Vårdköer i tandvården?

Konsekvenser av att införa sjukvårdens högkostnadsskydd

Mårten Blix[Θ]

2023-06-15

Sammanfattning

I Tidöavtalet aviseras en utredning om att tandvårdens högkostnadsskydd mer ska efterlikna den modell som finns i sjukvården. I sjukvården betalar patienterna som mest 1 300 kronor under en tolvmånadersperiod under 2023. Avgifterna regleras av regionerna. I tandvården råder däremot fri prissättning men med statliga subventioner som är mindre omfattande än i sjukvården. Jämfört med dagens situation skulle en tandvårdsreform som närmar sig sjukvårdens modell innebära en kraftigt höjd subvention för alla vuxna patienter i tandvården (från det år de fyller 24 år). Det är även troligt att den fria prissättningen behöver slopas för att inte kostnaderna ska öka okontrollerat. Statens direkta budgeteffekter har av olika aktörer beräknats till mellan 5–17 miljarder kronor, där det lägre beloppet i intervallen exkluderar beteendeförändringar. De indirekta effekterna av reformen kan dock bli långtgående. Ju närmare högkostnadsskyddet i tandvården kommer sjukvården, desto troligare är det att tandvården drabbas av sjukvårdens kroniska problem med långa vårdköer och kapacitetsbrist. Vårdköerna lär bli än mer omfattande om även ersättningsmodellen i tandvården förstatligas och prismekanismen sätts ur spel. Redan idag finns statistik på att folktandvården är ansträngd med långa väntetider som i huvudsak förklaras av brist på tandläkare. För merparten av regionerna saknas statistik över väntetider men det finns indikationer på att många befinner sig i en allvarlig situation med väntetider som räknas i år snarare än i månader, exempelvis i Västerbotten. En alternativ och mindre kostsam reform vore att höja subventionen enbart till svaga socioekonomiska grupper vilket skulle göra insatsen mer riktad utan att marknadsmekanismen sätts ur spel. Risken för köer är också lägre.

[Θ] Epost: marten.blix@gmail.com. Uppsatsen är skriven på uppdrag av Privattandläkarna. Alla åsikter som uttrycks är författarens.

1. Inledning

I Tidöavtalet aviseras en utredning för att föreslå hur tandvårdens högkostnadsskydd mer ska efterlikna den modell som finns i sjukvården.[1] Motiveringen framgår inte direkt i avtalet men en trolig avsikt är att förbättra tandhälsan i befolkningen genom att minska individens kostnader. Exakt hur förslaget utformas kommer ha stor betydelse för effekterna. I detta PM diskuteras några möjliga konsekvenser av en sådan reform. Fokus kommer vara på kvalitativa effekter eftersom det ännu inte finns något utredningsdirektiv och än mindre några skarpa förslag. Osäkerheten är därför osedvanligt stor.

Den största osäkerheten kommer från beteendeförändringar i befolkningen. Kommer besöken i tandvården att kvarstå på samma nivå eller kommer de att öka? Det är praktiskt men knappast realistiskt att utgå från oförändrat beteende när policy ändras. Det är särskilt vanskligt i situationer när hushåll utan större svårigheter kan anpassa sin konsumtionskorg eller planering. När det gäller ett högkostnadsskydd i tandvården har analyser från 2022 visat ett stort spann av ökade offentliga kostnader, allt från 5–17 miljarder kronor, jämfört med kostnaderna för dagens situation. Var i intervallet man hamnar hänger på de antaganden som görs och hur beteendeförändringarna hanteras.

En brist i flera tidigare analyser är att endast de direkta kostnaderna analyseras. Kostnadssidan för staten är förvisso viktig, men det är centralt att ta hänsyn till de samlade samhällsekonomiska effekterna som även inkluderar indirekta effekter som tillgänglighet och kötider i tandvården. Det kan inte uteslutas att de indirekta kostnaderna av reformerna överstiger statens direkta budgetkostnader.

Det kan inte uteslutas att de indirekta kostnaderna i termer av ökade köer och sämre tillgänglighet kommer överstiger de direkta budgeteffekterna för staten.

Att det kan uppstå köer är knappast ett okänt fenomen. Sveriges sjukvårdsmodell har under flera decennier karakteriserats av omfattande vårdköer och bristande tillgänglighet. Ju närmare tandvården kommer sjukvården, desto större är därför risken att även dessa problem tar rot i tandvården. Grunderna för ökade köer finns redan. Antal tandläkare är begränsat, inte minst i glesbygden. Om efterfrågan ökar kraftigt är det högst troligt att köer uppstår. Det är osäkert om nya tandläkare kan utbildas i tid för att ersätta de kommande pensionsavgångarna.

[1] Enligt Tidöavtalet (s.8) framgår att: ”En utredning tillsätts för att stärka tandvårdens högkostnadsskydd för att mer efterlikna det som finns i övrig vård. Äldre personer med sämst munhälsa ska prioriteras. Utan att det påverkar rätten till tandvård som inte kan anstå ska de ekonomiska särregler som finns för tandvård för asylsökande och vissa personer utan uppehållstillstånd ses över med syfte att tas bort.”

Ju närmare tandvårdsmodellen kommer sjukvården, desto troligare är att det uppstår problem med köer och långa väntetider.

Detta PM är disponerat som följer: Nästa avsnitt jämför översiktligt de ekonomiska förutsättningarna för tandvården i förhållande till sjukvården. Avsnittet därefter diskuterar olika kostnadsberäkningar beroende på antaganden om reformen. I fjärde avsnittet visar jag översiktlig statistik om befintliga köer i folktandvården och i de sista avsnitten drar jag lärdomar från vårdköer i sjukvården. Sista avsnittet är en sammanfattning.

2. Tandvården jämfört med sjukvården

Kostnader för patienter i sjukvården och tandvården

Idag råder det fri prissättning inom den privata tandvården för vuxna över en viss ålder men med olika subventioner.[2] Det är en väsensskild modell jämfört med sjukvården, där såväl ersättningar som totala kostnader för patienter är reglerade, se Tabell 1.

