

# När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)

*Webbinarium arrangerat av  
Svensk Samhällsodontologisk  
förening den 15 april 2021 kl.  
09.00 – 12.00*



Regeringskansliet



Utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02)

# Utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02)

- Tillsattes i mars 2018
- Ett tilläggsdirektiv i januari 2020
- Ett tilläggsdirektiv i november 2020
- Hela uppdraget redovisas 1 mars 2021
- Särskild utredare Veronica Palm
- Sekretariat 4-5 personer
- Expert-/sakkunniggrupp
- Tre referensgrupper



# Ursprungsdirektiv (mars 2018)

Utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska:

- minska skillnader i tandhälsa
- göra tandvårdssystemet mer jämlikt
- göra tandvårdssystemet mer resurseffektivt
- gynna regelbunden och förebyggande tandvård
- göra att tandvårdssystemet uppfattas som mer förutsägbart

# Tilläggsdirektiv

## **Första tilläggsdirektivet (jan 2020)**

Lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov.

Förslagen ska omfatta såväl organisatoriska som finansiella aspekter som definition av målgruppen, stödets innehåll och omfattning samt hur kännedom om stöden kan öka bland patienter, anhöriga och vårdgivare.

## **Andra tilläggsdirektivet (nov 2020)**

Utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem.



**Detta är utredningens viktigaste  
iakttagelser, slutsatser,  
bedömningar och förslag:**

# Iakttagelser om tandhälsan i Sverige

- Tandhälsan bland dem som besöker tandvården blir allt bättre på befolkningsnivå
- Även skillnaderna i tandhälsa har minskat över tid - skillnaderna mellan de med bäst och sämst tandhälsa var mindre 2018 än 2009
- De som 2018 hade den jämförelsevis sämsta tandhälsan i befolkningen, hade en något bättre tandhälsa än de som hade den sämsta tandhälsan 2009
- Tydliga socioekonomiska skillnader i faktisk och upplevd tandhälsa – utbildning, inkomst, födelseland påverkar
- Funktionsnedsättning påverkar faktisk och upplevd tandhälsa negativt
- Små skillnader i tandhälsa mellan kvinnor och män

# Iakttagelser om besöksmönster och tandvårdskonsumtion

- Långsamt sjunkande besöksfrekvens på befolkningsnivå. 77% har regelbunden tandvårdskontakt (treårsintervall)
- Lägre besöksfrekvens i glesbygd och i socioekonomiskt utsatta områden. Personer med låga inkomster gör färre besök och personer med höga inkomster gör fler besök
- Akuta tandvårdsbesök ökar – fler män än kvinnor går akut
- Fler går på basundersökning utan efterföljande behandling (tendens till överkonsumtion - ”friska undersöks för ofta”)
- Kännedom om ATB låg. Höjningen 2018 har inte ökat besöksfrekvensen
- Abonnemangstandvård mindre vanligt bland socioekonomiskt svaga grupper och grupper med sämre tandhälsa



