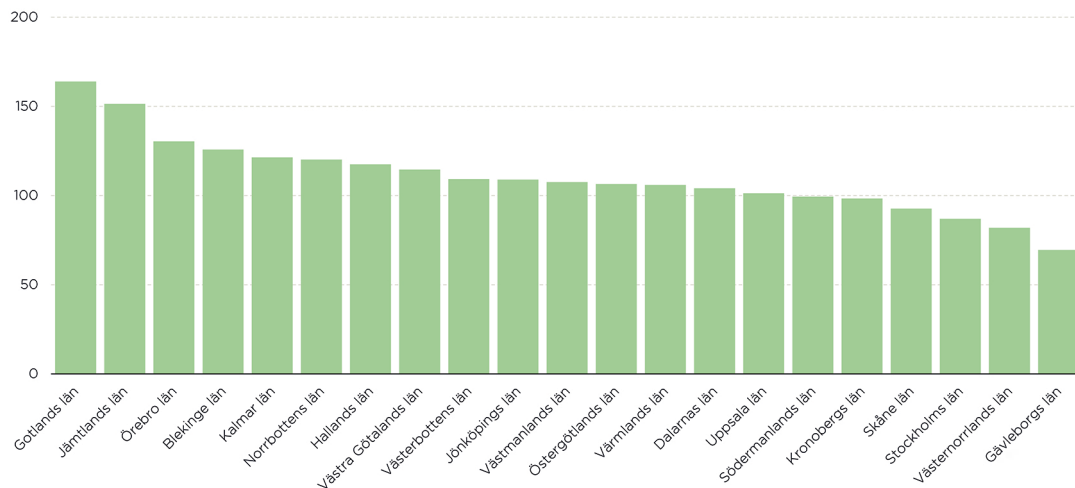
...OCH DET GÄLLER ÄVEN FÖR TANDSKÖTERS KOR

Fördelningen av tandsköterskor skiljer sig från fördelningen av tandläkare. I Gotlands län finns omkring 164 tandsköterskor per 100 000 invånare¹² och 70 tandsköterskor per 100 000 invånare i Gävleborgs län, se Figur 10. Precis som med tandläkare och tandhygienister återfinns flest tandsköterskor i Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län. (Socialstyrelsens statistikdatabas).

Figur 10. Antal tandsköterskor per 100 000 invånare i förhållande till invånarantalet i respektive län

Källa: Arbetsförmedlingen, SCB

Not: Ursprungsuppgifterna för tandsköterskor är avrundade uppåt till närmsta 100-tal, det innebär att uppgifterna är överdrivna, särskilt för län med få invånare som exempelvis Gotland



2.3 Alla tar inte del av tandvården

I 1 kap. 2 § av Tandvårdslagen (SFS 1985:125) står det att målet med den svenska tandvården är *”en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen”*. Idag råder inte lika villkor för att upprätthålla en god tandvård och tillgång till tandvård för hela befolkningen.

Den personalbrist som beskrivs ovan innebär att boende på vissa orter inte har tillgång till tandvård i samma utsträckning som på andra orter. Den finansieringsmodell som finns i tandvården idag innebär att den årliga självkostnaden kan bli väldigt hög, vilket skapar en ekonomisk tröskel för hushåll med små resurser. Utöver varierade personalresurser och ekonomiska faktorer bidrar kvalitetsskillnader i skolsystemet, segregation och sjunkande tilltro till samhällets centrala funktioner till en ojämn fördelning av nyttjandet av tandvården. (SOU 2021:8 vol. 1). I takt med att ekonomiska och sociala klyftor i samhället ökar generellt, förstärks också klyftorna vad gäller nyttjandet av tandvården. En ytterligare bidragande orsak till att alla inte tar del av tandvården är otillräcklig information om tandvård, behandlingsalternativ och kostnader vilket gör det svårt för individer att fatta lämpliga beslut om sin tandhälsa.

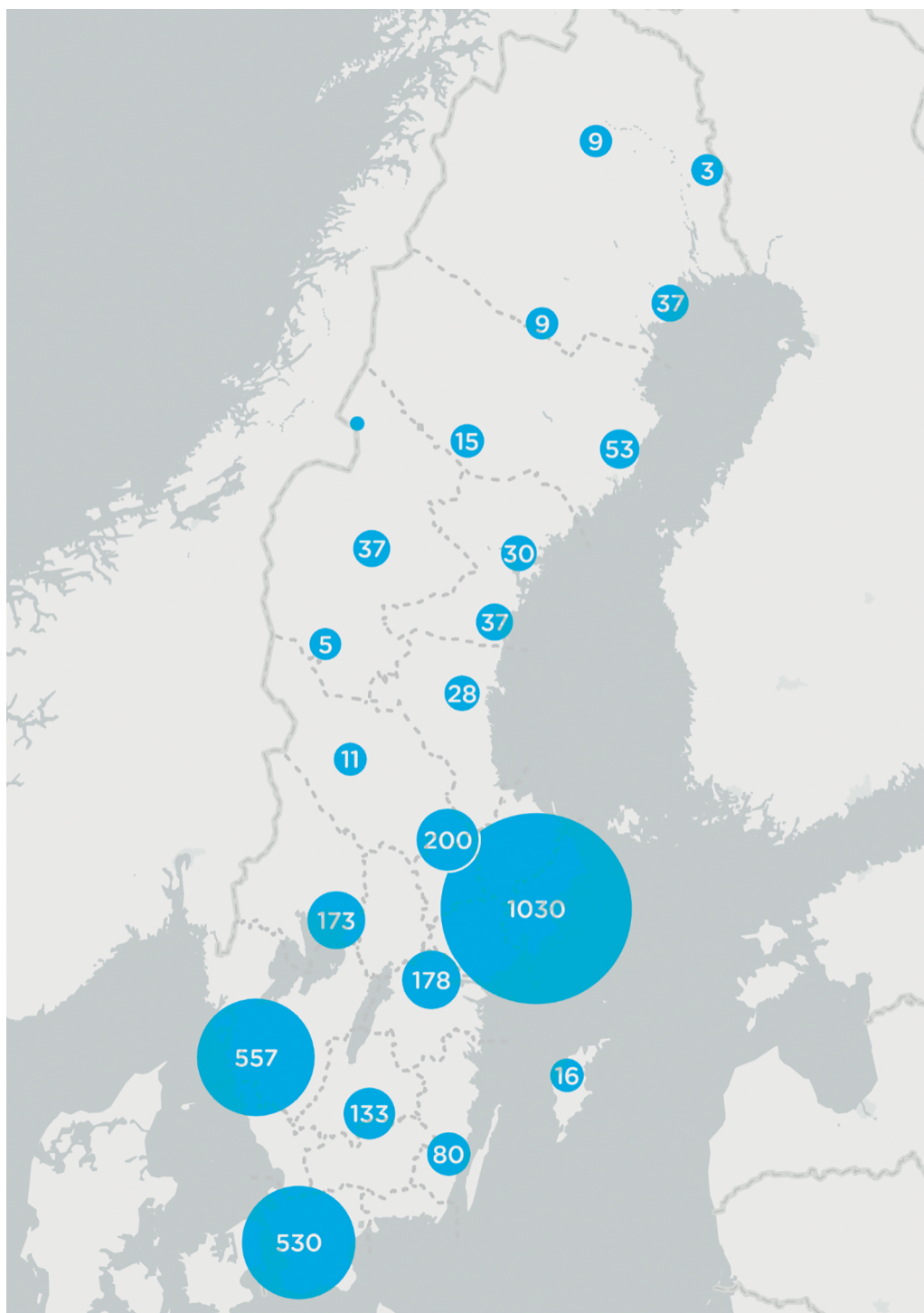
ANTALET TANDVÅRDSKLINIKER I NÄROMRÅDET PÅVERKAR TILLGÄNGLIGHETEN...

Antalet tandvårdskliniker varierar kraftigt över landet. I och omkring de större städerna Stockholm, Göteborg och Malmö finns en hög densitet av tandvårdskliniker, motsvarande 66 procent av samtliga kliniker i Sverige, medan andra delar av Sverige har en betydligt lägre densitet av tandvårdskliniker, se Figur 11. Förutom att en låg befolkningstäthet kan innebära

¹² Antalet invånare på Gotland är drygt 60 000 personer, här har vi beräknat antalet tandsköterskor (100) genom antalet invånare (61 001) och multiplicerat det med 100 000 för att kunna jämföra antalet tandsköterskor mellan olika regioner i förhållande till varje regions invånarantal.

en lägre attraktivitet för att bedriva verksamhet, är det också svårt att rekrytera personal till kliniker utanför de större städerna (SOU 2021:8 vol. 1), vilket kan leda till en låg densitet av tandvårdskliniker. Om antalet tillgängliga tandvårdskliniker och tandvårdspersonal i ens närhet är begränsad kan även tillgängligheten till tandvård vara begränsad på grund av långa restider eller väntetider.

Figur 11. Klustrad fördelning av tandvårdskliniker över landet
Källa: TLV Tandpriskollen, Geoapify



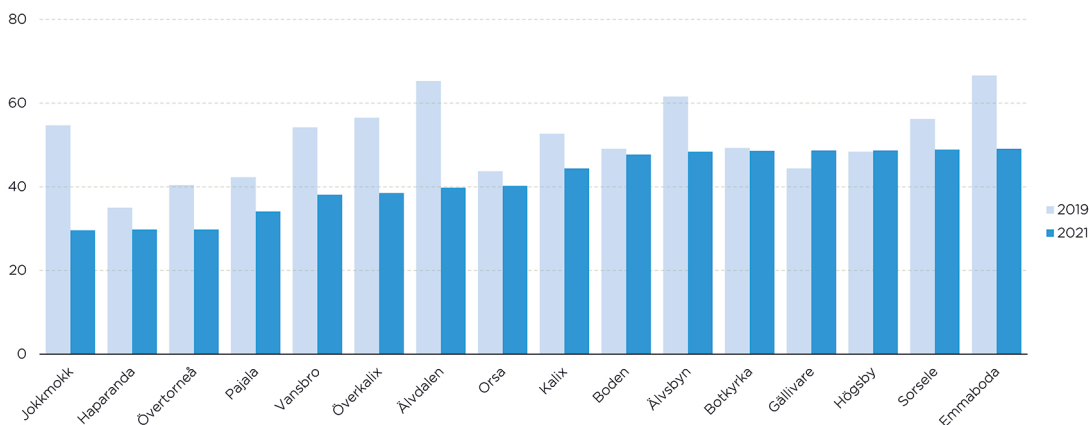
...OCH I VISSA KOMMUNER HAR EN MAJORITET AV INVÅNARNA INTE BESÖKT TANDVÅRDEN PÅ FLERA ÅR

Bristen på personal i många regioner innebär en begränsad tillgång till tandvård och att alla inte har möjlighet att ta del av tandvården. I sexton orter i Sverige har en majoritet av invånarna inte besökt tandvården för en basundersökning de senaste tre åren.

Figur 12 visar de orter där färre än 50 procent av alla invånare som är 24 år och äldre har besökt tandvården för en basundersökning någon gång under de tre senaste åren. På många orter har en relativt stor förändring skett sedan 2019, det kan vara på grund av pandemin eller på grund av en förändring i tillgängliga resurser. Gemensamt för många av orterna är ett begränsat utbud av tandvård i den mening att antalet tandvårdskliniker ofta är begränsat och att vuxna patienter endast erbjuds vård i mån av tid, se Tabell 1.

Figur 12. Procent av invånare 24 år och äldre som har besökt tandvården för en basundersökning någon gång under de senaste tre åren, endast orter där andelen understiger 50 procent

Källa: Socialstyrelsen



Tabell 1. Tandvårdskliniker och uppskattad tillgänglighet för patienter som är 24 år och äldre

Källa: TLV Tandpriskollen och respektive tandvårdskliniks/regions hemsida.

Not: Begränsad tillgänglighet innebär att kliniken arbetar efter en prioriteringslista där vuxna patienter utan särskilda behov tas emot i mån av tid eller att det inte är möjligt att som ny patient få icke-akut tandvård. Det är möjligt att även orter där information saknas i själva verket har begränsad tillgänglighet.

Ort	Tandvårdskliniker	Tillgänglighet för vuxna
Jokkmokk	Folktandvården	Begränsad
Haparanda	Folktandvården Skärgårdstandläkaren på Seskarö	Begränsad
Övertorneå	Folktandvården	Begränsad
Pajala	Folktandvården Tornedalens Tandvård	Begränsad
Vansbro	Folktandvården	Information saknas
Överkalix	Folktandvården Tandläkarhuset i Överkalix AB	Begränsad
Orsa	Folktandvården Johannes Hütter	Begränsad

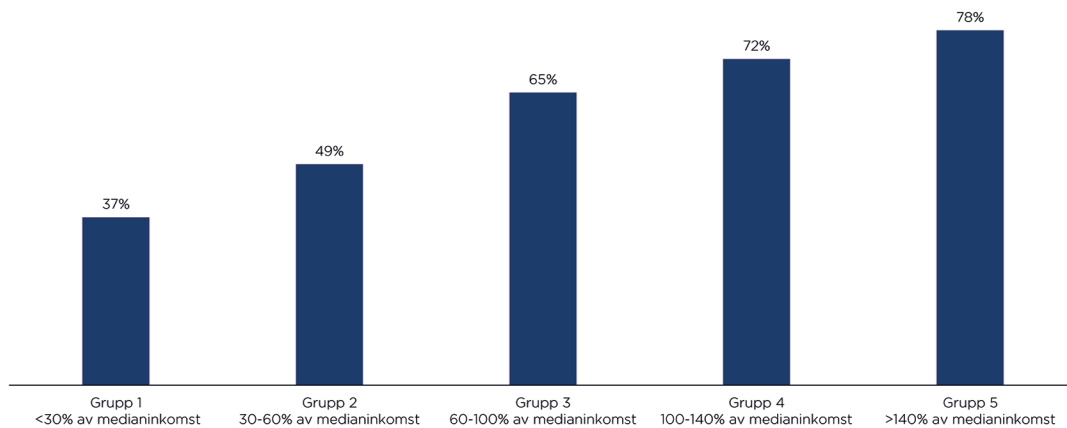
Kalix	Foktandvården Taavo Tandvård AB Kalix Tandläkare Tandläkarna Jonsson och Jonsson AB Clixab AB	Begränsad
Boden	Folktandvården Kungsbrotandläkarna AB Tandläkare Urban Broström Smile Boden	Begränsad
Älvsbyn	Folktandvården Jan-Ove Rova	Begränsad
Botkyrka	Hallunda Dental Folkdental Botkyrka Dental AB Tandläkare Morteza Samadi Vårsta Tandvård AB Tandhälsa Therese Ticander Folktandvården (Tullinge, Tumba och Hallunda) Tumba Tandläkarna AB Tandea Alby Tandläkare AB Tandea Norsborg TullingeTandläkarna Tumba tandvårdscener Distriktstandvården Alby	Information saknas
Gällivare	Folktandvården Agneta Riemann Annakarin Olofsson Ranta Norr tand AB Tandhälsan i Gällivare AB	Information saknas
Högsby	Folktandvården	Information saknas
Sorsele	Folktandvården	Begränsad
Emmaboda	Folktandvården Sverige klinikerna Emmaboda	Information saknas

STARK KORRELATION MELLAN INKOMST OCH TANDVÅRDSNYTTJANDE

Det finns ett tydligt samband mellan inkomst och antal tandvårdsbesök. Låginkomsttagare besöker tandvården i lägre utsträckning än medel- och höginkomsttagare, se Figur 13. Sambandet återfinns i alla ålderskategorier. Över tid har andelen vuxna som mottagit allmänt tandvårdsbidrag minskat. Det kan bero på att befolkningen har fått bättre tandhälsa och inte har behov att besöka tandvården i samma utsträckning som tidigare. En annan anledning kan vara att färre patienter har råd att gå till tandläkaren till följd av stigande vårdgivarpriser (Tandvårds- och läkemedelsverket, 2020, s. 21). Andra faktorer som påverkar besöksgraden generellt och i olika grupper är exempelvis covid-19 som för år 2020 och efterkommande år påverkade antalet mottagare i liknande utsträckning för alla grupper, och Folktandvårdens och andra klinikers begränsade kapacitet att ta emot patienter

Figur 13. Andel mottagare av allmänt tandvårdsbidrag per inkomstgrupp (juli 2019 - juni 2021)

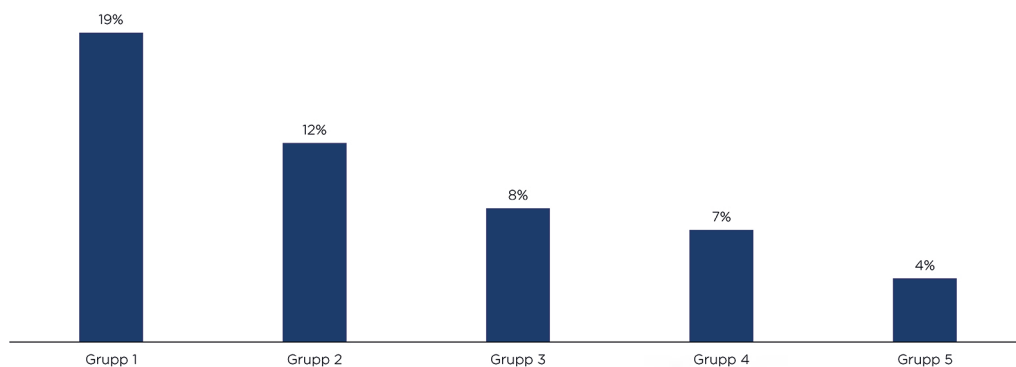
Källa: Försäkringskassan



Personer med en otrugg ekonomisk situation har ett annat behov av att prioritera sina utgifter än personer med en trygg ekonomisk situation. Folkhälsomyndigheten genomför sedan 2016 den nationella hälsoenkäten vartannat år¹³. I 2022-års version konstaterades att den ekonomiska ojämlikheten följer med till tandläkaren och andelen som avstått tandläkarvård trots behov på grund av ekonomiska skäl är högre i låga inkomstkvartiler, se Figur 14. 19 procent av personerna i grupp 1 (det finns totalt fem grupper, grupp 1 är de med lägst inkomst) har avstått tandvård trots behov på grund av ekonomiska skäl. Andelen minskar i takt med att inkomsten ökar. I grupp 5 (de med högst inkomst) har endast fyra procent avstått tandvård trots behov på grund av ekonomiska skäl.