Tabell 1. Avgifter i tandvården och sjukvården

	Tandvård	Sjukvård
Patientavgifter	Avgiftsfritt upp till det år patienten fyller 23 år (cirka 27 % av befolkningen). Fri prissättning i vuxentandvården med viss subvention enligt TLV-referenslista.[3]	*Primärvården*: Varierar mellan 100–300 kronor i olika regioner, vanligast med 200 kr.[4] Avgiftsfritt för barn samt för 85+, vilket utgör cirka ¼ av befolkningen. *Specialistläkare*: Varierar mellan 200–450 kronor, vanligast med 300 kronor.
Interndebitering	Barn och ungdomstandvården. Regionens tandvård i specialistvården	Mycket omfattande interna prislistor för 6 olika sjukvårdsregioner[5], i allt från akutvård och ambulans till kirurgi.

[2] Från det år när patienten fyller 24 år.

[3] TLV listar priser för ett stort antal åtgärder som används som underlag för att beräkna subventioner som minskar kostnaden för patienter, se TLV (2020). Myndigheten finner vidare att tre av fyra betalar ett högre belopp än referenspriset, TLV (2023)

[4] SKR (2023a).

[5] SKR (2023b).

Subventionerna i *sjukvården* är enkla för patienterna men döljer en komplex bakomliggande debitering i form av omfattade interna prissättningar som varierar mellan de 6 olika sjukvårdsregionerna.

Statliga subventioner i *tandvården* är väsentligen lägre och även mer komplicerade att beräkna, se Ruta 1.

Ruta 1. Hur subventioneras tandvården idag?

Privata vårdgivare inom tandvården är fria att själv bestämma priset för behandlingarna men omfattningen av subventionen till patienterna utgår från Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV:s) referenslista. I korthet är systemet som följer: Staten står för 50 % av patientkostnaderna som överstiger 3 000 kronor och 85 % för kostnader över 15 000 kronor. Utgångspunkten för beräkningen är inte det faktiska priset utan TLV:s referenslista. Det innebär att när priset för patienten överstiger referenspriset för åtgärden blir subventionen lägre.[6] Enligt TLV betalade cirka tre av fyra privata patienter mer än referenspriset och drygt 40 % av patienterna betalade ett pris som översteg referenspriset med mer än 10 %.[7]

Enligt Försäkringskassan nådde nästan 16 % av befolkningen upp till den lägre gränsen på 3 000 kronor under 2019 och nästan 3 % den högre gränsen på 15 000 kronor.[8]

Tandvården och sjukvården – olika modeller

Om delar av de ekonomiska betingelserna från sjukvården ska överföras till tandvården är det viktigt att diskutera modellernas likheter och skillnader. Den ekonomiska modellen sätter ramarna för såväl patienterna som vårdaktörerna. Den huvudsakliga likheten är att det finns subventioner från offentlig sektor samt att båda är viktiga välfärdsområden men i övrigt är modellerna olika.

Tabell 2 sammanfattar några centrala ekonomiska skillnader mellan tandvården och sjukvården. Det framgår att sjukvården karakteriseras av omfattande prisreglering. Patientavgifter i sjukvården täcker endast en liten del av kostnaderna och de patienter som når upp till högkostnadsskyddet på 1 300 kronor under en tolvmånadersperiod är avgiftsbefriade.[9] I primärvården är det dessutom många som har avgiftsfria behandlingar: barn såväl som 85+ är avgiftsbefriade. I vissa regioner är barn upp till 18 år avgiftsbefriade, i andra regioner är åldersgränsen något högre. Som andel av befolkningen är det cirka en av fyra personer som är avgiftsbefriade i primärvården av ålderskäl.

[6] Om exempelvis en patient betalar 5 000 för en åtgärd men referenspriset är 4 000 kronor så blir subventionen 2 000 kronor (50 % av 4 000 kronor), inte 2 500 kronor (50 % av 5 000).

[7] TLV (2023).

[8] Försäkringskassan (2022).

[9] Det står regionerna fritt att välja ett lägre belopp än 1 300 kronor, vilket innebär en högre grad av subvention.

Tabell 2. Tandvården jämfört med sjukvården

	Tandvård	Sjukvård
Huvudsaklig ekonomisk modell	Fri prissättning för vuxna med statliga subventioner.	Regionalt reglerade priser med subventioner.
Mix privat/offentligt	*Till stor del i privat regi*: Två tredjedelar av besöken sker i privat regi 2022.[10] Knappt 50 % av tandläkarna verkar i privat regi i riket men med stora regionala skillnader: Andelen privata tandläkare är högst i Stockholm med 64 % och lägst i Västerbotten med 28 %.	*Till stor del i offentlig regi*: Drygt 80 % av personalen är offentligt anställda inom vård- och omsorg.[11] Cirka 98 % av specialistsjukvården är i offentlig regi utanför Region Stockholm.[12]
Regionala skillnader	Stor spridning i antal *tandläkare* per 100 000 invånare: högst i Västra Götaland med 85 och lägst i Gävleborg med 57, se Figur 1. Liten andel tandläkare i förhållande till yta i alla regioner utom Stockholm, se Figur 2.	Stor spridning i antal *läkare* per 100 000 invånare: högst i Uppsala med 585 och lägst i Norrbotten med 310. Stor andel läkare i förhållande till yta i Stockholm, väsentligen lägre i övriga regioner.[13]

Betydande regionala skillnader

I likhet med sjukvården finns det stora regionala skillnader i tandvården. Det framgår från Figur 1a att Västra Götaland, Stockholm och Västerbotten har högst andel tandläkare i förhållande till befolkningen. Skillnaden mot de tre regioner som har lägst andel är stor: I Dalarna, Östergötland, och Gävleborg är det ungefär 20 tandläkare färre som andel av 100 000 invånare jämfört med de som har högst, vilket motsvarar en skillnad på cirka 30 %.