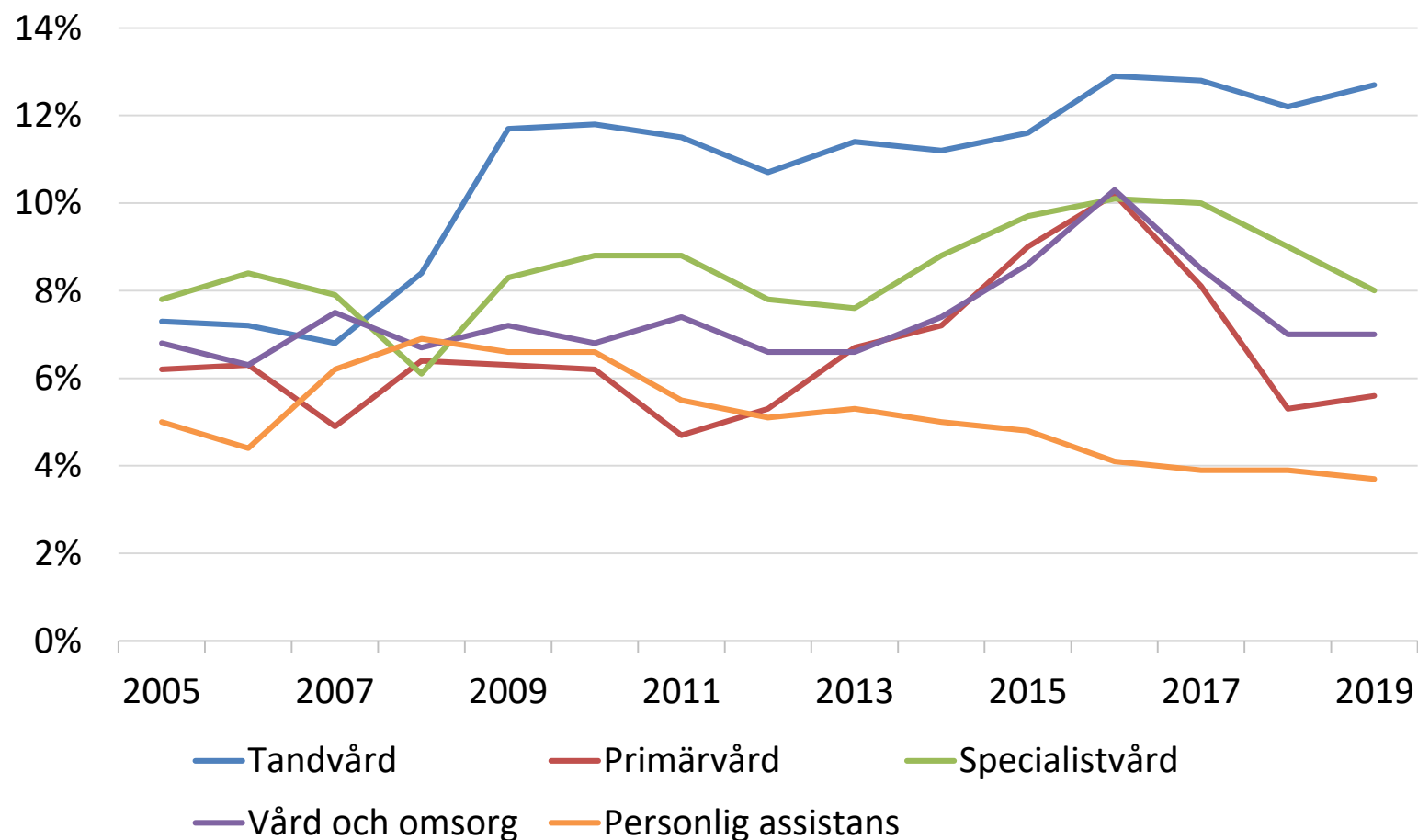
# lakttagelser om tandvårdssystemet

- Tandvården upplever personalbrist trots fler behandlare – och en hög andel arbetar dessutom i yrket. Inte något tydligt mönster av färre behandlare i glesbygds-län
- Sett till hela tandvårdssystemet betalar patienterna 57 procent av tandvårdskostnaderna. Motsvarande siffra för det statliga tandvårdsstödet är 63 procent.
- De regionala särskilda tandvårdsstöden tillämpas olika i regionerna, når inte avsedda grupper och är krångliga att administrera och förstå för både vårdgivare och patienter
- Privattandvården är den mest lönsamma vårdsektorn - privata tandvårdsföretag har dubbelt så hög rörelsemarginal som primärvårdsföretag och tre gånger högre än assistansföretag
- Folktandvården redovisar underskott i 8 av 21 regioner. Barn- och ungdomstandvården redovisar underskott i 13 av 21 regioner
- Stora regionala variationer i prissättningen (både folktandvård och privata vårdgivare)



# Lönsamhet för privata företag inom olika vård- och omsorgssektorer, år 2005–2019

Rörelsemarginal före räntor och skatter (EBIT-marginal)

