

Förslag på förstärkning av högkostnadsskyddet

Praktikertjänst



Förord

Den svenska tandvården fungerar i grunden mycket bra. Modellen med stort fokus på förebyggande tandvård och ett samarbete mellan privata och offentliga aktörer har bidragit till att skapa en munhälsa i absolut världsklass. Samtidigt blåser förändringsvindar och det pyr ett missnöje kring framför allt tillgången till tandvård, huvudsakligen i Norrland och i kommuner bortom de största städerna.

Mot den fonden genomförs just nu en utredning om ett förstärkt högkostnadsskydd i tandvården. Utredningsdirektiven presenterades i oktober 2023 och utredningen ska slutredovisas senast den 31 oktober 2024.

Utredningen har bland annat i uppdrag att analysera och lämna skalbara, ändamålsenliga och kostnadseffektiva förslag om hur tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas för att mer efterlikna det i övrig vård och där äldre med sämst munhälsa prioriteras.

Under 2023 gav Praktikertjänst konsultföretaget Ramboll i uppdrag att analysera vad ett utökat högkostnadsskydd i tandvården skulle kosta och hur efterfrågan skulle påverkas. Rapporten "Policy för hållbar tandvård" presenterades i juni 2023 och visade att ett förstärkt högkostnadsskydd, likt det som redan finns i hälso- och sjukvården, skulle kosta över sju miljarder kronor.

Det motsvarar en ökning med 115 procent jämfört med dagens system samtidigt som efterfrågan på tandvård skulle öka med 5,5 procent. Det motsvarar ytterligare 200 000 patienter som tandvården förväntas ta emot och behandla. Risken att tillgängligheten och tillgången till tandvården försämras är betydande när hundratusentals fler patienter väntas söka vård.

För att svara upp mot utredningsdirektiven och bejaka frågor kring tillgänglighet, kontinuitet och vikten av etableringsfrihet och fri prissättning gav Praktikertjänst under hösten 2023 Ramboll i uppdrag att analysera och utforma förslag om hur högkostnadsskyddet kan förstärkas.

Resultaten framgår i den här rapporten där Rambolls huvudsakliga rekommendation är att inte införa ett förstärkt högkostnadsskydd i tandvården utifrån utredningsdirektivets förutsättningar. En förstärkning av högkostnadsskyddet, enligt hur utredningsdirektivet är utformat, riskerar helt enkelt att sabotera ett välfungerade system och försämra tillgången till tandvård, framför allt för de grupper som behöver den mest, huvudsakligen äldre.

Om högkostnadsskyddet förstärks är Rambolls rekommendation att fokusera på åldersgruppen 75+ med bibehållen fri prissättning och en så kallad prismatchningsmekanism.

Att på lösa grunder förändra ett välfungerade välfärdssystem har uppenbara risker, där framför allt äldre riskerar att drabbas av en försämrad munhälsa. Tandvården förtjänar bättre. Tandvården förtjänar att vi använder våra gemensamma resurser för att med mer precision ta itu med utmaningarna i tandvården. För vem tjänar på ett högkostnadsskydd om det inte finns någon som kan ta hand om patienterna?

Stockholm i maj 2024

Urban Englund

Leg. tandläkare och styrelseordförande,
Praktikertjänst

Carina Olson

Vd och koncernchef,
Praktikertjänst

Sammanfattning

En god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen är målet för tandvården enligt tandvårdslagen (1985:125). Tandvården i Sverige är av hög kvalitet och allmänheten har generellt god tandhälsa. Trots detta finns det utmaningar i svensk tandvård. En del grupper har svårt att bekosta sin tandvård och tillgången till tandvård är sämre i vissa delar av landet.

ETT NYTT HÖGKOSTNADSSKYDD UTREDS

Det nuvarande högkostnadsskyddet fungerar som en trappa, där patienter med större och dyrare vårdbehov får en högre andel av kostnaderna täckta av staten. Regeringen, i samarbete med Sverigedemokraterna, planerar att förändra detta system.

De har beslutat att utreda hur högkostnadsskyddet kan förstärkas på ett sätt som liknar övrig vård, med fokus på äldre med dålig munhälsa, samt att utvärdera kostnaderna för dessa förändringar. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande till regeringen senast den 31 oktober 2024.

Ramboll har på uppdrag av Praktikertjänst genomfört en utredning av konsekvenser av ett förstärkt högkostnadsskydd.

EN FUNGERANDE MARKNADSDYNAMIK ÄR FORTSATT VIKTIG FÖR SVENSK TANDVÅRD

Tandvården i Sverige drivs både av privata och offentliga vårdgivare. Majoriteten av patienterna är nöjda och har förtroende för vården, oavsett vårdgivare. För att marknaden ska fungera som den gör idag är det viktigt att vårdgivarna kan täcka sina kostnader. Detta kan upprätthållas genom att behålla både fri prissättning och frihet att etablera nya verksamheter. Att avskaffa fri prissättning skulle medföra en stor utmaning för branschen och kan påverka både kvaliteten och mängden av tillgänglig vård, likt vad som hänt inom NHS i Storbritannien.

Tabellen nedan sammanfattar egenskaper och aspekter som är avgörande för att ett förstärkt högkostnadsskydd ska uppnå den effekt som eftersträvas enligt tilläggsdirektivet och samtidigt vara funktionellt för de vårdgivare som ingår i dagens tandvårdssystem.

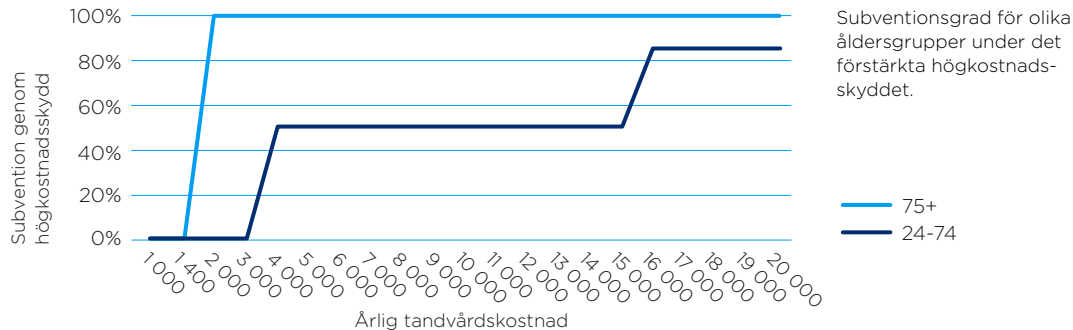
	Inkluderande tandvård	En välfungerande tandvårdsmarknad
Egenskaper och aspekter	Reell skillnad för äldre	Fri prissättning
	Jämlik och tillgänglig tandvård	Konkurrensneutralitet och etableringsfrihet
	Värna god munhälsa och bibehåll nöjda patienter	Säkrad kompetensförsörjning
		Statligt huvudmannaskap och enkel administration

Rambolls huvudsakliga rekommendation är att inte införa ett förstärkt högkostnadsskydd baserat på de förutsättningar som anges i tilläggsdirektivet. Detta eftersom de personer som skulle omfattas av den förstärkta delen inte nödvändigtvis är de som har störst behov av ekonomiskt stöd. Ett förstärkt högkostnadsskydd innebär ökade offentligfinansiella utgifter och riskerar dessutom att försämra tillgången på tandvård, särskilt för äldre på landsbygden. Det i sin tur kan leda till försämrad munhälsa för denna grupp.

I stället för ett förstärkt högkostnadsskydd bör regeringen fokusera på policyåtgärder som adresserar tandvårdens utmaningar. Det innefattar satsningar på informations-spridning om tandvårdssystemet, insatser för att främja en god kompetensförsörjning i hela landet och att stärka förutsättningarna att ge god tandvård till barn och unga.

ETT TRÄFFSÄKERT HÖGKOSTNADSSKYDD

Om regeringen ändå avser att införa ett utökat högkostnadsskydd för äldre är det viktigt att utformningen blir så träffsäker som möjligt. Vi föreslår en förstärkning för åldersgruppen 75+ med bibehållen fri prissättning och en prismatchningsmekanism.



Vårt förslag innebär ingen förändring för patienter mellan 24 och 74 år, vilket innebär att följande gäller:

- För de första 3000 kronorna av sina årliga tandvårdskostnader täcks 0 procent av staten
- För kostnader mellan 3000 kronor och 15 000 kronor täcks 50 procent av staten
- För kostnader som överstiger 15 000 kronor täcks 85 procent av staten

Förslaget innebär en förstärkning av högkostnadsskyddet för som är 75 år och äldre:

- För de första 1 400 kronorna i årliga tandvårdskostnader täcks 0 procent av staten
- För kostnader utöver 1 400 kronor per år täcker staten 100 procent

Prismatchningsmekanismen innebär att vårdgivare inte får erbjuda patienter olika priser för vård baserat på deras ålder. Det minskar risken att subventionen urholkas av vårdgivare som höjer priser. Den fria prissättningen bidrar till att upprätthålla en attraktiv marknad för privata vårdgivare, vilket hjälper till att behålla den nuvarande strukturen på tandvårdsmarknaden utan ökade kostnader för regionerna.

Förslaget får följande konsekvenser:

- Förslaget förväntas innebära att efterfrågan på tandvård ökar med 40 000 besök per år. Det följer av att patientutgiften för åldersgruppen 75+ minskar varpå de i högre utsträckning söker sig till tandvården. Den totala patientutgiften för denna grupp förväntas minska med 1 miljard kronor vilket motsvarar ett genomsnitt på cirka 800 kronor per person och år. Den offentliga utgiften förväntas öka med 1,3 miljarder kronor.
- Komplexiteten i tandvårdssystemet ökar eftersom ytterligare ett upplägg för högkostnadsskydd tillkommer. Det är dock positivt att den förstärkta delen efterliknar högkostnadsskyddet i den övriga vården som många redan är väl insatta i.
- Förslaget möjliggör ett fortsatt gemensamt arbete mellan privata vårdgivare och Folk tandvården utan att begränsa vårdutbudet för patienter som inte omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet. Detta förhindrar en överbelastning av Folk tandvården och säkerställer att äldre patienter förblir en attraktiv patientgrupp för privata vårdgivare.
- Förslaget innebär att vårdgivare inte pressas ekonomiskt inom tandvården. Det säkrar tillgången på vårdgivare vilket är positivt för såväl tandvårdens kapacitet som attraktivitet bland arbetstagare. Det senare är avgörande för att möta framtidens kompetensbehov och hantera den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal över landet.



Innehållsförteckning

	Förord	3
	Sammanfattning	4
1.	Inledning	8
1.1	Tillvägagångssätt	8
2.	En välfungerande tandvård	9
2.1	Inkluderande tandvård	9
2.2	En välfungerande tandvårdsmarknad	13
	Internationell utblick: NHS	19
3.	Ett förstärkt högkostnadsskydd	20
3.1	Ett förslag om förstärkt högkostnadsskydd	20
3.2	Sammanfattande resultat	21
3.3	Konsekvensanalys: kostnader	23
3.4	Konsekvensanalys: efterfrågan	25
3.5	Övriga konsekvenser	26
4.	Rekommendationer	30
4.1	Alternativa policyåtgärder som syftar till att hantera tandvårdens reella utmaningar	30
5.	Referenser	34
	Bilaga 1 - Förslaget och utredningsdirektiv	38
	Bilaga 2 - Ytterligare resultat	40
	Bilaga 3 - Exempel på skalbarhet	44

1. Inledning

Ramboll har på uppdrag av Praktikertjänst utformat och analyserat en möjlig förstärkning av högkostnadsskyddet i den svenska tandvården. Bakgrunden till uppdraget är det tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (S 2022:12) som regeringen beslutade om den 5 oktober 2023.

Tilläggsdirektivet har sin bakgrund i Tidöavtalet och regeringens samt Sverigedemokraternas önskan om att förstärka högkostnadsskyddet. Utredningen ska:

- analysera och lämna skalbara, ändamålsenliga och kostnadseffektiva förslag om hur tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas för att mer efterlikna det i övrig vård och där äldre med sämst munhälsa prioriteras,
- analysera och föreslå hur de särregler för avgifter för tandvård för asylsökande och för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd kan tas bort, utan att det påverkar rätten till tandvård som inte kan anstå,
- och lämna nödvändiga författningsförslag. (Regeringen, 2023)

För att bibehålla och ytterligare förbättra den höga kvaliteten på tandvård i Sverige krävs en balanserad förstärkning av högkostnadsskyddet som kombinerar statligt stöd med marknadsprinciper. En förstärkning bör särskilt fokusera på att förbättra tillgängligheten och göra tandvården mer jämlik och ekonomiskt tillgänglig för äldre och socioekonomiskt utsatta grupper, samtidigt som den bevarar tandvårdens kapacitet att erbjuda tjänster av hög kvalitet.

1.1 Tillvägagångssätt

Arbetet som ligger till grund för våra rekommendationer baseras på flera olika metoder. Vi har tagit del av litteratur i form av tidigare undersökningar och rapporter, intervjuat representanter från myndigheter, anordnat två workshops med deltagare från Praktikertjänst för att identifiera vilka egenskaper och aspekter som är viktiga för att tandvården ska fortsätta att fungera väl utifrån det system Sverige har idag, samt analyserat stora mängder data från Försäkringskassan, SCB och Socialstyrelsen.

Analysen i kapitel 3 baseras till mycket stor del på en modell vi konstruerat för att analysera konsekvenser av olika högkostnadsskydd i tandvården. Modellen beskrivs i rapporten Policy för hållbar tandvård (Ramboll, 2023).

AVGRÄNSNINGAR

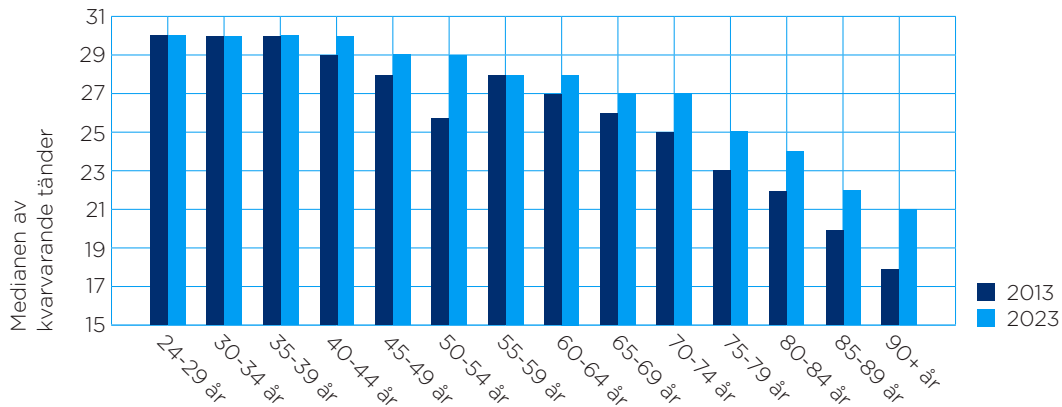
Den föreslagna förstärkningen av högkostnadsskyddet utgår från de riktlinjer som presenteras i tilläggsdirektivet. I Bilaga 1 - Förslaget och utredningsdirektiv beskrivs tilläggsdirektivet samt vilka delar som vår analys omfattar. Vi berör inte övriga ekonomiska stöd som exempelvis ATB.

2. En välfungerande tandvård

Svensk tandvård fungerar i grunden väl. Den är patientorienterad och inkluderande samt har en fungerande marknadsdynamik där privata och offentliga aktörer tillsammans bidrar till en god munhälsa.

En av de främsta indikatorerna på att tandvården i Sverige håller god kvalitet och fungerar väl är tandhälsans utveckling över tid. Figur 1 visar medianen av kvarvarande tänder per åldersgrupp åren 2013 och 2023. För åldersgrupperna från och med 65-69 och äldre har genomsnittet förbättrats från 22 till 24 kvarvarande tänder. (Socialstyrelsen, 2024b)

Figur 1. Medianen av kvarvarande tänder per åldersgrupp 2013 och 2023. Källa: Socialstyrelsen, 2024b



Tabell 1 sammanfattar egenskaper och aspekter som är avgörande för att ett förstärkt högkostnadsskydd ska uppnå den effekt som eftersträvas enligt tilläggsdirektivet och samtidigt vara funktionellt för de vårdgivare som ingår i dagens tandvårdssystem.

Inkluderande tandvård	En välfungerande tandvårdsmarknad	Tabell 1. Egenskaper och aspekter.
Reell skillnad för äldre	Fri prissättning	
Jämlik och tillgänglig tandvård	Konkurrensneutralitet och etableringsfrihet	
Värna god munhälsa och bibehåll nöjda patienter	Säkrad kompetensförsörjning	
	Statligt huvudmannaskap och enkel administration	

I detta kapitel beskrivs viktiga egenskaper och aspekter av ett förstärkt högkostnadsskydd samt ett tandvårdssystem. Dessa är avgörande för att både marknaden och tandvården ska kunna fungera enligt nuvarande struktur, samtidigt som det säkerställer bibehållen hög kvalitet på och patientsäkerhet i tandvården.

2.1 Inkluderande tandvård

Äldre nämns särskilt i tilläggsdirektivet, men även andra socioekonomiskt utsatta grupper har svårigheter att få tillgång till nödvändig tandvård eller att upprätthålla god tandhälsa.

En god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen är målet för tandvården enligt tandvårdslagen (1985:125). Även om tilläggsdirektivet fokuserar på att förstärka högkostnadsskyddet för äldre, är det viktigt att tandvården är jämlik och tillgänglig för alla. Detta innebär att tandvård ska vara tillgänglig oavsett ålder eller var i landet patienten befinner sig.