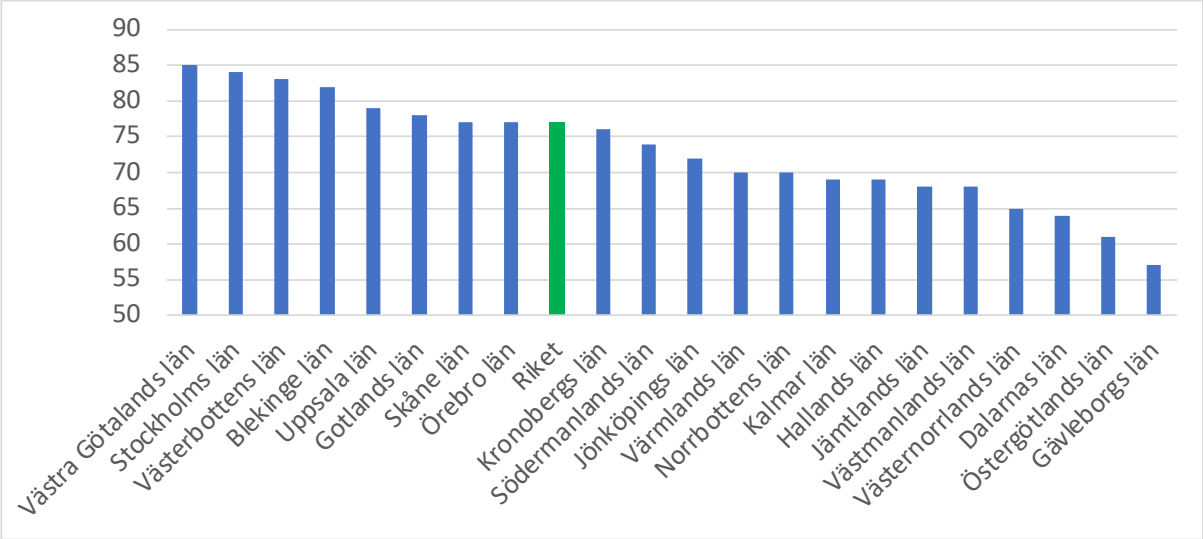
[10] Försäkringskassan (2023).

[11] Vårdföretagarna (2022, s.26)

[12] Köp av privat specialistsjukvård i hela Sverige är i snitt cirka 7 % inklusive Region Stockholm, där andelen 2020 var 17 % och högst i landet, se Blix och Jordahl (2021) samt Blix (2022).

[13] Socialstyrelsen (2023).

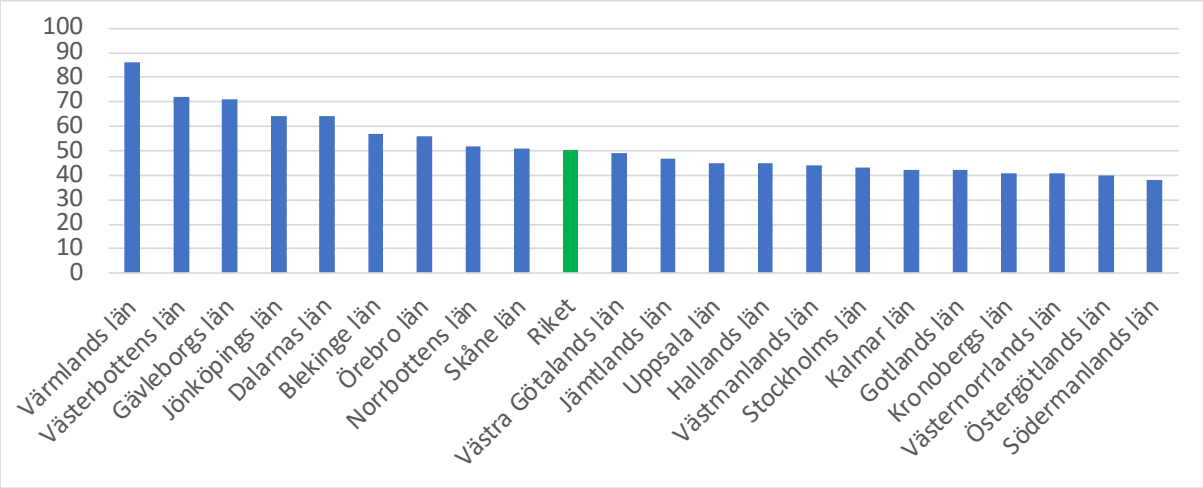
Figur 1a. Totalt antal sysselsatta tandläkare per 100 000 invånare, 2020.



Källa: Socialstyrelsen.

Tandläkare som andel av befolkningen ger inte bara en bild av den befintliga kapaciteten i regionerna. Den ger även en fingervisning om var kapacitetsrestriktioner först kan bli aktuella om efterfrågan på tandvård skulle öka. Troligen handlar det i första hand om regioner som har färre tandläkare än rikssnittet, dvs. Kronoberg och regioner till höger om Kronoberg i Figur 1a. Det kan även uppstå brist på tandhygienister som också uppvisar en ojämn fördelning i antalet sysselsatta mellan olika regioner, se Figur 1b.

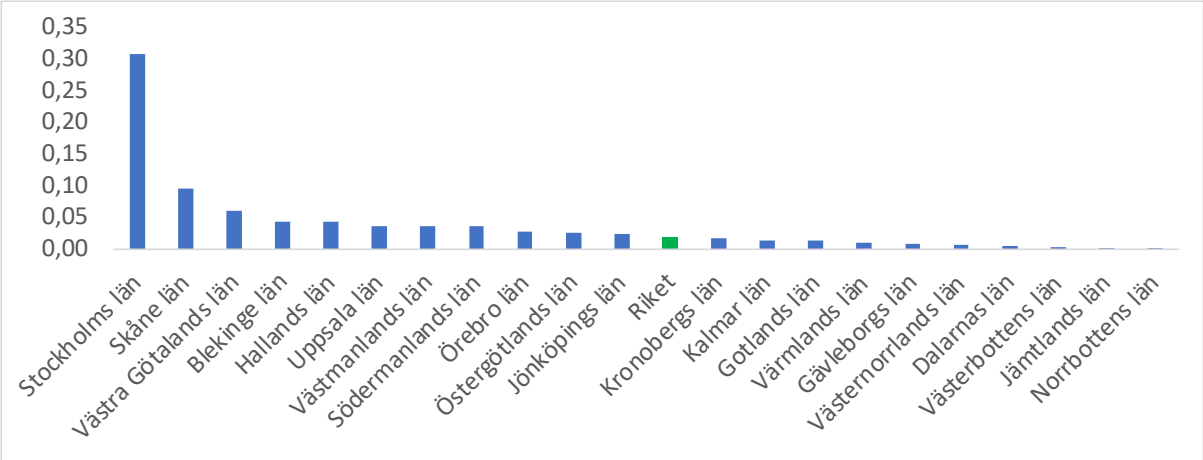
Figur 1b. Totalt antal sysselsatta tandhygienister per 100 000 invånare, 2020.