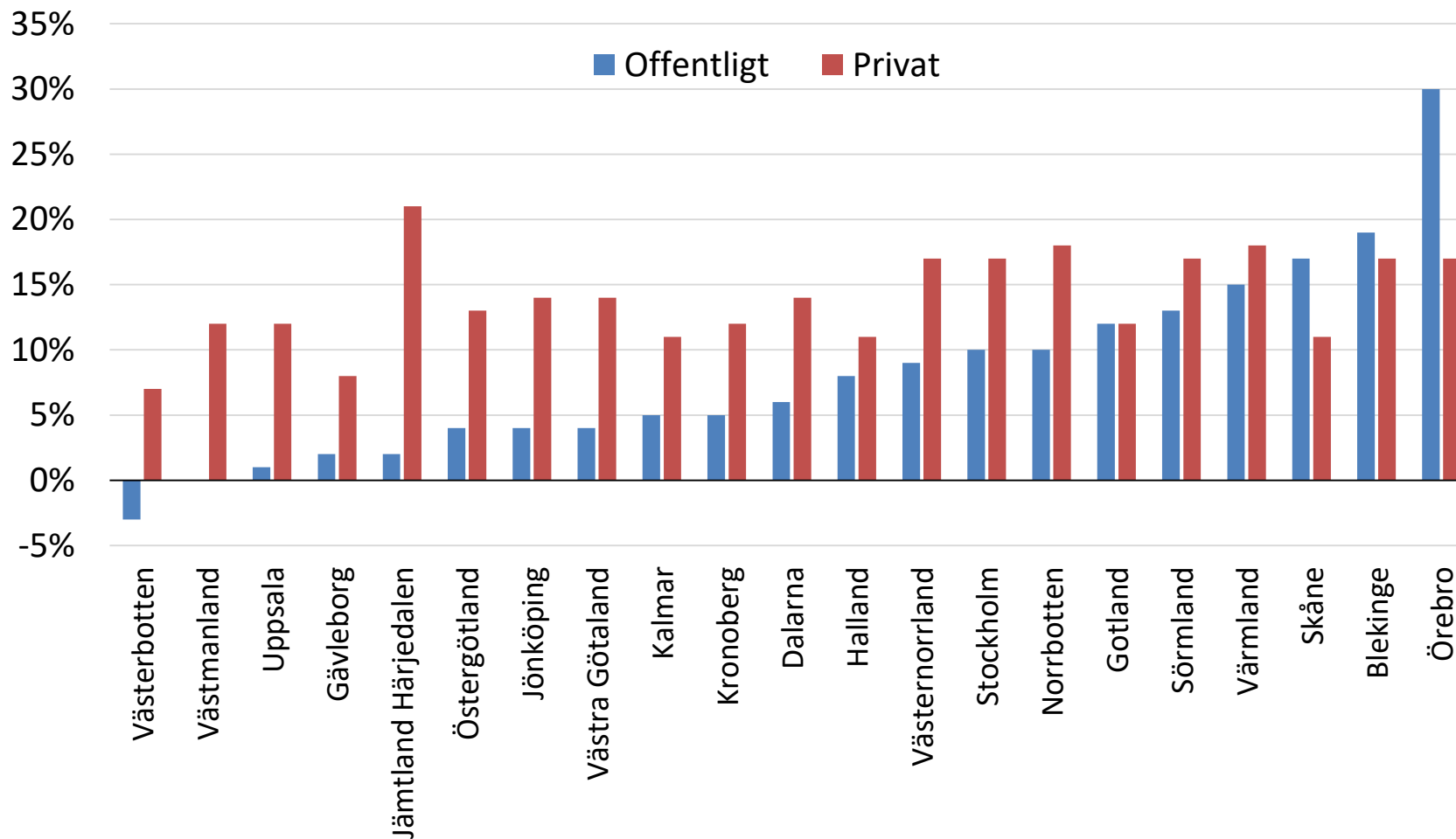


Källa: Grant Thornton



# Prisavvikelse per region och vårdgivartyp, år 2019

Genomsnittlig procentuell avvikelse mellan vårdgivarpriser och referenspriser på utförda åtgärder