Figur 14. Andel personer i respektive inkomstgrupp som avstått tandläkarvård trots behov på grund av ekonomiska skäl

Källa: Folkhälsomyndigheten



PRIVATEKONOMI PÅVERKAR ÄVEN VILKEN TYP AV TANDVÅRD SOM KONSUMERAS

Ekonomi kan också påverka vilken typ av tandvård som konsumeras. Det finns flera lösningar på liknande problem och det innebär att patienter ofta har möjlighet att välja mellan olika behandlingar i olika prisklasser. Till exempel är en tanduttagning billigare än en rotfyllning. Det

¹³ Innan dess genomfördes den varje år.

kan hända att en patient väljer att dra ut en tand i stället för att göra en rotfyllning när infektionen spridit sig till pulpan och det gör ont, på grund av ekonomiska skäl. (SOU 2021:8 vol. 1, s. 590). Tandläkare och patienter för den här diskussionen dagligen men det saknas information om i vilken omfattning och vilka patienter som väljer mindre kostsamma lösningar.

ÄLDRE PERSONER ANVÄNDER FÖR LITE TANDVÅRD GIVET DERAS TANDHÄLSA

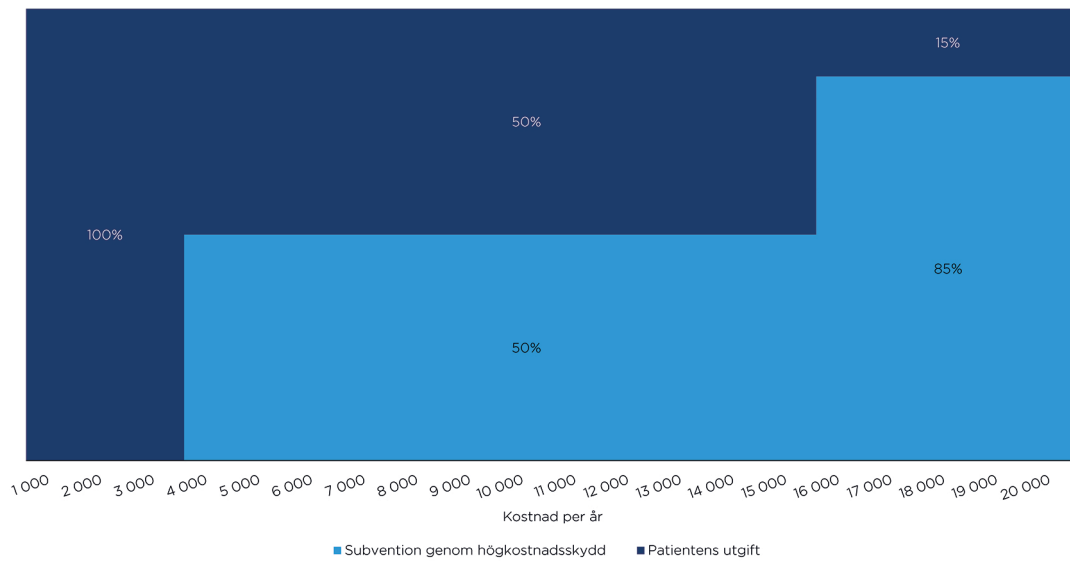
Konsumtionen av tandvård i förhållande till befolkningen varierar mellan olika åldersgrupper, och äldre personer använder för lite tandvård givet deras tandhälsa. Av invånare i åldersgruppen 25 till 29 år användes nästan sex procent mer tandvård än förväntat givet deras tandhälsa år 2017. Motsatsen gäller för den äldsta uppmätta åldersgruppen, 70 till 74 år, där patienterna brukar drygt två procent mindre tandvård än förväntat. Även åldersgrupperna 30 till 34, 35 till 39 och 55 till 59 brukar nästan två procent mindre tandvård än förväntat medan gruppen 65 till 69 år ligger cirka en procent över (SOU 2021:8 vol. 1, 2021, s. 339).

Delar av expertgruppen lyfter fram att många äldre har en otrygg ekonomisk situation, ofta i kombination med ett större behov av tandvård jämfört med i yngre ålder. År 2020 var andelen personer med relativt låg ekonomisk standard 13 procent både bland personer över och under 65 år. Men det finns stora skillnader mellan olika grupper av pensionärer. Kvinnor, ensamstående, utrikesfödda, och de äldsta pensionärerna löper en särskilt hög risk att hamna under inkomstgränsen för relativt låg ekonomisk standard på grund av lägre genomsnittliga löner, lägre arbetskraftsdeltagande och färre år av vistelse i landet. Dessa faktorer kan bidra till både en lägre inkomstgrundad pension och en lägre garantipension för utrikesfödda pensionärer. (Pensionsmyndigheten, 2022).

DET FINNS STÖD OCH SUBVENTIONER FÖR ATT SKYDDA PATIENTER MOT HÖGA KOSTNADER OCH FÖR ATT STIMULERA TANDVÅRD

Det finns olika stöd och subventioner för att skydda patienter mot höga kostnader och för att stimulera regelbundna tandvårdsbesök: Alla patienter som är försäkrade i Sverige har rätt till ett tandvårdsbidrag på 300 till 600 kronor per år beroende på ålder. Bidraget går att spara till nästa år och kan användas vid undersökningar och förebyggande behandlingar. Patienter med en sjukdom eller funktionsnedsättning som påverkar tändernas hälsa har rätt till ett ytterligare särskilt tandvårdsbidrag om 600 kronor per halvår. Högkostnadsskyddet ger patienten en större procentuell subvention desto högre årliga tandvårdutgifter den har, se Figur 15. (Försäkringskassan, 2022). Patienter med akuta besvär som saknar möjlighet att finansiera sin tandvård kan vända sig till socialtjänsten för att ansöka om försörjningsstöd. (1177, 2022).

Figur 15. Det nuvarande högkostnadsskyddets ersättningsnivåer



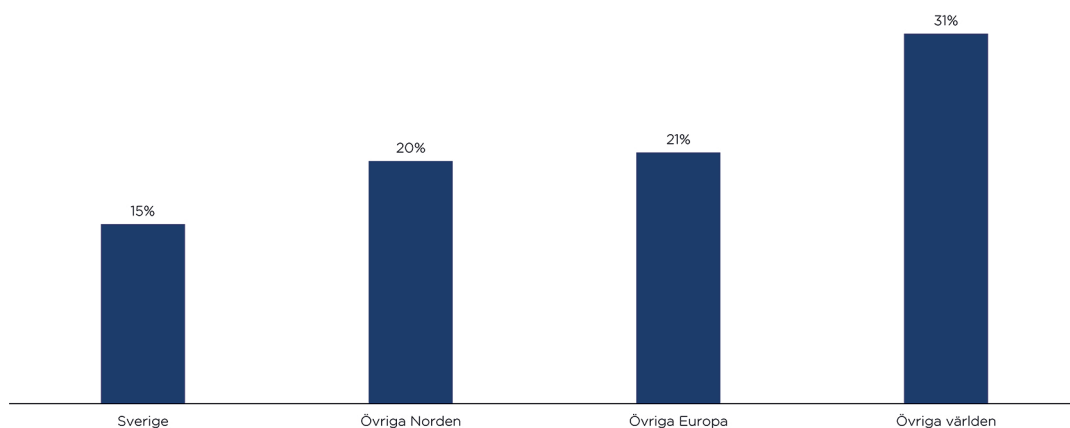
SOCIALA FAKTORER OCH KUNSKAPSBARRIÄRER LEDER TILL EN OJÄMN FÖRDELNING AV TANDVÅRDSBESÖK HOS BEFOLKNINGEN

Sociala faktorer verkar också påverka i vilken grad individer tar del av tandvården. En dubbelt så stor andel av personer födda i ett land utanför Europa rapporterade i Folkhälsomyndighetens Nationella Folkhälsoenkät 2022 att de avstått tandvård trots behov jämfört med personer födda i Sverige, se Figur 16. (Folkhälsomyndigheten, 2022). Personer med utländsk bakgrund har också sämre tandhälsa och ungefär dubbelt så många personer med svensk bakgrund har abonnemangstandvård jämfört med personer med utländsk bakgrund. (SOU 2021:8 vol. 1).

I SOU 2021:8 vol. 1 beskrivs hur företrädare för tandvården uppmärksammat att personer från länder där förebyggande tandvård inte har lika stort fokus har en tendens att söka tandvård endast vid problem. Det tyder på att en ovana för preventiv tandvård. Personer med utländsk bakgrund tenderar att besöka tandvården oftare för akuta problem än för förebyggande vård vilket styrker observationen. (SOU 2021:8 vol. 1). Även expertgruppen bekräftar bilden

Figur 16. Andel personer som avstått tandläkarvård trots behov fördelat efter födelseplats

Källa: Folkhälsomyndigheten



BRIST PÅ KUNSKAP INOM VÅRDSEKTORN MEDFÖR ATT ALLA INTE TAR DEL AV TANDVÅRDEN

Expertgruppen lyfter slutligen fram att kunskap inom vårdsektorn och hos patienter är en faktor som påverkar vilka som tar del av tandvården.

Många patienter har behov av tandvård på grund av en sjukdomsbild som påverkar tandhälsan eller på grund av hög ålder, eller en kombination av båda. Expertgruppen lyfter fram sjukdomar som initialt inte är kopplade till munhälsa och som behandlas i den övriga hälso- och sjukvården ofta leder till ett ökat tandvårdsbehov vilket inte alltid fångas upp av vården. Tandvård för personer med stora tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kallas för F-tandvård och inkluderar sjukdomstillstånden som listas i Box 1 nedan (Region Stockholm, 2022)

Box 1. Diagnoser som ger rätt till tandvårdsstöd med intyg om F-tandvård

Källa: Region Stockholm

- Svår psykisk funktionsnedsättning
- Parkinsons sjukdom
- Multipel skleros
- Cerebral pares
- Ledgångsreumatism
- Systemisk lupus erythematosus
- Symtom som kvarstår sex månader efter stroke
- Systemisk skleros (Sklerodermi)
- Amyotrofisk lateralskleros (ALS)
- Orofacial funktionsnedsättning
- Sällsynt diagnos/hälsotillstånd och har stora svårigheter att sköta sin munhygien, att få tandvård utförd eller som har orofaciala symtom

Det är upp till varje läkare att känna till vilka diagnoser som ger rätt till tandvårdsstöd och hur intyg ska utfärdas. För att patienten ska ha rätt till tandvårdsstöd måste diagnosen ha lett till svår till fullständig funktionsnedsättning och patienten ska informeras om sin rätt till tandvårdsstöd. Läkaren bedömer inte tandvårdsbehovet, men fyller i ett intyg som sedan skickas till regionen som i sin tur utfärdar intyg om F-tandvård. (Region Stockholm, 2022).

Enligt expertgruppen kan även tillstånd som inte nödvändigtvis ingår i listan ovan leda till ett ökat behov av tandvård på grund av bieffekter av läkemedel, tillskott eller en minskad förmåga att ta hand om sina tänder på grund av exempelvis ålder. Det är inte säkert att patienten, den behandlande läkaren eller annan omsorgspersonal är medvetna om sambanden vilket kan innebära att patienten inte får tandvård efter behov.

EN MAJORITET AV PATIENTERNA BEHÖVER MER INFORMATION OM TANDVÅRD, BEHANDLINGSMÖJLIGHETER OCH KOSTNADER

När det kommer till kunskap bland patienter är det viktigt att de har tillräcklig och korrekt information för att kunna fatta lämpliga beslut om sin tandvård. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys studie Tala om tänder från 2022 anser en majoritet av patienterna att de behöver mer information om tandvård, behandlingsalternativ och kostnader. Många patienter har inte fått tillräckligt med information om kostnaden för tandvård, och en del patienter är omedvetna om allmänt tandvårdsbidrag, högkostnadsskydd och särskilda tandvårdsstöd. Många patienter anser också att informationen de har fått om behandlingsalternativ har varit otillräcklig. Patienter behöver få information om behandlingsalternativ och kostnader för att kunna ta beslut om sin tandvård, men det är bristfällig information från vårdgivare och svårt att hitta och förstå information om tandvårdskostnader som hindrar detta. (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022).

2.4 Ojämn fördelning av patientgrupper

Tandvårdens patienter fördelas ojämnt mellan offentlig och privat tandvård, beroende på om de tillhör grupperna barn och unga vuxna, patienter med statligt tandvårdsstöd eller patienter med särskilt tandvårdsstöd. Regionerna och Folk tandvården har ett särskilt ansvar för att finansiera tandvård för barn och unga vuxna. Dessutom är de ansvariga för viss specialisttandvård. Patienter äldre än 23 år står vanligtvis själva för en stor del av kostnaden för sin tandvård. De kan dock få stöd från staten i form av tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd. (Socialstyrelsen, 2021).

Regionerna och Folk tandvårdens särskilda ansvar för barn och unga vuxna innebär att de ska tillhandahålla en fullständig tandvård fram till och med det år en patient fyller 23 år. En fullständig tandvård innebär att patienten har tillgång till allmäntandvård, specialisttandvård vid behov, akuttandvård, regelbundna hälsokontroller och behandling.

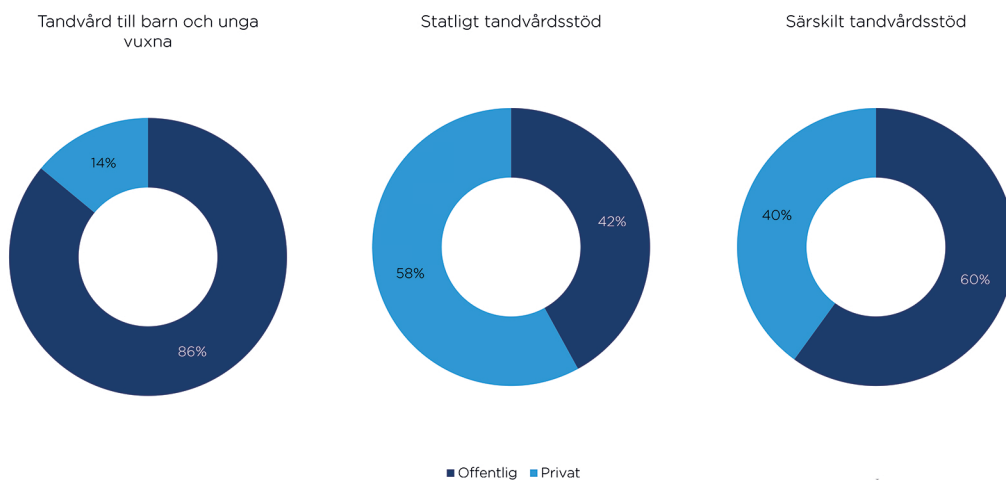
Privata vårdgivare är inte förhindrade från att utföra tandvård för barn och unga, och både Folk tandvården och privata vårdgivare utför tandvård för barn och unga. (SOU 2021:8 vol. 1, 2021). Detta ger patienterna möjlighet att välja mellan olika vårdgivare, beroende på deras preferenser och behov.

MAJORITETEN AV BARN OCH UNGA VUXNA FÅR TANDVÅRD FRÅN OFFENTLIG SEKTOR

Figur 17 visar fördelningen mellan offentlig och privat sektor av patienter med olika finansiering. Av patienterna under 24 år behandlar Folk tandvården 86 procent, vilket betyder att majoriteten av barn och unga vuxna får sin tandvård från den offentliga sektorn. När det gäller patienter med rätt till statligt tandvårdsstöd behandlar Folk tandvården 42 procent, medan privata vårdgivare behandlar majoriteten av patienterna. Detsamma gäller för patienter med rätt till särskilt tandvårdsstöd där Folk tandvården behandlar 60 procent av patienterna och privata vårdgivare behandlar majoriteten av dem. Detta innebär att fördelningen av patienter mellan den offentliga och privata sektorn skiljer sig åt beroende på vilken patientgrupp som betraktas.