Källa: Socialstyrelsen.

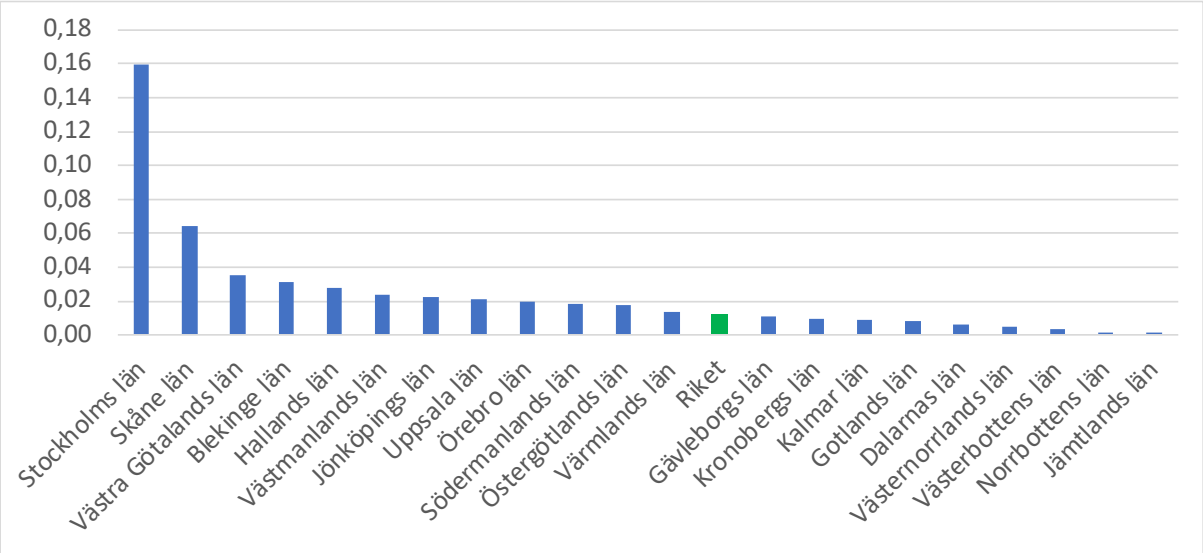
Tillgängligheten till tandvården handlar inte bara om antalet tandläkare eller tandhygienister i förhållande till befolkningen men även om hur långa avstånden är för patienterna. I Figur 2a framgår att Region Stockholm har i särklass flest tandläkare jämfört med den geografiska ytan medan Norrbotten har lägst. Stockholm har även flest tandhygienister sett till regionens yta, se Figur 2b.

Figur 2a. Tandläkare per kvadratkilometer, 2020.



Källa: Socialstyrelsen.

Figur 2b. Tandhygienister per kvadratkilometer, 2020.



Källa: Socialstyrelsen.

I Ruta 2 listas regioner som har såväl lägre andel tandläkare samt tandhygienister och längre avstånd än rikssnittet mätt som vårdpersonal per kvadratkilometer yta. För tandläkare är totalt nio regioner inom denna kategori; för tandhygienister, fem. Vad kan dessa regionala skillnader komma att innebära i praktiken? Om efterfrågan på tandvård ökar framöver är det troligt att de regionala skillnaderna i tillgång till tandvård kommer förstärkas. Huvudstadsregionen blir antagligen det sista området att nå sitt kapacitetstak. Effekterna av brister i regional kapacitet kan dessutom komma att förstärkas ytterligare av kommande pensionsavgångar.

Ruta 2. Regioner som har lägre antal tandläkare eller tandhygienister än riksgenomsnittet *och* längre avstånd mätt per kvm, 2020.

Regioner med lägre antal tandläkare *och* långa avstånd: Kronoberg, Kalmar, Värmland, Gävleborg, Västernorrland, Dalarna, Västerbotten, Jämtland och Norrbotten.

Regioner med lägre antal tandhygienister än rikssnittet *och* långa avstånd: Kronoberg, Kalmar, Gotland, Västernorrland, och Jämtland.

Källa: Egna beräkningar utifrån Försäkringskassans statistik.

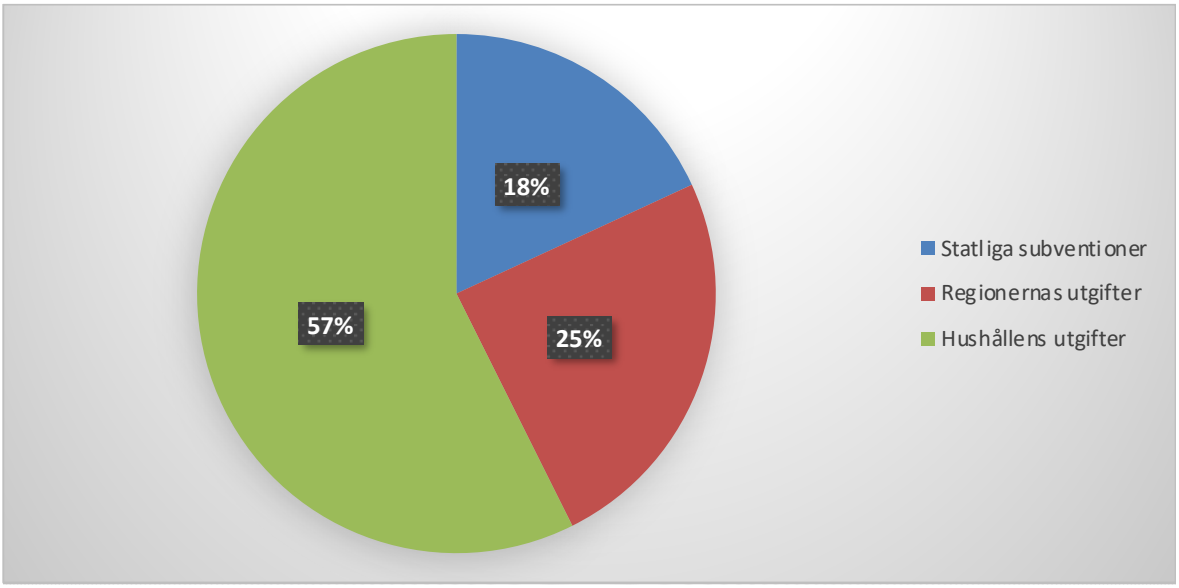
3. Kostnadskonsekvenser av ändrade tandvårdssubventioner

