

Privattandläkarna



Branschrappport 2020



Ansvariga för rapporten



Merit Lindberg,
vd

Lars Olsson,
näringspolitisk chef

Foto: Lieselotte van der Meijs

Layout: Susanne Linder/Dorsoduro

ISBN: 978-91-983685-5-0

Jan 2021

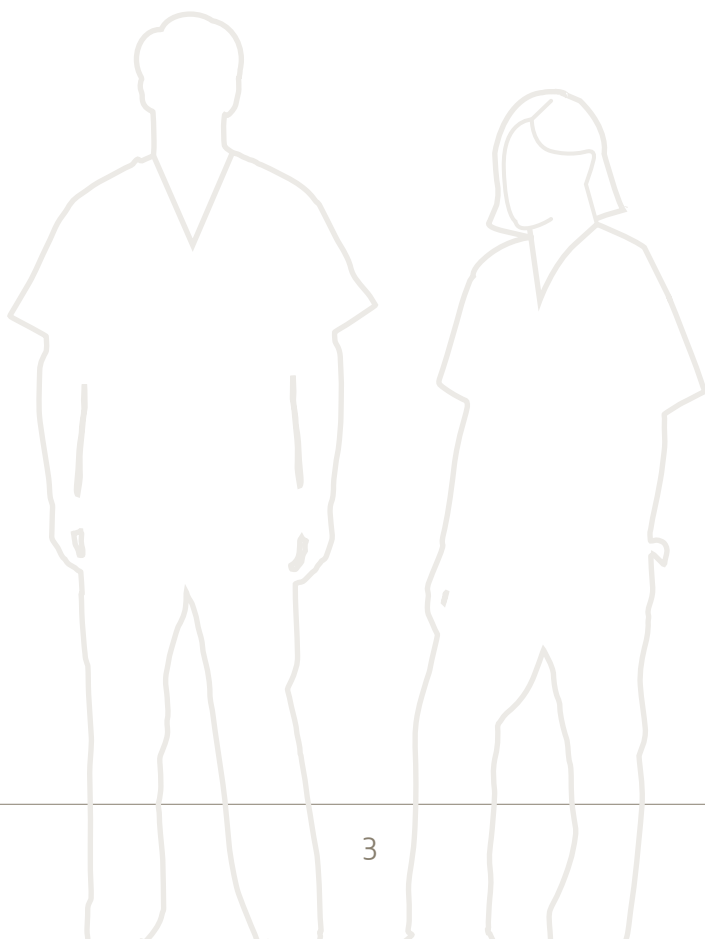
Privattandläkarna

Hantverkargatan 78 3 tr, 112 38 Stockholm

info@ptl.se | 08-555 446 00 | www.ptl.se

Innehåll

Inledning	4
I skuggan av en pandemi	6
Svensk tandvård på fem minuter	7
Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga	10
Tandvårdsbranschen	18
Kontroller mot vårdgivare	33
Prisreglering leder till sämre transparens för patienten	36
Händelser under året	38
Privattandläkarnas rekommendationer	45
Bilaga 1. Begrepps- och ordlista	48
Bilaga 2. Statistik	49
Referenslista	51



Inledning

Tandvården i Sverige utmärks av den stora andelen privata utförare. Den privata tandvården tar ett stort samhällsansvar och är en förutsättning för att branschen ska fungera. Exempelvis går huvuddelen av alla vuxna patienter till en privat vårdgivare och 98 procent av befolkningen bor i en kommun där det finns minst en privat tandläkarmottagning. Då inslaget av privata aktörer är påfallande stort på tandvårdsmarknaden, är också beröringsytorna mellan offentliga och privata aktörer extra stora inom tandvården. Det är därför särskilt viktigt med konkurrensneutralitet.

Det är stor skillnad på villkoren för att bedriva tandvård, jämfört med villkoren för övrig hälso- och sjukvård. Inom vuxentandvården råder fri prissättning och fri etableringsrätt och patienten har rätt att välja vårdgivare. Dessa villkor innebär ett stort ansvar för vårdgivarna och Privattandläkarna har därför slutit en överenskommelse med Konsumentverket som reglerar den affärsmässiga relationen mellan patient och vårdgivare.

En förutsättning för en väl fungerande tandvårdsbransch och därmed god tandhälsa för befolkningen, är den fria prissättningen och den fria etableringsrätten. Ingrepp i dessa får drastiska effekter för såväl bransch som tandhälsa. På en prisreglerad marknad bestäms priser av politiker och tjänstemän som befinner sig långt från verksamheterna. Det innebär att det satta priset inte motsvarar vårdgivarnas faktiska kostnader

och för att få sina verksamheter att gå runt så måste vårdgivarna anpassa vilka åtgärder som kombineras samt övrigt vårdutbud. Detta gör att en prisreglering i själva verket inte påverkar patientens totala kostnad. Prissättningen blir istället otydlig för patienten och en osäkerhet angående om föreslagen behandling är den bästa ur ett odontologiskt perspektiv uppstår.

Svensk tandvård i stort och det statliga tandvårdsstödet fungerar bra. Tandvården är enligt Svenskt kvalitetsindex (SKI) den mest uppskattade samhällstjänsten. Det finns emellertid delar som behöver anpassas, reformeras och förbättras. Detta gäller främst den tandvård som finansieras av regionerna.