Figur 17. Fördelning av patienter mellan offentlig och privat sektor, 2019

Källa: Figuren är baserad på Figur 5 i Palm (2021), sid. 36. Ursprungsdata kommer från Försäkringskassan och SKR.



Barn- och ungdomstandvården i Folktandvården går med förlust i ungefär hälften av regionerna (SOU 2021:8 vol. 1 , 2021), och enligt Privattandläkarna täcker inte ersättningen för vården kostnaderna. (Privattandläkarna, 2022). Som en konsekvens väljer många privata vårdgivare att inte erbjuda tandvård till patientgruppen, medan Folktandvården måste förse patientgruppen med fullständig tandvård. Det leder till en snedvridning i patientfördelningen.

BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRDEN GÅR MED FÖRLUST I FLERTALET REGIONER

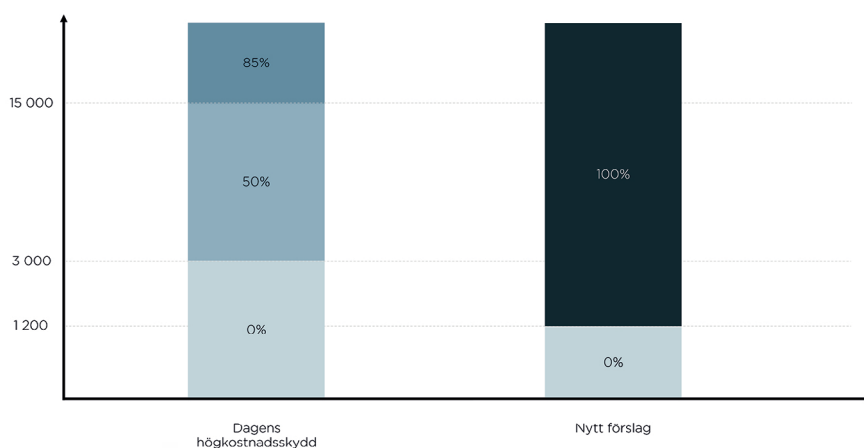
Även om det inte behöver vara problematiskt att patientgrupperna inte fördelas jämnt mellan Folktandvården och privata aktörer, kan det bli bekymmersamt när barn- och ungdomstandvården går med förlust i flertalet regioner (SOU 2021:8 vol. 1). Obalansen i patientfördelning kan dessutom leda till ytterligare problem på grund av den beskrivna bristen på tandvårdspersonal, särskilt på orter där det är ont om tandvårdspersonal i Folktandvården och finns få eller inga privata tandvårdskliniker.

Andra patientgrupper riskerar att trängas undan om Folktandvårdens resurser är upptagna med barn- och ungdomstandvården. Det är möjligt att dessa patienter inte får tillgång till lämplig tandvård i områden med begränsad kapacitet och valmöjligheter eftersom Folktandvården är ansvarig för att tillhandahålla tandvård till barn och ungdomar

3. Förslaget och dess effekter

I detta kapitel analyserar vi effekterna på offentliga utgifter, patientutgifter och antal patienter av ett nytt högkostnadsskydd. Vi diskuterar även effekterna på tandhälsa, vårdgivarnas arbets-situation och väntetider i tandvården. Förslaget som vi analyserar innebär att patienter får 100 procent subvention för all tandvård som under ett år (baserat på referenspriset) överstiger 1 200 kronor. Vi uppskattar att detta system skulle innebära en ökning av den offentliga utgiften för tandvårdsstöd med 115 procent - från 6,3 miljarder kronor till 13,6 miljarder kronor. Patientutgiften skulle minska med cirka 56 procent från 10,4 miljarder kronor till 4,8 miljarder kronor. Vi bedömer att efterfrågan på tandvård per år skulle öka med motsvarande cirka 200 000 patienter (en ökning på 5,5 procent). Ökningen bedömer vi skulle fördelas jämnt mellan regionerna. Ökningen skulle vara relativt större i de äldre åldersgrupperna (65 år och äldre). Fortsättningsvis uttrycker vi förändring i efterfrågan som förändring i antal patienter.

Figur 18. Subventionsnivåer med dagens högkostnadsskydd, och med det nya förslaget



Vi gör även två känslighetsanalyser baserat på om fri prissättning på tandvård behålls eller avskaffas. I ett extremscenario antar vi att vårdgivarna efter det nya högkostnadsskyddet införts väljer att höja sina priser till antalet patienter är desamma som i dagsläget. Detta är ett realistiskt scenario, men skulle innebära att vårdgivarpriset på tandvård skulle öka med 36 procent. I ett scenario där fri prissättning avskaffas skulle patienternas utgift för tandvård minska, och vi bedömer att antalet patienter per år skulle öka med ytterligare 200 000.

Strukturen för detta kapitel är enligt följande: I nästa del presenteras det nya förslaget på högkostnadsskydd, tillsammans med tidigare analyser av det nya systemet samt lärdomar från tidigare reformer av tandvårdsstödet. Därefter presenterar vi de effekter som vi identifierat uppstår vid införande av ett nytt högkostnadsskydd. Sedan presenterar vi resultatet av vår kvantitativa analys: påverkan på patientutgift, offentlig utgift och antal patienter. Därefter diskuterar vi påverkan på väntetider, tandhälsa och vårdpersonalens hälsa. Sedan presenteras vår känslighetsanalys av vad som skulle inträffa med respektive utan fri prissättning på tandvård. Slutligen presenterar vi en jämförelse mellan de offentligfinansiella kostnaderna som vi beräknat med andra utredningar och analyser som undersökt samma frågeställning.

3.1 Förslag på nytt högkostnadsskydd

Den 5 november 2020 fick utredning SOU 2021:8 "När behovet får styra- tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa" uppdraget att föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd (SOU 2021:8 vol. 1 s. 805). Målet var att komma fram till ett förslag på ett högkostnadsskydd som "i sin utformning tar ett första steg mot att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem". Utredningen kom med flera olika förslag på ett reviderat högkostnadsskydd. I denna analys kommer vi att fokusera på det förslag som fått störst uppmärksamhet och som enligt utredningen skulle ha störst påverkan på den offentliga utgiften för tandvårdsstöd (SOU 2021:8 vol. 1 s. 817–818). Förslaget beskrivs nedan:

När en patients totala tandvårdskostnad i 2023-års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolv månaders period blir patienten berättigad till 100 procent subvention av den ersättningsberättigade tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris.

I Tabell 2 presenteras samtliga förslag på nytt högkostnadsskydd som analyserades i utredningen samt dagens system. Enligt dagens system utgår en subvention på 50 procent av den ersättningsberättigade tandvården beräknat utifrån referenspriset för kostnader över 3 000 kronor, och 85 procent för kostnader över 15 000 kronor. År 2019 var det cirka 25 procent av samtliga patienter som nådde gränsen för 50-procentig subvention. Och fyra procent av patienterna nådde gränsen för en 85-procentig subvention (Tandvårds- och läkemedelsförhållningsverket, 2022).

Tabell 2. Kortfattad beskrivning av samtliga högkostnadsskydd beskrivna i SOU 2021:8 vol. 1

HKS	Beskrivning	Målgrupp
Dagens system	50% av kostnader över 3 000 kr, 85% över 15 000	Samtliga
Förslag 1a	100% av kostnader över 1 200	Samtliga
Förslag 1b	100% av kostnader över 1 200 kr	Yngre än 30, äldre än 65
Förslag 1c	100% av kostnader över 1 200 kr	Äldre än 65
Förslag 2	50% av kostnader över 1 200 kr, 85% över 15 000	Samtliga
Förslag 3	Gradvis ökande subventionering upp till 2 400 kr, därefter 100%	Samtliga
Förslag 4	Differentierad modell baserat på sjukdomstillstånd	Samtliga

HUR DET NYA HÖGKOSTNADSSKYDDET SKULLE FUNGERA

För att förstå konsekvenserna av ett nytt högkostnadsskydd är det hjälpsamt att tydliggöra hur patienter med olika tandvårdskostnader påverkas. För att förstå detta är det viktigt att klargöra skillnaden mellan vårdgivarpris och referenspris:

- **Referenspriset** är: ett fast pris som bestäms av staten för varje åtgärd som ger rätt till statligt tandvårdsstöd. Åtgärder som ger rätt till statligt tandvårdsstöd är undersökningar och olika slags behandlingar. I referenspriset för en åtgärd ingår också kostnader för material (Försäkringskassan, 2022).
- **Vårdgivarpriset** är det pris som vårdgivaren väljer att ta betalt för respektive insats. Detta pris kan vara detsamma som referenspriset, men det kan även vara högre än referenspriset. Under 2019 betalade 73 procent av patienterna ett vårdgivarpris som var högre än referenspriset (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2022). Vi beräknar att vårdgivarpriset i genomsnitt var 14 procent högre än referenspriset på nationell nivå 2019

Basen för beräkningen av högkostnadsskyddet är referenspriset. Detta innebär att om en individ får tandvård till ett sammanlagt referensprisvärde som överstiger 1 200 kronor under en tolv månadersperiod täcks därefter samtliga kostnader av högkostnadsskyddet. Detta innebär således inte att så fort en patient betalat 1 200 kronor täcks resterande kostnad av högkostnadsskyddet. Här är tre exempel för att visa hur detta påverkar en patient:

- En patient som fått vård till ett referensprisvärde om 1 800 kronor, och som betalat samma vårdgivarpris, kommer att erhålla 600 kronor från högkostnadsskyddet.
- En patient som fått vård till ett referensprisvärde om 1 200 kronor, men som betalat 1 800 kronor (då vårdgivaren valt att ta ett högre pris än referenspriset), kommer att erhålla 0 kronor från högkostnadsskyddet.
- En patient som fått vård till ett referensprisvärde om 1 800 kronor, men som betalat 2 100 kronor (då vårdgivaren valt att ta ett högre pris än referenspriset), kommer att erhålla 600 kronor från högkostnadsskyddet.

Det är således fullt möjligt att en patient betalar långt över 1 200 kronor för tandvård under ett år om vårdgivaren väljer att höja sina priser högt över referenspriset, även med detta nya högkostnadsskydd.

TIDIGARE ANALYSER AV DET NYA HÖGKOSTNADSSKYDDET

I den statliga utredningen från 2021 bedöms att det nya högkostnadsskyddet kommer att öka den statliga utgiften för tandvårdsstöd med 6,5 miljarder kronor samt att patientens andel av tandvårdskostnaderna kommer att minska från 63 till 33 procent (SOU 2021:8 vol. 1 s. 817). I denna analys tar utredningen inte hänsyn till så kallade dynamiska effekter – det vill säga påverkan på antalet patienter av en prisförändring. Att sänka priset kan leda till att fler väljer att söka tandvård som annars inte skulle gjort det. Beroende på hur stor denna beteendeförändring är kan det få stor påverkan på resultatet.

Det nya högkostnadsskyddet utvärderas också i en rapport från Riksdagens utredningstjänst, RUT, för tre olika åldersgrupper (Dnr 2022:701)¹⁴. Rapporten bygger på beräkningar från FASIT. FASIT är en avancerad statistisk modell som används för att beräkna effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen på både den enskilda individen och de offentliga finanserna.¹⁵ I rapporten från RUT uppskattas de offentligfinansiella kostnaderna av det nya högkostnadsskyddet till 6,9 miljarder kronor.

¹⁴ Ett högkostnadsskydd på 1200 kronor per kalenderår för svenska medborgare i ålderskategorierna över 23, 24-29 och över 65, samt över 65

¹⁵ I kapitel 3.6 förklaras FASIT närmare då vi använder det för att analysera och replikera tidigare analyser av effekterna av ett nytt högkostnadsskydd

Syftet med denna analys är att göra en mer heltäckande bedömning av förslaget på nytt högkostnadsskydd i tandvården. Målet är att komplettera beräkningarna från övriga utredningar genom att ta hänsyn till dynamiska effekter. Vi kommer även att ta hänsyn till andra, mer kvalitativa effekter, såsom påverkan på vårdkøer, patienthälsa och vårdgivarnas arbetsituation. Vi gör även en bedömning av vilka effekter ett nytt högkostnadsskydd skulle ha baserat på om fri prissättning inom tandvården behålls eller tas bort. Slutligen jämför vi även resultaten i vår modell med de uppskattade effekterna från tidigare analyser.

LÄRDOMAR FRÅN TIDIGARE REFORMER

Den föreslagna revisionen av högkostnadsskyddet är inte den första reformen av hur ekonomiskt stöd fördelas till tandvårdens patienter. Sedan slutet på 1990-talet har flera reformer genomförts som är viktiga för de beräkningar och antaganden som vi gör i denna analys.

År 1999 reformerades tandvårdsstödet för att ge ökade bidrag till vuxna patienter i behov av bastandvård enligt en särskild taxa.¹⁶ Personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder hade väsentligt ökade tandvårdskostnader fick även rätt till en förhöjd ersättning och det fanns även möjlighet att teckna abonnemangstandvårdsavtal. De dynamiska effekterna av det särskilda bidrag som sjuka och funktionshindrade kunde ta del av visade sig vara kraftigt underskattade på förhand – betydligt fler än väntat sökte sig till tandvården inom denna grupp efter reformen (Sveriges Riksdag, 2000).

Inom ramen för reformen 1999 infördes även fri prissättning på tandvård. Detta fick direkt effekt på marknaden då vårdgivarpriserna ökade med 18 procent redan under det första året. Den fria prissättningen minskade även utflödet av tandläkare utbildade i Sverige till andra länder. Det ökade stödet för bastandvård i kombination med högre priser ledde dock till att patienter inte sökte vård när de fick tandproblem och bastandvård blev allt vanligare.

År 2002 genomfördes nästa stora reform – 65-plusreformen. Den innebar att patienter som var 65 år eller äldre fick ett förstärkt högkostnadsskydd till protetiska åtgärder genom ett övre karensbelopp på 7 700 kronor per år. Patientgruppen fick också ett förhöjt grundbelopp för basundersökningar. Syftet med reformen var att stimulera en mer regelbunden kontakt med tandvården samt att hålla nere de äldres tandvårdskostnader. Precis som för reformen 1999 underskattades de dynamiska effekterna även av denna reform, och antalet patienter ökade betydligt mer än väntat (SOU 2021:8 vol. 1 s. 900).

Nästa större reform genomfördes 2008 då det allmänna tandvårdsbidraget infördes och utformningen av högkostnadsskyddet förändrades. Detta är systemet som vi har än idag, se Tabell 2. Syftet med reformen var att bibehålla en god tandhälsa hos de med inga eller små tandvårdsbehov. Det allmänna tandvårdsbidraget infördes för att täcka den förebyggande tandvården och på så sätt öka besöksfrekvensen hos målgruppen (20 till 24 år). (Antemar & Selin, 2012, s. 9). Under de första åren efter reformen ökade besöksfrekvensen med cirka 13 procent. Men en stor grupp unga personer med låga inkomster samt personer med dålig tandhälsa fortsatte att undvika tandvården av kostnadsskäl. En undersökning som gjordes efter reformen visar att andelen som inte gick till tandläkaren trots behov snarare ökade efter reformen.¹⁷ Två möjliga anledningar kan vara att kännedomen om högkostnadsskyddet fortfarande var låg och att karensnivån på 3 000 kronor var för hög för den aktuella patientgruppen (Antemar & Selin, 2012, s. 11)

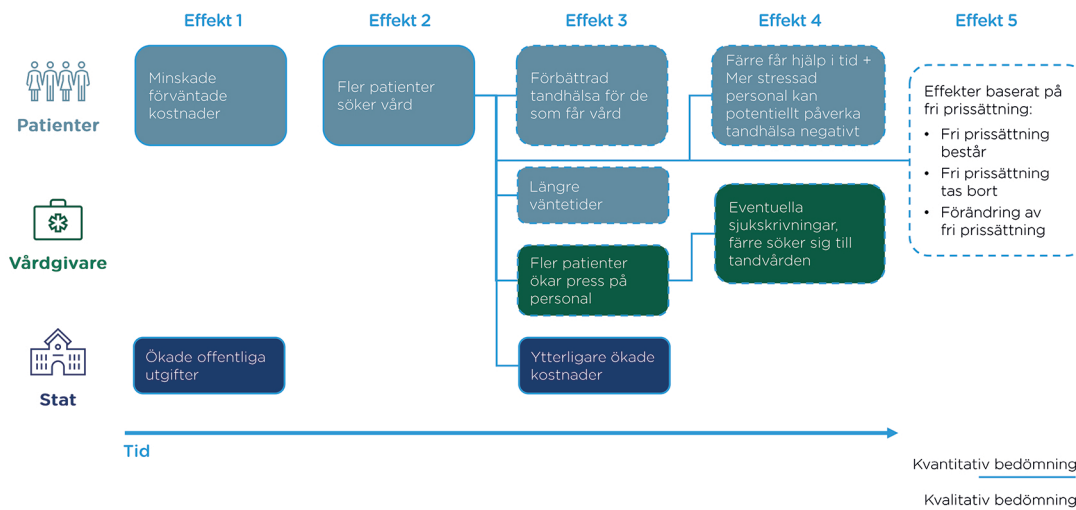
¹⁶ Analyser av denna reform (se RiR 2006:9 och Prop 2001/02:51) ligger till grund för vår uppskattning av priselasticiteten på tandvårdsmarknaden, se Bilaga 1 – Metodbeskrivning

¹⁷ De begränsade effekterna från denna reform ligger till grund för vårt antagande om att det nya högkostnadsskyddet enbart har begränsad påverkan på besöksantalet för patienter med små eller inga vårdbehov, se Bilaga 1 – Metodbeskrivning

3.2 Effekter av ett mer omfattande högkostnadsskydd

Ett mer omfattande högkostnadsskydd påverkar patienterna, vårdgivarna och de statliga utgifterna. Detta gäller oavsett hur ett nytt högkostnadsskydd utformas. Men effekterna blir större ju mer omfattande det nya högkostnadsskyddet är. För att illustrera hur ett mer omfattande högkostnadsskydd påverkar patient, vårdgivare och stat är det hjälpsamt att presentera effekterna sekventiellt likt vi gjort i Figur 19 nedan.