REELL SKILLNAD FÖR ÄLDRE

ÄLDRE HAR ETT STORT BEHOV AV RUTINMÄSSIG TANDVÅRD

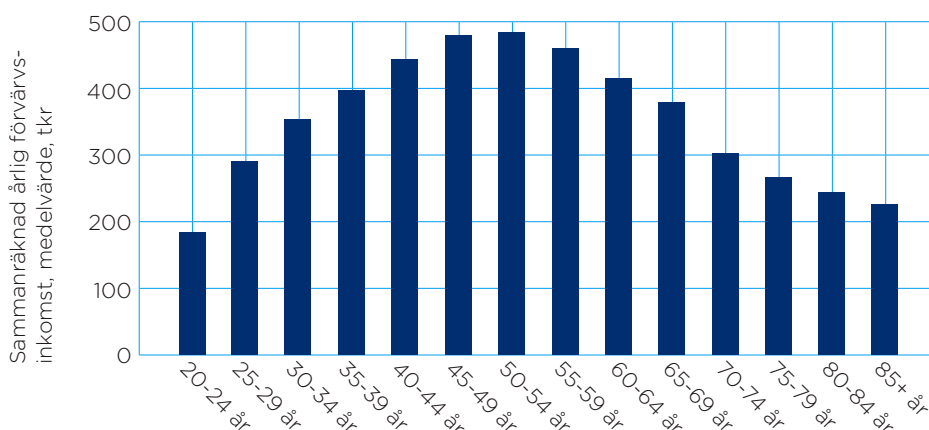
Äldre personer som har bott i Sverige under stora delar av sina liv har ofta haft tillgång till tandvård av hög kvalitet. Detta märks på den utbredda användningen av avancerade tandtekniska lösningar som fyllningar, kronor, broar och implantat. Dessa kräver noggrant dagligt underhåll och rutinmässiga kontroller i tandvården. Med stigande ålder ökar dessutom risken för munhälsoproblem som karies och tandköttsinflammation, vilket ofta förvärras av muntorrhet orsakad av exempelvis läkemedel och svårigheter att själv sköta sin munhygien. Många, särskilt de som har stora vårdbehov, avstår i vissa fall från regelbunden tandvård, vilket också riskerar att leda till att munhälsan förbises. (Lindunger & Skott, 2022)

Personer med sämre munhälsa besöker också tandvården oftare. Antal kvarvarande och intakta tänder, som är ett grovt men robust mått på tandhälsan i befolkningen, visar att tandhälsan försämras i takt med åldern. Under det senaste decenniet har antalet kvarvarande tänder hos landets 80-åringar ökat från 22 till 24. Det är i grunden en positiv utveckling, men samtidigt innebär fler kvarvarande tänder också fler skadade tänder, och därmed större behov av regelbunden tandvård. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten *Vård och omsorg för äldre* att personer över 65 år avstår tandvård trots behov i betydligt större utsträckning nu jämfört med 2013. (Socialstyrelsen, 2024a)

ÄLDRE PERSONER HAR EN JÄMFÖRELSEVIS LÅG INKOMST MEN FÖRHÅLLANDEVIS FÅ LEVER I FATTIGDOM

Individer i äldre åldersgrupper har i genomsnitt en lägre sammanräknad förvärvsinkomst¹ jämfört med andra åldersgrupper, undantaget 20-24-åringar, se Figur 2. Detta kan innebära sämre ekonomiska förutsättningar för att betala för tandvård. I synnerhet hushåll med personer över 70 år har en lägre medelinkomst, vilket kan begränsa deras tillgång till tandvårdstjänster. (SCB, 2024)

Figur 2. Sammanräknad förvärvsinkomst (medelvärde) för individer uppdelad efter ålder under 2022.
Källa: SCB, 2024



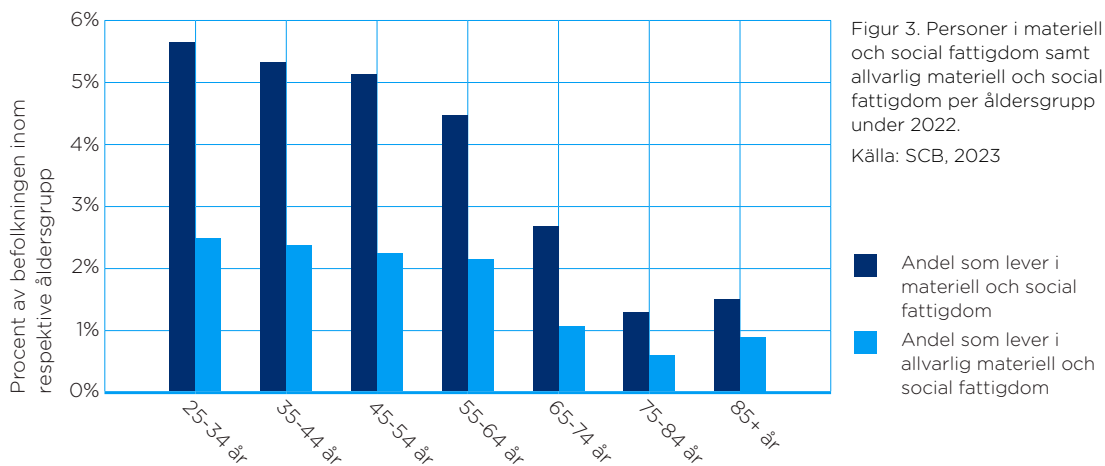
Statistiska Centralbyrån sammanställer indikatorer över fattigdom i Sverige. Indikatorn materiell och social fattigdom består av 13 poster och används för att visa andelen i befolkningen som upplever en påtvingad brist på nödvändiga och önskvärda varor, tjänster och sociala aktiviteter i en sådan utsträckning att de inte kan leva ett bra liv. En person som saknar minst fem av posterna anses vara i materiell och social fattigdom och en person som saknar minst sju av posterna anses vara i allvarlig materiell och social fattigdom. (Pensionsmyndigheten, 2023)

1. Sammanräknad förvärvsinkomst innefattar alla skattepliktiga inkomster före skatt, till exempel löne- och näringsinkomst, sjukpenning, föräldrapenning, a-kassa och pension. Kapitalvinster och andra kapitalinkomster som ränta och utdelning ingår inte.

Figur 3 visar att förekomsten av materiell och social fattigdom, samt allvarlig materiell och social fattigdom, är lägst bland åldersgrupperna 75–84 år, 85 år och äldre, samt 65–74 år.

En del är också berättigade till tandvård via det regionala särskilda tandvårdsstödet², vilket resulterar i kraftigt subventionerad tandvård. Under tidsperioden 1 januari 2013 – 31 december 2016 tillhörde 64 procent av de som mottog tandvård via det regionala särskilda tandvårdsstödet ålderskategorierna 60–84 samt 85 år och äldre (Socialstyrelsen, 2018).³

Dessutom är individer som är 85 år och äldre som omfattas av detta stöd även beviljade avgiftsfria tandläkarbesök precis som i den övriga vården.



Figur 3. Personer i materiell och social fattigdom samt allvarlig materiell och social fattigdom per åldersgrupp under 2022.

Källa: SCB, 2023

JÄMLIK OCH TILLGÄNGLIG TANDVÅRD ANDRA FAKTORER ÄN ÅLDER PÅVERKAR MUNHÄLSAN

Något som inte uppmärksammas i tilläggsdirektivet är att det finns en korrelation mellan den socioekonomiska statusen och antalet kvarvarande och intakta tänder hos vuxna personer i Sverige. I kommuner med stark socioekonomisk ställning, belägna i närheten av storstadsområden, har en stor andel av invånarna 20 eller fler kvarvarande tänder⁴ medan i kommuner med svagare socioekonomisk ställning är andelen mindre. I Danderyd och Lerum har 97 respektive 94 procent av invånarna 20 eller fler kvarvarande tänder, vilket kan jämföras med Övertorneå och Grästorp där andelen är 81 respektive 76 procent. (Socialstyrelsen, 2022)

En svensk studie från 2018 visar att sociala faktorer är viktiga parametrar när det gäller självrapporterad oral och allmän hälsa bland vuxna. Resultaten visar att personer med lägre utbildningsnivå, lägre inkomst, sämre bostadssituation och begränsad tillgång till ekonomiska resurser löper en högre risk att rapportera dålig munhälsa samt allmänhälsa. Dessa slutsatser kvarstår även efter att ha kontrollerat för andra variabler såsom ålder, kön och livsstilsfaktorer, vilket understryker att socioekonomiska förhållanden har en påverkan på hälsan. (Hakeberg & Wide Boman, 2018)

I 2022-års version av Folkhälsomyndighetens nationella hälsoenkät konstaterades också att den ekonomiska ojämlikheten är avgörande för i vilken grad personer uppsöker tandvården. Andelen som avstått tandläkarvård trots behov, på grund av ekonomiska skäl, är högre i låga inkomstkvartiler. 19 procent av personerna i inkomstkvartil 1 (de med lägst inkomst) har avstått tandvård trots behov på grund av ekonomiska skäl⁵. Andelen minskar i takt med att inkomsten ökar. I inkomstkvartil 5 (de med högst inkomst) har endast fyra procent avstått tandvård trots behov på grund av ekonomiska skäl. (Folkhälsomyndigheten, 2022)

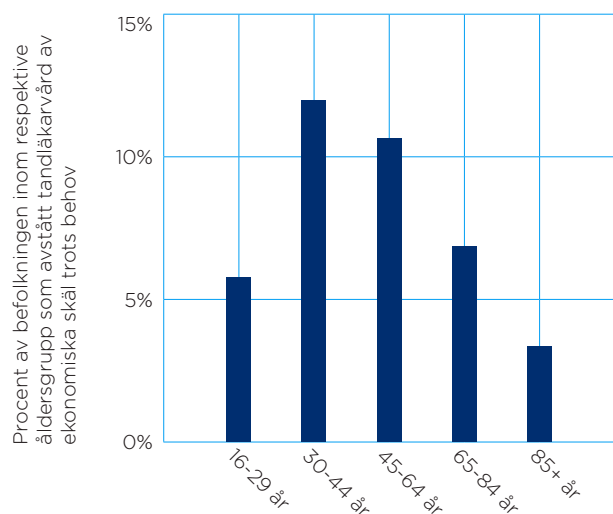
2. Det särskilda tandvårdsstödet, eller NFS-tandvården, består av tre delar: N-tandvård: Nödvändig tandvård och munhälsobedömning för personer med ett bestående och stort omsorgsbehov i det dagliga livet, F-tandvård: Vid vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning, och S-tandvård: Som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid. Det särskilda tandvårdsstödet är regionalt och ska inte blandas ihop med det särskilda tandvårdsbidraget som betalas ut av Försäkringskassan.

3. Statistiken avser Södermanland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten. Västerbottens läns landsting statistik endast för 2015–2016. Totalt mottog 191 024 personer NFS-tandvård i dessa regioner under den aktuella tidsperioden, 122 127 av dessa tillhörde åldersgrupperna 60–84 år, och 85 år och äldre.

4. Enligt Socialstyrelsen anses ett bett med de tio främsta tänderna i varje käke kunna ge tillfredställande tuggfunktion. "20 eller fler kvarvarande tänder" kan därför användas som mått på tillfredställande tuggfunktion.

5. Det finns totalt fem inkomstkvintiler, där 1 är de med lägst inkomst.

Fördelat på ålder framkommer att sju procent av 65 till 84-åringarna och tre procent av dem äldre än 85 år har avstått tandvård trots behov på grund av ekonomiska skäl, jämfört med 12 procent av 30 till 44-åringarna och 11 procent av 45 till 64-åringarna se Figur 4. (Folkhälsomyndigheten, 2022)



Figur 4. Andel som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov per åldersgrupp. Källa: Folkhälsomyndigheten, 2022

GEOGRAFISKA SKILLNADER

Det finns utmaningar när det gäller att erbjuda en jämlik och tillgänglig tandvård över hela landet. Trots en generellt hög nivå av munhälsa i befolkningen finns geografiska skillnader som påverkar tillgången till tandvården. Socialstyrelsen har observerat att de socioekonomiska skillnaderna i äldres munhälsa minskar. Dock ökar skillnaderna i munhälsa som beror på ojämn tillgång till tandvård. (Socialstyrelsen, 2024a).

En betydande utmaning för tandvården är den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal. Vissa regioner, särskilt de med högre befolkningstäthet, har bättre tillgång till tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. I kontrast står områden där personalbristen är påtaglig, vilket leder till längre väntetider och svårigheter att tillgodose efterfrågan. (Svenskt Kvalitetsindex, 2024) Under 2022 rapporterade 19 av 21 regioner brist på tandhygienister och 17 av 21 brist på tandläkare. (Socialstyrelsen, 2023)

Utmaningen med att tillhandahålla tandvårdspersonal i glesbefolkade områden förvärras av att många inom yrket föredrar att arbeta i större städer. Detta beror på flera faktorer såsom urbanisering, lärosätenas geografiska placering, och olika lönsamhetsutmaningar för verksamheter och arbetsgivare. Även regional styrning och organisatoriska faktorer spelar in. Tandvårdspersonal tenderar att välja större kliniker i centrala lägen där de har tillgång till handledning, möjligheter till fortbildning och ett kollegialt utbyte. (Ramboll, 2023)

Även tandvårdsbesöken varierar geografiskt. I vissa regioner har det skett en minskning av antalet tandvårdsbesök. Det kan vara ett tecken på hinder i tillgängligheten eller andra faktorer som påverkar människors benägenhet att söka tandvård. (Socialstyrelsen, 2023b)

VÄRNA GOD MUNHÄLSA OCH BIBEHÅLL NÖJDA PATIENTER DE GEOGRAFISKA SKILLNADERNA REFLEKTERAS I MUNHÄLSAN

Sverige håller hög standard när det gäller munhälsa och tandvårdspatienter i Sverige är generellt nöjda med tandvården. Det är ett resultat av flera decenniers målmedvetet arbete. Svenskt Kvalitetsindex (SKI) har genom åren konsekvent rapporterat om höga kundnöjdhetsbetyg inom tandvården, vilket vittnar om en generell tillfredsställelse. Även om nöjdheten inom tandvårdsbranschen har minskat något, med ett nöjdhetsindex på 74,7 år 2024, är tilliten till tandvården fortfarande hög. (Svenskt Kvalitetsindex, 2024)

I Socialstyrelsens rapport Resurs- och kapacitetskartan för tandvårdens personalförsörjning från det nationella planeringsstödet 2024 konstateras att munhälsan hos befolkningen stadigt har blivit bättre under de senaste årtiondena. Utvecklingen följs upp genom att undersöka andelen kariesfria barn, antalet genomsnittligt kvarvarande tänder hos äldre samt självskattad munhälsa. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att det finns skillnader i munhälsa beroende på var i landet man befinner sig, både mellan och inom regioner. (Socialstyrelsen, 2024)

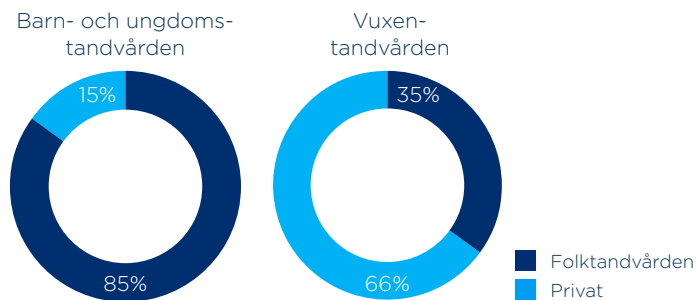
Andelen kariesfria barn varierar från 74 procent i Jönköping, Värmland och Västernorrland till 88 procent i Jämtland⁶. I Region Stockholm har personer över 75 år i genomsnitt 24 kvarvarande tänder, jämfört med 21 i Region Norrbotten. I Region Stockholm varierar genomsnittet mellan 22 och 25 i olika kommuner⁷. (Socialstyrelsen, 2023c) Även den självskattade munhälsan varierar mellan regioner. 78 procent av invånarna i Halland uppskattar att de har god munhälsa, medan motsvarande siffra i Norrbotten är 69 procent. (Socialstyrelsen, 2024)

2.2 En välfungerande tandvårdsmarknad

Som nämns i inledningen utförs tandvården idag av såväl offentliga som privata vårdgivare. Den offentliga tandvården bedrivs av regionerna genom Folk tandvården medan den privata tandvården bedrivs av olika aktörer på marknaden, från små kliniker till stora företag.

Tandvårdens patienter kan delas in i olika grupper beroende på behov och finansiering. En av de enklaste uppdelningarna är den mellan barn och ungdomar samt vuxna. Barn- och ungdomst andvården är avgiftsfri och finansieras av regionerna, medan den största delen av vuxent andvården är delfinansierad av staten genom Försäkringskassan och/eller regionerna och patienten. Folk tandvården står för majoriteten av barn- och ungdomst andvården, och privatt andvården står för majoriteten av vuxent andvården, se Figur 5. En majoritet av de äldre patienterna går till privatt andvården (Socialstyrelsen, 2021).

Det råder fri prissättning på tandvårdsmarknaden vilket innebär att högkostnadsskyddet för vuxna patienter baseras på ett referenspris som beslutas av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och patienten står själv för mellanskillnaden.



Figur 5. Fördelning av marknadsandelar mellan Folk tandvården och privata vårdgivare.

Källa: Privatt andläkarna, 2023 (Barn- och ungdomst andvård), och Socialstyrelsen, 2023 (Vuxent andvård)

Not: Summan av procentandelarna i vuxent andvården summerar till 101% på grund av avrundning.