3.1 Dagens system

De totala kostnaderna inom tandvården under 2021 var cirka 31,5 miljarder kronor enligt Statistiska Centralbyrån (SCB).[14] Det statliga stödet är egentligen något högre då SCB exkluderar den del som betalas ut till folktandvården. Den största delen betalades av hushållen, se Figur 3. Statens subventioner enligt SCB:s snävare definition utgjorde cirka 5,7 miljarder kronor eller knappt en femtedel av de totala kostnaderna. Eftersom 2020 var ett pandemiår kan dock beloppen även vara en underskattning.

En reform av tandvårdsstödet innebär att statens direkta budgetkostnader ökar från dagens nivå. Storleken på förändringen beror på den exakta utformningen av reformen och på beteendeförändringar. Med en ökad subventionsgrad är det troligt att efterfrågan kommer att öka.

Figur 3. Fördelning av kostnader i tandvården 2021.

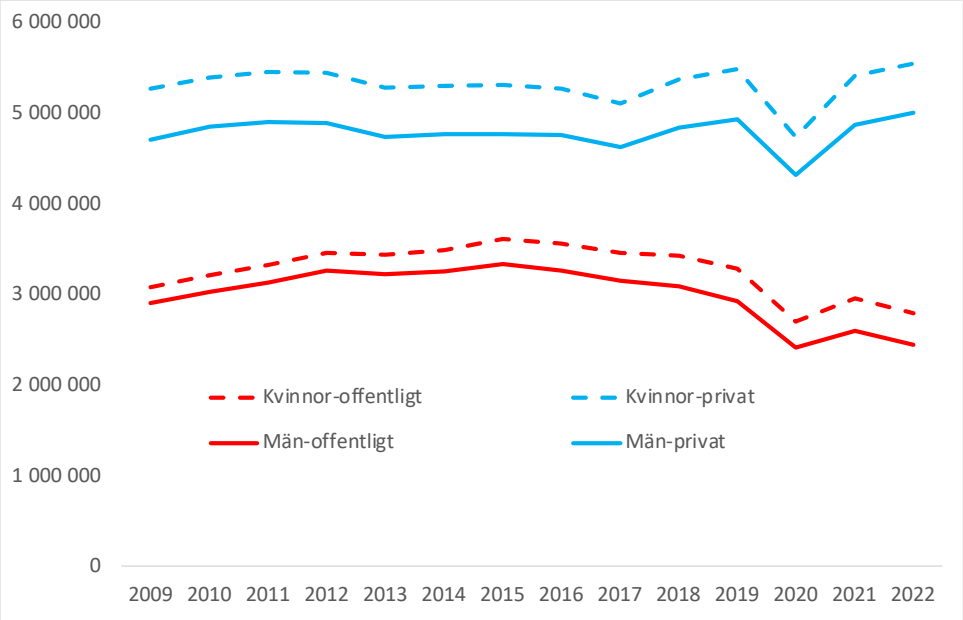


Källa: SCB (2023).

Från Figur 4 framgår att det genomfördes cirka 14–17 miljoner åtgärder i vuxentandvården per år under perioden 2009–22, varav drygt trefemtedelar i privat regi. Besöksstatistiken visar dock inte antal tandvårdsbesök för de som är yngre än 24 år och för vilka tandvården är avgiftsfri. Dessa besök sker ofta, men inte uteslutande, i folktandvården. Som ett resultat av detta rapporteras det om kapacitetsbrist i folktandvården (se även nästa avsnitt).

[14] SCB (2023).

Figur 4. Antal åtgärder för vuxna (24+) som utförts inom det statliga tandvårdsstödet.



Källa: Försäkringskassan. Gäller för vuxna 24+.

3.2. Kostnadsberäkningar i tidigare studier

Spannet i tidigare kostnadsberäkningar av ett högkostnadsskydd i tandvården är från 5 till 17 miljarder kronor, beroende på de antaganden som görs. Reformen innebär att dagens modell med subventioner slopas.

För 2023 är nivån på högkostnadsskyddet 1 300 kronor under en tolvmånadersperiod. Året innan var maxtaket hundra kronor lägre, dvs. 1 200 kronor under en tolvmånadersperiod, vilket är det belopp som har använts i tidigare studier som kostnadsberäknat reformen. De exakt kvantitativa effekterna på statens budget påverkas av nivån på högkostnadsskyddet men skillnaderna mellan 1 200 och 1 300 kronor är inte stora jämfört med osäkerheten i beräkningarna.

Statens kostnader under antagandet om oförändrat beteende

Även under antagandet att det uppstår några beteendeförändringar finns stora skillnader i olika beräkningar. Riksdagens utredningstjänst (RUT beräknar de direkta kostnaderna till knappt 5 miljarder kronor om alla svenska medborgare över 23 år omfattas av ett högkostnadsskydd som liknar sjukvårdens.[15] En rapport från hui. beräknar i stället de direkta kostnaderna till 12–15 miljarder kronor.[16] Det är inte alldeles uppenbart vilka antaganden som gör upphov till de skilda resultaten.[17] Däremot är antagandet om oförändrat antal

[15] RUT (2022). Utgångspunkten för beräkningen var 2022 års högkostnadsskydd på 1 200 kronor under en tolvmånadersperiod.