Figur 19. Effekter av ett nytt högkostnadsskydd



Den första effekten (Effekt 1) av ett mer omfattande högkostnadsskydd är att patientens förväntade kostnad minskar, och den förväntade statliga utgiften ökar. Om kostnaden för en vara eller tjänst minskar förväntar vi oss att efterfrågan ökar som följd. Således är nästa effekt (Effekt 2) att antalet patienter som söker sig till tandvården ökar. Exempelvis patienter med dålig tandhälsa som inte vågat besöka tandvården tidigare av rädsla för att kostnaderna skulle bli alltför höga. En ökning av antalet patienter får i sin tur flera effekter (Effekt 3): Väntetiderna kan bli längre, tandhälsan för de som söker vård förbättras, fler patienter innebär ökad stress för personalen på klinikerna och de statliga utgifterna ökar ytterligare. Beroende på hur stor ökningen av antalet patienter är kan köerna bli så pass långa att färre får hjälp i tid, att personalen blir mer stressad och att detta kan ha en negativ påverkan på både patient och vårdgivare (Effekt 4).

Den sista effekten (Effekt 5) rör prissättningen på tandvård och den kan variera beroende på om fri prissättning behålls eller inte. Om fri prissättning behålls finns det en möjlighet för vårdgivarna att höja sina priser. Effekten av ett mer omfattande högkostnadsskydd är att minska patientutgifterna. Men vårdgivarna vet att det redan finns ett stort antal patienter som är villiga att betala för tandvård till dagens priser. Således finns möjligheten för dem att höja priserna till dess att patienternas utgifter är de samma som idag, och subventionen tillfaller i stället till stor del vårdgivarna. Alternativet är att fri prissättning tas bort eller modifieras. Detta skulle minska risken för en ökning av priserna enligt ovan beskrivet. Men det skulle också potentiellt minska svensk tandvårds möjlighet att erbjuda tandläkare och tandhygienister konkurrenskraftiga löner. Och det skulle öka risken att fler tandläkare utbildade i Sverige valde att söka sig till övriga Norden eller Europa för att arbeta likt situationen före fri prissättning infördes 1999. Minskad konkurrenskraft skulle även kunna leda till försämrad kvalitet på tandvården, minskat utrymme för utveckling av vården och utbildning av personalen samt en över lag försämrad patientupplevelse.

STRUKTUR FÖR HUR ANALYSEN PRESENTERAS

Resultatet av vår analys är uppdelad i tre delar och inkluderar samtliga effekter av ett mer omfattande högkostnadsskydd som beskrivits ovan. I kapitel 3.3 presenteras resultaten av den kvantitativa analysen av påverkan på patienternas utgift, antal patienter samt de offentliga utgifterna (Effekt 1, 2 och en av effekterna i tredje ledet). I kapitel 3.4 går vi igenom de effekter som vi analyserar kvalitativt: påverkan på tandhälsa, väntetider och personalens hälsa (Effekt 3 och 4). Slutligen, i kapitel 3.5, presenterar vi resultaten av vår kvantitativa analys av vad som skulle ske med resultaten om vi behåller respektive tar bort fri prissättning på tandvård..

SÅ HÄR HAR VI RÄKNAT

För att genomföra vår huvudsakliga analys har vi utgått från data som vi beställt från Försäkringskassan¹⁸. Denna data grupperar patienter baserat på referenspriset för deras tandvård (i 1 000 kronors-intervall), region och ålder. För respektive grupp har vi deras genomsnittliga vårdgivarutgift, genomsnittligt referenspris samt genomsnittligt allmänt och särskilt tandvårdsbidrag. Nedan presenterar vi övergripande hur vi använt dessa data för att göra vår analys. En utförlig genomgång av vårt tillvägagångssätt presenteras i Bilaga 1 – Metodbeskrivning.

1. Vi beräknar patienternas utgifter idag utan någon form av tandvårdsstöd.
2. Vi applicerar det nya högkostnadsskyddet på dessa utgifter samt inkluderar allmänt och särskilt tandvårdsbidrag. Resultatet är den offentliga utgiften samt patientutgiften med ett nytt system.
3. Vi beräknar förändringen i pris för patienterna mellan dagens system och med det nya högkostnadsskyddet för patienter med olika kostnader och i olika åldrar.
4. Baserat på data från Socialstyrelsen gör vi en uppskattning av behovet av olika sorters tandvård i olika åldersgrupper. Vi uppskattar att grupper som har ett relativt större behov av mer avancerad tandvård är mer priskänslig, och således mer påverkad av förändringar i deras utgift. Med hjälp av detta samt erfarenheter från tidigare reformer gör vi en uppskattning av priskänsligheten (elasticiteten) i olika åldersgrupper.
5. Baserat på gruppernas priskänslighet beräknar vi hur antalet patienter förändras utifrån hur deras kostnader förändras.¹⁹ Resultatet är uppskattningen av det nya antalet patienter.
6. Vi beräknar de ytterligare kostnader som dessa nya patienter tillför resultatet för patientutgift respektive offentlig utgift

3.3 Påverkan på kostnader och antalet patienter

Att införa ett nytt högkostnadsskydd enligt förslaget skulle enligt vår bedömning få stora konsekvenser på den offentliga utgiften för tandvårdsstöd, patienternas utgift och antalet patienter:

- **Den offentliga utgiften** för tandvårdsstöd skulle öka från 6,3 miljarder kronor till 13,6 miljarder kronor (en ökning med 115 procent). Den offentliga utgiften som andel av den totala kostnaden för tandvård skulle öka från 38 procent till 75 procent.
- **Patientutgiften** skulle minska från 10,4 miljarder kronor till 4,8 miljarder kronor (en minskning på 56 procent). Patienternas andel av de totala utgifterna för tandvård skulle minska från cirka 62 procent i dagsläget till 25 procent.
- **Antalet patienter** i tandvården skulle öka med cirka 200 000 (en ökning på 5,5 procent).

Ökningen av antalet patienter skulle vara relativt jämnt fördelad över landets regioner. Den procentuella ökningen av antalet patienter skulle vara störst i de äldre åldersgrupperna.

¹⁸ För en närmare beskrivning av den data vi samlat in se Bilaga 1 – Metodbeskrivning.

¹⁹ I Bilaga 2 – Känslighetsanalys presenterar vi hur förändringar i dessa antaganden om priskänslighet påverkar våra resultat.

ETT UTÖKAT HÖGKOSTNADSSKYDD INNEBÄR FLER PATIENTER SAMT EN FÖRDUBBLING AV DEN OFFENTLIGA UTGIFTEN FÖR TANDVÅRDSSTÖD

Att införa ett nytt högkostnadsskydd enligt förslaget skulle enligt vår bedömning innebära att antalet patienter ökade med cirka 200 000 (cirka 5,5 procent) och att den offentliga utgiften skulle öka med cirka 7,3 miljarder kr (cirka 115 procent). Den offentliga utgiften för tandvårdsstöd (allmänt och särskilt tandvårdsbidrag samt högkostnadsskydd) skulle således mer än fördubblas, från cirka 6,3 miljarder kronor per år idag till 13,6 miljarder kronor, se Tabell 3.

Tabell 3. Huvudresultat

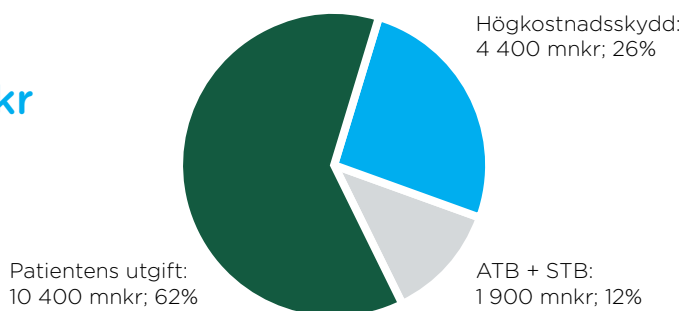
	Dagens högkostnadsskydd	Nytt högkostnadsskydd	Differens
Antal patienter	3 600 000	3 800 000	+200 000
Patientutgift	10,4 mdkr	4,6 mdkr	-5,8 mdkr
Offentlig utgift	6,3 mdkr	13,6 mdkr	+7,3 mdkr
varav ATB + STB	1,9 mdkr	2 mdkr	+0,1 mdkr
varav Högkostnadsskydd	4,4 mdkr	11,6 mdkr	+7,2 mdkr

NYTT HÖGKOSTNADSSKYDD ÄNDRAR FÖRDELNING AV UTGIFTEN FÖR TANDVÅRD

Vi beräknar att den totala utgiften för tandvård i dagsläget är cirka 16,7 miljarder kronor per år.²⁰ Av detta betalar patienterna cirka 10,4 miljarder kronor och 6,3 miljarder kronor täcks av det statliga tandvårdsstödet: 1,9 miljarder kronor av allmänt och särskilt tandvårdsbidrag och 4,4 miljarder kronor av högkostnadsskyddet.²¹ Detta innebär att cirka 38 procent av patienternas utgifter täcks av statligt tandvårdsstöd i dagsläget, se Figur 20.

Figur 20. Fördelning av tandvårdskostnad med dagens högkostnadsskydd (Rambolls beräkningar)

**Total kostnad för tandvård idag:
16,7 miljarder kr**



Ett nytt högkostnadsskydd där samtliga kostnader för vård med ett referenspris på över 1 200 kronor täcks till fullo skulle innebära att denna fördelning drastiskt förändras. Det mer omfattande högkostnadsskyddet minskar patienternas utgifter, och detta resulterar även i att fler väljer att söka tandvård. Vår bedömning är att den totala utgiften för tandvård stiger till 18,2 miljarder kronor (en ökning med cirka nio procent) – framför allt till följd av att vi beräknar att

²⁰Beräknat baserat på siffror från 2019. Av dessa 16,7 miljarder kronor är vår bedömning att cirka 14,6 miljarder kr består av referenspriset på vården, och 2,1 miljarder kr är kostnader för tandvård där vårdgivaren valt att ta ut ett pris som är högre än referenspriset. Detta motsvarar en prisökning med cirka 14 procent vilket är i linje med beräkningarna i SOU 2021:8 som finner att priserna i genomsnitt var 12 procent högre än referenspriserna 2019 (s. 29)

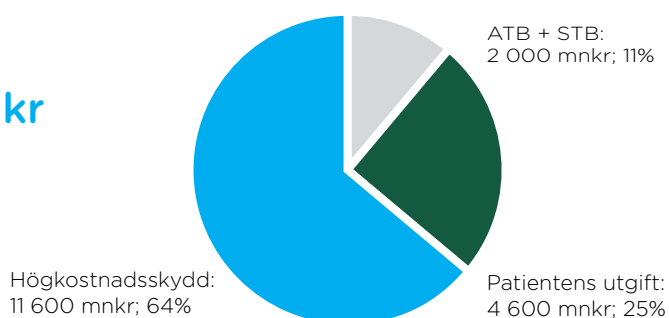
²¹ Dessa siffror är baserade på beräkningar som utgår från underlag från Försäkringskassan. Underlaget är beställt av Ramboll. På grund av sekretess är det inte möjligt att få ut siffror på individnivå. Därför finns det visst bortfall i dessa siffror jämfört med officiella siffror. Bortfallet är dock begränsat och påverkar inte resultat eller slutsatser som helhet

antalet patienter som söker vård skulle öka med 200 000.²² Av denna utgift står patienterna i detta scenario för 4,6 miljarder kronor – en minskning med 56 procent, trots att det totala antalet patienter ökar, se Figur 21. Det statliga tandvårdsstödet uppgår till 13,6 miljarder kronor: två miljarder kronor för allmänt och särskilt tandvårdsstöd (en ökning på cirka tio procent) och 11,6 miljarder kronor för högkostnadsskyddet (en ökning på 163 procent). Sammantaget ökar den statliga utgiften genom det nya högkostnadsskyddet med 7,3 miljarder kronor – från 6,3 miljarder kronor till 13,6 miljarder.

Figur 21. Kostnadsfördelning med nytt högkostnadsskydd

**Total kostnad
för tandvård:**

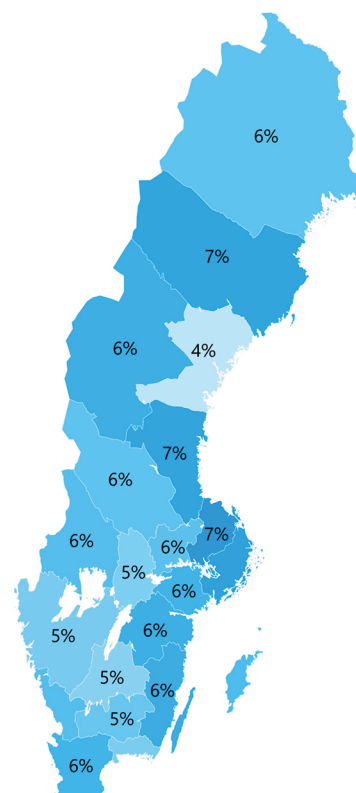
18,2 miljarder kr



ÖKNINGEN AV ANTALET PATIENTER ÄR STÖRST BLAND ÄLDRE, MED SMÅ REGIONALA SKILLNADER

Vi beräknar att införandet av ett mer omfattande högkostnadsskydd skulle innebära en ökning av antalet patienter med cirka 200 000 per år. Detta motsvaras av en ökning på mellan 4 och 7 procent av antalet patienter i respektive region. Den största ökningen av antalet patienter bedömer vi kommer att ske i Uppsala län (7,0 procent), följt av Stockholms län (6,7 procent) och Gävleborgs och Västerbotten län (6,6 procent). Den minsta ökningen bedömer vi kommer ske i Västernorrlands län (4,4 procent) och Jönköpings län (5,0 procent).

De regionala skillnaderna drivs huvudsakligen av åldersstrukturen på befolkningen i regionen. I en analys av vilken åldersgrupp de nya patienterna bedöms tillhöra är det tydligt att ökningen blir störst i de äldre åldersgrupperna, se Tabell 4. Störst är ökningen i åldersgrupperna över 65 år: Antalet patienter i dessa grupper väntas öka med 8 procent. Att ökningen är som störst i dessa grupper är inte förvånande. Ju äldre patienten blir, desto högre är besöksfrekvensen i tandvården (SOU 2021:8 vol. 1 s. 338). Äldre patienter väntas således ha större behov av mer avancerad (och därmed dyrare) tandvård. Därför blir kostnadsminskningen som störst inom dessa grupper, och den resulterande ökningen i antalet patienter blir följaktligen också störst.



²² Vi behandlar i denna analys den ökade efterfrågan av vård som en ökning i antalet patienter. En trolig effekt är dock att visst ökat behov kommer från redan existerande patienter som till följd av kostnadsminskningar väljer att konsumera mer tandvård än vad de annars skulle gjort. Detta är en effekt som är trolig, men mycket svår att bedöma storleken på.

Tabell 4. Förändring i antalet patienter, uppdelat på åldersgrupper

Ålder	24-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75+
Ökning	4,2%	4,5%	4,8%	5,4%	6,0%	8,0%	7,9%

3.4 Påverkan på väntetider och vårdpersonal

Det är mycket svårt att bedöma vilken effekt en ökning av antalet patienter skulle ha på väntetiderna i tandvården och på vårdpersonalen. Det finns två huvudanledningar till att det är svårt att genomföra en analys av detta: 1) Brist på data - vi har enbart lyckats erhålla data över väntetider från åtta regioner. Dessa innefattar enbart Folk tandvården och de varierar även i detaljnivå. 2) Enbart med hjälp av data är det inte möjligt att bedöma hur en region skulle hantera en ökning av antalet patienter - det ger endast en indikation. Analysen nedan ska således tolkas med försiktighet.

Vissa av de regioner där vi har data över väntetider är de regioner som kommer att se den största procentuella ökningen av antalet patienter i tandvården. Exempelvis Gävleborg, där antalet patienter, enligt vår analys, skulle öka med totalt 6,6 procent. Enligt uppgift från regionen kan väntetiden på olika former av mer avancerad vård, såsom bettfysiologi och käkkirurgi, uppgå till mellan sex och tolv månader (för ej akuta eller på annat sätt prioriterade fall²³). Vi bedömer att i genomsnitt kommer det antalet patienter som varje år efterfrågar sådana åtgärder i Gävleborg öka med cirka 3 500 - en ökning med cirka 2,7 procent²⁴. I Region Blekinge kan väntetiden på olika protetiska eller utbytesåtgärder vara mellan 12 och 48 månader. Vi bedömer att i genomsnitt ytterligare 135 patienter per år kommer efterfråga dessa typer av åtgärder i Blekinge - en ökning med 2,1 procent mot dagens efterfrågan.