FRI PRISSÄTTNING

Som nämns ovan råder fri prissättning i tandvården. Fri prissättning är en avgörande komponent för att upprätthålla och utveckla kvaliteten på tandvården. Modellen möjliggör för tandvårdskliniker att självständigt sätta priser på sina tjänster baserat på flera faktorer såsom kostnaden för lokalhyra, utrustning och personalens kompetens.

Den fria prissättningen säkerställer samtidigt att tandvårdskliniker kan få kostnadstäckning för sina driftskostnader. Det inkluderar allt från lokalhyra och inköp av modern utrustning till löner för kvalificerad personal. Genom att ha möjlighet att sätta priser som reflekterar kostnaderna kan klinikerna upprätthålla en hög servicenivå utan att kompromissa med kvaliteten på vården.

6. Uppgifter saknas från Region Stockholm.

7. Beräkningen är baserad på medianen för åldersgrupperna 75-79, 80-84, 85-89 och 90+ i respektive region. Inom Region Stockholm är det lägsta genomsnittet 22 i Nykvarn och det högsta genomsnittet 25 i Ekerö, Täby, Danderyd, Sollentuna, Stockholm, Nacka och Lidingö.

Det referenspris som sätts av TLV är enligt branschen inte kostnadstäckande (Sveriges Folk-tandvårdsförening, 2021), vilket speglas av att både offentliga och privata vårdgivare i genom-snitt tar mer betalt för tandvård än vad referenspriset anger.

Tandvården är en bransch som ständigt utvecklas. För att på lång sikt säkerställa en fortsatt högkvalitativ vård är det viktigt att tandvårdskliniker har möjlighet att investera i ny teknologi och att fortbilda personal. Det leder till bättre och mer effektiva behandlingar för patienterna, vilket på sikt även kan leda till att tandvårdskostnaderna för patienterna hålls nere.

Den fria prissättningen kan i vissa geografiska områden också bidra till att upprätthålla en hög kvalitet och god service eftersom den främjar konkurrens mellan tandvårdskliniker. Konkurrensen motiverar klinikerna att förbättra sina erbjudanden och bli mer effektiva i sin verksamhet för att attrahera och behålla patienter. Konkurrensen är effektiv givet att kostnaderna inte ökar i samma utsträckning som resultat och kvalitet. I vissa områden är dock bristen på tandvård i förhållande till behov så stor att effekten är försumbar.

RISKER MED FRI PRISSÄTTNING

Fri prissättning kan innebära viss risk för att subventionssystem, högkostnadsskyddet är ett subventionssystem, urholkas. Alltså att vårdgivare tar ut ett högre pris för vården än vad som är försvarbart utifrån kostnaderna. Det är en risk som finns i dagens system och som inom ramen för ett förstärkt högkostnadsskydd kan minimeras med hjälp av en så kallad prismatchningsmekanism, vilket beskrivs närmare i nästa kapitel.

Ytterligare en utmaning med fri prissättning i tandvården är förekomsten av asymmetrisk information. Det innebär att vårdgivarna har mer information än patienterna och därmed kan utnyttja det genom att exempelvis erbjuda mer vård än nödvändigt.

För att skapa viss transparens på marknaden driver TLV en oberoende prisjämförelsetjänst, Tandpriskollen⁸, där patienter kan jämföra priser för olika åtgärder hos olika vårdgivare. Tandpriskollen tar dock inte hänsyn till vårdens kvalitet och den hjälper inte patienten att besluta om lämpliga åtgärder.

RISKER UTAN FRI PRISSÄTTNING

Riskerna med att ta bort den fria prissättningen i tandvården är flera och hur allvarliga de är, samt i vilken grad de realiserar, beror på hur väl en prisreglering möjliggör för kostnadstäckning och lönsamhet. Det gäller i såväl den offentligt drivna som den privata tandvården.

Om införandet av en prisreglering medför att vårdgivare inte kan täcka sina kostnader finns det risk för att privata vårdgivare lämnar marknaden. Det innebär att Folktandvården skulle behöva överta den privata sektorns nuvarande roll på marknaden för vuxentandvården, vilket i många regioner kan vara utmanande givet de resurser som finns tillgängliga idag. Detta skulle särskilt bli en utmaning i de orter där som redan idag har svårt med tillgängligheten. I rapporten Policy för hållbar tandvård (Ramboll, 2023) identifierades 16 orter där färre än 50 procent av alla invånare som är 24 år och äldre hade besökt tandläkaren för en basundersökning någon gång under åren 2019–2021. En analys av tillgängligheten i dessa orter visade i 10 fall ett begränsat utbud av tandvård. Det begränsade utbudet visade sig i att antalet tandvårdskliniker var få och resurserna begränsade, vilket resulterade i att vuxna patienter utan särskilda behov endast erbjöds vård i mån av tid. Dessutom var det i många fall omöjligt för nya patienter att få icke-akut tandvård⁹. Detta gällde för såväl privata kliniker som Folktandvårdens kliniker.

Det är sannolikt att regioner och orter där utbudet av tandvårdskliniker redan är begränsat, samt orter med höga lokalhyror, kommer att uppleva en stor procentuell förändring i antalet tandvårdskliniker om lönsamheten försämras. Dessa områden är troligen redan utmanande ur lönsamhets- eller kostnadssynpunkt.

8. <https://tandpriskollen.se/>

9. Notera att utbudet av tandvård kan vara begränsat även på andra orter än de som ingick i denna kartläggning.

Enligt årsrapporter från 2018 gick åtta av de 21 folktandvårdsorganisationerna i de olika regionerna med underskott¹⁰. (SOU 2021:8 vol. 1) En möjlig utveckling är att en större del av tandvården kommer likna den fördelning mellan offentliga och privata vårdgivare som råder inom barn- och ungdomstandvården, se Figur 5. Då den privata tandvården i dagsläget vårdar en majoritet av de äldre patienterna, utgör en förändring i deras attraktivitet en särskilt känslig fråga (Socialstyrelsen, 2021). En försämring av dessa patienters attraktivitet riskerar att leda till att privata vårdgivare avvisar äldre patienter, vilket skulle resultera i att dessa patienter i stället vänder sig till Folk tandvården. Det skulle innebära en ökad belastning på Folk tandvården och ökade kostnader för regionerna.

KONKURRENSNEUTRALITET OCH ETABLERINGSFRIHET RISK FÖR SNEDVRIDEN KONKURRENS

Tandvårdsmarknaden är speciell eftersom offentliga aktörer verkar sida vid sida med privata aktörer. I vissa regioner bedrivs Folk tandvården i aktiebolagsform¹¹, och i andra i förvaltningsform¹². De marknadsmässiga förutsättningarna skiljer sig mellan det offentliga och det privata och det finns alltid en risk att konkurrensen snedvrids när offentliga aktörer är verksamma på en konkurrensutsatt marknad.

Om en prisreglering skulle införas skulle konkurrensneutraliteten mellan folk tandvården och privata vårdgivare försämrats. Detta då regionen har ett ekonomiskt ansvar för folk tandvården och därmed är en ekonomisk garant om en verksamhet som bedrivs inte bär sig ekonomiskt.

När konkurrensen är effektiv stimuleras vårdgivare att förbättra kvaliteten på sina tjänster för att locka och behålla patienter. Detta leder till en högre vårdstandard över hela tandvårdssektorn, vilket gynnar patienterna.

FRI ETABLERINGSRÄTT

Fri etableringsrätt är en förutsättning för privata aktörer på tandvårdsmarknaden. Rätten innebär att starta och utöva verksamhet som egenföretagare och rätten att bilda och driva företag, med en permanent, stabil och långvarig verksamhet (Ratcliff, De Bono, & Mart, 2023).

Den fria etableringsrätten möjliggör en dynamisk marknad där nya aktörer kan utmana befintliga aktörer vilket kan leda till bättre effektivitet och service i tandvården. Enkelheten i att komma in på marknaden främjar konkurrensen, vilket i sin tur leder till de fördelar som effektiv konkurrens medför. Dessutom är enkel tillgång till marknaden fördelaktig ur ett tillgänglighetsperspektiv. Det gör det lättare för nya aktörer att etablera sig där det finns behov, vilket bidrar till en bredare geografisk täckning. Slutligen bidrar närvaron av olika typer av aktörer på marknaden sannolikt till att göra tandvårdsyrkena mer attraktiva. Detta stärker framtida kompetensförsörjning inom området.

10. 13 av 21 regioner gick med underskott i barn- och ungdomsverksamheten. (SOU 2021:8 vol. 1)

11. Exempelvis i Stockholm

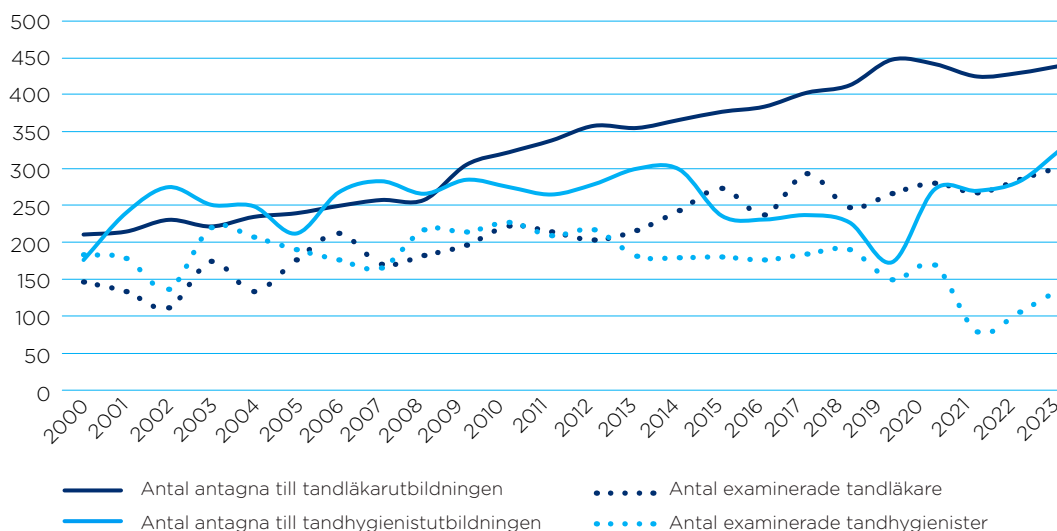
12. Exempelvis i Västra Götaland

SÄKRAD KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Personalbristen i tandvården är stor och riskerar att förvärras under de kommande åren. Som nämnts ovan rapporterade 19 av 21 regioner brist på tandhygienister och 17 av 21 brist på tandläkare under 2022. (Socialstyrelsen, 2023) Även om det totala antalet sysselsatta i tandvården har ökat under de senaste åren har antalet per capita minskat, liksom det absoluta antalet tandsköterskor. Dessutom förväntas många tandläkare att gå i pension under de närmaste åren. (Socialstyrelsen, 2023a)

Figur 6. Antal antagna och examinerade tandläkare och tandhygienister mellan 2000 och 2023.

Källa: UKÄ, u.d.



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.

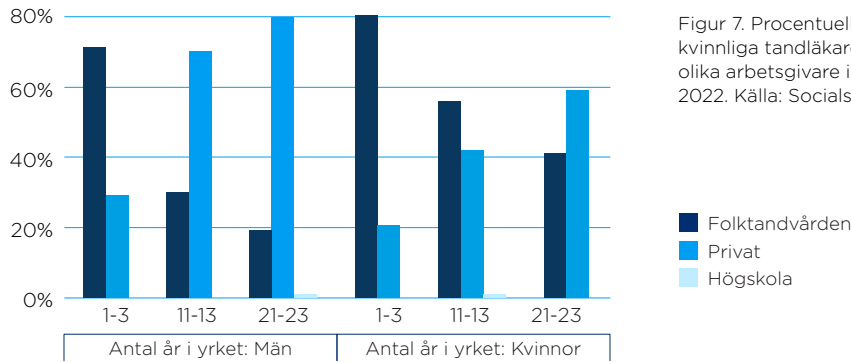
Personalbristerna är mer betydande inom Folktandvården, och särskilt i glesbygd. Detta, menar Socialstyrelsen, kan påverka besöksfrekvensen för äldre personer. Mellan 2019 och 2022 har tiden mellan två basundersökningar ökat mer i Folktandvården och speciellt i glesbygd, där intervallet för personer med störst behov ökat från 22 till 27 månader. (Socialstyrelsen, 2024a).

Tillförseln av ny personal i tandvårdsyrken varierar också mellan olika yrken. Figur 6 visar antalet antagna och examinerade tandläkare och tandhygienister mellan åren 2000 och 2023¹³. Medan antalet examinerade tandhygienister har varierat runt 200 per år mellan år 2000 och 2020 för att sedan minska till runt 100 per år har antalet examinerade tandläkare sett en stadig ökning från drygt 100 år 2000 till omkring 300 år 2023. (Universitetskanslersämbetet, u.d.) Söktryck definieras som antalet förstahandssökande per antagen. 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. (Socialstyrelsen, 2023; Ramboll, 2023) Söktrycket till tandsköterskeutbildningen har varierat mellan 4,7 och 8,5 mellan 2015 och 2021. (SCB, 2022; Ramboll, 2023)

Figur 7 visar hur manliga och kvinnliga tandläkare med olika lång yrkeserfarenhet inom tandläkaryrket fördelar sig mellan Folktandvården, privata aktörer samt högskola. Data tyder på att tandläkarna söker sig till privat sektor i takt med att deras yrkeserfarenhet ökar. En majoritet av

13. Data som ligger till grund för figuren kommer från Universitetskanslersämbetet som ansvarar för den officiella statistiken om universitet och högskolor. Statistiken inkluderar inte tandsköterskor eftersom Tandsköterskeutbildningen är en gymnasie- och yrkeshögskoleutbildning på omkring 1,5 år.

såväl manliga som kvinnliga nyutexaminerade tandläkare är anställda hos Folk tandvården, 71 procent respektive 80 procent. Bland tandläkare med 11–13 års yrkeserfarenhet har majoriteten manliga tandläkare, 70 procent, valt att arbeta hos en privat aktör. Det motsatta är sant bland kvinnliga tandläkare där 42 procent valt en privat arbetsgivare. Bland tandläkare med 21–23 års yrkeserfarenhet har såväl andelen män som kvinnor som valt en privat arbetsgivare ökat. Bland manliga tandläkare arbetar 80 procent hos en privat arbetsgivare och bland kvinnliga tandläkare arbetar 59 procent hos en privat arbetsgivare. (Socialstyrelsen, 2023d)



Figur 7. Procentuell fördelning av manliga och kvinnliga tandläkare efter yrkeserfarenhet hos olika arbetsgivare inom tandläkarmarknaden, 2022. Källa: Socialstyrelsen, 2023

En förklaring till att många söker sig bort från Folk tandvården är att arbetstid till stor del ägnas åt grupper som barn, ungdomar, äldre och personer med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar samt att detta förstärks över tid. Detta, tillsammans med hård ekonomisk press och fokus på ekonomiska mått snarare än kärnverksamheter som diagnostik och fortbildning, har minskat Folk tandvårdens attraktivitet som arbetsgivare. (Socialstyrelsen, 2023)

Att försvåra för privata aktörer på tandvårdsmarknaden skulle således begränsa karriärmöjligheterna för tandvårdspersonal och riskera att försämra yrkenas attraktivitet.

STATLIGT HUVUDMANNASKAP OCH ENKEL ADMINISTRATION

En av anledningarna till att dagens tandvårdssystem är komplext och kan vara svårt att förstå är att delar av tandvården styrs och finansieras av staten medan andra delar styrs och finansieras av regionerna. Eftersom det finns 21 regioner i Sverige innebär det att delar av tandvården styrs av lika många huvudmän. (SOU 2021:8 vol. 1)

Tandvårdsförordningen, som föreskriver vilken tandvård som omfattas av avgifter för öppen hälso- och sjukvård, är svår att tolka för vårdgivare och regioner. Detta leder till en ojämlik tandvård över landet, där patienter med liknande behov får olika behandling beroende på i vilken region patienten bor. (SOU 2021:8 vol. 1) Även patienter bedöms uppleva tandvårdssystemet som komplext. Därför har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, fått i uppdrag av regeringen att genomföra en informationskampanj. Syftet är att stärka patienternas kunskap så att de kan ställa högre krav på tandvården. (Regeringen, 2023a) Genom att behålla högkostnadsskyddet under statligt huvudmannaskap undviks ytterligare komplexitet i systemet.

En oro relaterad till ett förstärkt högkostnadsskydd, som skulle innebära högre kostnader för staten, är att det kan göra det svårare för tandvården att erbjuda ett brett utbud av behandlingsalternativ. Det skulle bidra till en mindre personcentrerad vård där patienten får begränsad möjlighet att välja den behandling som bäst motsvarar deras önskemål.



INTERNATIONELL UTBLICK: NHS

(Williams, Fisher, & Edwards, 2023)

Sedan 2006 ersätts kliniker som verkar inom NHS i England enligt ett kontrakt utan fri prissättning. Kontraktet infördes på grund av minskad tillgänglighet och utbredda medierapporter om långa köer, men det kontrollerar också statens utgifter för tandvård.

Kontraktet baseras på ett poängsystem med Units of Dental Activity (UDA) där NHS-anslutna kliniker som genomför behandlingar ersätts utifrån antalet genomförda UDAs och patientens kostnad är reglerad utifrån behandlingsband. Varje band representerar en viss typ av tandvårdsbehandling. Hur mycket ersättning som en UDA motsvarar regleras i kontraktet mellan NHS och tandvårdskliniken, men tar i regel sin utgångspunkt i respektive tandvårdskliniks intäkt under ett specifikt år.