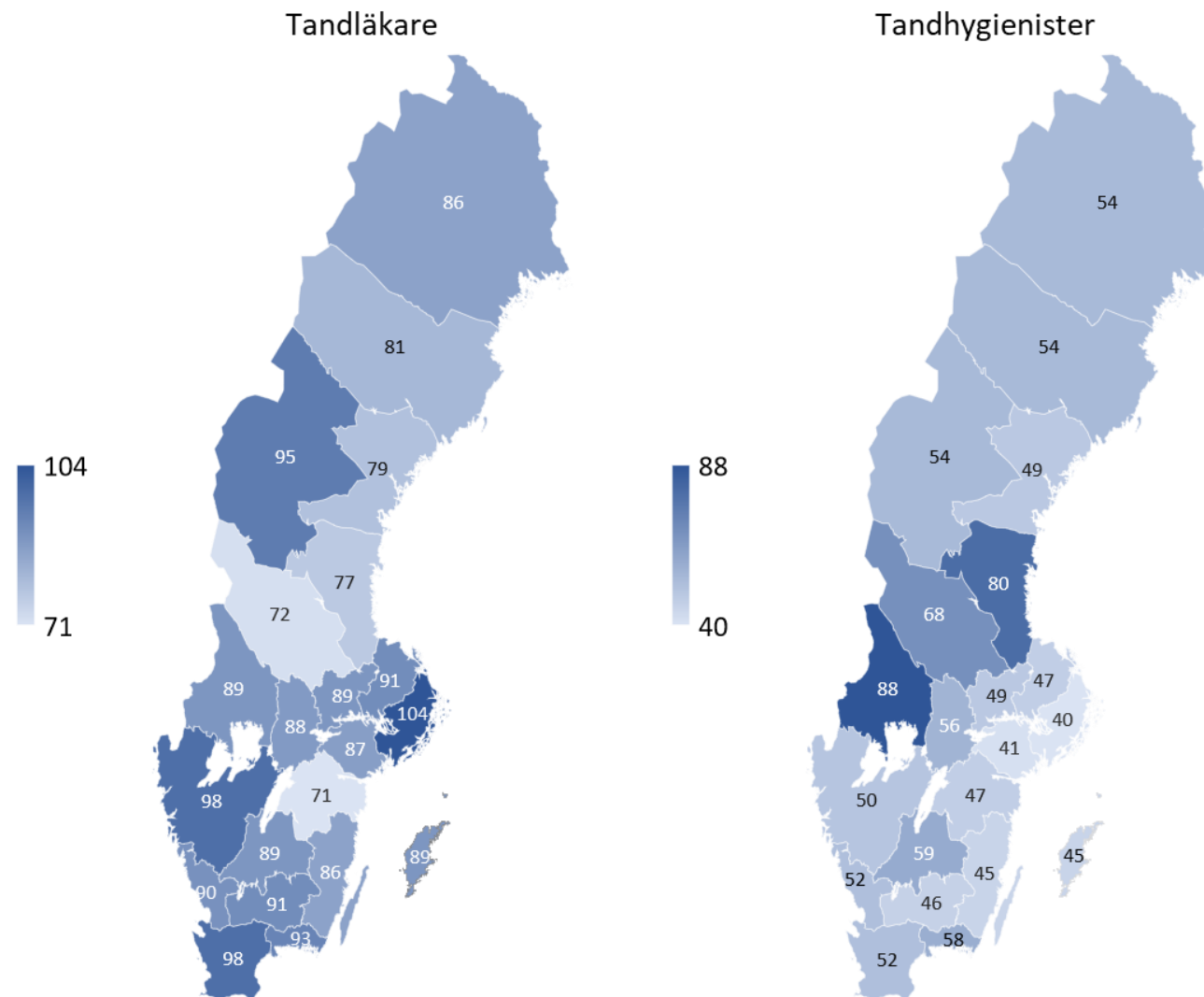


Källa: SCB



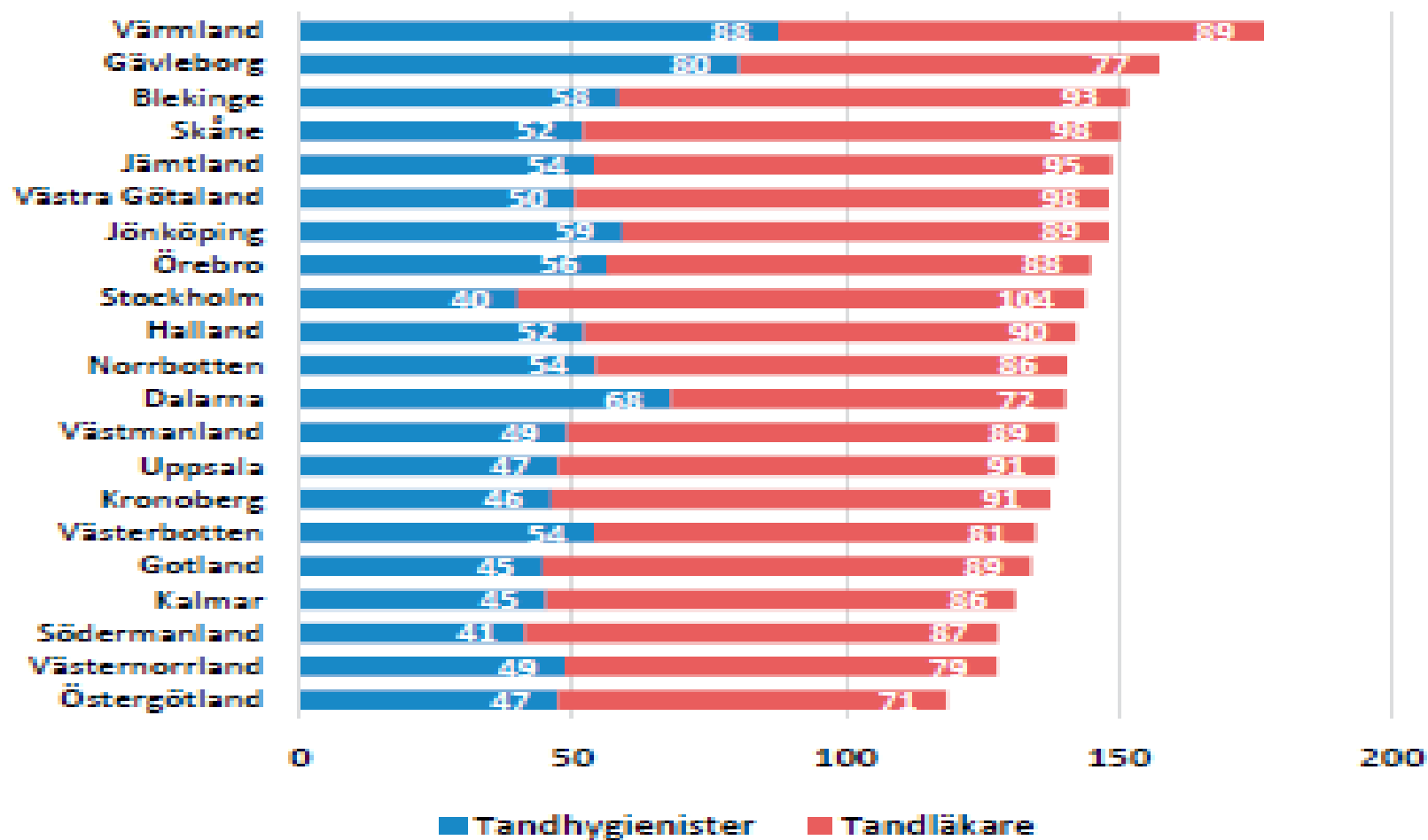
# Koncentration av behandlare per region, år 2019

Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare 24 år och äldre



**Figur 6.27 Behandlarkoncentration per region, år 2019**

Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare 24 år och äldre



Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.



# Utredningens övergripande slutsatser i korthet

- Skillnader i tandhälsa följer samma mönster som skillnader i övrig hälsa och har samma bestämningsfaktorer, men tandvårdssystemets finansieringsmodell i kombination med ökad ojämlikhet i samhället riskerar att befästa skillnader i tandhälsa
- Det är inte den fria prissättningen i sig som skapar ekonomiska trösklar, utan den höga andel av kostnaden som patienterna betalar. Men i ett första steg behöver de ekonomiska trösklarna för förebyggande tandvård sänkas
- Den tudelade tandvårdsmarknaden tillvaratar inte tandvårdens hela potential – folktandvårdens resurser binds upp av barn- och ungdomstandvård, särskilda stöd och privattandvården dominerar på den marknadsmässigt fördelaktiga vuxentandvården
- Reformering av de särskilda tandvårdsstöden behövs för att nå ett mer jämlikt, resurseffektivt och förutsägbart system
- Behovsprincipen behöver få ett tydligare genomslag i svensk tandvård

# Utredningens viktigaste förslag som avser hela tandvårdssystemet

✓ ***Den etiska plattformens principer ska uttryckas i tandvårdslagen***

Tandvårdslagen bör innehålla vissa etiska principer för tandvårdens prioriteringar. Behovs- solidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården ska föras in i tandvårdslagen. Principen om att tandvården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet ska föras in i tandvårdslagen.

✓ ***Principer för tandvårdens organisering ska uttryckas i tandvårdslagen***

Tandvårdslagen bör innehålla principer för tandvårdens organisering. Helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska organiseras så att den kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får tandvården koncentreras geografiskt.

✓ ***Privata vårdgivare ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården***

Regionens planeringsansvar för tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov förutsätter en fungerande samverkan mellan regionen och offentliga och privata vårdgivare. Ett förtydligande införs i tandvårdslagen om att privata vårdgivare, vid anmodan av den region inom vilken de verkar, ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården.



# Forts. förslag som avser hela tandvårdssystemet

- ✓ ***Vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs i tandvårdslagen***
- ✓ ***Det tillvägagångssätt som vårdgivaren har för att patienten ska få tandvårdsstöd för sin behandling tydliggörs***
- ✓ ***Tandvårdslagen ändras så att det är regionen och inte folktandvården som ska ansvara för tandvård till barn och unga och specialisttandvård***
- ✓ ***NPO Tandvård bör göra en behovsinventering för att fastställa tandvårdens utvecklingsbehov, samverka med övrig hälso- och sjukvård samt om det är motiverat med särskilda utvecklingsmedel***



## Utredningens viktigaste förslag som avser tandvård till vuxna utan särskilda behov

### ✓ **Generella subventioner ska ersättas av behovsstyrda subventioner för förebyggande tandvård**

Generella subventioner för att stimulera förebyggande tandvård behöver ersättas av behovsstyrda subventioner för förebyggande tandvårdsbesök utifrån orala sjukdomsbehov och risk att utveckla oral sjukdom eller risk för progression av befintlig oral sjukdom.

### ✓ **Individuell riskbedömning för omfördelning utifrån behov**

Enhetlig individuell riskbedömning av patienter bör göras inom hela tandvårdssystemet och vara grund för individens tandhälsoplan. Riskbedömning ger underlag för en omfördelning av resurser från patienter med inga eller små sjukdomsförebyggande behov till patienter med större sjukdomsförebyggande behov.