Som ovan exemplifierat är det möjligt att koppla ökningar i antalet patienter till vissa regioner där vi har uppgifter om väntetider. Men det är inte möjligt att göra någon form av systematisk analys. Detta är enbart två exempel, och Gävleborg och Blekinge ska inte ses som representativa för övriga regioner (vare sig om vi har data för dem eller ej). Det är möjligt att ovan beskrivna ökning av efterfrågan på vård i respektive region skulle kunna innebära att väntetiderna blir längre. Men för att kunna säga något mer exakt hade en närmare analys av tandvården behövts inom respektive region. Det är även möjligt att ökningen av antalet patienter innebär en ökad stress och press på tandvårdspersonalen. För att undvika längre kötider kanske personalen upplever att de behöver arbeta mer eller upplever ökad press från chefer.

3.5 Resultat om fri prissättning tas bort eller behålls

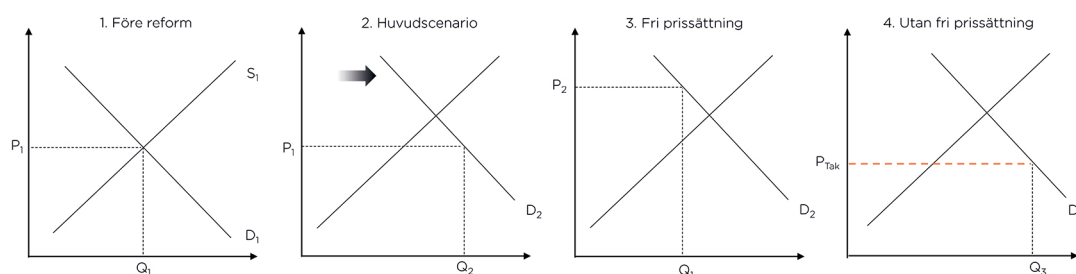
I analysen ovan har vi gjort antagandet att så väl referens- som vårdgivarpriserna är oförändrade efter införandet av ett nytt högkostnadsskydd. Detta behöver dock inte nödvändigtvis stämma. I och med att patienterna ser en stor kostnadsreduktion som resultat av det nya högkostnadsskyddet finns det en möjlighet för vårdgivarna att höja sina priser relativt kraftigt utan att patienternas utgifter blir lika höga som i dagsläget. För att undvika detta scenario är det möjligt att ta bort eller minska omfattningen av vårdgivarnas möjlighet till fri prissättning. Detta skulle i stället fungera som en till prisreduktion för patienterna och skulle ytterligare öka de offentliga utgifterna för tandvårdsstöd.

²³ Dessa kötider är enbart representativa för ej akut eller prioriterad vård. För akutvård är väntetiden under en månad för i princip samtliga typer av tandvård, oavsett region. Och för prioriterad vård (vård till patienter med någon form av förtur) är kötiderna i flera fall betydligt kortare än för övrig, ej prioriterad, tandvård

²⁴ Denna siffra skiljer sig från siffran på 6,6 procent då 6,6 är ökningen i antalet patienter i Gävleborg för all vård, medan denna siffra enbart är för en specifik typ av vård.

I Figur 22 illustrerar vi effekterna av ett nytt högkostnadsskydd med och utan fri prissättning med hjälp av fyra bilder. Vi antar att före reformen (bild 1. Före reform) är tandvårdsmarknaden i jämvikt: priset på tandvård (P_1) och antalet patienter (Q_1) ges där utbudet (S_1) möter efterfrågan (D_1). Det nya högkostnadsskyddet (bild 2. Huvudscenariot) fungerar som en exogen kostnadsminskning – förenklat kan vi se det som att priset för all tandvård minskar²⁵, vilket leder till att efterfrågan på tandvård ökar (från D_1 till D_2). I huvudscenariot (bild 2) för vår analys (resultaten som presenteras i kapitel 3.3) antar vi att vårdgivarpriset förblir oförändrat, vilket leder till en ökning av antalet patienter i tandvården (Q_2). Vid fri prissättning finns dock möjlighet för vårdgivarna att höja priserna (bild 3. Fri prissättning). Nedan antar vi att vårdgivarna var nöjda med att erbjuda tandvård i samma utsträckning som före reformen (Q_1), och de väljer således att höja priset till dess att antalet patienter återgått till denna nivå. Detta resulterar i priset P_2 , som är högre än priset före reformen, P_1 .²⁶ Utan fri prissättning försvinner denna möjlighet (bild 4. Utan fri prissättning). Om detta pristak (P_{Tak} , orange streckad linje) är tillräckligt lågt resulterar det i en ytterligare ökning av antalet patienter i tandvården (Q_3).

Figur 22. Förenklad modell för att visa påverkan på efterfrågan och pris på tandvård före reform (1), i huvudscenariot för vår analys (2), med fri prissättning (3) och utan fri prissättning (4).



För att illustrera effekterna på offentlig utgift, patientutgift och vårdgivarpriis med och utan fri prissättning gör vi i detta kapitel en enkel analys av extremscenarion: ett där vårdgivarna höjer priserna tills antalet patienter är detsamma som före reformen (bild 3), och ett där fri prissättning tas bort helt och hållet (bild 4). Dessa scenarion är dock inte realistiska av två huvudsakliga anledningar:

1. Den analyserade prisökningen är enbart hållbar om samtliga aktörer på marknaden höjer sina priser, och ingen ny aktör kommer in och sätter lägre priser. Om exempelvis Folk tandvården väljer att hålla sina priser konstanta blir det svårare (men fortfarande möjligt) för privata vårdgivare att höja sina priser. En risk för de privata aktörerna är att höjda priser leder till att fler väljer Folk tandvården.
2. En fullständig eliminering av fri prissättning är inte heller realistisk då även statlig tandvård i vissa regioner frångår referenspriserna. Detta kan bero på att driftkostnader för kliniker skiljer sig åt mellan regionerna och således finns behov av priser som är högre eller lägre än referenspriset.

För att göra en mer realistisk analys av effekterna på prissättning och antal vårdgivare hade det behövts en mer grundläggande marknadsanalys. Inom ramen för vårt uppdrag har vi dock inte möjlighet att genomföra en sådan analys. I stället väljer vi att exemplifiera effekterna i dessa två extremscenarion.

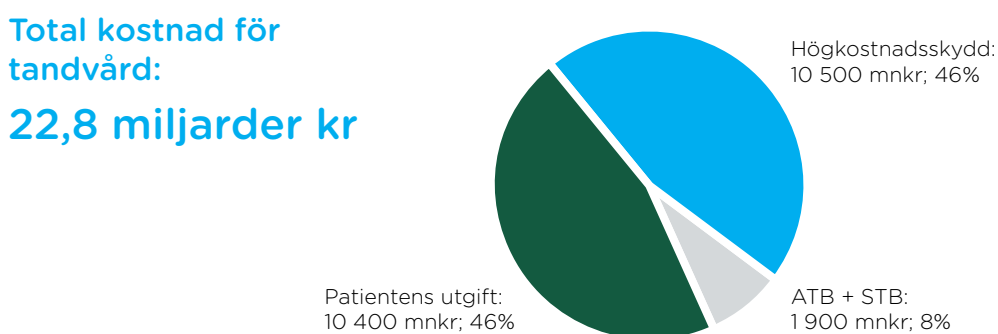
²⁵ Detta stämmer inte eftersom kostnaden för den billigaste tandvården inte förändras, men det övergripande resonemanget stämmer fortfarande

²⁶ Denna prisnivå är dock inte hållbar i längden. Det finns i denna situation starka incitament för nya aktörer att komma in på marknaden och sätta sina priser något under P_2 , och på så sätt ta över en stor del av marknaden.

EXTREMSCENARIO 1: KRAFTIG ÖKNING AV KOSTNADEN FÖR TANDVÅRD OM FRI PRISSÄTTNING BEHÅLLS

Om fri prissättning behålls finns det utrymme för vårdgivarna att höja sina priser. I detta extremscenario utgår vi från att vårdgivarna höjer sina priser till dess att patientantalet är det samma som idag och patientutgiften är lika stor som i dagsläget.²⁷ Vår bedömning är att med det nya högkostnadsskyddet skulle patienternas utgift uppgå till cirka 4,6 miljarder kronor. Men vårdgivarna vet att patienterna är villiga att sammanlagt betala upp till 10,4 miljarder kronor (det vill säga det som de redan betalar idag). I ett extremscenario är det således möjligt för vårdgivarna att höja sina priser till dess att patientutgiften når 10,4 miljarder kronor igen. Antalet patienter skulle då vara lika många som i dagsläget. Detta är möjligt eftersom högkostnadsskyddet enbart utgår från referenspriset. Och om vårdgivarna höjer sitt pris utöver referenspriset täcks det inte av högkostnadsskyddet. Resultatet skulle vara att lika många patienter som idag får samma vård som idag, till samma kostnad som idag. Den offentliga utgiften för tandvårdsstöd skulle dock vara lika hög som med det nya högkostnadsskyddet. Med andra ord skulle de totala kostnaderna för tandvård öka kraftigt genom att vårdgivarna väljer att öka sina priser, se Figur 23.

Figur 23. Fördelning av kostnader med fri prissättning



EXTREMSCENARIO 2: ATT AVSKAFFA FRI PRISSÄTTNING SKULLE ÖKA DEN OFFENTLIGA UTGIFTEN

För att undvika ett scenario enligt ovan skulle fri prissättning kunna tas bort. I vår modell behandlar vi detta som en ytterligare kostnadsänkning som tillkommer efter att det utökade högkostnadsskyddet införts. Resultatet skulle vara en ytterligare ökning av antalet patienter i tandvården med cirka 200 000, och en ökad kostnad med ytterligare cirka 1,3 miljarder kronor, se Tabell 5. Jämfört med dagens system innebär det en sammanlagd ökning av antalet patienter med totalt 400 000 (11 procent) (det vill säga med nytt högkostnadsskydd och utan fri prissättning) och den offentliga utgiften skulle öka med 8,6 miljarder kronor (137 procent).

²⁷ Detta scenario utgår från flertalet förenklande antagande: 1) Att patienterna inte bryr sig om vårdgivarpriset i sig, utan enbart vad de betalar; 2) Inga nya aktörer kommer in på marknaden och sätter lägre priser än i dagsläget i syfte att locka en andel av patienterna; 3) Vårdgivarna är nöjda med antalet patienter som de har i dagsläget.

Tabell 5. Resultat utan fri prissättning

	Nytt högkostnadsskydd	Utan fri prissättning	Differens
Antal patienter	3 800 000	4 000 000	+200 000
Patientutgift	4,6 mdkr	2,4 mdkr	-2,2 mdkr
Offentlig utgift	13,6 mdkr	14,9 mdkr	+1,3 mdkr
varav ATB + STB	2 mdkr	2,1 mdkr	+0,1 mdkr
varav Högekostnadsskydd	11,6 mdkr	12,8 mdkr	+1,2 mdkr

Att ta bort fri prissättning skulle även ha viss påverkan på hur kostnaderna fördelas mellan olika aktörer, se Figur 24. Patienternas kostnad skulle nu endast uppgå till 2,4 miljarder kronor (en minskning med 75 procent från dagsläget) – motsvarande 14 procent av den totala utgiften för tandvård. Statliga subventioner skulle således täcka 86 procent av patienternas utgifter, totalt 14,9 miljarder kronor..

Figur 24. Fördelning av kostnader utan fri prissättning



3.6 Kvalitetssäkring av offentligfinansiella effekter med hjälp av FASIT

Effekterna av ett utökat högkostnadsskydd har utretts inom ramen för andra rapporter och analyser: beräkningar har gjorts inom ramen för statens offentliga utredningar (SOU 2021:8 vol. 1, 2021) samt Riksdagens utredningstjänst, RUT, (Dnr 2022:701). I detta kapitel jämför vi resultaten från dessa rapporter med våra resultat samt med resultaten av en analys där vi replikerar metoderna som använts för dessa utredningar. Beräkningarna inom ramen för SOU 2021:8 och RUT 2022:701 bygger på analysverktyget FASIT. FASIT är en avancerad statistisk modell som används för att beräkna effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfererings-systemen på både den enskilda individen och de offentliga finanserna.²⁸ Genom att replikera beräkningarna med FASIT är det även möjligt att analysera vilken effekt olika antaganden som gjorts i föregående utredningar har haft för resultat.

²⁸ FASIT-modellen ger en överblick över den ekonomiska situationen för olika grupper i samhället, inklusive arbetsinkomster, skatter, bidrag och andra transfereringar till disponibel inkomst. Det möjliggör att bedöma hur enskilda individer påverkas av olika politiska förändringar samtidigt som dess förmåga att bedöma budgeteffekter för staten och kommunerna gör den till ett användbart verktyg för att utvärdera olika politiska åtgärder och ekonomiska prognoser.

I Tabell 6 presenteras resultaten från vår analys av effekterna av ett utökat högkostnadsskydd med hjälp av FASIT samt resultaten från RUT-rapporten. I detta fall har vi utgått från 2020 som basår för analysen, vilket är samma som i RUT-rapporten. Vi kan se att vi kan återskapa närmast identiska resultat som i RUT-rapporten för de väntade offentligfinansiella kostnaderna 2023, 2024 och 2025.

Tabell 6. Replikering av RUT-rapportens beräkningar av de offentligfinansiella effekterna av att införa högkostnadsskydd över 1 200 kronor per kalenderår för svenska medborgare över 23 år

Not: Samma grundantaganden har använts för att beräkna de offentligfinansiella effekterna som i RUT-rapporten. De offentligfinansiella effekterna indikerar skillnaden i offentligfinansiella kostnader vid införandet av ett högkostnadsskydd över 1 200 kronor per kalenderår för svenska medborgare över 23 år. -6,87 mdkr betyder alltså en ökning av de offentligfinansiella kostnaderna med 6,87 miljarder kronor.

Basår	Rambolls analys med FASIT			Riksdagens utredningstjänst		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Modellår						
Offentligfinansiella effekter	-6,87 mdkr	-7,20 mdkr	7,44 mdkr	-6,90 mdkr	-7,20 mdkr	-7,50 mdkr

Att använda 2020 som basår innebär dock troligtvis att effekterna av att införa ett nytt högkostnadsskydd underskattas. Coronapandemin innebär troligtvis att individer valde att undvika att söka tandvård för icke-akuta ingrepp i större utsträckning än andra år. Genom att replikera analysen ovan men med 2019 respektive 2021 som basår är det möjligt att bekräfta detta antagande. I Tabell 7 ser vi att om vi använder antingen 2019 eller 2021 som basår ökar de förväntade offentligfinansiella effekterna av ett utökat högkostnadsskydd kraftigt. Således bekräftar denna analys RUT-rapportens hypotes att de troligtvis underskattar de offentligfinansiella effekterna (Dnr 2022:701).

Tabell 7. FASIT-beräkningar av de offentligfinansiella effekterna år 2023, 2024 och 2025 av att införa högkostnadsskydd över 1 200 kronor per kalenderår för svenska medborgare över 23 år för tre olika basår (2019, 2020 och 2021)

Not: Grundantaganden för beräkningarna är desamma som i FASIT version 2, urval star för basåren 2019 och 2020. För basåret 2021 används FASIT version 1, urval star, eftersom version 2 ännu inte finns tillgänglig för detta år. Modellåret 2025 finns inte tillgängligt för basåret 2019. I våra beräkningar använder vi version 2 för 2019 och version 1 för 2021 (då version 2 ännu inte finns tillgänglig). Det finns dokumentation som beskriver förändringarna mellan versionerna för respektive år, men denna dokumentation ger endast information om att vissa parametrar har ändrats eller att det har skett lagändringar. Det är således inte fullständigt klart hur dessa förändringar påverkar de offentligfinansiella effekterna av högkostnadsskyddet, men en övergripande analys tyder på att skillnaderna är små.