ANTALET UDA REGLERAS UTIFRÅN BEHANDLING

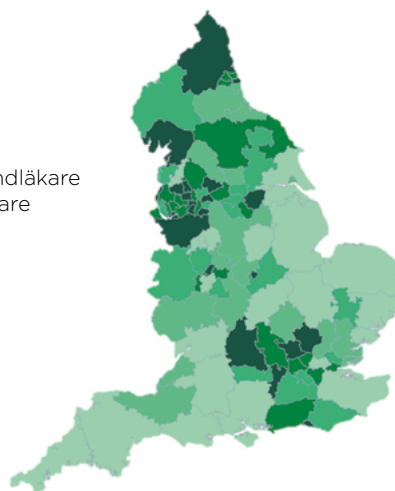
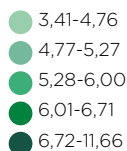
Enklare behandling, som exempelvis en undersökning eller en röntgen, motsvarar en UDA. Fyllningsterapi motsvarar tre UDA för hela behandlingen upp till och med tre fyllningar, om fler fyllningar behövs motsvarar det fem UDA. Protetik motsvarar 12 UDA.

SYSTEMET ÄR HÅRT KRITISERAT

NHS-tandvården anses vara kraftigt underutnyttjad¹⁴ och munhälsan försämrats. Kontraktet har bland annat lett till att tandläkare lämnat NHS för privat sektor (som inte omfattas av systemet utan uteslutande praktiserar fri prissättning). Detta har lett till få tillgängliga NHS-anslutna tandläkare per invånare vilket illustreras av kartan nedan.

Patienter med stora vårdbehov och begränsade ekonomiska resurser har av kostnadsskäl svårt att söka privat vård utanför NHS. Samtidigt är det oattraktivt för NHS-anslutna tandläkare att ta emot nya patienter med stort vårdbehov eftersom ersättningen inte matchar arbetsinsatsen. En majoritet av de NHS-anslutna tandläkarna har därför valt att inte acceptera nya vuxna patienter¹⁵. Systemet innebär också mycket pappersarbete och kräver regelbunden uppföljning. Det finns en risk för etiska dilemman där patienter kan erbjudas fler behandlingar än vad som är nödvändigt. Detta kan ske i syfte att öka antalet UDA:s för att maximera intäkterna. Tidigare utfördes årliga stickprov och kvalitetskontroller av inspektörer, men detta har tagits bort.

NHS-anslutna tandläkare
per 10 000 invånare



14. Se exempelvis (TheyWorkForYou, 2023)

15. Se exempelvis (Craig, 2023)

3. Ett förstärkt högkostnadsskydd

I det här kapitlet presenteras ett förslag på ett förstärkt högkostnadsskydd. Förslaget tar sin utgångspunkt i de prioriteringar som presenteras i tilläggsdirektivet, det vill säga att förslaget ska vara skalbart, ändamålsenligt och kostnadseffektivt¹⁶. Förslaget tar också hänsyn till de egenskaper kring inkluderande tandvård och hållbar marknadsdynamik som krävs för en välfungerande tandvård.

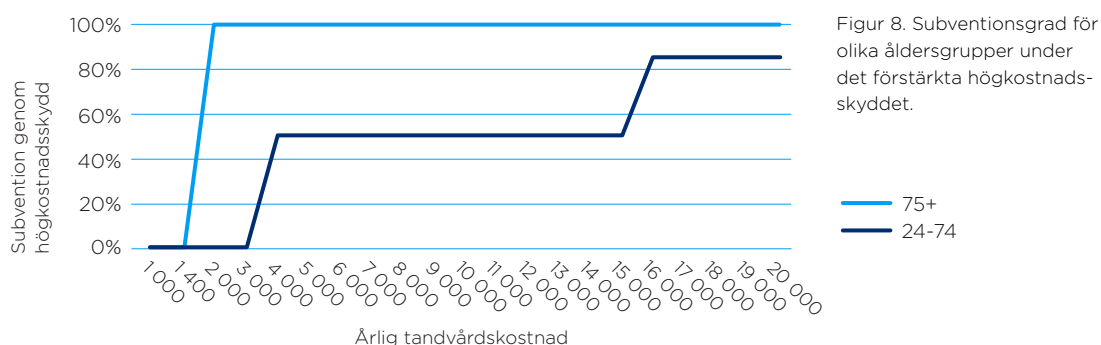
Kapitlet är strukturerat enligt följande:

- I avsnitt 3.1 beskrivs förslaget för ett förstärkt högkostnadsskydd mer i detalj.
- I avsnitt 3.2 redogör vi för de samlade konsekvenserna av det nya högkostnadsskyddet enligt vårt förslag.
- I avsnitt 3.3 redogör vi för konsekvenserna av det förstärkta högkostnadsskyddet för priset för patienter samt kostnaderna för staten.
- I avsnitt 3.4 presenterar vi en närmare analys av konsekvenserna för efterfrågan på tandvård (antalet patientbesök). Utfallen för dessa två analyser är nära korrelerade då en minskning av kostnaden för tandvård har en direkt effekt på efterfrågan.
- I avsnitt 3.5 belyser vi konsekvenser för utbudet av tandvården och kompetensförsörjningen inom svensk tandvård.

3.1 Ett förslag om förstärkt högkostnadsskydd

I detta avsnitt beskriver vi förslaget med ett förstärkt högkostnadsskydd. Förslaget innebär att det nuvarande högkostnadsskyddet kvarstår för åldersgruppen 24–74-åringar och att åldersgruppen 75 år och äldre omfattas av ett förstärkt högkostnadsskydd som liknar det som finns i den övriga vården.

Det innebär att subventionsgraden i högkostnadsskyddet för 24–74-åringar är noll procent för årliga tandvårdskostnader upp till 3 000 kronor¹⁷, 50 procent för årliga tandvårdskostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor och 85 procent för årliga tandvårdskostnader som överstiger 15 000 kronor. Subventionsgraden för åldersgruppen 75 år och äldre är noll procent för årliga tandvårdskostnader upp till 1 400 kronor, och 100 procent för årliga tandvårdskostnader utöver det. Figur 8 visar hur subventionsgraden varierar beroende på den årliga tandvårdskostnaden för de olika åldersgrupper. Subventionsgraden baseras på referenspriset.



FÖRSLAGET ÄR SKALBART

Förslaget för ett förstärkt högkostnadsskydd i tandvården i denna rapport är baserat på en kombination av det nuvarande högkostnadsskyddet och det högkostnadsskydd som finns i

¹⁶. I Bilaga 1 - Förslaget och utredningsdirektiv finns en beskrivning av vilka delar av utredningsdirektivet som analysen i denna rapport belyser, samt referenser till andra rapporter.

¹⁷. Det allmänna tandvårdsbidraget och det särskilda tandvårdsbidraget omfattas inte av analysen.

den övriga vården. Den del som återspeglar högkostnadsskyddet i den övriga vården utgör den förstärka delen. Förslaget är baserat på att inkludera äldre i olika åldersgrupper.

Det är skalbart genom att fler eller färre åldersgrupper, eller andra typer av grupper, kan inkluderas eller exkluderas från den förstärkta delen. I det grundförslag som presenteras i denna rapport inkluderas patienter som är 75 år och äldre. I Bilaga 3 – Exempel på skalbarhet analyseras förslaget utifrån att den förstärkta delen omfattar patienter som är 65 år och äldre samt utifrån att det omfattar patienter som är 85 år och äldre.

FÖRSLAGET ANALYSERAS EFTER TRE PRISMODELLER FÖR TANDVÅRD

Konsekvenserna av ett förstärkt högkostnadsskydd varierar beroende på hur vårdgivare i tandvården tillåts att sätta sina priser. Det förstärkta högkostnadsskyddet analyseras i tre varianter:

1. Med prismatchning, vilket innebär att fri prissättning behålls men att vårdgivare inte får differentiera priser mellan olika patientgrupper. Det antas innebära att patientpriserna inte förändras jämfört med dagens priser.
2. Utan prismatchning, vilket antas innebära att vårdgivarna som svar på ett ökat högkostnadsskydd höjer sina priser för de grupper som omfattas av det förstärkta skyddet.
3. Med prisreglering, vilket innebär att fri prissättning på tandvård avskaffas och priset regleras. Det antas innebära att patientpriserna för tandvård sänks för samtliga patientgrupper och att den offentliga utgiften ökar.

Prismatchningsmekanismen innebär att vårdgivare inte får erbjuda olika priser på samma behandling eller åtgärd till olika patienter baserat på ålder. En risk med ett förstärkt högkostnadsskydd som innebär skillnader i ersättningen mellan åldersgrupper är att vårdgivare bestämmer sig för att höja priserna för de som omfattas av ett förstärkt skydd.

I detta fall, att de väljer att öka priserna på tandvård för de som är 75 år och äldre. Genom att förhindra för vårdgivare att differentiera mellan åldersgrupper motverkas denna möjlighet. Det innebär att en patient i 30-årsåldern och en patient i 80-årsåldern alltid betalar samma pris för samma åtgärd, oavsett att en av patienterna får en större del av sin kostnad betald av staten. En vårdgivare får då välja mellan att öka priserna för samtliga sina patienter (och då riskera att de som ej omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet får högre kostnader och väljer en annan vårdgivare) eller behålla priserna vid samma nivå som idag.

Att vårdgivaren beslutar att höja priserna för samtliga patienter bedöms som extremt osannolikt eftersom gruppen som omfattas av den förstärkta delen av högkostnadsskyddet är så liten sett till den totala populationen – patienter som ingår i åldersgruppen 75+ utgör cirka 17 procent av antalet besök i tandvården. Som framgår i analysen av en utökad förstärkning till alla som är 65 år och äldre, Bilaga 3 – Exempel på skalbarhet, skulle en prishöjning som omfattar samtliga patienter som omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet få stora konsekvenser på efterfrågan.

3.2 Sammanfattande resultat

Ett förstärkt högkostnadsskydd enligt vårt förslag skulle – om vi antar att priset på tandvård är oförändrat – innebära en minskning av den totala och den genomsnittliga patientutgiften för tandvård, en ökning av efterfrågan på tandvård i gruppen 75 år och äldre, samt ökade offentliga utgifter för tandvårdsstöd. I Tabell 2 presenteras sammanfattande resultat från analysen – totalt antal besök, total offentlig utgift, total patientutgift samt förändringen i samtliga fall från dagens system.

Tabell 2. Sammanfattande resultat, påverkan på besök, offentlig utgift och patientutgift (miljarder kronor),

	Antal besök i tandvården		Offentlig utgift		Patientutgift	
	Totalt	Förändring	Totalt	Förändring	Totalt	Förändring
Dagens	3,60 milj.	-	6,3 mdkr	-	10,4 mdkr	-
Konsekvenser av ett förstärkt högkostnadsskydd, 75+						
Med prismatch	3,64 milj.	+40 000	7,6 mdkr	+1,3 mdkr	9,4 mdkr	-1,0 mdkr
Utan prismatch	3,60 milj.	-	7,4 mdkr	+1,1 mdkr	10,4 mdkr	-
Prisreglering	3,73 milj.	+130 000	8,1 mdkr	+1,8 mdkr	7,4 mdkr	-3,0 mdkr

Av resultaten följer att:

- Antalet tandvårdsbesök för gruppen 75 år och äldre ökar vid förslag Med Prismatch samt Prisreglering som följd av att patientutgiften minskar. Utan prismatch förväntas vårdgivare att höja priset på tandvård motsvarande den ökade subventionen, vilket leder till att antalet besök blir oförändrade.
- Den offentliga utgiften ökar i samtliga förslag. Även om subventionsgraden är densamma i samtliga förslag varierar den offentliga utgiften mellan 1,1 miljarder kronor och 1,8 miljarder kronor. Detta följer antingen av en ökning av antalet vårdbesök (i förslaget Med prismatch och Prisreglering) eller att vårdgivarna höjer sina priser, vilket transfererar en större del av högkostnadsskyddet till dem.
- Patientutgiften förväntas att minska med 1 miljard kronor vid förslag Prismatch, vara oförändrad vid Utan prismatch samt minska med 3 miljarder kronor vid Prisreglering.
- Samtidigt som patientutgiften minskar med 3 miljarder kronor under Prisreglering ökar den offentliga utgiften med endast 1,8 miljarder kronor. Det innebär att vårdgivarna bär en kostnad om totalt 1,2 miljarder kronor. För förslaget Med prismatch tillfaller i stället 300 miljoner kronor till vårdgivarna. Det antas bero på att vårdgivarna har viss marginal per patient i dagsläget, summan av den ökar när antalet patienter ökar.

Dessa resultat får konsekvenserna att:

- Oavsett vilket förslag som implementeras ökar komplexiteten i tandvårdssystemet eftersom ytterligare ett upplägg för högkostnadsskydd tillkommer. Det är dock positivt att den förstärka delen efterliknar högkostnadsskyddet i den övriga vården som många redan är väl insatta i.
- Förslagen *Med prismatch* och *Utan prismatch* möjliggör ett fortsatt samarbete mellan privata vårdgivare och Folktandvården utan att begränsa vårdutbudet för patienter som inte omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet. Detta förhindrar en överbelastning av Folktandvården och säkerställer att äldre patienter förblir attraktiva för privata vårdgivare. Detta gäller inte för förslaget *Prisreglering*.
- Förslagen *Med prismatch* och *Utan prismatch* bibehåller fri prissättning vilket innebär att vårdgivare inte pressas ekonomiskt inom tandvården. Det säkrar tillgången på vårdgivare vilket är positivt för såväl tandvårdens kapacitet som attraktivitet bland arbetstagare. Det senare är avgörande för att möta framtidens kompetensbehov och hantera den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal över landet.

I Bilaga 3 – Exempel på skalbarhet presenteras resultat av två versioner av vårt förslag till ett förstärkt högkostnadsskydd: en minskning så att det enbart omfattar alla över 85, samt en utökning till alla över 65. Om de omfattade reduceras till enbart de över 85 kommer resultaten att minska kraftigt jämfört med vår huvudanalys. I stället för att öka med 40 000 skulle antalet besöka enbart stiga med 5 000 per år, och patientutgiften vara närmast oförändrad. En utökning till att omfatta alla över 65 skulle innebära att effekterna av införandet förstärks. Exempelvis skulle antalet nya besök öka med 100 000 per år.

3.3 Konsekvensanalys: kostnader

Om förslaget *Utan prismatch* införs har vårdgivarna möjlighet att öka sina priser för de som är 75 år och äldre, utan att det skulle innebära en ökad kostnad för dessa patienter. Baserat på antagandet att vårdgivarna i det fallet skulle öka priserna för de som är 75 år och äldre till dess att deras efterfrågan på tandvård och kostnad är desamma som idag skulle det innebära att patientutgiften är oförändrad. Den offentliga utgiften skulle däremot öka. För att tydliggöra hur detta hänger ihop kan det vara hjälpsamt med ett räkneexempel.



Anta att en behandling har ett referenspris på 10 000 kronor och ett vårdgivarpris på 12 000 kronor (det vill säga, en vårdgivare har gjort bedömningen att för att täcka sina kostnader behöver de ta ut ett pris som är 2 000 kronor högre än referenspriset). Med dagens system hade en 75-åring betalat 9 500 kronor ($3\,000 * 1 + (10\,000 - 3\,000) * 0,5 + 2\,000$) för denna behandling. Med ett utökat högkostnadsskydd enligt förslaget hade denna kostnad minskat till 3 400 kronor ($1\,400 * 1 + (10\,000 - 1\,400) * 0 + 2\,000$).

I detta scenario är det dock möjligt för vårdgivaren att öka sitt pris från 12 000 kronor till 18 100 kronor, vilket hade resulterat i att patientens utgift än en gång är 9 500 kronor ($1\,400 * 1 + (10\,000 - 1\,400) * 0 + 8\,100$).

Om fri prissättning tas bort som i förslaget *Prisreglering* kommer patientutgifterna minska kraftigt, och den totala offentliga utgiften öka.

Nedan presenteras resultaten för förändringar i pris i detalj under antagandet om att det förstärkta högkostnadsskyddet införs med prismatch. Mer detaljerade analyser av konsekvenserna utan prismatch och under prisreglering återfinns i Bilaga 2 – Ytterligare resultat.

I Tabell 3 presenteras översiktliga resultat som illustrerar effekten av de olika förslagen och analyserna på patienternas utgift. I tabellen redovisas patienternas andel av deras disponibla inkomst som spenderas på tandvård varje år.

Ett nytt högkostnadsskydd med prismatch skulle inte påverka de yngre åldersgrupperna, men bland de äldre skulle andelen som de spenderar på tandvård minska från 1 procent till 0,8 procent av deras disponibla inkomst. Effekten försvinner om prismatch inte implementeras, men blir större om fri prissättning tas bort (*Prisreglering*).

	Dagens system	Med prismatch	Utan prismatch	Prisreglering
Unga (24-29)	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%
Medel (30-64)	0,8%	0,8%	0,8%	0,6%
Äldre (65+)	1,0%	0,8%	1,0%	0,5%

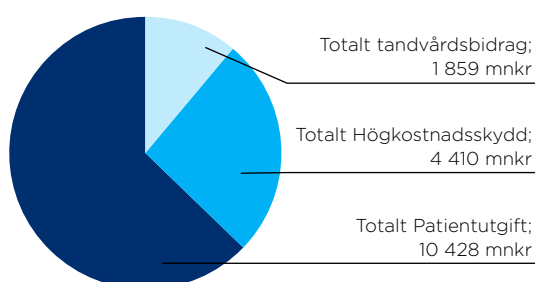
Tabell 3. Patientutgift, andel av disponibel som spenderas på tandvård, per åldersgrupp.

Not: Tabellen baseras på data över genomsnittlig disponibel inkomst bland de som besöker tandvården (cirka 3,6 miljoner besökare 2019) – inte hela befolkningen. Om hela befolkningen skulle räknats in skulle samtliga andelar i ovan tabell minska.