[16] Hui (2022).

[17] En möjlig förklaring är att Riksdagens utredningstjänst använder referensprislistan i stället för Försäkringskassans statistik om medelpriser. En annan förklaring kan vara att RUT har utgått från antal besök under pandemin.

besök inte särskilt trolig. Om reformen har önskat effekt borde antalet besök öka när priset minskar.

Statens kostnader med beteendeförändringar

Analysen från RUT innehåller ingen beräkning om ändrat beteende eller ökad efterfrågan på tandvård. Det gör däremot rapporten från Hui som uppskattar kostnaden till cirka 11–17 miljarder kronor beroende på hur patientavgiften. I det lägre intervallet ingår att det skulle bli färre besök om varje besök inte får ett fast pris om 200 kronor.

4. Köer i tandvården?

Problemet med köer i sjukvården har pågått under flera decennier och har lett fram till omfattande åtgärder och statistikinsamling från Sveriges Kommuner och Regioner. I den s.k. väntetidsdatabasen finns mängder av uppgifter från specialistsjukvården, allt från måluppfyllelse av vårdgarantin till skillnader mellan privat och offentlig regi.[18] Under 2022 är det mer än 600 000 personer som väntar på ett första besök eller åtgärd i specialistsjukvården, en kö som är nästan dubbelt så stor som 2011.

Köer är ett fenomen som i huvudsak uppstår om ett pris regleras och understiger marknadspriset. Ju större avståndet mellan vad marknaden är beredd att betala och det reglerade priset, desto större blir bristsituationen och risken för köer. Erfarenheterna kommer inte bara från sjukvård (efter sjukronorsreformen 1970)[19] men även från regleringen av hyresmarknaden för bostäder. Det kan inte råda något tvivel om att prisregleringar som understiger marknadsvärdet leder till köer och bristsituationer.

4.1. Befintliga köer i folktandvården

Kunskapen är relativt god om köer i sjukvården, men motsvarande siffror om väntetidsstatistik saknas i tandvården.[20] Däremot finns indikationer om väntetider för specialisttandvård i regionernas regi. I Tabell 3 sammanställs ett urval av väntetider från de tre största regionerna.[21]

I Region Stockholm finns flest tandläkare i förhållande till geografisk yta och näst flest tandläkare i förhållande till befolkningsstorlek (se Figur 1 och 2 ovan). Samtidigt är köerna till folktandvården i Stockholm kortare, räknat i veckor snarare än månader, än i Skåne och Västra Götalandsregionen.

Bortsett från de tre befolkningsmässigt stora regionerna saknas det statistik om väntetider i tandvården. Avsaknaden av statistik är dock inte samma sak som avsaknaden av köer, kanske snarare tvärtom. Det finns nyhetsrapporter om att väntetiderna i folktandvården är ännu längre i vissa regioner. I exempelvis Västerbotten rapporteras om ett eller flera års väntetid som uppstår eftersom det saknas tandläkare.[22]

---

[18] SKR (2023c).

[19] Lahtinen m.fl. (2021).

[20] Se t.ex. Ekonomifakta (2023).

[21] Det är oklart om andra regioner publicerar väntetidsstatisk i tandvården.

[22] SR (2022) och Svt (2023).

Det saknas statistik om köer till folktandvården i många regioner men det finns indikationer på att väntetiderna kan räknas i år snarare än månader.

Hur en ändrad ersättningsmodell i tandvården riskerar leda till ökade köer har knappt analyserats. Den statliga utredningen *När behover får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8) nämner knappt ordet kö i det nästan tusen sidor långa betänkandet. På ett ställe noteras problemet att patienter i vissa regioner kan vänta länge på vanlig kontroll:

> *”Patienter som står i kö för den återkommande revisionen kan ha väntat i flera år.*[23]

Kösituationen gäller folktandvården. Inte heller i rapporten från Handelns Utredningsinstitut diskuteras risken med köer tandvården:

> *”[D]et finns en utbudsutmaning. Om efterfrågan på tandvårdstjänster skulle öka är det inte troligt att den skulle kunna tillgodoses på kort sikt, då det är svårt att snabbt öka utbudet av tandvårdstjänster.”*[24]

Problemet med växande köer borde vara en självklar del av en konsekvensanalys, eftersom reformens huvudsyfte får förmodas vara att öka efterfrågan på tandvård.

Tabell 3. Exempel på väntetider i folktandvården 2023.

Region	Rapporterade väntetider
Stockholm[25]	Eastmaninstitutet Protetik: 4–12 veckor för barn; 8–60 veckor för vuxna. Eastmaninstitutet Ortodonti: stängt för nya patienter. Eastmaninstitutet Käkkirurgi: 5–10 veckor för barn; 5–16 veckor vuxna. Eastmaninstitutet Endodonti: 4 veckor barn, 16–24 veckor vuxna. Eastmaninstitutet Bettfysiologi: 3 veckor barn, 4–24 veckor vuxna. Eastmaninstitutet Parodontologi: 4 veckor barn, 6–8 veckor vuxna. Handen Orodonti: 4 veckor för barn och vuxna. Karolinska Huddinge Orofacial medicin: 2 veckor för vuxna.
VGR[26]	Bettfysiologi Borås: 0, 4 och 9 månader för prio 1, 2, 3. Bettfysiologi Göteborg: 0, 14 och 17 månader för prio 1, 2, 3. Bettfysiologi Mölndal: 0, 3 och 15 månader för prio 1, 2, 3. Bettfysiologi Skövde: 0, 1 och 2 månader för prio 1, 2, 3. Bettfysiologi Uddevalla: 0, 13 och 16 månader för prio 1, 2, 3. Endodonti Borås: 0, 6 och 13 månader för prio 1, 2, 3. Endodonti Göteborg: 0, 14 och 18 månader för prio 1, 2, 3.

[23] SOU (2021:8, s. 514)

[24] Hui (2022, s. 7).