Basår	Rambolls analys med FASIT								
	2019		2020			2021			
Modellår	20203	2024	2023	2024	2025	2023	2024	2025	
Offentligfinansiella effekter	-7,35 mdkr	-7,58 mdkr	-6,87 mdkr	-7,20 mdkr	-7,44 mdkr	-7,27 mdkr	-7,71 mdkr	-8,17 mdkr	

Vid en jämförelse av våra beräkningar av de offentligfinansiella effekterna av högkostnadsskyddet med beräkningarna med hjälp av FASIT framgår det att våra uppskattningar är konservativa, se Tabell 8. Våra beräkningar utgår från data från 2019 och baserat på dessa uppgifter uppskattar vi att den totala offentligfinansiella kostnaden blir 7,3 miljarder kronor större med ett nytt högkostnadsskydd. Detta är i linje med resultaten när vi gör motsvarande beräkningar med hjälp av FASIT. Med data från 2019 är kostnadsökningen 7,35 miljarder kronor; med data från 2020 är kostnaden 6,87 miljarder kronor, och 7,27 miljarder kronor med 2021 som basår. På grund av begränsningar i modellen tar inte FASIT hänsyn till att en minskning i pris kan påverka antalet patienter i tandvården. Om en sådan ökning i patientantal kunde inkluderas hade de offentligfinansiella kostnaderna beräknade med FASIT troligtvis blivit ännu större.²⁹

Tabell 8. Jämförelse av de offentligfinansiella effekterna av att införa högkostnadsskydd över 1 200 kronor per kalenderår för svenska medborgare över 23 år mellan FASIT och Rambolls beräkningar

Modellår	Rambolls analys med FASIT			Rambolls egen modell
	Basår 2019	Basår 2020	Basår 2021	Högkostnadsskydd (dynamiskt)
Offentligfinansiella effekter	-7,35 mkr	-6,87 mkr	-7,27 mkr	-7,30 mkr

²⁹ Som jämförelse är resultaten från vår modell en offentligfinansiell kostnadsökning på cirka 6 miljarder kronor utan hänsyn till en ökning av antalet patienter. Med ökningen av antalet patienter inräknat (cirka 200 000 i vår modell) ökar den offentliga utgiften till över 7 miljarder kr

4. Slutsatser och alternativa policyåtgärder

4.1 Högkostnadsskyddet möter inte utmaningarna

Vårt huvudresultat, se kap 3.3, innebär en ökning av det statliga tandvårdsstödet med 7,3 miljarder kronor per år och omkring 200 000 nya patienter. Denna kostnad kan jämföras med:

- Kostnaden för att finansiera en femårig **utbildning** på tandläkarprogrammet för **4 400 individer**.³⁰ I Sverige utfärdades mellan 2012 och 2021 i genomsnitt 254 tandläkarlegitimationer per år (totalt 2 539 under hela perioden) (Socialstyrelsens statistikdatabas).
- **Lönekostnaden** för **10 000** tandläkare under ett år.³¹ Detta är 1 000 fler än antalet tandläkare (inklusive specialisttandläkare) som var sysselsatta i Sverige 2020 (Socialstyrelsens statistikdatabas)

Det föreslagna högkostnadsskyddet kan förse delar av befolkningen med ekonomisk stöttning och göra tandvården mer tillgänglig utifrån ett privatekonomiskt perspektiv. Det kan möjligtvis också minska tandvårdssystemets komplexitet utifrån patientens perspektiv eftersom dess struktur är detsamma i annan vård, vilken är bekant för många.

Högkostnadsskyddet kommer dock inte att göra tandvården mer tillgänglig utifrån ett praktiskt perspektiv. Det hinder som bristen på personal, och den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal över landet, innebär kommer fortsatt att diktera tillgängligheten på många platser runt om i Sverige, oavsett individens privatekonomiska situation. Eftersom det föreslagna högkostnadsskyddet innebär en lägre förväntad kostnad för patienten kan den ökade efterfrågan tvärtom leda till en än mer ansträngd tandvård. Det bidrar inte till att minska tandvårdssystemets komplexitet för andra aktörer än patienten, och inte heller till att lösa andra underliggande faktorer än ekonomiska som innebär till att personer inte tar del av tandvården. Den ojämna fördelningen mellan olika sektorer påverkas inte heller av högkostnadsskyddet, däremot kan implementeringen påverka marknadens struktur beroende på om prissättningen är fri eller inte.

Sammanfattningsvis anser vi att även om det föreslagna högkostnadsskyddet kan erbjuda ekonomiska lättnader till vissa patienter, utgör det inte en omfattande lösning på bristerna och bristen på tandvårdspersonal i landet. Det finns därför en risk att åtgärden kan förvärra belastningen på tandvården i stället för att mildra den, och att den ökade offentliga utgiften skulle kunna användas mer effektivt genom att finansiera policyåtgärder som mer precist tar itu med utmaningarna i tandvården.

4.2 Policyförslag som möter utmaningarna

Tandvården är inte isolerad från allmänna utmaningar och förändringar i samhället. Det innebär att tandvården delar många av sina utmaningar med andra viktiga samhällsfunktioner. Det innebär i sin tur att branschspecifika åtgärder inte nödvändigtvis kommer att lösa problem men de kan hjälpa branschen att möta utmaningarna. Förutsättningarna förändras hela tiden och en kontinuerlig utveckling av branschen är därför nödvändig för att stå rustad inför framtiden.

³⁰ Baserat på uppskattning från 2014 att kostnaden för att utbilda en tandläkare är cirka 1 660 000 kr. (SACO, 2015)

³¹ Baserat på uppskattning om att medianlönen för en allmäntandläkare 10 år efter examen ligger på ca 45 250 kr per månad och inklusive arbetsgivaravgift 31,42 procent. (SACO, 2020)

I det här avsnittet lyfter vi utmaningar som Sveriges tandvårdssystem står inför och föreslår policy som möter dem. För det första föreslår vi tre åtgärder för att öka antalet tandläkare och tandhygienister samt öka möjligheterna för en tillgänglig tandvård. För det andra föreslår vi tre åtgärder för att säkerställa en rättvis fördelning av resurser inom tandvårdssystemet. Slutligen föreslår vi tre åtgärder för att öka kunskapen om tandvårdssystemet. Följande föreslagna policies kan hjälpa Sverige att skapa ett mer hållbart, rättvist och tillgängligt tandvårdssystem. Innan implementering bör alla åtgärder dock genomgå grundliga utredningar och konsekvensbedömningar, det omfattas inte av den här rapporten.

4.2.1 Säkrad kompetensförsörjning

Som beskrivs i kapitel 2.2 står tandvården inför en utmaning i form av brist på tandvårdspersonal och ett varierande utbud av tandvård över landet på grund av en ojämn fördelning av tandvårdspersonal. Tandhälsan riskerar att påverkas negativt om tillgång till grundläggande och avancerad tandvård saknas.

För att hantera utmaningen föreslår vi tre åtgärder som syftar till att öka antalet tandläkare och tandhygienister i Sverige och säkerställa god tillgänglighet till tandvård i alla svenska regioner. Rekommendationerna riktar sig till lärosätena, regionerna och regeringen.

- Utöka finansiering och antal utbildningsplatser för tandhygienistutbildningen
- Utöka antalet utbildningsplatser för tandläkarutbildning
- Inför en statlig stimulanspeng för tjänster i glesbygd

För att genomföra åtgärderna krävs att regeringen tilldelar fler utbildningsplatser och säkerställer utbildningarnas finansiering samt erbjuder stimulanspengar för tandvårdstjänster i underbetjänade regioner. Konsekvenserna av dessa åtgärder skulle troligen innebära en minskning av bristen på tandvårdspersonal, förbättrad tillgänglighet till tandvård i glesbefolkade områden och en fortsatt god tandhälsa.

UTÖKA FINANSIERING OCH ANTAL UTBILDNINGSPLATSER FÖR TANDHYGIENISTUTBILDNINGEN

För att förbättra tandhälsan i Sverige behövs fler tandhygienister som kan arbeta förebyggande och utföra mindre behandlingar. Därför är det viktigt att säkerställa att utbildningen är tillräckligt finansierad. Fler tandhygienister skulle också kunna bidra till att minska trycket på tandläkare, vilket skulle kunna leda till kortare väntetider och en mer tillgänglig tandvård för patienterna.

UTÖKA ANTALET UTBILDNINGSPLATSER FÖR TANDLÄKARUTBILDNINGEN OCH BREDDA DEN GEOGRAFISKA SPRIDNINGEN AV PRAKTIKPLATSER I LANDET

För att möta den ökande efterfrågan på tandvård behöver antalet utbildade tandläkare öka. Genom att utöka antalet lärosäten och praktikplatser på mindre orter, kan rekryteringen av tandvårdspersonal förenklas i hela landet. Det är därför viktigt att fortsätta att utveckla tandvårdsutbildningarna på olika platser i landet för att möta den ökande efterfrågan på tandvård och förbättra allmänhetens hälsa. Praktikertjänst har tidigare gjort bedömningen att det finns flera fördelar med att nya tandvårdsutbildningar öppnar på mindre orter. Initiativet från Region Jönköping är ett bra exempel där nya utbildningsplatser kombineras med praktik på mindre orter ute i regionerna

UTRED EN STATLIG STIMULANSPENG FÖR TJÄNSTER I GLESBYGD

Tandvården brottas med stora rekryteringsbehov, framför allt utanför de större orterna. Utred därför ett bastjänstgöringsår för tandläkare och komplettera det med ett statligt bidrag som är högre i glesbygd och i de delar av storstäderna som det är svårt att rekrytera personal till.

4.2.2 Ändamålsenlig fördelning av resurser

Tandvården står inför utmaningar som beror på en ojämn fördelning av resurser. I kapitel 2.4 beskrivs hur patientgrupper fördelas ojämnt mellan olika vårdgivare. Privata vårdgivare väljer ofta att inte erbjuda tjänster till barn och unga, eftersom det är olönsamt. Det innebär en belastning på Folktandvården. Situationen resulterar i begränsad kapacitet för vuxna patienter som i vissa fall kan ha ett större tandvårdsbehov än unga personer. I kapitel 2.3 beskrivs hur vissa grupper inte tar del av tandvården i samma utsträckning som andra.

För att lindra bördan för Folktandvården, säkerställa att grupper med stora och dyra tandvårdsbehov har råd med vård, och balansera fördelningen av patienter mellan vårdgivare föreslår vi tre åtgärder till regeringen

- Öka resurserna för barn- och ungdomstandvård
- Överväga skräddarsytt högkostnadsskydd för personer över 65 år
- Ta bort avgiftsfri tandvård för 20 till 23-åringar

Regeringen behöver agera för att besluta om finansiering av barn- och ungdomstandvård, ta bort avgiftsfri tandvård för 20 till 23-åringar och införa riktat högkostnadsskydd för patienter med omfattande och kostsamma tandvårdsbehov. De potentiella konsekvenserna av dessa politiska åtgärder inkluderar en mer rättvis fördelning av patientgrupper, förbättrad kapacitet för vuxna patienter inom det offentliga tandvårdssystemet och bättre tillgång till vård för äldre individer med betydande tandvårdsbehov. En potentiell risk är att grupper eller individer med stort vårdbehov som är yngre än 65 år fortsatt inte har råd med nödvändiga men dyra tandvårdsåtgärder. Detta kan exempelvis omfatta personer som migrerat från områden med begränsad eller ingen tillgång till tandvård och begränsad tillgång till grundläggande tandhygien.

ÖKA RESURSERNA TILL BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRDEN

Barn- och ungdomstandvården är viktig för att förebygga tandproblem och säkerställa god tandhälsa på lång sikt. I majoriteten av regionerna går barn- och ungdomstandvården med förlust. Den är underfinansierad för både privata vårdgivare och Folktandvården, men får konsekvenser särskilt för Folktandvården som hanterar 86 procent av barn- och ungdomstandvården och som har ett ansvar att förse barn och ungdomar upp till 24 år med tandvård. Den fasta ersättningen behöver kompletteras med en åtgärdsbaserad ersättning för barn och unga med stora tandvårdsbehov.

ÖVERVÄG ETT ANPASSAT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR INDIVIDER ÖVER 65+

Äldre personer som ofta har mer avancerade tandproblem kan behöva betala höga kostnader för sin tandvård. Ett anpassat högkostnadsskydd för äldre personer skulle kunna bidra till att göra tandvården mer tillgänglig och ekonomiskt överkomlig för denna grupp. Ett sådant högkostnadsskydd skulle kunna ta hänsyn till de specifika tandvårdsbehoven hos äldre personer, som exempelvis behov av tandimplantat eller andra avancerade tandbehandlingar som kan vara nödvändiga för att bibehålla en god munhälsa och livskvalitet. Genom att utforma högkostnadsskyddet på ett sätt som uppmuntrar till förebyggande vård och tidig upptäckt av problem, skulle man kunna uppnå både god tandhälsa och ekonomisk hållbarhet.

SLOPA FRI TANDVÅRD FÖR 20 TILL 23-ÅRINGAR

I linje med utredningen SOU 2021:8 föreslår vi att den fria tandvården för åldern 20 till 23 tas bort. Den nuvarande åldersgränsen för avgiftsfri tandvård stämmer inte överens med principen om att den med störst behov ska ges företräde till tandvården. Åldersgränsen ökar regionernas åtagande på ett sätt som riskerar att leda till undanträngningseffekter och kapacitetsbrist, vilket försvårar regionernas förutsättningar att erbjuda tandvård till patienter med större behov.

4.2.3 Kunskapshöjande insatser

Det finns utmaningar som är relaterade till bristande kunskap om tandvårdssystemet. I kapitel 2.1 beskriver vi utmaningen att tandvårdssystemet är komplext och att det kan vara utmanande att tolka förordningar, och i kapitel 2.3 beskriver vi hur vissa grupper inte nyttjar tandvården i samma utsträckning som andra grupper. Detta kan bero på att allmänhetens kunskap om tandvårdssystemet är begränsad och att fler hade valt att söka tandvård om de var medvetna om de möjligheter till finansiellt stöd som finns.

För att öka kunskapen bland tandvårdens olika aktörer föreslår vi tre åtgärder.

- Höj kunskapen från högsta förvaltningsnivå om tandvårdssystemet
- Förtydliga vilket ansvar tandvårdskliniker har att informera om hur tandvårdssystemet fungerar
- Genomför riktade insatser mot geografiska områden där efterfrågan på tandvård är särskilt låg

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att kontinuerligt analysera utmaningar inom tandvård och utvecklingen av tandvårdsmarknaden. Denna uppgift kan utföras i samarbete med organisationer som Nationella Vårdkompetensrådet³². De potentiella konsekvenserna av dessa politiska åtgärder inkluderar ökad kunskap om tandvårdssystemet på både lednings- och patientnivå, förbättrad kommunikation mellan tandvårdskliniker och patienter samt förbättrad tillgänglighet till tandvård i underbetjänade områden.

INVESTERA I ATT BYGGA KUNSKAP OM TANDVÅRDSSYSTEMET BLAND BESLUTFATTARE

För att fatta välgrundade beslut om tandvården behöver beslutsfattare på alla nivåer ha en god förståelse för hur tandvårdssystemet fungerar och vilka utmaningar som finns. Det är därför viktigt att höja kunskapen från högsta förvaltningsnivå, inklusive Regeringskansliet, om tandvårdssystemet och dess regler och förmåner. Detta kan bidra till att skapa en mer effektiv och hållbar tandvård, där beslut fattas utifrån en välgrundad förståelse för tandvårdssystemet.

FÖRTYDLIGA VILKET ANSVAR TANDVÅRDSKLINIKER HAR ATT INFORMERA OM HUR TANDVÅRDSSYSTEMET FUNGERAR

En av utmaningarna i tandvården är bristen på kunskap och förståelse hos patienter om hur tandvårdssystemet fungerar. Detta kan leda till missförstånd och felaktig information, vilket i sin tur kan påverka patienternas val och deras förmåga att ta hand om sin tandhälsa på rätt sätt. Det är därför viktigt att förtydliga tandvårdsklinikernas ansvar för att informera patienterna om tandvårdssystemet och dess olika regler och förmåner. Det ligger i linje med utredningens förslag att vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs. En möjlig åtgärd är att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett enkelt kunskapsunderlag som kan användas av tandvårdskliniker för att informera patienter.

³² Det Nationella Vårdkompetensrådets övergripande uppdrag är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården och tandvården (Nationella Vårdkompetensrådet, 2023).

GENOMFÖR RIKTADE INSATSER MOT GEOGRAFISKA OMRÅDEN DÄR EFTERFRÅGAN PÅ TANDVÅRD ÄR SÄRSKILT LÅG

För att lyckas med detta är det viktigt att förstå patienternas beteende och vad som påverkar deras beslut att söka tandvård. En möjlig åtgärd är att identifiera lämpliga avsändare för budskap om vikten av tandvård. Detta kan innebära att tandvården samarbetar med personer och organisationer som patienterna litar på och som har en stark koppling till samhället i det specifika området. För att genomföra dessa insatser behöver det finnas en god samverkan mellan tandvårdsaktörer, kommuner och andra organisationer som verkar inom området. Det är också viktigt att kommunicera budskapen på ett sätt som är lättillgängligt och begripligt för patienterna. Det kan också vara lämpligt att utvärdera och följa upp insatserna för att säkerställa att de leder till ökad efterfrågan på tandvård och förbättrad munhälsa.