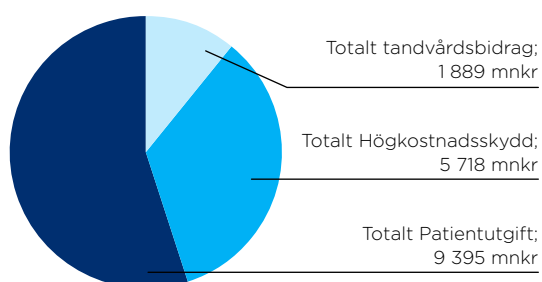
Under antagandet om att priserna på tandvård är oförändrade efter införandet av ett nytt högkostnadsskydd innebär detta en total minskad patientutgift på cirka 1 miljard kronor per år, samt en ökning av den totala offentliga utgiften för tandvårdsstöd (högkostnadsskydd plus allmänt och särskilt tandvårdsbidrag) med cirka 1,3 miljarder kronor. Att den offentliga utgiften ökar med mer än patientutgiften beror på att en viss del av denna utgift går till vårdgivarna vilket beskrivs under sammanfattande resultat.

I Figur 9 presenteras en fördelning av utgifter för tandvård i dagens system mellan patientutgiften samt den offentliga utgiften (upp-delat i tandvårdsbidrag, särskilt och allmänt, och högkostnadsskydd). Enligt vår beräkning är den totala patientutgiften idag cirka 10,4 miljarder kronor, och den offentliga utgiften är cirka 6,3 miljarder kronor, varav cirka 4,4 miljarder kronor utgörs av högkostnadsskydd.

Figur 9. Fördelning av utgifter för tandvård med dagens system.



Figur 10. Fördelning av utgifter, förstärkt högkostnadsskydd för 75+ med prismatch.



Ett förstärkt högkostnadsskydd där de totala kostnaderna för tandvård är oförändrade (med andra ord, priset som patienten betalar före tandvårdsstöd för alla typer av behandlingar är detsamma som idag) skulle innebära att den totala patientutgiften minskar med cirka 1 miljard kronor till 9,4 miljarder kronor. Den offentliga utgiften skulle öka till 7,6 miljarder kronor. En ökning med cirka 1,3 miljarder kronor som framför allt drivs av en ökning av utgiften för högkostnadsskydd. Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 10.

I Tabell 4 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd för individer som är 75 år och äldre under fri prissättning med prismatch, fördelat mellan unga (24–29 år), medel (30–64 år) och äldre (65+ år) patienter. Eftersom högkostnadsskyddet enbart påverkar de som är 75 år och äldre sker ingen förändring för de yngre ålderskategorierna. Och den förändring som sker för de över 65 år är driven av en förändrad kostnad för de som är 75 år och äldre (det vill säga att kostnaden för de mellan 65–74 förblir oförändrad).

	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd med prismatch		Tabell 4. Total och genomsnittlig patientutgift, i dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd med prismatch.
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig	
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,4 mdkr	1 600 kr	
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	5,6 mdkr	2 800 kr	
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	3,5 mdkr	2 400 kr	
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	9,4 mdkr	2 600 kr	

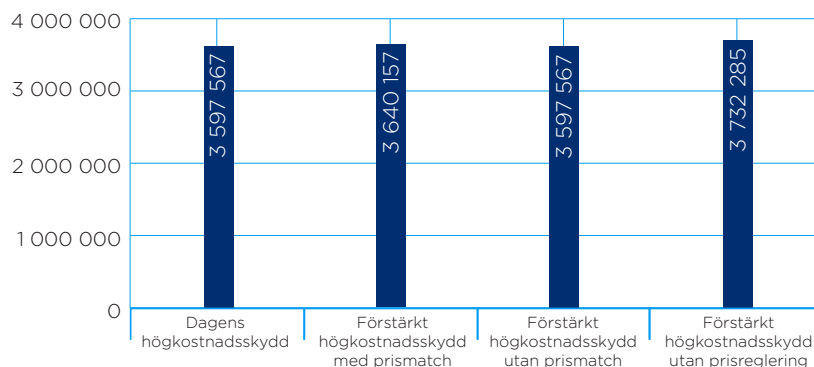
Den genomsnittliga kostnaden för tandvård med dagens system är som högst för patienter som är 65 år och äldre. Den genomsnittliga årliga utgiften för tandvård i den gruppen är 3 200

kronor. För gruppen 30–64 år är kostnaden 2 800 kronor per år, och 1 600 kronor för gruppen 24–29 år. Ett förstärkt högkostnadsskydd under fri prissättning med prismatch innebär att den genomsnittliga kostnaden för de som är 65 år och äldre skulle minska till i genomsnitt 2 400 kronor per år. Att priset blir lägre för äldre följer av det förstärkta högkostnadsskyddet för äldre vilket innebär att staten står för en större andel av dessa patienters kostnader.

3.4 Konsekvensanalys: efterfrågan

En förändring av priserna för tandvård kommer att påverka antalet besök i tandvården. Generellt innebär en minskning av kostnaden för en vara eller tjänst att efterfrågan på denna ökar. Detsamma gäller för tandvård.

I Figur 11 presenteras antalet besök i tandvården med dagens system, med ett förstärkt högkostnadsskydd med prismatch, utan prismatch och med prisreglering. Ett förstärkt högkostnadsskydd med prismatch innebär att efterfrågan på tandvård ökar med motsvarande 40 000 besök per år. Utan prismatch är efterfrågan oförändrad. Med prisreglering ökar efterfrågan på tandvård med motsvarande 130 000 besök per år.



Figur 11. Antal besök i tandvården idag samt med förstärkt högkostnadsskydd respektive system och antagande.

I Tabell 5 presenteras antalet besök för respektive åldersgrupp idag samt med ett förstärkt högkostnadsskydd under olika prisreglering. Där framgår, som förväntat, att de större skillnaderna sker i den äldsta åldersgruppen: de som är 65 år och äldre. Denna grupp står för hela ökningen i efterfrågan från ett förstärkt högkostnadsskydd med prismatch: en ökning med motsvarande cirka 40 000 besök (på grund av avrundningar ser det ut som att det är 50 000 i tabellen).

Med prisreglering påverkas prisnivån och därmed efterfrågan för samtliga grupper. Påverkan är dock mycket liten för de som är yngre än 30 år (en ökning motsvarande cirka 4 000 besök per år). Effekten är större för de mellan 30–64 år där vi ser en ökning motsvarande cirka 40 000 besök per år. Effekten är störst för de som är 65 år och äldre, en ökning motsvarande cirka 100 000 besök per år jämfört med dagens system, och en ökning motsvarande ytterligare 60 000 besök jämfört med ett förstärkt högkostnadsskydd med prismatch.

Tabell 5. Antal besök i tandvården samtliga scenarion.

	Dagens högkostnadsskydd	Förstärkt högkostnadsskydd med prismatch	Förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch	Förstärkt högkostnadsskydd prisreglering	Antal besök
Unga (24-29)	0,22 miljoner	0,22 miljoner	0,22 miljoner	0,22 miljoner	
Medel (30-64)	1,98 miljoner	1,98 miljoner	1,98 miljoner	2,02 miljoner	
Äldre (65+)	1,39 miljoner	1,44 miljoner	1,39 miljoner	1,49 miljoner	
Totalt	3,60 miljoner	3,64 miljoner	3,60 miljoner	3,73 miljoner	

Med prisreglering påverkas prisnivån och därmed efterfrågan för samtliga grupper. Påverkan är dock mycket liten för de som är yngre än 30 år (en ökning motsvarande cirka 4 000 besök per år). Effekten är större för de mellan 30–64 år där vi ser en ökning motsvarande cirka 40 000 besök per år. Effekten är störst för de som är 65 år och äldre, en ökning motsvarande cirka 100 000 besök per år jämfört med dagens system, och en ökning motsvarande ytterligare 60 000 besök jämfört med ett förstärkt högkostnadsskydd med prismatch.

I syfte att illustrera de regionala skillnaderna i antalet besök i de olika regionerna har vi tagit fram ett antal kartor. Dessa återfinns i Bilaga 2 – Ytterligare resultat. I Figur 14 i bilagan visas förändringen i efterfrågan uttryckt som procentuell ökning i antal besök i respektive region med ett förstärkt högkostnadsskydd med prismatch.

En slutsats från denna analys är att ett förstärkt högkostnadsskydd under denna typ av prisreglering skulle innebära en ökad efterfrågan som är relativt väl spridd över hela landet. Ökningen går från cirka en procent i bland annat Västernorrlands län till som högst 1,5 procent i Gävleborgs län.

Figur 15 i bilagan är motsvarande figur men visar förändringen i efterfrågan uttryckt som procentuell ökning i antal besök i respektive region med ett förstärkt högkostnadsskydd utan fri prissättning. Här är effekterna större och även skillnaderna mellan regionerna mer utmärkande. Den minsta skillnaden observerar vi i Västerbottens län, där efterfrågan ökar med cirka två procent. Den största ökningen sker i Värmlands län och Örebro län där efterfrågan ökar med 5,2 procent respektive fem procent.

En ökning av efterfrågan uppdelad på de olika länen är särskilt intressant i förhållande till den nuvarande kapaciteten att ge god tandvård runt om i landet. Figur 16 i bilagan illustrerar detta. Den visar på antalet privat- och offentliganställda tandläkare och tandsköterskor per 1 000 invånare i respektive län.

Jämtlands län placerar sig under medel (riksmedel är 1,18) när det kommer till tandläkare och tandhygienister per 1 000 invånare, och relativt högt när det kommer till den förändring i antalet besök som skulle ske vid ett förstärkt högkostnadsskydd. Detta kan tyda på att även om ökningen i efterfrågan i Jämtland är hög, så har regionen en begränsad kapacitet att hantera den jämfört med riket i genomsnitt. Detta är ett problem som kan komma att försvåras ytterligare som följd av de svårigheter att rekrytera som skulle kunna följa under en prisreglering. Detta diskuteras närmare i avsnitt 3.5.

Å andra sidan ser vi att de regioner där ökningen i antalet besök skulle varit som störst vid ett förstärkt högkostnadsskydd under prisreglering – Värmland och Örebro län – har ett jämfört med riket stort antal tandläkare och tandsköterskor per 1 000 invånare respektive befinner sig närmare rikets medelvärde. Detta kan tyda på att det kan komma att uppstå kapacitetsproblem när det kommer till att försöka motsvara den ökade efterfrågan men inte nödvändigtvis i samma utsträckning som i exempelvis Jämtland.

3.5 Övriga konsekvenser

Utöver de kostnads- och efterfrågerelaterade konsekvenser som förslagen innebär får de också konsekvenser på tandvårdssystemet i ett större perspektiv, på såväl kort som lång sikt.

I rapporten Policy för hållbar tandvård (Ramboll, 2023) delas tandvårdens huvudutmaningar in i fyra olika rubriker:

- Tandvårdssystemet är komplext – och det finns en låg kunskapsnivå om hur det fungerar.
- Det råder brist på tandvårdspersonal.

- Det finns en ojämn fördelning av patientgrupper mellan olika aktörer.
- Det finns utmaningar med att nå vissa patientgrupper.

Nedan beskrivs hur ett förstärkt högkostnadsskydd med den utformning som föreslås i denna rapport, det vill säga ett förstärkt högkostnadsskydd för åldersgruppen 75+ med därtill olika prismekanismer, påverkar dessa utmaningar.

ATT INFÖRA OLIKA HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR OLIKA ÅLDERSGRUPPER INNEBÄR EN ÖKAD KOMPLEXITET

Inom svensk tandvård finns flera olika finansieringslösningar och subventioner för att stödja patienternas ekonomi. De huvudsakliga finansieringskällorna inkluderar staten, regionen och patienten själv. Nedan är översikt över de olika typerna av statliga bidrag och subventioner.

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)¹⁸
- Särskilt tandvårdsbidrag (STB)¹⁹
- Högkostnadsskyddet²⁰
- Särskilt tandvårdsstöd²¹ för vuxna vilket omfattar N-, F-, och S-tandvård²²
- Den vuxna patienten finansierar 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 för tandvården till den här patientgruppen, men patienten 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, 2021; Ramboll, 2023)

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, 2021; Ramboll, 2023)

Med många olika aktörer, finansiärer och bedömningar som ligger bakom hur tandvård av olika slag ska finansieras kommer en grad av komplexitet. 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 så har regionerna upprättat anvisningar för att klargöra tolk-

18. 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. (Försäkringskassan, 2022; Ramboll, 2023)

19. 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 abonnemangstandvård. Bidraget kan inte sparas från ett halvår till ett annat. (Försäkringskassan, 2022; Ramboll, 2023)

20. 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; Ramboll, 2023)

21. Inte att blanda ihop med särskilt tandvårdsbidrag som finansieras av staten.

22. Särskilt tandvårdsstöd finansieras av regionen ges till personer med vissa sjukdomar, funktionsnedsättningar eller som har stort behov av vård och omsorg. (Försäkringskassan, 2022; Ramboll, 2023)

ningen av vilka patienter som omfattas av vilka stöd och hur tandvården kan ges under olika förutsättningar. (SOU 2021:8 vol. 1, 2021; Ramboll, 2023)

Genom att implementera olika högkostnadsskydd för olika åldersgrupper ökar komplexiteten ytterligare för såväl patient som vårdgivare och finansärer. Genom att implementera ett högkostnadsskydd för äldre som motsvarar det i den övriga vården behöver de som omfattas inte lära sig ett tredje högkostnadsskydd samtidigt som personer som inte omfattas av det förstärkta högkostnadsskyddet inte behöver lära sig ett nytt högkostnadsskydd.



Det finns en risk att komplexiteten för vårdgivare ökar om det förstärka högkostnadsskyddet innebär begränsningar för vad som omfattas av högkostnadsskyddet. Exempelvis kan den högre offentliga utgiften (+1,3 miljarder kronor) leda till att dyrare behandlingar som har mindre kostsamma alternativ inte inkluderas med syftet att hålla kostnaderna nere. Det kan också leda till en mindre högkvalitativ vård med suboptimala lösningar.

FRI PRISSÄTTNING UNDVIKER EN ÖKAD BELASTNING PÅ FOLKTANDVÅRDEN

Att behålla fri prissättning, som under förslagen Med prismatch och Utan prismatch, tillåter ett fortsatt gemensamt ansvar mellan privata vårdgivare och Folktandvården för patienter som omfattas av den förstärka delen av högkostnadsskyddet, utan att riskera begränsningar i utbudet för andra patienter.

Figur 5 i avsnitt 2.2 visar hur fördelningen av tandvården för barn och ungdomar samt vuxna fördelar sig mellan Folktandvården och privata vårdgivare. En majoritet av tandvården för barn och ungdomar bedrivs av Folktandvården. Barn- och ungdomstandvården inom Folktandvården går med förlust i ungefär hälften av regionerna (SOU 2021:8 vol. 1), och enligt Privattandläkarna täcker inte regionernas ersättning 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 som i många regioner innebär en stor press på Folktandvården.

Genom att upprätthålla fri prissättning påverkas inte vårdgivarnas lönsamhet negativt, vilket säkerställer att äldre patienter fortsatt är attraktiva för privata vårdgivare. En situation liknande den för barn- och ungdomstandvården kan då undvikas eftersom privata vårdgivare uppmuntras att kvarstå på marknaden för alla patientgrupper som de erbjuder vård till i dagsläget.

FRI PRISSÄTTNING KAN FRÄMJA TANDVÅRDENS ATTRAKTIVITET BLAND ARBETSTAGARE

En modell med fri prissättning främjar också goda arbetsvillkor och attraktiva löner, jämfört med en reglerad prissättningsmodell som kan begränsa lönsamheten och investeringsmöjligheter inom verksamheten. Det innebär att förslagen Med prismatchning och Utan prismatchning gynnar yrkets attraktivitet och tillgång på vårdgivare.

Att säkerställa attraktiva arbetsvillkor i tandvården är avgörande för att möta framtidens kompetensbehov och hantera den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal över landet. Trots ett ökat antal yrkesverksamma behandlare är personalbristen fortfarande påfallande och förväntas tillta, då befolkningsökningen sedan 2015 har överstigit tillskottet av ny tandvårdspersonal. Bristen på utbildningsplatser, pensionsavgångar bland äldre, och mer erfarna, tandläkare och bristande arbetsförhållanden förvärrar situationen ytterligare. (Ramboll, 2023)

En pressad arbetsmiljö med stress och ekonomiska begränsningar bidrar till att yrket upplevs som mindre attraktivt. Genom att förbättra lönevillkor, arbetsmiljö och valfrihet kan tandvårdens attraktivitet stärkas. Särskilt tandsköterskor, som ofta tjänar mindre jämfört med andra yrken med liknande utbildningskrav, samt tandhygienister, vars livslön inte är tillräckligt hög för att utbildningen ska löna sig, behöver få förbättrade villkor. (Ramboll, 2023)

4. Rekommendationer

Rambolls huvudsakliga rekommendation är att inte införa ett förstärkt högkostnadsskydd baserat på de premisser som läggs fram i tilläggsdirektivet. De personer som omfattas av den förstärkta delen är inte den grupp med störst behov av ett ekonomiskt stöd och införandet riskerar att försämra tillgången på tandvård, särskilt för äldre personer på lands- och i glesbygd. Det innebär att resultatet av en förstärkning riskerar att bli negativt för äldre snarare än en positiv förändring.

I stället för att införa ett förstärkt högkostnadsskydd bör regeringen fokusera på policyåtgärder som syftar till att lösa tandvårdens utmaningar. Ett par exempel på sådana policyåtgärder presenteras nedan.