[25] Folktandvården (2023a-e).

[26] Folktandvården (2023f).

	Endodonti Mölndal: 0, 5 och 6 månader för prio 1, 2, 3. Endodonti Skövde: 0, 7 och 11 månader för prio 1, 2, 3. Käkkirurgi Borås: 0, 2 och 13 månader för prio 1, 2, 3. Käkkirurgi Göteborg: 0, 11 och 12 månader för prio 1, 2, 3. Käkkirurgi Mölndal: 0, 2 och 18 månader för prio 1, 2, 3.
Skåne[27]	Pedodonti Helsingborg: 0, 3 och 5 månader för prio 1, 2, 3. Pedodonti Kristianstad: 0, 12 och 14 månader för prio 1, 2, 3. Pedodonti Lund: 0, 3 och 6 månader för prio 1, 2, 3. Pedodonti Malmö: 0, 13 och 14 månader för prio 1, 2, 3. Endodonti Helsingborg: 1, 3 och 6 månader för prio 1, 2, 3. Endodonti Lund: 0, 5 och 11 månader för prio 1, 2, 3. Oral protetik Helsingborg: 0, 1 och 4 månader för prio 1, 2, 3. Oral protetik Lund: 0, 5 och 11 månader för prio 1, 2, 3. Ortodonti Helsingborg: 0, 30 och 30 månader för prio 1, 2, 3. Ortodonti Kristianstad: 0, 3 och 12 månader för prio 1, 2, 3. Ortodonti Lund: 1, 3 och 22 månader för prio 1, 2, 3. Ortodonti Malmö: 0, 6 och 6 månader för prio 1, 2, 3.

4.2 Ju närmare sjukvården, desto mer köer i tandvården

Att prisreglering leder till köer när priset understiger vad som skulle ha varit utfallet på en fri marknad är självklart. Det är även troligt att ju större skillnaden mellan marknadspriset och det reglerade priset är, desto mer saknas kapacitet att hantera efterfrågan.

Ett internationellt exempel är från Storbritannien där det idag råder stor kapacitetsbrist i den statliga tandvården som drivs av National Health Service (NHS). I en undersökning av BBC framgår att 9 av 10 privata tandvårdskliniker inte längre accepterar nya vuxna patienter.[28] Det finns rapporter om att väntetiderna i Storbritannien är så allvarliga att patienter reser flera hundra kilometer för behandling och t.o.m. i vissa fall själva drar ut tänder utan bedövning. När en ny NHS klinik för tandvård öppnade i Norfolk skapades en kö på mer än 300 patienter som väntande utanför på behandling, varav några hade börjat köa från kl 04 på morgonen.[29]

Hur allvarliga köer som uppstår i tandvården kommer bero på exakt hur reformen utformas och vilka förändringar som görs från den modell med subventioner som råder idag. Köerna ökar troligen först i regioner där det redan är förhållandevis få tandläkare som andel av befolkningen. I Region Stockholm är antalet tandläkare näst störst i förhållande till regionbefolkningen, vilket innebär att huvudstaden troligen skulle vara sist med att få längre tandvårdsköer.

[27] Folktandvården (2023g).

[28] BBC (2022).

[29] Dentistry (2023)

Tandvårdsköerna lär bli värst utanför Region Stockholm.

Det finns många olika sätt för tandvårdssubventionen att närma sig sjukvården utan att modellerna blir identiska. I Tabell 4 illustreras två exempel där olika sätt att implementera subventionen leder till olika resultat i termer av köer och statens kostnader. I båda fallen antas att de befintliga subventionerna för vuxna (24+) försvinner och ersätts av ett högkostnadsskydd på 1 300 kronor per år. Alternativ 1 är den modell som finns som ett alternativ i SOU 2021:8 och som har beräknats av RUT. Ett centralt antagande som dock knappt nämns är att den fria prissättningen slopas i alternativ 1. I SOU 2021:8 framgår att:

> *”ett antagande för beräkningarna varit att subventionen täcker kostnader som högst motsvarar respektive åtgärds referenspris, alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre.” (SOU 2021:8, s. 42)*

Tabell 4. Exempel på hur en tandvårdssubvention för vuxna kan närma sig sjukvården

Maxtak 1 300 kronor per år	Prismekanism satt ur spel?	Ökning av köer	Ökning av statens kostnader
Alt 1. Subvention beräknas enligt TLV:s referenslista.	Ja.	På kort sikt +, på längre sikt ++ då tandvårdsyrket riskerar bli mindre attraktivt.	5 miljarder kronor om beteendeeffekter exkluderas.[30]
Alt 2. Subvention beräknas efter fortsatt fri prissättning.	Nej.	På kort sikt +, på lång sikt kan ökad efterfrågan och fortsatt fri prissättning leda till att fler unga vill bli tandläkare.	12–17 miljarder kronor med vissa beteendeförändringar.[31]

Anm.: + indikerar en ökning, ++ indikerar en stor ökning.

Effekter på tandvårdspatienter och på privata vårdgivare

Skillnaden i direkta budgeteffekter är stor mellan alternativen, men skillnaderna i indirekta effekter kan bli mer samhällsekonomiskt betydelsefull. I båda alternativen kommer efterfrågan att öka och på kort- till medellång sikt leda till kapacitetsbrist och köer. Köproblemen lär dock bli värre i alternativ 1. Idag sker cirka två av tre besök i tandvården i privat regi. Om den fria prissättningen avvecklas är det därför en stor grupp tandläkare som får sänkta intäkter per patient men samtidigt möter ökad efterfrågan. Troligen leder det till en utveckling där yrkets attraktionskraft minskar vilket leder till att kommande pensionsavgångarna riskerar överstiga inflödet av nyutbildade tandläkare.

[30] RUT (2022). Det är troligt att RUT utgått från referensprislistan, men det framgår inte explicit.

[31] Hui (2022).

I alternativ 2 är den direkta budgeteffekten större medan den indirekta effekten på köer kan bli något mindre än i alternativ 1, i alla fall på längre sikt. Visserligen möter tandvården initialt samma efterfrågeökning, men om den fria prissättningen kvarstår minskar inte tandläkarnas intäkter. Inflödet av nya tandläkare hotas inte heller på samma sätt som i alternativ 1.