Referenser

1177. (den 10 mars 2022). Stöd om du inte har råd med tandvård. Hämtat från 1177:
<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/kostnader-och-ersattningar-inom-tandvard/om-du-inte-har-rad-med-tandvard/>
- Antemar, G., & Selin, J. (2012). Tandvårdsreformen 2008 - når den alla? Stockholm: Riksrevisionen.
- Arbetet. (den 21 mars 2023). Tandsköterskor lämnar yrket och gör uppror mot låga löner - "Värsta valet i mitt liv". Hämtat från <https://arbetet.se/2023/03/21/tandskotare-lamnar-yrket-och-gor-uppror-mot-laga-loner-varsta-valet-i-mitt-liv/>
- Englund, U., & Jonsson, A. (2022). Tandvårdsrapporten - hur mår egentligen den svenska tandvården? Stockholm: Praktikertjänst.
- Folkhälsomyndigheten. (2022). Nationella Folkhälsoenkäten.
- Försäkringskassan. (den 3 november 2022). Missa inte ditt tandvårdsbidrag. Hämtat från Missa inte ditt tandvårdsbidrag: <https://www.tandlakare.se/tandvard/tandvardsstod/>
- Försäkringskassan. (den 3 november 2022). Tandvårdsstöd. Hämtat från Försäkringskassan.se: <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/tandvard/tandvardsstod>
- Försäkringskassan. (den 3 november 2022). Tandvårdsstöd. Hämtat från Tandvårdsstöd: <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/tandvard/tandvardsstod>
- Försäkringskassan. (den 29 november 2022). Vilka nyttjar statligt tandvårdsstöd? Hämtat från Vilka nyttjar statligt tandvårdsstöd?: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistik-om-tandvardsstod/vilka-nyttjar-statligt-tandvardsstod>
- Försäkringskassan. (den 12 januari 2023). Antal personer som har använt allmänt tandvårdsbidrag.
- Geoapify. (2023). Hämtat från <https://www.geoapify.com/>
- IFS. (2016). Rapport 2016: 11 Omfördelning inom tandvårdsstödetshöstkostnadsskydd. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2022). Tala om tänder.
- Nationella Vårdkompetensrådet. (2023). Nationella vårdkompetensrådets verksamhetsplan för 2023. Hämtat från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/globalassets/radets-verksamhetsplan/nationella-varldkompetensradets-verksamhetsplan-2023.pdf>
- Pensionsmyndigheten. (2022). Varför finns det fattiga pensionärer - vilka är de och hur kan de bli färre? Hämtat från <https://www.pensionsmyndigheten.se/content/dam/pensionsmyndigheten/blanketter---broschyrer---faktablad/publikationer/rapporter/2022/Varfor-finns-det-fattiga-pensionarer.pdf>

- Privattandläkarna. (2022). Branschrapport 2022. Stockholm: Privattandläkarna.
- Regeringen. (2002). Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. Stockholm: Regeringens proposition 2001/02:51.
- Region Stockholm. (2022). Tandvårdsstöd med intyg om F-tandvård. Hämtat från Vårdgivar-guiden: <https://vardgivarguiden.se/avtal/tandvard/tandvardsstod-med-f-kort/>
- Riksdagens utredningstjänst. (u.d.). Dnr 2022:701.
- Riksrevisionen. (2012). 2012:12 Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?
- SACO. (2015). Vad kostar en akademiker? Hämtat från <https://www.saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2015-vad-kostar-en-akademiker.pdf>
- SACO. (2020). Lönar sig högre utbildning? Livslönerapport 2020. Hämtat från https://www.saco.se/globalassets/saco/dokument/rapporter/2020_lonar-sig-hogre-utbildning.pdf
- SACO. (u.d.). Jämför löner för olika utbildningar. Hämtat från SACO: <https://www.saco.se/studieval/jamfor-loner/>
- SCB. (2022). Antal sökande per plats till yrkeshögskolan efter kön, utbildningens inriktning och år. Hämtat från SCB.
- SCB. (den 8 april 2022). Tätorter i Sverige. Hämtat från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/miljo/tatorter-i-sverige/>
- SCB. (u.d.). Statistiska Centralbyrån. Hämtat från Fördelningsanalytiskt statistiksystem för inkomster och transfereringar (FASIT): <https://www.scb.se/he0106> den 20 april 2022
- Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för tandvård. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-9-7549.pdf>
- Socialstyrelsen. (den 6 oktober 2022). Statistik om tandhälsa. Hämtat från Statistik om tandhälsa: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/tandhalsa/>
- Socialstyrelsen. (den 6 oktober 2022). Statistikdatabas för tandhälsa.
- Socialstyrelsen. (2023). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2023.
- Socialstyrelsens statistikdatabas. (u.d.).
- SOU 2021:8 vol. 1. (2021). När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Svenskt Kvalitetsindex . (2023). SKI Tandvård 2023.
- Sveriges Riksdag. (2000). Kommittédirektiv 2000:65, Samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SVT. (den 20 oktober 2022). Så vill de nya styrande partierna lösa tandvårdskrisen i Norrbotten. SVT Nyheter. Hämtat från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/norrbotten/sa-vill-partierna-losa-tandvardskrisen-i-norrbotten>

Tandläkartidningen.se. (den 14 oktober 2020). Tandläkare dras till Stockholm och Västra Götaland. Hämtat från Tandläkare dras till Stockholm och Västra Götaland: <https://www.tandlakartidningen.se/nyhet/tandlakare-dras-till-stockholm-och-vastra-gotaland/>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (den 15 augusti 2022). Tandvårdsmarknaden i Sverige. Hämtat från Tandvårdsmarknaden i Sverige: <https://www.tlv.se/tandvard/tandvardsmarknaden.html>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2023). Jämför priser på tandvård. Hämtat från Tandpriskollen: <https://tandpriskollen.se/?at=location&t=P1>

Tandvårds- och läkemedelsverket. (2020). Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009-2019. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsverket.

Tidningen Vision. (den 27 februari 2023). Lönen höjs 9 procent för tandsköterskor. Tidningen Vision. Hämtat från <https://vision.se/tidningenvision/arkiv/2023/nr2/efter-loneuppoppet-nu-far-tandskoterskorna-mer/>

Tidningen Vision. (den 27 februari 2023). Varannan tandsköterska vill byta jobb - låg lön orsak. Hämtat från <https://vision.se/tidningenvision/arkiv/2023/nr2/varannan-tandskoterska-vill-byta-jobb-lag-lon-orsak/>

Unionen. (2021). § 6 Lägsta lön. i Löner bransch Tandvård. Hämtat från <https://www.unionen.se/kollektivavtal/1111-loneavtal-varforetagarna-tandlakarmottagningar-2021-02-01-2023-06-30#%C2%A7-6-L%C3%A4gsta-l%C3%B6n-99461>

Universitets- och högskolerådet. (den 9 mars 2023). Tjänar du på att läsa vidare? Hämtat från Studera.nu: <https://www.studera.nu/att-valja-utbildning/studievagledning/tjanar-du-pa-att-lasa-vidare/>

Yrkeshögskolan. (u.d.). Hitta utbildning. Hämtat från Yrkeshögskolan: <https://www.yrkeshogskolan.se/hitta-utbildning/sok/pages/0-1?add=1&area=all&sort=relevance&query=tandsk%C3%B6terska>

Bilaga 1 – Metodbeskrivning

I denna bilaga beskriver vi detaljerat hur vi gått till väga för att ta fram de resultat som presenterats i kapitel 3. För att beräkna effekterna av ett nytt högkostnadsskydd har vi utvecklat en Excel-modell. I denna bilaga kommer vi att presentera den data som vi använt för analysen, samt beskriva hur beräkningsmodellen fungerar.

DATAUNDERLAG

För att beräkna effekterna av ett nytt högkostnadsskydd har vi använt oss av data som vi beställt från Försäkringskassan. Dataunderlaget presenteras övergripande i Tabell 9. Det hade varit idealt att ha data på individnivå. Men på grund av sekretessbegränsningar är det inte möjligt för icke-offentliga aktörer att få ut sådan information. Således behöver dataunderlaget aggregeras. Vi valde att aggregera genom att skapa grupper baserat på:

- Åldersgrupp
- Region
- Referenspris³³

Detta gjorde att vi fick tillräckligt finfördelade grupper för att göra en trovärdig analys uppdelat på region och ålder. Men inte för finfördelat för att alltför många celler blev maskade på grund av sekretesskäl.

För dessa grupper bad vi om att få ut det genomsnittliga referenspriset, det genomsnittliga vårdgivarpriset minus tandvårdsstöd (det vill säga patientens faktiska utgift, efter subvention för allmänt och särskilt tandvårdsbidrag samt högkostnadsskydd), samt genomsnittligt allmänt och särskilt tandvårdsbidrag.

Tabell 9. Databeställning från Försäkringskassan

Kategori	Data
År	2019
Antal individer	[Antal individer per Åldersgrupp, Region och Referenspris]
Åldersgrupp	24-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-64, 65-74, 75+
Referenspris	0-1199 , 1200-1999, 2000-2999, 3000-3999, 4000-4999, 5000-5999, 6000-6999, 7000-7999, 8000-8999, 9000-9999, 10000-10999, 11000-11999, 12000-12999, 13000-13999, 14000-14999, 15000-17499, 17500-19999, 20 000+
Region	[Region]
Genomsnittligt referenspris	[Genomsnittligt referenspris per grupp]
Genomsnittligt vårdgivarpris minus tandvårdsstöd	[Genomsnittligt vårdgivarpris per grupp]
Genomsnittligt allmänt tandvårdsbidrag	[Genomsnittligt ATB per grupp]

³³ Anledningen till att vi valt att ha ett intervall som är 0-1199 är för att det skulle matcha bättre mot hur det nya högkostnadsskyddet föreslås fungera. På detta sätt kunde vi garantera att samtliga i denna grupp skulle ha ett referenspris som innebar att de inte täcks alls av det nya högkostnadsskyddet

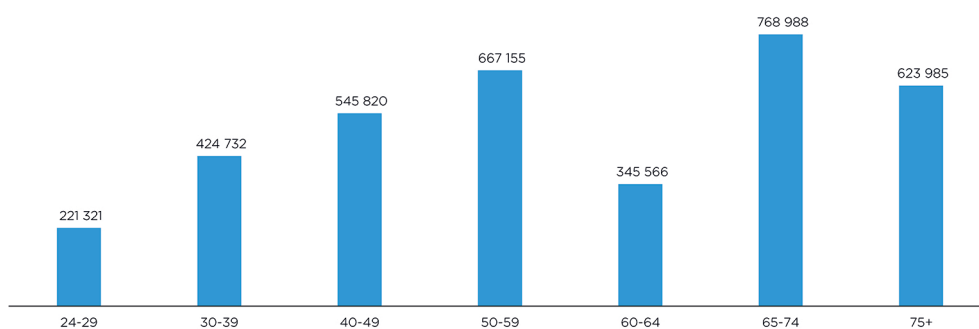
Genomsnittligt särskilt tandvårdsbidrag

[Genomsnittligt STB per grupp]

DESKRIPTIV STATISTIK

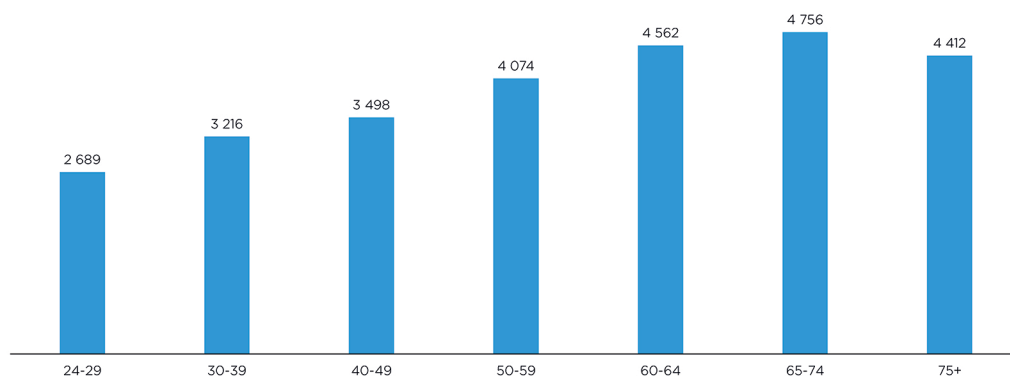
Nedan presenteras övergripande deskriptiv statistik från den data vi hämtat ut från Försäkringskassan. I Figur 25 presenteras antalet individer i respektive åldersgrupp. Det motsvarar således åldersfördelningen (över 24 år) bland patienter i tandvården i Sverige.

Figur 25. Dataunderlag från Försäkringskassan: Antal individer i respektive åldersgrupp



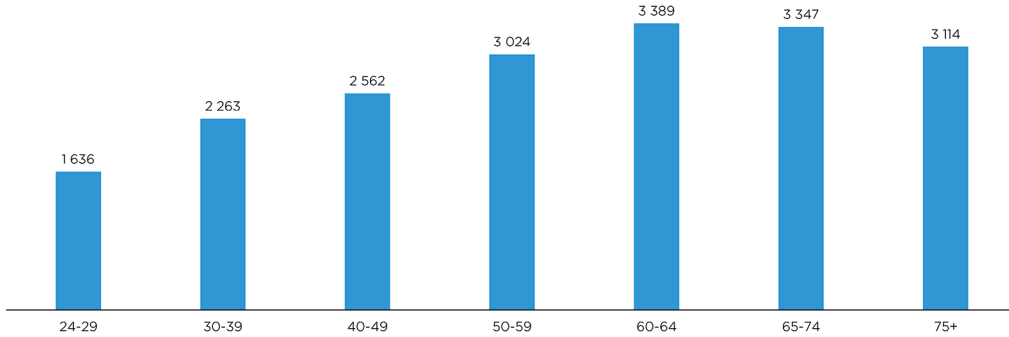
I Figur 26 presenteras en fördelning av det genomsnittliga referenspriset i respektive åldersgrupp. Referenspriset är en indikator på behovet av tandvård inom respektive åldersgrupp. Referenspriset (och således vårdbehovet) ökar med ålder, vilket är vad vi hade förväntat oss.

Figur 26. Dataunderlag från Försäkringskassan: Genomsnittligt referenspris i respektive åldersgrupp



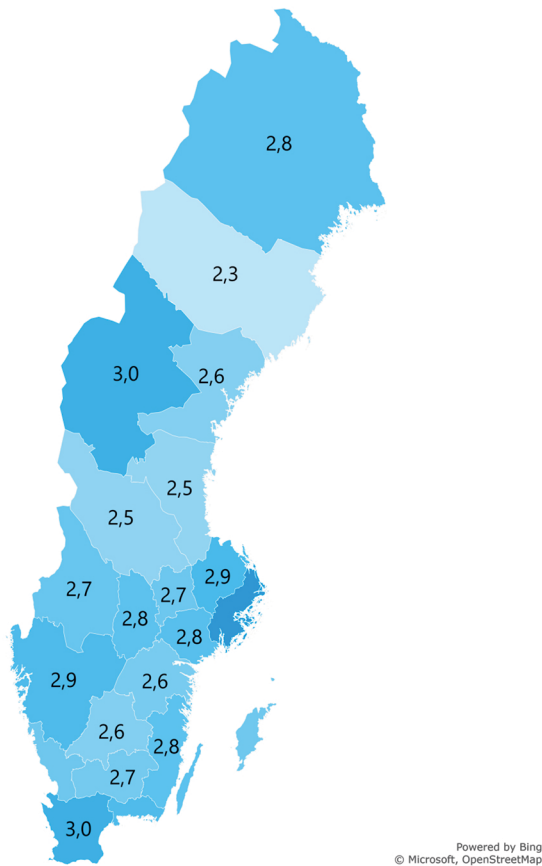
Figur 27 visar den genomsnittliga årliga utgiften för tandvård inom respektive åldersgrupp. Detta mönster är samma som för referenspriset, vilket är vad vi hade väntat oss.

Figur 27. Dataunderlag från Försäkringskassan: Genomsnittligt årlig utgift för tandvård per åldersgrupp



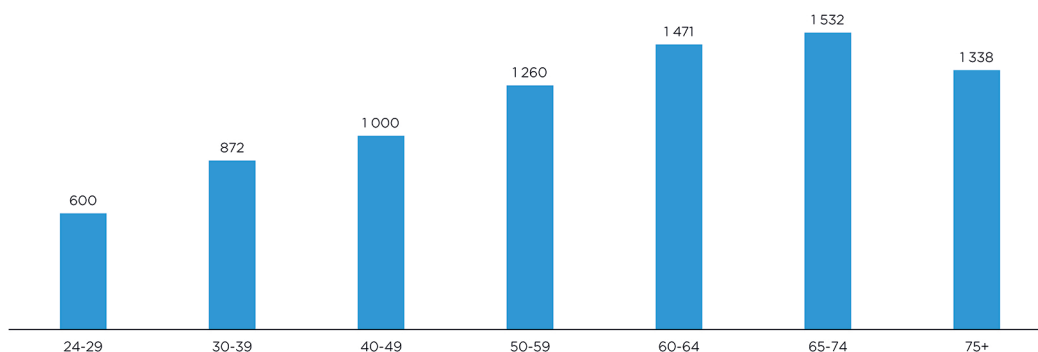
Figur 28 är en karta som visar på den genomsnittliga årliga utgiften för tandvård (i tusentals kronor) fördelat på Sveriges regioner. En mörkare nyans indikerar högre kostnader i genomsnitt. Högst är utgifterna i Stockholms län, följt av Jämtland och Skåne. Lägst genomsnittlig utgift har patienter inom tandvården i Västerbottens län.

Figur 28. Dataunderlag från Försäkringskassan: Genomsnittligt årlig utgift för tandvård per region (tkr)



I Figur 29 visas det genomsnittliga högkostnadsskyddet fördelat på åldersgrupp. Eftersom högkostnadsskyddet har beräknats baserat på det genomsnittliga referenspriset så följer det samma mönster som i ovan figurer.