### ✓ **Individuell tandhälsoplan ger undersökning och viss förebyggande tandvård för 200 kr per besök**

Den individuella tandhälsoplanen ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet ska erbjudas till alla patienter som omfattas av stödet. Patientavgiften för åtgärder inom tandhälsoplanen ska vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle. En låg ekonomisk tröskel ger ökad möjlighet att vidmakthålla oral hälsa. Vid ikraftträdandet av bestämmelser om tandhälsoplan ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårdsstödet.

Riskbedömning med krav på dokumentation och inrapportering ger även goda möjligheter till datainsamling om tandhälsa för uppföljning, kunskapsutveckling och forskning.





**Tabell 12.9 Beräkning av tio typfallspatienters tandvårdskostnader under en treårsperiod, före och efter införandet av tandhälsoplan**

Typtfallspatient	Oförändrat regelverk	Efter reformer	Skillnad
1. Frisk 31-åring revisionspatient med en tandhygienistundersökning (grön).	60 kr	200 kr	140 kr
2. Frisk 72-åring revisionspatient med två tandläkarundersökningar samt åtgärd för borttagning av supragingival tandsten två gånger (grön).	545 kr	960 kr	415 kr
3. Frisk 47-åring revisionspatient som går på en tandläkarundersökning per år (grön). Inget sparad ATB finns.	1 695 kr	1 930 kr	235 kr
4. Revisionspatient 43 år bedöms vid en undersökning ha två tänder som måste lagas pga. en frakturerad fyllning och ett sekundärkariesangrepp. Den senare tanden måste även rotfyllas (gul). År två finns ett par initiala kariesangrepp som har progredierat (gul).	6 123 kr	4 980 kr	-1 143 kr
5. 35-årig ny patient kommer akut med tandvärk i molar, rotfyllning och krona. Efter akutbehandling görs en fullständig undersökning (gul).	8 918 kr	7 908 kr	-1 010 kr
6. 55-årig ny patient m. tandlossning, behov av behandling och därpå återkommande stödbehandling (röd).	13 138 kr	9 473 kr	-3 665 kr

7. Revisionspatient 62 år. Vid en undersökning beslutas om extraktion av tre tänder och en sektionebro på två implantat, ett hängande led samt två tandstödda kronor (gul). Vid uppföljande undersökning bedöms patienten vara frisk (grön).	13 716 kr	12 974 kr	-742 kr
8. 82-årig skör revisionspatient med hemtjänst en gång per dag. Har kariesangrepp på tre tänder, dessutom tandsten generellt (röd). Vid en andra undersökning hittas nya kariesangrepp och det beslutas om tandextraktion (röd). Inget sparad ATB finns.	9 185 kr	6 560 kr	-2 625 kr
9. 42-årig ny patient med muntorrhet pga. läkemedel. Har initiala kariesangrepp på tre tänder (gul). Vid uppföljande undersökning bedöms patienten ha låg sjukdomsrisk (grön). Patienten har i dag STB.	390 kr	600 kr	210 kr
10. 65-årig revisionspatient med KÖL som behöver syrgas och frekvent inta sötad näringsdryck (röd). Har återkommande kariesangrepp som behöver fyllningsterapi och förebyggande behandling. Första året tre manifesta kariesangrepp, året därpå fyra och nästkommande år tre (röd). Patienten har i dag STB.	10 203 kr	10 008 kr	-195 kr

Källa: Egna beräkningar. Anmärkning: Om inget annat anges, antas patienten vid det första undersökningstillfället ha ett sparad ATB sedan föregående år.

# Utredningens viktigaste förslag som avser tandvård till barn och unga

## ✓ **Unga vuxna mellan 20 och 23 år ska ingå i det statliga tandvårdsstödet**

Avgiftsfri tandvård till unga vuxna i åldersgruppen 20–23 år innebär inte att offentliga resurser används på ett sätt som bidrar till ett mer jämlikt och resurseffektivt tandvårdssystem. Den nuvarande åldersgränsen för avgiftsfri tandvård står inte i överensstämmelse med principen om att den med störst behov ska ges företräde till tandvården. Åldersgränsen ökar regionernas åtagande på ett sätt som riskerar att leda till undanträngningseffekter och kapacitetsbrist, vilket försvårar regionernas förutsättningar att erbjuda tandvård till patienter med större behov. Regionen ska därför ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år.

## ✓ **Riskbedömning bör göras av alla barn och unga som omfattas av avgiftsfri tandvård**

Riskbedömning avseende risk för oral sjukdom, eller progression av befintlig oral sjukdom, bör utföras av alla patienter som omfattas av avgiftsfri barn- och ungdomstandvård. Riskbedömningen bör göras med stöd av en särskild anpassad version av det riskbedömningssystem som enligt förslag ska utvecklas inom det statliga tandvårdsstödet för systemet med tandhälsoplan.