Om ett förstärkt högkostnadsskydd för gruppen äldre ändå ska införas är vår rekommendation att införa en förstärkning för åldersgruppen 75+ med bibehållen fri prissättning och en prismatchningsmekanism. Som alltid när man kombinerar en subvention med fri prissättning finns en risk att subventionen urholkas och inte kommer den tänkta mottagaren till gagn.

Den risken minimeras i och med prismatchningsmekanismen. Det är högst osannolikt att en vårdgivare väljer att höja priset för samtliga patienter för att tillskansa sig en del av det förstärkta högkostnadsskydd som endast omfattar åldersgruppen 75+, det vill säga en mycket begränsad andel av de flesta vårdgivares patienter. Om de skulle välja att höja priset för samtliga åldersgrupper, vilket vore nödvändigt under prismatchningsmekanismen, skulle efterfrågan från patienter som ingår i de åldersgrupper som inte är berättigade till den förstärkta delen av högkostnadsskyddet minska vilket skulle leda till förlorade intäkter.

Genom att behålla den fria prissättningen säkerställs en fortsatt attraktiv marknad för privata vårdgivare i tandvården och tandvårdspersonal vilket innebär att tandvårdsmarknadens övergripande struktur troligen inte kommer att förändras utifrån dagsläget. Det betyder att regionernas kostnader inte ökar jämfört med nuvarande nivåer, och att trycket på Folktandvården inte blir större.

Om prissättningen i stället regleras finns det en risk att äldre patienter nekas vård av privata vårdgivare och därmed tvingas söka sig till Folktandvården. Eftersom majoriteten av äldre patienter idag får vård hos privata vårdgivare, skulle detta medföra ett ökat tryck på Folktandvården motsvarande 130 000 besök per år.

4.1 Alternativa policyåtgärder som syftar till att hantera tandvårdens reella utmaningar

Tandvården står inför fyra övergripande utmaningar:

- tandvårdssystemet präglas av en hög grad av komplexitet,
- det råder brist på tandvårdspersonal,
- att det finns grupper som av olika anledning inte har tillgång till tandvård, och
- en ojämн fördelning av patientgrupper mellan Folktandvården och privata vårdgivare.

Nedan presenterar vi ett antal alternativa policyåtgärder som syftar till att hantera dessa fyra utmaningar. Åtgärderna känns igen från rapporten Policy för hållbar tandvård som publicerades 2023. I den rapporten finns också mer detaljerad information som beskriver de fyra utmaningarna. (Ramboll, 2023)

TANDVÅRDSSYSTEMET PRÄGLAS AV EN HÖG GRAD AV KOMPLEXITET

I avsnitt 3.5 diskuteras hur tandvårdssystemets finansieringslösningar är komplexa och varierar mellan olika grupper. Denna komplexitet utmanar både vårdgivare och patienter, och ett tillägg av ytterligare ett finansieringsalternativ riskerar att förvärra situationen.

För att säkerställa välgrundade beslut i tandvården är det avgörande att beslutsfattare på samtliga nivåer har en djupgående förståelse för systemets funktionssätt och inneboende utmaningar. Det är därmed centralt att **öka kunskapsnivån om tandvårdssystemet**, dess regelverk och förmåner, ända upp till högsta förvaltningsnivå. Genom detta kan vi främja en mer effektiv och hållbar tandvård, där beslutsprocesser grundar sig i en solid förståelse för systemets dynamik.

För att säkerställa att patienter har tillgång till nödvändig information för att ha möjlighet att fatta informerade beslut om sin tandvård bör vårdgivares ansvar att informera om behandling och egenvård klargöras. En möjlig åtgärd är att **Socialstyrelsen utvecklar ett lättillgängligt kunskapsunderlag för vårdgivare att använda i patientinformationen**.

DET RÅDER BRIST PÅ TANDVÅRDSPERSONAL

Tandvården står inför en utmaning i form av brist på tandvårdspersonal och ett varierande utbud av tandvård över landet på grund av en ojämn fördelning av vårdgivare och tandvårdspersonal. Tandhälsan riskerar att påverkas negativt om tillgången till grundläggande och avancerad tandvård saknas. För att säkerställa god tillgänglighet till tandvård i alla svenska regioner idag och under kommande årtionden rekommenderar vi att **finansieringen till och antalet utbildningsplatser på tandhygienistutbildningen utökas**.

Det är viktigt att utbildningen är tillräckligt finansierad och fler tandhygienister kan bidra till att minska tandläkarnas arbetsbelastning. Vi rekommenderar också att **antalet utbildningsplatser på tandläkarutbildningen utökas**, liksom att antalet lärosäten och praktikplatser utökas med syftet att underlätta rekrytering runt om i landet. En annan åtgärd som också syftar till att underlätta rekrytering runt om i landet är att införa en **statlig stimulanspeng för tjänster i glesbygd**.



ALLA TAR INTE DEL AV TANDVÅRDEN

Det finns grupper som av olika anledningar inte har tillgång till tandvård eller som av olika skäl väljer att inte nyttja den. Detta beskrivs i avsnitt 2.1 ovan. Vi rekommenderar i första hand att **säkerställa att alla medborgare har tillgång till tillräcklig information om hur tandvården fungerar, vilka rättigheter man har som patient, och vilka ekonomiska stöd som finns att tillgå**. Detta kan ingå i den rekommendation om ett lättillgängligt kunskapsunderlag ovan. Vi rekommenderar också att det genomförs **riktade insatser mot geografiska områden där efterfrågan på tandvård är särskilt låg**.



OJÄMN FÖRDELNING AV PATIENTGRUPPER

Som beskrivs i avsnitt 2.2 är fördelningen av vissa patientgrupper mellan folktandvårdsorganisationerna och privata vårdgivare ojämn. Detta beror delvis på att privata vårdgivare inte tar emot barn och ungdomar i särskilt stor utsträckning. Anledningen är att de ersättningar som regionerna erbjuder sällan täcker de faktiska kostnaderna för vård av dessa grupper. Samtidigt är Folktandvården skyldig att ta emot barn och ungdomar, vilket leder till en ojämn fördelning av patienter. Det innebär dels en belastning på Folktandvården, dels en begränsad kapacitet hos Folktandvården för många vuxna patienter.

För att avhjälpa detta rekommenderar vi att **öka resurserna till barn- och ungdomstandvården**, där den fasta ersättningen kompletteras med en åtgärdsbaserad ersättning för barn- och ungdomar med stora tandvårdsbehov. Vi rekommenderar också att **den fria tandvården för 20 till 23-åringar tas bort** eftersom den nuvarande åldersgränsen för avgiftsfri tandvård inte stämmer överens med principen om att den med störst behov ska ges företräde till tandvården.

5. Referenser

- Craig, E. (den 18 december 2023). Revealed: 80% of NHS dentists have shut their door to new patients, according to shock analysis... so is YOURS one of them? Daily Mail. Hämtat från <https://www.dailymail.co.uk/health/article-12877331/80-NHS-dentists-shut-door-new-patients-according-shock-analysis-one-them.html> den 26 april 2024
- Folkhälsomyndigheten. (den 28 oktober 2022). Nationella folkhälsoenkäten. Hämtat från http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata__B_HLV__fTandhalsa/hlv1tanbeko.px/table/tableViewLayout1/ den 15 maj 2024
- Försäkringskassan. (2023). PM 2023:5 Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd. Hämtat från <https://www.forsakringskassan.se/download/18.7665215e184254864f9d47/1677089363615/felaktiga-utbetalningar-av-statligt-tandvardsstod-pm-2023-5.pdf> den 24 april 2024
- Hakeberg, M., & Wide Boman, U. (2018). Self-reported oral and general health in relation to socio-economic position. BMC Public Health, 18:63. doi:10.1186/s12889-017-4609-9
- Inspektionen för socialförsäkringen. (u.d.). Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd. Hämtat från Inspektionen för socialförsäkringen: <https://isf.se/nu-granskas/socialforsakring/2023-01-11-felaktiga-utbetalningar-av-statligt-tandvardsstod> den 24 april 2024
- Lindunger, A., & Skott, P. (den 19 oktober 2022). Munhälsa - Översikt. Hämtat från Vårdhandboken: <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/munhalsa/oversikt/> den 13 mars 2023
- Pensionsmyndigheten. (2023). Beskrivning av måttet allvarlig materiell och social fattigdom. Hämtat från <https://www.pensionsmyndigheten.se/content/dam/pensionsmyndigheten/blanketter---broschyrer---faktablad/publikationer/rapporter/2023/beskrivning-av-matt-et-allvarlig-materiell-och-social-fattigdom-v1.1.pdf> den 8 april 2024
- Privattandläkarna. (2022). Branschrapport 2022. Stockholm: Privattandläkarna.
- Privattandläkarna. (2023). Tandvården i siffror. Hämtat från Privattandläkarna: <https://ptl.se/branschfakta/tandvarden-i-siffror/> den 11 april 2024
- Ramboll. (2023). Policy för hållbar tandvård. Praktikertjänst. Hämtat från <https://www.praktikertjanst.se/49ed3c/globalassets/00.-praktikertjanst-koncernwebb/04.-dokument/publikationer/policy-for-hallbar-tandvard-webb.pdf> den 10 april 2024
- Ratcliff, C., De Bono, J., & Mart, B. (november 2023). Etableringsfrihet och frihet att tillhandahålla tjänster. Hämtat från Faktablad om Europeiska Unionen: <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/sv/sheet/40/etableringsfrihet-och-frihet-att-tillhandahalla-tjanster> den 12 april 2024
- Regeringen. (den 5 oktober 2023). Tilläggsdirektiv till utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (S 2022:12). Hämtat från <https://www.regeringen.se/contentassets/16d55878817d4419b9fad80df7ff216/tillaggsdirektiv-till-utredningen-om-starkt-stod-till-tandvard-for-valdsutsatta-och-okad-kontroll-over-tandvardssektorn.pdf> den 13 mars 2023
- Regeringen. (2023a). Uppdrag att genomföra en informationsinsats för att stärka tandvårdens patienter. Hämtat från <https://www.regeringen.se/contentassets/bd72b331581d-4247994c09fe6cdfdaf4/uppdrag-att-genomfora-en-informationsinsats-for-att-star-ka-tandvardens-patienter.pdf> den 15 maj 2024

- SCB. (2022). Antal sökande per plats till yrkeshögskolan efter kön, utbildningens inriktning och år. Hämtat från Statistiska Centralbyrån.
- SCB. (2023). Statistikdatabasen - Ekonomisk utsatthet och inkomstfördelning efter indikator, redovisningsgrupp och kön. 0+ år. Andelar i procent och skattat antal i tusental. År 2021-2021 - 2023-2023. Hämtat från Statistiska Centralbyrån: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0101__LE0101E/LE01012021E02/ den 9 april 2024
- SCB. (den 23 januari 2024). Disponibel inkomst för hushåll efter region, hushållstyp och ålder. År 2011 - 2022. Hämtat från https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__HE__HE0110__HE0110G/TabVX4bDisplnkN/ den 15 maj 2024
- Socialstyrelsen. (2018). Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-53.pdf> den 23 april 2024
- Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för tandvården. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-9-7549.pdf> den 23 maj 2024
- Socialstyrelsen. (2022). Statistik om tandhälsa 2021.
- Socialstyrelsen. (2023). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8352.pdf> den 10 april 2024
- Socialstyrelsen. (den 5 september 2023a). Socialstyrelsen. Hämtat från Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx den 12 april 2024
- Socialstyrelsen. (2023b). Statistik om tandhälsa 2022. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-9-8720.pdf> den 10 april 2024
- Socialstyrelsen. (den 7 september 2023c). Tandhälsa. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/> den 8 april 2023
- Socialstyrelsen. (2023d). Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-11-8836.pdf> april 12 2024
- Socialstyrelsen. (2024). Resurs- och kapacitetskartan för tandvårdens personalförsörjning. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-3-8945.pdf> den 10 april 2024
- Socialstyrelsen. (2024a). Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2024.
- Socialstyrelsen. (den 22 maj 2024b). Statistikdatabas om tandhälsa. Hämtat från Socialstyrelsen: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tandhalsa/ den 23 maj 2024
- SOU 2021:8 vol. 1. (2021). När behovet får styra - ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa.
- SOU 2023:82. (2023). Ökad kontroll över tandvårdssektorn. Hämtat från https://www.regeringen.se/contentassets/22a698793f9f430181c6d62da5cfb6c2/sou-2023_82_.pdf den 15 maj 2024

Svenskt Kvalitetsindex. (2024). SKI Tandvård - Tillgängligheten lyfter och utmanar kundupplevelsen. Hämtat från <https://www.kvalitetsindex.se/wp-content/uploads/2024/03/ski-tandvard-2024.pdf> den 10 april 2024

Sveriges Folk tandvårdsförening. (2021). Yttrande över betänkandet När behovet får styra - ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8), RS 2021-0322. Hämtat från <https://www.regeringen.se/contentassets/49f034f25d514fc9b3f2ef361eb52040/sveriges-folktandvardsforening.pdf> den 11 april 2024

Tandvårds- och läkemedelsverket. (2024). Riskbedömning i tandvården - En nationell modell baserad på historisk tandvårdskonsumtion. Hämtat från https://www.tlv.se/download/18.365bc25518e5a62d37c6a54e/1712038572488/riskbedomning_i_tandvarden_en%20nationell_modell_baserad_pa_historisk_tandvardskonsumtion.pdf den 24 april 2024

TheyWorkForYou. (den 5 december 2023). Dental Services Health and Social Care - in the House of Commons at on 5 December 2023. Hämtat från <https://www.theyworkforyou.com/debates/?id=2023-12-05a.187.5> den 26 april 2024

Universitetskanslersämbetet. (u.d.). Högskolans i siffror. Hämtat från UKÄ: <https://www.uka.se/vara-resultat/statistik/hogskolan-i-siffror> den 12 april 2024

Williams, W., Fisher, E., & Edwards, N. (2023). Bold action or slow decay? The state of NHS dentistry and future policy actions. Nuffield Trust. Hämtat från https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2024-01/Nuffield%20Trust%20-%20NHS%20dentistry%20policy%20briefing_WEB_Jan.pdf den 26 april 2024

Bilaga 1 – Förslaget och utredningsdirektiv

I Tilläggsdirektivet till Utredningen om starkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorns ingår, utöver att lämna nödvändiga författningsförslag, nedan punkter. De blå punkterna ingår även i vår analys. Under varje punkt beskriver vi hur den tas hänsyn till eller inte tas hänsyn till i vår analys eller i det förslag som presenteras i denna rapport.

- Kartlägga gruppen äldre med sämst munhälsa och föreslå hur gruppen kan definieras. Detta ingår inte i vår analys. I stället hänvisas till TLV:s rapport Riskbedömning i tandvården – En nationell modell baserad på historisk tandvårdskonsumtion (2024).
- Analysera och lämna skalbara förslag på hur tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt för att mer efterlikna det i övrig vård och där äldre med sämst munhälsa prioriteras.

Förslaget för ett förstärkt högkostnadsskydd inom tandvården i denna rapport är baserat på en kombination av det nuvarande högkostnadsskyddet och det högkostnadsskydd som finns i den övriga vården. Den del som återspeglar högkostnadsskyddet i den övriga vården utgör den förstärka delen. Förslaget är baserat på att inkludera äldre i olika åldersgrupper. Detta innebär att även äldre som inte kan anses ha sämst munhälsa inkluderas i den förstärka delen. Detta kan lösas genom att exempelvis basera urvalet av äldre som omfattas av den förstärka delen på TLV:s och Socialstyrelsens föreslagna riskbedömningsmodell²³. Detta undersöks dock inte närmare i den här rapporten.

- Säkerställa att förslagen utformas så att de minimerar riskerna för brott och felaktiga utbetalningar.

Försäkringskassan ansvarar för utbetalning av statligt tandvårdsstöd. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) undersöker under våren 2024 om Försäkringskassans arbete för att förhindra felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd är utformat på ett ändamålsenligt sätt utifrån ett effektivitets- och rättssäkerhetsperspektiv. Felaktiga utbetalningar kan bero på avsiktliga eller oavsiktliga fel orsakade av den enskilde patienten, en vårdgivare eller en assistanssamordnare, eller Försäkringskassan. En undersökning från 2019 tyder på att det statliga tandvårdsstödet är mer utsatt än många andra subventionssystem. (Inspektionen för socialförsäkringen, u.d.; Försäkringskassan, 2023)

Den här analysen undersöker inte hur väl förslaget minimerar riskerna för brott och felaktiga utbetalningar, i stället hänvisas till ISF:s rapport.

- Analysera hur högkostnadsskyddet kan förstärkas på ett sätt som ger incitament som motverkar överutnyttjande bland vårdtagarna av tandvård och som främjar effektiv resursanvändning och vårdkvalitet bland tandvårdens aktörer.

65-plusreformen som genomfördes 2002 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 var att stimulera en mer regelbunden kontakt med tandvården samt att hålla nere de äldres tandvårdskostnader. (Ramboll, 2023) Reformen var betydligt mer fördelaktigt än det tidigare systemet och ledde till en

23. Se TLV (2024).

markant ökning av antalet protetiska ingrepp och därmed även statens utgifter. En ytterligare konsekvens av reformen var att patienter yngre än 65 år, trots behov, avvaktade med behandling tills de fyllt 65 år. Det förvärrade den ursprungliga sjukdomsbilden och resulterade i ett större behov av mer omfattande behandlingar. (SOU 2021:8 vol. 1, 2021)

Liknande risker finns med alla generösa subventioner som baseras på ålder. Dock konsumerar personer över 70 år drygt två procent mindre tandvård än förväntat givet deras tandhälsa (SOU 2021:8 vol. 1, 2021).