Figur 29. Baserat på data från Försäkringskassan: Genomsnittligt Högkostnadsskydd per åldersgrupp



MODELL

I detta avsnitt presenteras en utförlig förklaring av de steg för beräkning som övergripande refereras till i punkt-form i kapitel 3.2. Vi behåller de sex punkter som strukturen för vår metod-beskrivning och går igenom grundligt vad varje steg innefattar.

I beräkningarna som följer kommer kursiverade variabler indikera att vi beräknat dem. Fetmarkerade variabler utgörs av data som vi fått från Försäkringskassan.

1. Vi beräknar patienternas utgifter idag utan någon form av tandvårdsstöd

Målet med detta steg är att ta fram hur mycket patienterna skulle betalat om de inte fick någon form av tandvårdsstöd alls. Vi vet vad patienterna faktiskt betalar i genomsnitt i respektive grupp (Genomsnittligt vårdgivarpris minus tandvårdsstöd). Vi kan addera genomsnittligt allmänt och särskilt tandvårdsbidrag för att få fram vad patienterna skulle betalat utan dessa stöd. Därefter uppskattar vi storleken på högkostnadsskyddet som respektive grupp får. Detta uppskattar vi baserat på att vi vet det genomsnittliga referenspriset i respektive grupp, samt då vi vet hur dagens högkostnadsskydd är uppbyggt (50 procent subvention för referenspris över 3000 kr, 85 procent över 15 000). Vi adderar därefter det uppskattade högkostnadsskyddet och vet därigenom hur mycket patienterna skulle betalat utan någon form av tandvårdsstöd alls (Vårdgivarpris).

$$\text{Vårdgivarpris minus tandvårdsstöd (Idag) + ATB + STB + HKS (Idag) = Vårdgivarpris}$$

Genom att addera allmänt och särskilt tandvårdsbidrag samt beräknat högkostnadsskydd kan vi även uppskatta den offentliga utgiften.

$$\text{ATB + STB + HKS (Idag) = Offentlig utgift (Nytt)}$$

2. Vi applicerar det nya högkostnadsskyddet på dessa utgifter, samt inkluderar allmänt och särskilt tandvårdsbidrag. Resultatet är den offentliga utgiften samt patientutgiften med ett nytt system.

Nästa steg i analysen är att beräkna patienternas kostnader efter att det nya högkostnadsskyddet införts. Vi gör motsvarande som i föregående steg men med det nya högkostnadsskyddet. För grupper med referenspris över 1200 kr täcks samtliga kostnader därutöver av högkostnadsskyddet. Därefter adderar vi allmänt och särskilt tandvårdsbidrag samt det nya

högkostnadsskyddet till vårdgivarpriset utan stöd (beräknat i föregående steg). Resultatet är det nya vårdgivarpriset minus tandvårdsstöd: Patientutgiften med nytt system.

$$\text{Vårdgivarpris} + \text{ATB} + \text{STB} + \text{HKS (Nytt)} = \text{Vårdgivarpris minus tandvårdsstöd (Nytt)} \\ = \text{Patientutgift (Nytt)}$$

Genom att addera allmänt och särskilt tandvårdsbidrag samt nytt beräknat högkostnadsskydd kan vi beräkna den nya offentliga utgiften

$$\text{ATB} + \text{STB} + \text{HKS (Nytt)} = \text{Offentlig utgift (Nytt)}$$

3. Vi beräknar förändringen i pris för patienterna mellan dagens system och med det nya högkostnadsskyddet för patienter med olika kostnader och i olika åldrar.

Resterande steg i denna analys fokuserar på att uppskatta förändringen i antalet patienter som resultat av kostnadsminskningen, och beräkna påverkan på de totala kostnaderna. För att göra detta uppskattar vi priskänsligheten (elasticiteten) på tandvård. Elasticitet är ett mått som varierar mellan 0 och 1. En elasticitet nära 1 innebär att kunderna (patienter i detta fall) är mycket priskänsliga: En liten förändring i pris får stor påverkan på antalet patienter. En elasticitet nära 0 innebär att patienterna är mycket okänsliga för förändringar i pris: Även om priset förändras kraftigt är antalet patienter närmast oförändrat.

Ett generellt antagande är att elasticiteten för vård är låg. Vård är något som individer söker när de behöver. Vi antar att antalet individer som söker vård utan behov är obefintlig (och att de i så fall gör det oavsett pris). Och de som söker vård gör det enbart när de måste, och då är priset för vården sekundärt. Detta är en förenkling, men motiverar att vi bör vara försiktiga i våra uppskattningar av elasticiteten.

Det första steget i analysen är att beräkna den procentuella förändringen i pris för patienterna i respektive grupp med det nya systemet för högkostnadsskydd.

$$\frac{(\text{Patientutgift(Nytt)} - \text{Patientutgift (Gammalt)})}{(\text{Patientutgift (Gammalt)})} = \text{Prisförändring}$$

4. Baserat på data från Socialstyrelsen gör vi en uppskattning av behovet av olika sorters tandvård inom olika åldersgrupper. Vi uppskattar att grupper som har ett relativt större behov av mer avancerad tandvård är mer priskänslig, och således mer påverkad av förändringar i deras utgift. Med hjälp av detta samt erfarenheter från tidigare reformer gör vi en uppskattning av priskänsligheten (elasticiteten) i olika åldersgrupper.

Nästa steg är att beräkna själva elasticiteten. Det finns enbart begränsade data över priskänslighet för tandvård och vi får således göra en del förenklingar och antaganden för att komma fram till användbara mått.

Vi antar att elasticiteten är olika för olika typer av tandvård. Socialstyrelsen gör en uppdelning i totalt nio olika kategorier av tandvård.³⁴ Vi förenklar denna uppdelning till tre kategorier: Bas, Akut och Estetisk.³⁵ Sammanfattningsvis är Bas-tandvård rutinbesök, årliga undersökningar och liknande. Akut-tandvård är alla typer av ingrepp av mer avancerad karaktär: ingrepp där exempelvis hål eller karies uppmärksammas och måste tas bort. Estetisk tandvård bedömer vi är sådan tandvård som protetik (ersättning av tänder) och andra tandregleringsåtgärder.

Utredningen av reformen av allmänna tandvårdsbidraget kom fram till att denna förändring i princip saknade effekt på efterfrågan av tandvård (SOU 2021:8 vol. 1, s. 366). Tandvårdsbi-

34 100–199 Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder; 200299 Sjukdomsförebyggande åtgärder; 300399 Sjukdomsbehandling åtgärder; 400499 Kirurgiska åtgärder; 500599 Rotbehandlingsåtgärder; 600699 Bettfysiologiska åtgärder; 700799 Reparativa åtgärder; 800899 Protetiska åtgärder; samt 900999 Tandreglering och utbytesåtgärder

35 Enligt Socialstyrelsens koder för olika former av behandling: Bas: 100–299, Akut: 300–799, Estetisk: 800–999.

draget har som störst påverkan för de med lägst kostnader – för någon med god tandhälsa kan bidraget täcka nästan samtliga kostnader för tandvård. Således antar vi att ökade subventioner inte nämnvärt påverkar efterfrågan på den mest grundläggande tandvården: att priselasticiteten är 0 för Bas-tandvård såsom undersökningar och förebyggande åtgärder.

En utredning av förändringarna i tandvårdsförsäkringen 1998–99 kom fram till att priserna på protetisk tandvård ökade med 18 procent samt att antalet patienter minskade med 10 procent (Regeringen, 2002). Baserat på detta uppskattar vi att priselasticiteten är 0,55 för Estetisk tandvård såsom protetik och tandregleringsåtgärder.

För Akut tandvård saknar vi uppgifter som kan ligga till grund för en uppskattning av priselasticiteten. I enlighet med resonmenaget ovan antar vi att den generella priselasticiteten för vård är låg. Således antar vi att elasticiteten för Akut vård borde vara lägre än för Estetisk vård, men inte så låg som för Basvård. Vi antar att priselasticiteten för Akut tandvård ligger mitt emellan elasticiteten för Bas-vård och Estetisk vård: 0,275.

Vi gör en känslighetsanalys av effekten av dessa antaganden i Bilaga 2 – Känslighetsanalys.

Vi antar att dessa elasticiteter är samma oavsett ålder och region, se Tabell 10.

Tabell 10. Uppskattade elasticiteter per ålder och typ av tandvård

Elasticitet	Bas (100–299)	Akut (300–799)	Estetisk (800–999)
Ung (24–29 år)	0	0,275	0,55
Medel(30–64 år)	0	0,275	0,55
Gammal (65+ år)	0	0,275	0,55

Elasticiteterna är baserade på typer av vård, men vår data är hämtad baserat på pris, ålder och region. Alltså måste vi koppla dessa data till varandra. För att göra detta använder vi Socialstyrelsens data som ger oss antalet besök för respektive typ av vård uppdelat på ålder och region. Baserat på dessa data är det möjligt att skapa en fördelning av antalet vårdbesök uppdelat på åldersgrupp för hela landet, se Tabell 11.

Tabell 11. Andel av respektive typ av tandvård per åldersgrupp, nationellt

Fördelning av besök (landet)	Bas (100–299)	Akut (300–799)	Estetisk (800–999)
Ung (24–29 år)	59%	40%	1%
Medel (30–64 år)	51%	46%	3%
Gammal (65+ år)	45%	49%	6%

För att räkna ut den sammanlagda nationella elasticiteten för tandvård viktas vi respektive elasticitet med andelen besök per typ av vård, per respektive åldersgrupp. För Unga (24–29 år) blir beräkningen då:

$$\text{Elasticitet Bas} * \text{Andel vårdbesök Bas} + \text{Elasticitet Akut} * \text{Andel vårdbesök Akut} + \text{Elasticitet Estetisk} * \text{Andel vårdbesök Estetisk} =$$

$$0 * 0,59 + 0,275 * 0,40 + 0,55 * 0,01 = 0,11$$

Vi uppskattar således att nationellt är den totala priselasticiteten på tandvård bland 24 till 29-åringar är 0,11. Detta innebär att om priset på tandvård stiger med 1 procent antar vi att antalet besökare i denna grupp minskar med 0,1 procent. Denna siffra används som ett jämförelsevärde i vår analys. Om en region har exakt samma fördelning mellan vård och ålder för en åldersgrupp som nationellt (Tabell 11) antar vi att regionen också har priskänslighet för tandvård på 0,11.

Om en region, för en åldersgrupp, har en högre andel akuta och/eller estetiska vårdtillfällen än landet i genomsnitt, antar vi att den regionen har en högre elasticitet än 0,11. Se exempelvis Region 1 i Tabell 12. Där är andelen Akuta besök högre bland unga än landet i genomsnitt (42 procent jämfört med 40 procent).

Tabell 12. Andel av respektive typ av tandvård för gruppen 24-29 år, för en exempel-region

Fördelning av besök (Region 1)	Bas (100-299)	Akut (300-799)	Estetisk (800-999)
Ung (24-29 år)	57%	42%	1%

Beräkningen av elasticiteten blir då:

$$\text{Elasticitet Bas} * \text{Andel vårdbesök Bas (R1)} + \text{Elasticitet Akut} * \text{Andel vårdbesök Akut (R1)} + \text{Elasticitet Estetisk} * \text{Andel vårdbesök Estetisk (R1)} =$$

$$0 * 0,57 + 0,275 * 0,42 + 0,55 * 0,01 = 0,12$$

I Region 1 antar vi således att unga mellan 24-29 år är mer priskänsliga än unga i landet i genomsnitt.

5. Baserat på gruppernas priskänslighet beräknar vi hur antalet patienter förändras utifrån hur deras kostnader förändras. Resultatet är uppskattningen av det nya antalet patienter

I nästa steg använder vi beräkningen av elasticiteten för respektive grupp. Vi multiplicerar prisförändringen med den uppskattade elasticiteten och får därigenom en uppskattning av det nya antalet patienter.

$$\text{Prisförändring} * \text{Elasticitet} = \text{Ökning av antalet patienter}$$

6. Vi beräknar de ytterligare kostnader som dessa nya patienter tillför resultatet för patientutgift respektive offentlig utgift

I det sista steget beräknar vi de ytterligare offentliga kostnader som dessa patienter tillför. Detta genom att multiplicera ökningen av antalet patienter med det genomsnittliga allmänna och särskilda tandvårdsbidraget samt det genomsnittliga högkostnadsskyddet i respektive grupp.

$$\text{Ökning av antalet patienter} * (\text{ATB} + \text{STB} + \text{HKS(Nytt)}) = \text{Ökning av offentlig utgift}$$

Vi beräknar även påverkan på patientutgiften genom att multiplicera vårdgivarpriset efter tandvårdsstöd (med nytt högkostnadsskydd) med ökningen av antalet patienter.

$$\text{Ökning av antalet patienter} * \text{Genomsnittligt vårdgivarpris efter tandvårdsstöd} = \text{Ökning av patientutgift}$$

Bilaga 2 – Känslighetsanalys

I denna bilaga beskriver vi de känslighetsanalyser som vi gjort för resultaten i vår modell. Det viktigaste antagandet som vi gör i vår modell rör patienternas priskänslighet för tandvård. Det är mycket svårt att uppskatta vad som sker med patienternas konsumtion av tandvård när priset förändras. I Bilaga 1 – Metodbeskrivning redovisar vi för hur vi kommer fram till de antaganden som vi använt i vår huvudmodell. I denna känslighetsanalys varierar vi dessa antaganden för att se hur det påverkar resultaten.

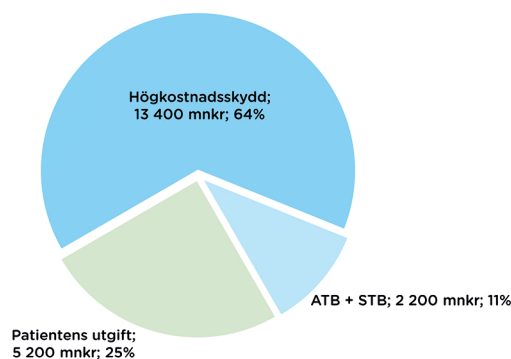
Vår känslighetsanalys utgår från att de ovan beskrivna antaganden om priskänslighet utgör ett ”medel-scenario”. Vi vill således testa vad som händer med resultaten när vi dels ökar priskänsligheten, dels vad som händer när vi minskar priskänsligheten. I vårt hög-scenario antar vi att priskänsligheten för Bas-tandvård i stället är 0,275, att priselasticiteten för Avancerad tandvård är 0,55, och 0,825 för Estetisk tandvård. I låg-scenariot antar vi att priskänsligheten fortsätter vara 0 för Bas-tandvård, och halveras för Avancerad och Estetisk tandvård: till 0,1375 respektive 0,275. Samtliga scenarion presenteras i Tabell 13 nedan.

Tabell 13. Scenarion för känslighetsanalys

Scenario	Bas (100–299)	Akut (300–799)	Estetisk (800–999)
Låg	0	0,1375	0,275
Medel (Huvud)	0	0,275	0,55
Hög	0,275	0,55	0,825

Vårt huvudresultat innebär att antalet patienter inom tandvården ökar med cirka 200 000 (till 3,8 miljoner). Och den offentliga utgiften uppgår till totalt cirka 13,6 miljarder kronor: 11,6 miljarder kr för högkostnadsskydd, och 2 miljarder kr för allmänt och särskilt tandvårdsbidrag. I scenariot med en högre priskänslighet ökar dessa summor. Antalet patienter stiger till totalt 4,2 miljoner, en ökning på 600 000 mot dagens högkostnadsskydd, och en ökning med 400 000 jämfört med vårt huvudresultat. De offentligfinansiella kostnaderna ökar till totalt 15,6 miljarder kronor, varav 13,4 miljarder för högkostnadsskydd och 2,2 miljarder för allmänt och särskilt tandvårdsbidrag, se Figur 30. En ökning på totalt 2 miljarder kronor jämfört med vår huvudanalys.

Figur 30. Resultat från vår modell med en högre priskänslighet än i huvudanalysen Figur 31. Resultat från vår modell med en lägre priskänslighet än i huvudanalysen



Det som framgår av ovan känslighetsanalys är att effekterna är betydligt större i vår hög-scenario jämfört med låg-scenariot. Detta är inte oväntat då en målsättning med våra uppskattningar i huvudanalysen var att göra dem med försiktighet. Vi har exempelvis uppskattat att priskänsligheten för Bas-tandvård är noll i vårt huvudscenario – en uppskattning som inte går att justera ner i ett låg-scenario. Eftersom en stor del av tandvården är bastandvård är det således inte oväntat att när vi i hög-scenariot anger ett positivt värde till denna priskänslighet får det stor påverkan på resultatet. På motsvarande sätt är det möjligt att se att en förändring i priskänsligheten för Estetisk tandvård inte är drivande i resultaten – priskänsligheten för denna typ av vård varierar precis lika mycket i både hög- och låg-scenariot, men skillnaden i resultaten i de olika scenarierna är stor. Därför drivs troligtvis förändringarna av värdet för priskänsligheten för Bas- respektive Avancerad vård snarare än Estetisk.

Figur 31. Resultat från vår modell med en lägre priskänslighet än i huvudanalysen