# Utredningens viktigaste förslag som avser tandvård till vuxna med särskilda behov

## *Huvuddelen av de regionala särskilda tandvårdsstöden ska ersättas av ett statligt selektivt stöd*

- ✓ Dagens regionala särskilda tandvårdsstöd upphör
- ✓ Ett statligt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet föreslås omhänderta flertalet av dagens patienter med särskilda behov
- ✓ Kompletterat av nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården
- ✓ Tandvård till vuxna med särskilda behov består av följande delar:
  1. Ett statligt selektivt stöd till
    - a. **basal tandvård under en längre tid** till personer som på grund av en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion har väsentligt försämrade förutsättningar att bevara och påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling.  
För sådan basal tandvård betalar patienten 200 kronor per besök.
    - b. **viss behandling under viss tid** till personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade.  
Patientavgiften föreslås vara 200 kronor per besök.
  2. Ett regionalt stöd till **tandvård i samverkan med hälso- och sjukvården**. Ges inom öppenvårdens stöd till hälso- och sjukvårdsavgift.



# Utredningens bedömning avseende alternativa modeller för ett statligt högkostnadsskydd som i sin utformning är mer likt hälso- och sjukvårdens system (andra tilläggsdirektivet)

## ✓ **Alternativ 1: Öppenvårdsmodell med en beloppsgräns**

När en patients totala tandvårdskostnad i 2023 års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolv månadersperiod blir patienten berättigad till 100 procents subvention av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris.

## ✓ **Alternativ 2: Öppenvårdsmodell med två beloppsgränser**

När en patients totala tandvårdskostnad i 2023 års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolv månadersperiod blir patienten berättigad till 50 procents kostnadstäckning av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris upp till 15 000 kronor. För de tandvårdskostnader som överstiger 15 000 kronor under en tolv månadersperiod blir patienten berättigad till 85 procents kostnadstäckning av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris.

## ✓ **Alternativ 3: Läkemedelsförmånsmodell**

När en patients totala tandvårdskostnad i 2023 års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolv månadersperiod blir patienten berättigad till subvention av den ersättningsberättigande tandvården enligt den högkostnadstrappa bestående av fyra nivåer som tillämpas inom läkemedelsförmånen. Modellen innebär att en patient som mest betalar 2 400 kronor av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris under en tolv månadersperiod.

## ✓ **Alternativ 4: Differentierade subventioner**

När en patient behandlas med åtgärder och för tillstånd som avser orala sjukdomar, sjukdomstillstånd och vissa reparativa och rehabiliterande behandlingar, betalar patienten endast en patientavgift på 200 kronor per besök.



**Tabell 11.5 Nyckeltal år 2023 för fyra alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd**

	Öppenvårds- modell med två belopps- gränser	Läkemedels- modellen	Differentierade subventioner av tillstånds- serier	Öppenvårds- modell med en belopps- gräns
Behov av finansiering utöver tandvårdens nuvarande resurser	1,6 mdkr	3,8 mdkr	5,4 mdkr	6,5 mdkr
Patienternas andel av tandvårdskostnaden i det statliga tandvårdsstödet	56 %	45 %	38 %	33 %
Ökad subvention per patient och år	370 kr	880 kr	1 250 kr	1 500 kr
Minskning av patienternas andel av tandvårds- kostnaden, Statliga stödet	7 p.e.	18 p.e.	25 p.e.	30 p.e.
Minskning av patienternas andel av tandvårds- kostnaden, samtliga stöd	5 p.e.	12 p.e.	17 p.e.	21 p.e.

Källa: Egna beräkningar. Anmärkning: P.e. är en förkortning av procentenheter.

**Tabell 11.2 Skillnader i statens kostnader vid olika ersättningsgrader och undre beloppsgränser samt borttagen övre beloppsgräns i högkostnadsskyddet**