Vårt förslag bygger på fortsatt fri prissättning på tandvårdsmarknaden. Det innebär att vårdgivare bland annat konkurrerar om patienter genom sin prissättning. För att kunna erbjuda så låga priser som möjligt måste säkerställa en effektiv resursanvändning. Vårdkvaliteten är också en faktor i konkurrensen. Genom att erbjuda högkvalitativ vård kan en vårdgivare konkurrera om nya patienter och säkerställa att patienter återkommer.

- Beräkna statens kostnader för en förstärkning av högkostnadsskyddet och redovisa skalbara beräkningar samt kvantifiera förslagets dynamiska effekter på kostnader för staten.

Detta ingår i vår analys.

- Lämna förslag till hur effekterna av de föreslagna åtgärderna ska kunna utvärderas. Detta ingår inte i vår analys.
- Analysera pågående regeringsuppdrag, exempelvis Socialstyrelsens uppdrag att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, och beskriva hur ett stärkt högkostnadsskydd inverkar på tandvårdens behov av kompetensförsörjning.

Vi analyserar inte pågående regeringsuppdrag. En möjlig framtida nationell modell för riskbedömning kan ingå som en parameter för att definiera målgruppen för den förstärkta delen av högkostnadsskyddet.

Vi analyserar hur vårt förslag påverkar tandvårdens behov av kompetensförsörjning i avsnitt 3.4.

- Analysera och föreslå hur det nuvarande systemet för statligt tandvårdsstöd kan anpassas utifrån ett förstärkt högkostnadsskydd.

Vårt förslag innebär att högkostnadsskyddet i det nuvarande systemet i så stor utsträckning som möjligt behålls. Det är välfungerande och behöver inte justeras. Eventuella justeringar av det allmänna tandvårdsbidraget och det särskilda tandvårdsbidraget analyseras inte. I stället hänvisas till bilaga 4 i Socialstyrelsens rapport Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2024 (Socialstyrelsen, 2024a).

- Lämna förslag som säkerställer att ett förstärkt högkostnadsskydd inte urholkas och att satsade medel kommer patienterna till godo.

Som beskrivs i avsnitt 2.2 innebär en kombination av fri prissättning och subventionssystem en risk för övervård, dock bedöms riskerna med att inte fortsatt tillåta fri prissättning som mer allvarliga eftersom det skulle begränsa de privata vårdgivarna på ett sätt som skulle innebära mycket stora utmaningar för tandvården överlag. För att minimera risken att ett förstärkt högkostnadsskydd urholkas föreslår vi en prismatchningsmekanism som beskrivs nedan.

Bilaga 2 – Ytterligare resultat

I denna bilaga presenteras kompletterande resultat från vår huvudanalys av ett förstärkt högkostnadsskydd för patienter över 75 år. Först presenteras ytterligare resultat av kostnadsanalysen med olika antaganden. Därefter återfinns vissa figurer från efterfrågeanalysen.

Ytterligare resultat från kostnadsanalys

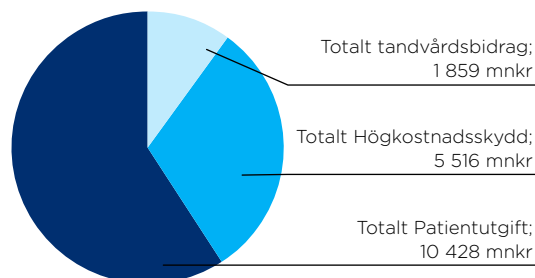
I denna sektion presenteras resultaten från vår huvudsakliga analys under två olika antaganden: Utan prismatch (vilket innebär att vårdgivarna har möjlighet att justera sina priser efter införandet av det nya högkostnadsskyddet) och med Prisreglering (vilket innebär att fri prissättning tas bort).

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 75 ÅR OCH ÄLDRE: UTAN PRISMATCH

I ett scenario med ett förstärkt högkostnadsskydd utan prismatchningsmekanism är patientutgiften för tandvård oförändrad, och den offentliga utgiften cirka 1,1 miljarder kronor högre än idag. Beräkningen bygger dock på flera antaganden och bör ses som ett extremscenario (med mycket liten möjlighet att faktiskt inträffa).

Det huvudsakliga antagandet är att i ett system utan prismatch så kommer vårdgivarna öka priserna på tandvård till dess att patientutgifterna (och antalet besök) är desamma som i dagsläget.²⁴ Att vissa vårdgivare kommer ta chansen att öka priserna något är möjligt. Men att priserna totalt skulle öka så mycket som i detta scenario är mycket orealistiskt.

Figur 12. Fördelning av utgifter, utan prismatch



Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 12. Patientutgiften är densamma, 10,4 miljarder kronor, som i dagsläget och den offentliga utgiften är 7,4 miljarder kronor, cirka 1,1 miljarder kronor mer än i dagsläget.

I Tabell 6 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd under utan prismatch. Eftersom vi gör antagandet i detta scenario att vårdgivarna höjer priserna till dess att patientutgifterna är desamma som i dagens system ser vi ingen skillnad i prisnivåerna för någon av grupperna.

24. Detta bygger i sin tur på antagandet att marknaden idag befinner sig "i jämvikt".

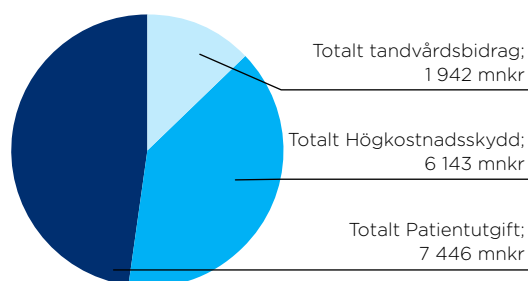
Tabell 6. Total och genomsnittlig patientutgift, dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch.

	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,4 mdkr	1 600 kr
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	5,6 mdkr	2 800 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	4,5 mdkr	3 200 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	10,4 mdkr	2 900 kr

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 75 ÅR OCH ÄLDRE: PRISREGLERING

Ett förstärkt högkostnadsskydd i kombination med prisreglering (att fri prissättning på tandvård tas bort) skulle innebära en minskning av den totala patientutgiften med 3 miljarder kronor jämfört med dagens system samt en ökning av den offentliga utgiften med 1,8 miljarder kronor. Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 13. Att den offentliga utgiften ökar mer än i ett scenario med oförändrade priser beror på att en borttagning av fri prissättning fungerar som en prissänkning för patienterna, vilket i sin tur ökar antalet besök och följaktligen den offentliga utgiften.

Figur 13. Fördelning av utgifter, med prisreglering.



I Tabell 7 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd med prisreglering fördelat mellan unga (24–29 år), medel (30–64 år) och äldre (65+ år) patienter. Eftersom en borttagning av fri prissättning påverkar samtliga grupper innebär detta scenario att såväl de totala som de genomsnittliga kostnaderna för patienter minskar.

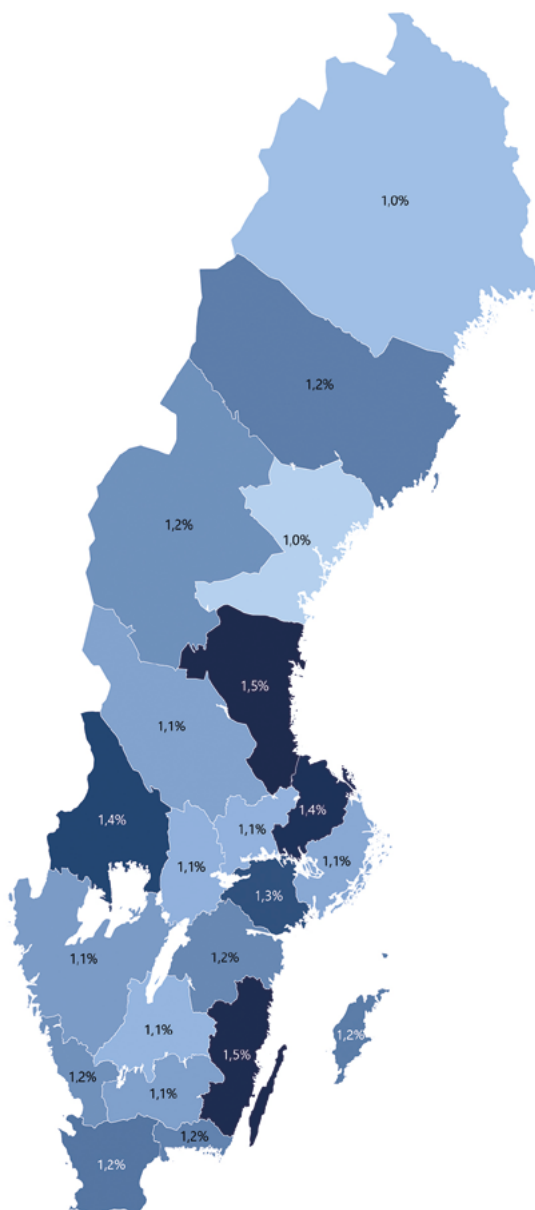
För unga minskar kostnaderna med i genomsnitt 300 kronor per år, från 1 600 kronor till 1 300 kronor. För de mellan 30 och 64 år minskar kostnaderna med 500 kronor per år, från 2 800 kronor till 2 300 kronor. Den största prisminskningen ser äldre, där kostnaderna minskar från i genomsnitt 3 200 kronor till 1 700 kronor – en minskning med i genomsnitt 1 500 kronor per år.

Tabell 7. Total och genomsnittlig patientutgift, dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd med prisreglering.

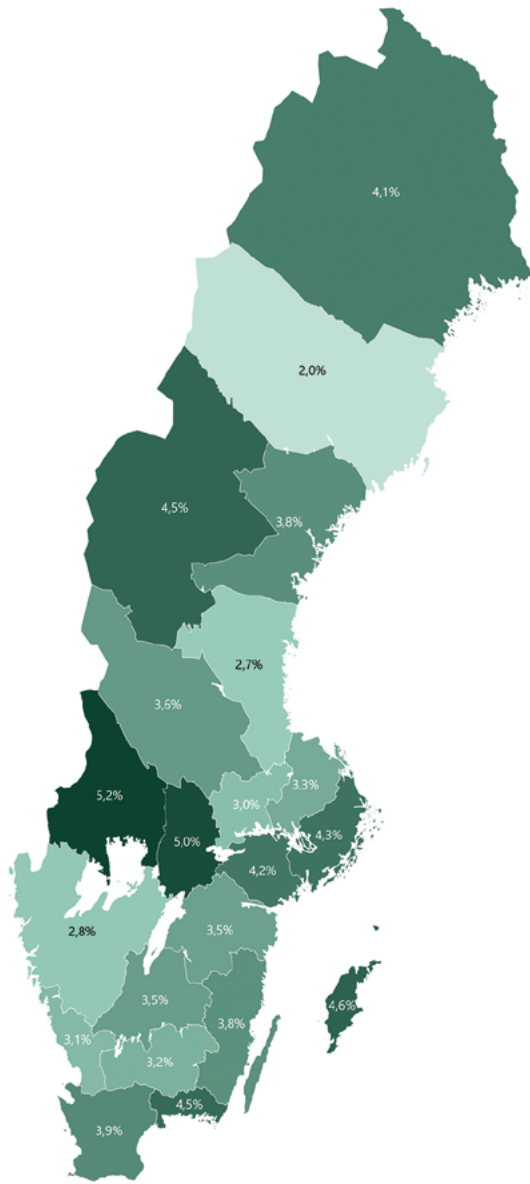
	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd med prisreglering	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,3 mdkr	1 300 kr
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	4,6 mdkr	2 300 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	2,5 mdkr	1 700 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	7,4 mdkr	2 000 kr

Ytterligare resultat från efterfrågeanalys

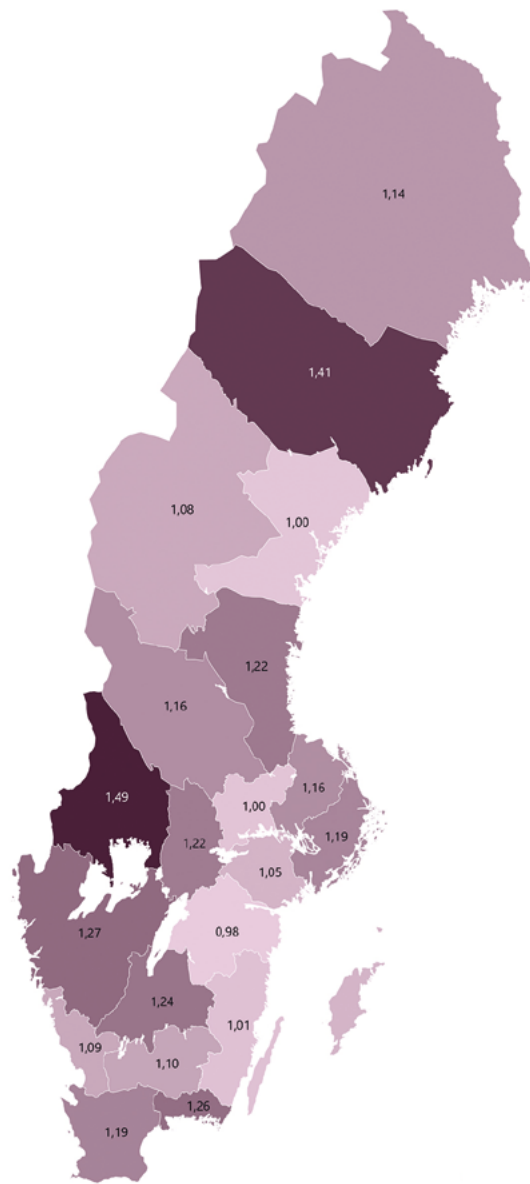
Figur 14. Förändring i efterfrågan per region under ett förstärkt högkostnadsskydd under fri prissättning med prismatch.



Figur 15. Förändring i efterfrågan per region under ett förstärkt högkostnadsskydd utan fri prissättning.



Figur 16. Privat- och offentliganställda tandläkare och tandsköterskor per 1000 invånare i respektive län.



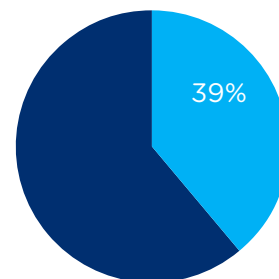
Bilaga 3 – Exempel på skalbarhet

I denna bilaga presenterar vi två exempel på hur förslaget kan skalas. Dels genom att utöka det så att alla från och med 65 år inkluderas i den förstärka delen av högkostnadsskyddet, dels genom att minska det där enbart personer från och med 85 år inkluderas.

Förstärkt högkostnadsskydd för alla som är 65 år och äldre

Som ett första exempel på hur förslaget kan anpassas gör vi en analys av hur kostnaderna i tandvården påverkas om högkostnadsskyddet förstärks enligt ovan förslag, men expanderas till att inkludera alla över 65 år. Likt hur vi gjort för huvudanalysen har vi beräknat resultat med prismatch, utan prismatch samt med prisreglering.

Figur 17. Andel besökare i tandvården, 65+.



Ett förstärkt högkostnadsskydd enligt förslaget utökat till patienter som är 65 år och äldre skulle – med antagandet om att priset är oförändrat – innebära en minskning av den totala och den genomsnittliga patientutgiften för tandvård, en ökning av efterfrågan av efterfrågan på tandvård i gruppen 65 år och äldre, samt ökade offentliga utgifter för tandvårdsstöd.

Utan prismatch (om vårdgivarna väljer att öka sina priser) kommer patientutgiften vara oförändrad mot dagens system, men den offentliga utgiften kommer att öka. Med prisreglering (det vill säga om fri prissättning tas bort) kommer patientutgifterna att minska, och den offentliga utgiften att öka.

I Tabell 8 presenteras översiktliga resultat – totala antalet besök, total offentlig utgift, total patientutgift samt förändringen i samtliga fall från dagens system.

Tabell 8. Översiktliga resultat, utökning till förstärkt högkostnadsskydd för 65+.

	Antal besök i tandvården		Offentlig utgift		Patientutgift	
	Totalt	Förändring	Totalt	Förändring	Totalt	Förändring
Dagens	3,60 milj.	-	6,3 mdkr	-	10,4 mdkr	-
Med prismatch	3,70 milj.	+100 000	8,9 mdkr	+2,6 mdkr	8,0 mdkr	-2,4 mdkr
Utan prismatch	3,60 milj.	-	8,8 mdkr	+2,5 mdkr	10,4 mdkr	-
Prisreglering	3,80 milj.	+200 000	9,4 mdkr	+3,1 mdkr	6,4 mdkr	-4,0 mdkr

I Tabell 9 presenteras en jämförelse av hur äldres utgifter för tandvård som andel av disponibel inkomst påverkas av det förstärka högkostnadsskyddet för de som är 65 år och äldre samt i jämförelse med effekten för ett utökat skydd enbart för de som är 75 år och äldre.

Vi ser där att ett nytt högkostnadsskydd för de som är 65 år och äldre med prismatch skulle innebära att deras utgifter för tandvård som andel av disponibel inkomst skulle minska från en procent till 0,4 procent. Effekten är större än för ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 75 år och äldre, vilket troligtvis drivs av att det stora antal av alla som är 65 år och äldre som ingår i gruppen 65–74, och som således inte påverkades av det första förslaget. Effekterna är liknande om fri prissättning tas bort under Prisreglering.

Tabell 9. Patientutgift, påverkan på andel av disponibel inkomst som spenderas på tandvård.