Det är dock viktigt att diskutera budgeteffekten vidare. Beräkningar kring beteendeeffekter är notoriskt svåra. När staten stärker rättigheten till en välfärdstjänst kan det ske omfattande förändringar. Ett exempel från ett annat välfärdsområde är assistansersättningen. När den infördes 1994 var kostnaden knappt 2 miljarder kronor men har under tre decennier ökat kraftigt till cirka 30 miljarder kronor.[32]

Om staten väljer någon variant av alternativ 2 finns en risk att kostnaderna vida överstiger beräkningarna som redovisas i Tabell 4. Det finns en risk för okontrollerad budgetökning i proportion till den ökade efterfrågan på tandvård. Privata aktörer skulle inte heller ha incitament att begränsa kostnaderna om staten står för merparten av utgifterna. I praktiken skulle ett sådant system ganska omgående riskera bli en tung ekonomisk kostnad som tränger ut andra utgiftsområden.

Att införa en liknande subventionsmodell i tandvården som i sjukvården innebär sammanfattningsvis en omfattande förändring i såväl budget som i styrsignaler. När prismekanismen sätts ur spel riskerar fungerande strukturer att urholkas och tandvården drabbas av liknande köer som i sjukvården. Inte minst erfarenheterna från Storbritannien indikerar hur allvarliga effekterna kan bli över tid.

Slutsatser

Att tandvårdsmodellen ska närma sig den subvention som finns i sjukvården är omfattande reform med direkta och indirekta effekter. De direkta budgeteffekterna är betydande och kan komma bli en stor utgiftspost i statens budget. Men de indirekta effekterna i termer av ökade köer kan ha större samhällsekonomisk effekt. Den statliga utredningen SOU 2021:8 saknar en konsekvensanalys om de indirekta effekterna och riskerna för köer i tandvården. Inte heller risken att färre personer skulle söka sig till tandvårdsyrket diskuteras.

Skulle reformen genomföras lär störst kapacitetsbrist initialt uppstå i regioner utanför Stockholm och därmed förstärka de regionala skillnaderna.

I stället för ett brett och kostsamt stöd till alla vuxna vore det bättre att undersöka möjligheten till en subvention riktad enbart till socioekonomiskt svaga grupper. Då behöver inte prismekanismen sättas ur spel, risken för köer blir mindre och kostnaden lägre. Samtidigt kan en sådan reform har störst välfärdshöjande effekt.

[32] Blix och Jordahl (2021, s. 87).

Referenser

BBC (2022). ”Full extent of NHS dentistry shortage revealed by far-reaching BBC research.” 8 augusti 2022. Åtkomst: 23 maj 2023.

Blix, Mårten och Henrik Jordahl (2021). *Privatizing welfare services – Lessons from the Swedish Experiment.* Oxford University Press.

Blix, Mårten (2022). Varje väl använd skattekrona – En kommentar till Anne-Marie Lindgrens rapport ’Varje förslösad skattekrona.’ Svenskt Näringsliv. Maj.

Dentistry (2023). ”’Hundreds’ of people queue for the NHS dentist.” 3 maj 2023. Åtkomst: 23 maj 2023.

Ekonomifakta (2023). ”Färre regioner lever upp till vårdgarantin.” Åtkomst: 29 maj 2023.

Folktandvården (2023a). Folktandvården Eastmaninstitutet Protetik. Åtkomst. 12 maj 2023.

Folktandvården (2023b). Folktandvården Karolinska. Åtkomst. 12 maj 2023.

Folktandvården (2023c). Folktandvården Eastmaninstitutet Ortodonti. Åtkomst: 16 maj 2023.

Folktandvården (2023d). Folktandvården Eastmaninstitutet Käkkirurgi. Åtkomst 16 maj 2023.

Folktandvården (2023e). Folktandvården Karolinska Huddinge Orofacial medicin. Åtkomst 16 maj 2023.

Folktandvården (2023f). Väntetider specialisttandvård. Åtkomst 24 maj 2023.

Folktandvården (2023g). Folktandvården i Skåne: Väntetider till vår specialisttandvård. Åtkomst: 24 maj 2023.

Försäkringskassan (2022). ”Höga priser motverkar tandvårdens högkostnadsskydd.” Korta Analyser. 2022:6.

Försäkringskassan (2023). Statistikdatabas. Åtkomst: 13 april 2023.

Hui (2022). ”PM- Konsekvenserna av förändrad finansiering av tandvårdssystemet.” mars. Handelns utredningsinstitut.

Lahtinen, Emmi-Lie, Mattias Lundbäck och Nils Karlson (2021). *Sjukronorsreformen – Reformen som formade svensk sjukvård.* Ratioakademiens sjukvårdsprojekt. Nr. 5.

Vårdföretagarna (2022). Privat vårdfakta 2022 – Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen.

RUT (2022). ”Högkostnadsskydd för tandvård.” Rapport från utredningstjänsten. Sveriges Riksdag. Dnr. 2022:701.

SCB (2023). Statistikdatabasen. Åtkomst: 19 maj 2023.

SKR (2023a). Patientavgifter 2023. Åtkomst: 11 maj 2023. Åtkomst 11 maj 2023.

SKR (2023b). Sjukvårdsregionernas prislistor. Åtkomst 11 maj 2023.

SKR (2023c). Väntetider i vården. Åtkomst 23 maj 2023.

Socialstyrelsen (2023). Statistik om legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal 2021.

SR (2022). ”Ett års kö till folktandvården – Andrea fick inte tid för sin tandvärk” 29 mars. Åtkomst: 15 juni 2023.

Svt (2023). ”Köerna växer inom Folktandvården i Västerbotten – chefen vill se ny strategi.” 27 februari. Åtkomst: 15 juni 2023.

TLV (2020). Referenspriser för det statliga tandvårdsstödet. Åtkomst 11 maj 2023.

TLV (2023). ”Tre av fyra betalar mer än referenspriset för sin tandvård.” Åtkomst: 11 maj 2023.