Miljarder kronor i 2023 års prisnivå. Personer 24 år och äldre

Undre belopps- gräns, kronor	Ersättningsgrad										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
0	-5,4	-3,8	-2,3	-0,7	0,9	2,5	4,1	5,7	7,2	8,8	10,4
1 000	-5,4	-4,2	-2,9	-1,7	-0,4	0,8	2,1	3,3	4,6	5,8	7,1
2 000	-5,4	-4,4	-3,4	-2,4	-1,3	-0,3	0,7	1,8	2,8	3,8	4,8
3 000	-5,4	-4,6	-3,7	-2,8	-1,9	-1,0	-0,2	0,7	1,6	2,5	3,3
4 000	-5,4	-4,7	-3,9	-3,1	-2,4	-1,6	-0,8	-0,1	0,7	1,5	2,2
5 000	-5,4	-4,7	-4,1	-3,4	-2,7	-2,0	-1,3	-0,7	0,0	0,7	1,4
6 000	-5,4	-4,8	-4,2	-3,6	-3,0	-2,4	-1,8	-1,2	-0,5	0,1	0,7
7 000	-5,4	-4,9	-4,3	-3,8	-3,2	-2,7	-2,1	-1,6	-1,0	-0,5	0,1
8 000	-5,4	-4,9	-4,4	-3,9	-3,4	-2,9	-2,4	-1,9	-1,4	-0,9	-0,4
9 000	-5,4	-5,0	-4,5	-4,1	-3,6	-3,1	-2,7	-2,2	-1,8	-1,3	-0,9
10 000	-5,4	-5,0	-4,6	-4,2	-3,7	-3,3	-2,9	-2,5	-2,1	-1,6	-1,2
11 000	-5,4	-5,0	-4,6	-4,3	-3,9	-3,5	-3,1	-2,7	-2,3	-1,9	-1,5
12 000	-5,4	-5,1	-4,7	-4,3	-4,0	-3,6	-3,3	-2,9	-2,5	-2,2	-1,8
13 000	-5,4	-5,1	-4,8	-4,4	-4,1	-3,7	-3,4	-3,1	-2,7	-2,4	-2,1
14 000	-5,4	-5,1	-4,8	-4,5	-4,2	-3,9	-3,5	-3,2	-2,9	-2,6	-2,3
15 000	-5,4	-5,1	-4,8	-4,5	-4,2	-4,0	-3,7	-3,4	-3,1	-2,8	-2,5

Källa: FASIT. Anmärkning: Positivt värde indikerar högre kostnader för staten efter reformen.

## Utredningens sammanfattande kommentar till de olika alternativen

### ✓ **Statiska beräkningar med subvention upp till referenspris**

Beräkningarna har inte beaktat eventuella dynamiska effekter. För samtliga alternativa modeller har ett antagande för beräkningarna varit att subventionen täcker kostnader som högst motsvarar respektive åtgärds referenspris, alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre. Det innebär att patienten betalar det eventuellt överskjutande belopp som utgör skillnaden mellan referenspris och vårdgivarpris. I de beräkningar av hur patienternas andel av kostnaderna förändras av respektive modell ingår även dessa patientkostnader.

### ✓ **Om generella förstärkningar av högkostnadsskyddet (alt 1-3)**

Fördelarna med en förstärkning av det generella statliga högkostnadsskyddet är att det är en tekniskt enkel reform som, utan att i grunden förändra dagens system, innebär ett steg mot att göra tandvården till en gemensamt finansierad universell välfärdstjänst som mer liknar andra välfärdstjänster. Nackdelarna är risken för betydande dynamiska effekter i form av prisökningar och ökad konsumtion samt att statliga medel används för att subventionera tandvård för stora grupper som utan större svårigheter själva kan finansiera sin tandvård.

### ✓ **Om differentierade subventioner (alt 4)**

Fördelen med att genom differentierade subventioner erbjuda behandling av orala sjukdomar och sjukdomstillstånd till motsvarande hälso- och sjukvårdsavgift, är att tandvården då mer skulle komma att likna övrig hälso- och sjukvård. Nackdelarna är risken för kostnadsdrivande dynamiska effekter och att det förutsätter en långtgående prisreglering som försämrar de marknadsmässiga villkoren för tandvård och därmed riskerar att påverka såväl valfrihet som tillgänglighet negativt.





# Finansiering och genomförande av föreslagna reformer

## ✓ **Reformerna är finansierade inom ram**

Utredningens förslag är avvägda så att de kan finansieras inom ramen för tandvårdssystemets nuvarande resurser. Med tandvårdssystemets nuvarande resurser avses de statliga och regionala resurser som i dag avsätts för tandvård samt det patienterna betalar.

## ✓ **ATB, STB upphör och medel överförs från regionerna till staten**

Finansieringen bygger på att statens kostnader för Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphör samt att medel tillförs anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner efter justering av de generella statsbidragen till kommuner och regioner med sammanlagt 1,84 miljarder kronor.

## ✓ **Treårigt utvecklingsarbete av berörda myndigheter**

Socialstyrelsen, TLV och Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla, reglera och implementera reformerna. Myndigheterna bör genomföra uppdragen i nära samverkan. Samverkan bör även ske med andra myndigheter, däribland SBU, E-hälsomyndigheten och IVO samt med organisationerna SKR och Privattandläkarna. Myndigheternas kostnader för utveckling av det nya tandvårdssystemet har beräknats till 150 miljoner under en treårsperiod och därefter 60 miljoner per år i permanenta kostnader. Utredningen föreslår att de nya reformerna träder i kraft den 15 januari 2026.