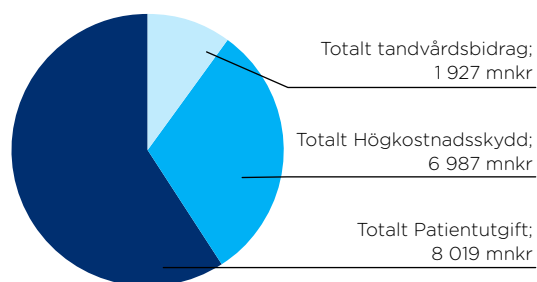
	Dagens system	Med prismatch	Utan prismatch	Prisreglering
Förstärkt HKS för de över 75	1,0%	0,8%	1,0%	0,5%
Förstärkt HKS för de över 65	1,0%	0,4%	1,0%	0,3%

Not: Tabellen baseras på data över genomsnittlig disponibel inkomst bland de som besöker tandvården (cirka 3,6 miljoner besökare 2019) – inte hela befolkningen. Om hela befolkningen skulle räknats in skulle samtliga andelar i ovan tabell minska.

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 65 ÅR OCH ÄLDRE: MED PRISMATCH

Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 65 år och äldre där de totala kostnaderna för tandvård är oförändrade (med andra ord, priset som patienten betalar för alla typer av behandlingar är detsamma som idag) skulle innebära att den totala patientutgiften minskar med cirka 2,6 miljarder kronor till 8 miljarder kronor. Den offentliga utgiften skulle vara 8,9 miljarder kronor. En ökning med cirka 2,6 miljarder kronor som framför allt drivs av en ökning av utgiften för högkostnadsskydd. Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 18.

Figur 18. Fördelning av utgifter, med prismatch, förstärkt högkostnadsskydd för alla 65+.



I Tabell 10 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd för individer som är 65 år och äldre med prismatch, fördelat mellan unga (24-29 år), medel (30-64 år) och äldre (65+ år) patienter. Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 65 år och äldre med prismatch innebär att den genomsnittliga kostnaden för de över 65 skulle minska till i genomsnitt 1 400 kronor per år, en minskning med cirka 1 800 kronor per år. Eftersom högkostnadsskyddet enbart påverkar de som är 65 år och äldre sker ingen förändring för de yngre ålderskategorierna.

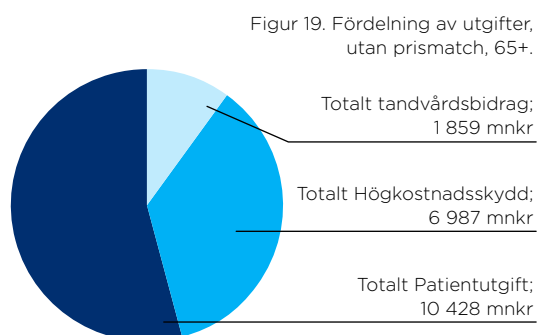
Tabell 10. Total och genomsnittlig patientutgift, i dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd med prismatch, 65+.

	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd med prismatch	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24-29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,4 mdkr	1 600 kr
Medel (30-64)	5,6 mdkr	2 800 kr	5,6 mdkr	2 800 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	2,1 mdkr	1 400 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	8,0 mdkr	2 200 kr

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 65 ÅR OCH ÄLDRE: UTAN PRISMATCH

Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 65 år och äldre i ett scenario utan prismatchningsmekanism innebär att patientutgiften för tandvård oförändrad, och den offentliga utgiften ökar med cirka 2,5 miljarder kronor till 8,8 miljarder kronor per år. Beräkningen bygger dock på flera antaganden och bör ses som ett extremscenario (med mycket liten möjlighet att faktiskt inträffa).²⁵ Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 19. Patientutgiften är densamma som i dagsläget, 10,4 miljarder kronor, och den offentliga utgiften är 8,8 miljarder kronor.

I Tabell 11 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch. Eftersom vi gör antagandet i detta scenario att vårdgivarna höjer priserna till dess att patientutgifterna är desamma som i dagens system ser vi ingen skillnad i prisnivåerna för någon av grupperna.



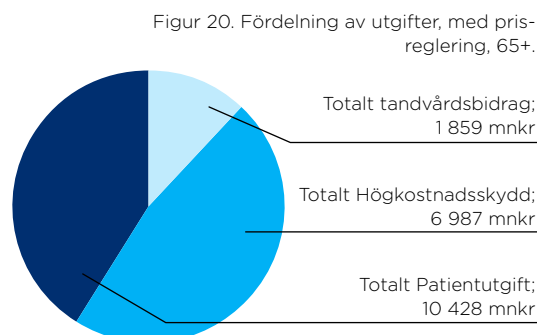
Tabell 11. Total och genomsnittlig patientutgift, dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch, 65+.

	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,4 mdkr	1 600 kr
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	5,6 mdkr	2 800 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	4,5 mdkr	3 200 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	10,4 mdkr	2 900 kr

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 65 ÅR OCH ÄLDRE: PRISREGLERING

Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 65 år och äldre i kombination med prisreglering (fri prissättning på tandvård tas bort) skulle innebära en minskning av den totala patientutgiften med 4 miljarder kronor jämfört med dagens system samt en ökning av den offentliga utgiften med 3,1 miljarder kronor. Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 20. Att den offentliga utgiften ökar mer än i ett scenario med oförändrade priser beror på att en borttagning av fri prissättning fungerar som en prissänkning för patienterna, vilket i sin tur ökar antalet besök och följaktligen den offentliga utgiften.

I Tabell 12 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 65 år och äldre med prisreglering fördelat mellan unga (24–29 år), medel (30–64 år) och äldre (65+ år) patienter. Eftersom en



25. För en närmare beskrivning av antagandena som görs för denna analys, se analysen för förstärkt högkostnadsskydd för de över 75+.

borttagning av fri prissättning påverkar samtliga grupper innebär detta scenario att så väl de totala som de genomsnittliga kostnaderna för patienter minskar.

För unga minskar kostnaderna med i genomsnitt 300 kronor per år, från 1 600 kronor till 1 300 kronor. För de mellan 30 och 64 år minskar kostnaderna med 500 kronor per år, från 2 800 kronor till 2 300 kronor. Den största prisminskningen ser äldre, där kostnaderna minskar från i genomsnitt 3 200 kronor till 1 000 kronor – en minskning med i genomsnitt 2 200 kronor per år.

Tabell 12. Total och genomsnittlig patientutgift, dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd med prisreglering, 65+.

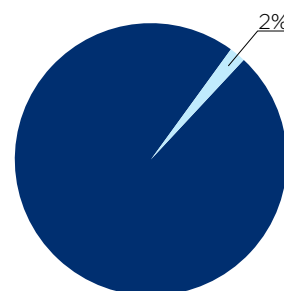
	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd med prisreglering	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,3 mdkr	1 300 kr
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	4,6 mdkr	2 300 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	1,5 mdkr	1 000 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	6,4 mdkr	1 700 kr

Förstärkt högkostnadsskydd för alla som är 85 år och äldre

Till sist gör vi även en analys av hur kostnaderna i tandvården påverkas om ett nytt högkostnadsskydd skulle införas enligt ovan förslag, men enbart för gruppen 85+.²⁶ Precis som tidigare gör vi en analys av resultaten med prismatch, utan prismatch, samt med prisreglering.

Vid genomgången av dessa beräkningar är det viktigt att ha i åtanke att andelen av samtliga patienter som i huvudsak berörs av detta förslag är mycket liten: vi uppskattar att endast två procent av samtliga tandvårdsbesök under 2019 var från patienter som är 85 år och äldre.

Figur 21. Andel besökare i tandvården, 85+.



Ett förstärkt högkostnadsskydd enligt förslaget men enbart applicerat för patienter i åldersgruppen 85+ skulle – med antagandet om att priset är oförändrat – innebära en minskning av den totala och den genomsnittliga patientutgiften för tandvård, en viss ökning av efterfrågan av efterfrågan på tandvård i åldersgruppen 85+, samt något utökade offentliga utgifter för tandvårdsstöd. På grund av att gruppen som berörs av detta förslag är så pass liten är effekterna mindre jämfört med de andra förslagen.

Om fri prissättning består och vårdgivarna väljer att öka sina priser antas patientutgiften vara oförändrad mot dagens system, men den offentliga utgiften kommer att öka. Om fri prissättning tas bort kommer patientutgifterna minska, och den offentliga utgiften öka.

I Tabell 13 presenteras översiktliga resultat: det totala antalet besök, total offentlig utgift, total patientutgift samt förändringen i samtliga fall från dagens system.

26. Denna analys har ytterligare vissa osäkerheter associerade till sig utöver de som gäller för ovan analyser. De data vi använder för beräkningar inkluderade inte en särskild kategori för individer som är 85 år och äldre, enbart de som är 75 år och äldre. Således har vi gjort ett antagande baserat på befolkningsstatistik från SCB att av individer som är 75 år och äldre så utgörs 11 procent av personer över 85 år. Vi har sedan delat upp gruppen 75+ baserat på denna fördelning. Eftersom vi saknar statistik för genomsnittliga kostnader och liknande för de som är 85 år och äldre har vi antagit att de har samma genomsnitt som de som är 75 år och äldre.

Tabell 13. Översiktliga resultat, utökning till förstärkt högkostnadsskydd för 85+.

	Antal besök i tandvården		Offentlig utgift		Patientutgift	
	Totalt	Förändring	Totalt	Förändring	Totalt	Förändring
Dagens	3,60 milj.	-	6,3 mdkr	-	10,4 mdkr	-
Med prismatch	3,60 milj.	+5 000	6,4 mdkr	+0,1 mdkr	10,3 mdkr	-0,1 mdkr
Utan prismatch	3,60 milj.	-	6,4 mdkr	+0,2 mdkr	10,4 mdkr	-
Prisreglering	3,66 milj.	+60 000	6,7 mdkr	+0,3 mdkr	8,4 mdkr	-2,0 mdkr

I Tabell 14 presenteras en jämförelse av hur äldres utgifter för tandvård som andel av disponibel inkomst påverkas när högkostnadsskyddet förstärks för de som är 85 år och äldre samt i jämförelse med effekten för ett utökat skydd enbart för de som är 75 år och äldre.

Vi ser där att ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 85 år och äldre med prismatch inte skulle innebära någon större påverkan på andelen av disponibel inkomst spenderat på tandvård i gruppen 65+. Om fri prissättning togs bort skulle andelen minska från en procent till 0,8 procent. Att effekterna är så pass små beror troligtvis på att den grupp som huvudsakligen påverkas av det nya skyddet (85+) utgör en så pass liten andel av de totala tandvårdsbesöken per år.

Tabell 14. Patientutgift, påverkan på andel av disponibel inkomst som spenderas på tandvård.

	Äldre (65+) andel av disponibel inkomst som går till tandvård			
	Dagens system	Med prismatch	Utan prismatch	Prisreglering
Förstärkt HKS för de över 75	1,0%	0,8%	1,0%	0,5%
Förstärkt HKS för de över 65	1,0%	0,4%	1,0%	0,3%

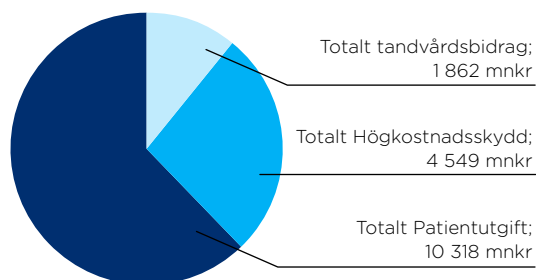
Not: Tabellen baseras på data över genomsnittlig disponibel inkomst bland de som besöker tandvården (cirka 3,6 miljoner besökare 2019) - inte hela befolkningen. Om hela befolkningen skulle räknats in skulle samtliga andelar i ovan tabell minska.

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 85 ÅR OCH ÄLDRE: MED PRISMATCH

Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 85 år och äldre där de totala kostnaderna för tandvård är oförändrade (med andra ord, priset som patienten betalar för alla typer av behandlingar är detsamma som idag) skulle innebära att den totala patientutgiften minskar med cirka 100 miljoner kronor till 10,3 miljarder kronor. Den offentliga utgiften skulle öka till 6,4 miljarder kronor. En ökning med cirka 100 miljoner kronor som framför allt drivs av en ökning av utgiften för högkostnadsskydd. Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 22.

I Tabell 15 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd för individer som är 85 år och äldre med prismatch, fördelat mellan unga (24-29 år), medel (30-64 år) och äldre (65+ år) patienter.

Figur 22. Fördelning av utgifter, med prismatch, förstärkt högkostnadsskydd för alla 85+.



Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 85 år och äldre med prismatch innebär att den genomsnittliga kostnaden för de över 65 skulle minska till i genomsnitt 3 100 kronor per år, en minskning med cirka 100 kronor per år. Den genomsnittliga förändringen är liten eftersom högkostnadsskyddet enbart påverkar de som är 85 år och äldre, det innebär att ingen förändring sker för de yngre ålderskategorierna. Den förändring som sker för de som är 65 år och äldre är driven av en förändrad kostnad för de som är 85 år och äldre (det vill säga kostnaden för de mellan 65–84 förblir oförändrad).

Tabell 15. Total och genomsnittlig patientutgift, i dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd med prismatch.

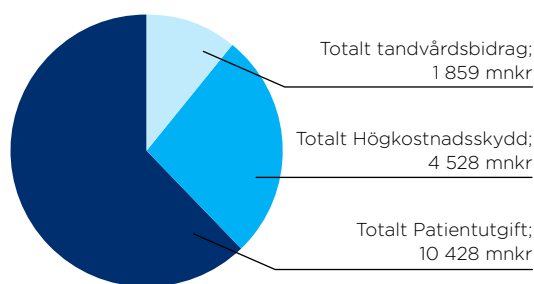
	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd med prismatch	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,4 mdkr	1 600 kr
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	5,6 mdkr	2 800 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	4,4 mdkr	3 100 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	10,3 mdkr	2 900 kr

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 85 ÅR OCH ÄLDRE: UTAN PRISMATCH

Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 85 år och äldre utan prismatchningsmekanism innebär att patientutgiften för tandvård är oförändrad samt att den offentliga utgiften ökar med cirka 100 miljoner kronor till 6,4 miljarder kronor per år. Denna beräkning bygger dock på flera antaganden och bör ses som ett extremscenario (med mycket liten möjlighet att faktiskt inträffa).²⁷ Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 23. Patientutgiften är densamma, 10,4 miljarder kronor, som i dagsläget och den offentliga utgiften är 6,4 miljarder kronor, cirka 100 miljoner kronor mer än i dagsläget.

I Tabell 16 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch. Eftersom vi gör antagandet i detta scenario att vårdgivarna höjer priserna till dess att patientutgifterna är desamma som i dagens system så ser vi ingen skillnad i prisnivåerna för någon av grupperna.

Figur 23. Fördelning av utgifter, utan prismatch, 85+.



27. För en närmare beskrivning av antagandena som görs för denna analys, se tidigare i detta kapitel.

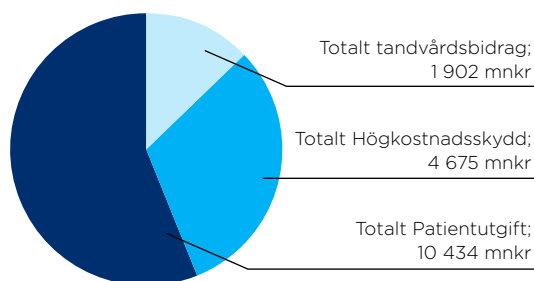
Tabell 16. Total och genomsnittlig patientutgift, dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch.

	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd utan prismatch	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,4 mdkr	1 600 kr
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	5,6 mdkr	2 800 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	4,5 mdkr	3 200 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	10,4 mdkr	2 900 kr

FÖRSTÄRKT HÖGKOSTNADSSKYDD FÖR ALLA SOM ÄR 85 ÅR OCH ÄLDRE: PRISREGLERING

Ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 85 år och äldre i kombination med prisreglering (att fri prissättning på tandvård tas bort) skulle innebära en minskning av den totala patientutgiften med två miljarder kronor jämfört med dagens system samt en ökning av den offentliga utgiften med 0,4 miljarder kronor. Hur kostnaderna fördelas presenteras i cirkeldiagrammet i Figur 24. Att den offentliga utgiften ökar mer än i ett scenario med oförändrade priser beror på att en borttagning av fri prissättning fungerar som en prissänkning för patienterna, vilket i sin tur ökar antalet besök och följaktligen den offentliga utgiften.

Figur 24. Fördelning av utgifter, med prisreglering, 85+.



I Tabell 17 presenteras den totala och genomsnittliga patientutgiften med dagens system och med ett förstärkt högkostnadsskydd för de som är 85 år och äldre med prisreglering, fördelat mellan unga (24–29 år), medel (30–64 år) och äldre (65+ år) patienter. Eftersom en borttagning av fri prissättning påverkar samtliga grupper innebär detta scenario att så väl de totala som de genomsnittliga kostnaderna för patienter minskar. För unga minskar kostnaderna med i genomsnitt 300 kronor per år, från 1 600 kronor till 1 300 kronor. För de mellan 30 och 64 år minskar kostnaderna med 500 kronor per år, från 2 800 kronor till 2 300 kronor. Den största prisminskningen ser äldre, där kostnaderna minskar från i genomsnitt 3 200 kronor till 1 700 kronor – en minskning med i genomsnitt 1 500 kronor per år.

Tabell 17. Total och genomsnittlig patientutgift, dagens system och under förstärkt högkostnadsskydd med prisreglering, 85+.

	Dagens system		Förstärkt högkostnadsskydd med prisreglering	
	Total utgift	Genomsnittlig	Total utgift	Genomsnittlig
Unga (24–29)	0,4 mdkr	1 600 kr	0,3 mdkr	1 300 kr
Medel (30–64)	5,6 mdkr	2 800 kr	4,6 mdkr	2 300 kr
Äldre (65+)	4,5 mdkr	3 200 kr	3,5 mdkr	2 400 kr
Samtliga	10,4 mdkr	2 900 kr	8,4 mdkr	2 300 kr