Enligt tandvårdslag (1985:125) är det regionens ansvar att bedriva barn- och ungdomstandvård. Privattandläkarna arbetade länge för att regionerna skulle konkurrensutsätta tandvården till barn- och ungdomar och möjliggöra för privata vårdgivare att kliva in och ta samhällsansvar. Arbetet resulterade i att tandvårdslagen förändrades och tydliggjordes och år 1993 blev det tydligt att regionerna kunde konkurrensutsätta uppdraget. Alla regioner konkurrensutsätter idag den allmänna barn- och ungdomstandvården men endast ett fåtal konkurrensutsätter den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

Att förbättra villkoren för att privata aktörer ska kunna bedriva barn- och

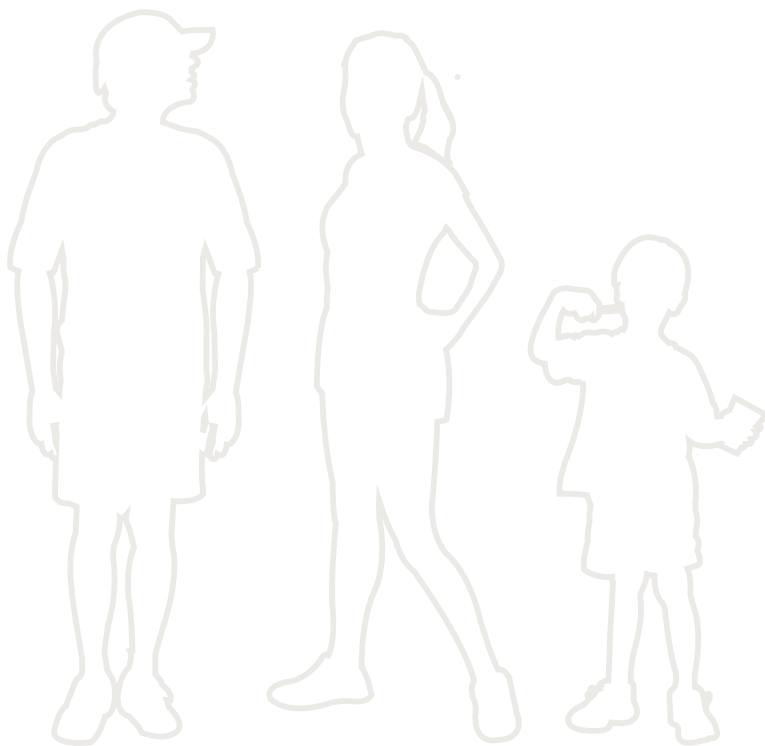
Inledning

ungdomstandvård, är emellertid ett ännu pågående arbete för Privattandläkarna. Det råder prisreglering och ersättningen är för låg i relation till uppdraget. I 13 av 21 regioner gör folktandvården underskott på barn- och ungdomstandvården. Detta visar att villkoren för att bedriva barn- och ungdomstandvård är bristfälliga.

För att den privata tandvården ska kunna ta ett samhällsansvar krävs villkor och ersättningssystem som möjliggör det. Det är inte rimligt att en vårdgivare inte får täckning för sina kostnader om den utför regionfinansierad tandvård.

I avsnittet *Privattandläkarnas rekommendationer* som avslutar denna rapport, diskuteras bland annat idéer och förslag på förändringar i regelverket för den regionfinansierade tandvården. Där förs även en diskussion kring prisreglering och konkurrensneutralitet.

Privattandläkarnas branschrapport för år 2020 är den sjätte i ordningen och beskriver precis som föregående år, utvecklingen i den svenska tandvårdsbranschen. I årets upplaga har vi valt att fokusera på den privata tandvården som samhällsaktör gällande tandvård till barn och unga.



I skuggan av en pandemi

Privattandläkarnas branschrapport för år 2020 beskriver tandvårdsbranschen utifrån ett underlag främst baserat på föregående år, det vill säga år 2019. Under 2020 års första kvartal rullade emellertid covid-19 in över Sverige och påverkade tandvårdsbranschen dramatiskt. Privattandläkarna har sedan de första rapporterade sjukdomsfallen noga följt utvecklingen.

Förutsättningarna för att bedriva privat tandvård förändrades drastiskt i och med coronapandemin och omsättningstappet under år 2020 är omfattande. Den privata tandvården, som normalt sett omsätter cirka 14 miljarder kronor per år, tappade under perioden 1 januari till 30 september 1,6 miljarder i intäkter, det vill säga över 10 procent av omsättningen på årsbasis. Under samma period har det utgått cirka 500 miljoner kronor i statlig ersättning till den privata tandvården och det rör sig främst om stöd för korttidspermittering.

En stor del av befolkningen har avstått från tandvård på grund av pandemin, vilket i längden innebär att tandhälsan försämras och en vårdskuld kommer att uppstå.

När det gäller behandlingar som utförts inom det statliga tandvårdsstödet så har den privata tandvårdens omsättning mellan den 1 januari och den 30 september minskat

med 11 procent, men omsättningstappet är dock mindre än minskningen av antalet patienter. Sammantaget så har antalet patienter inom den privata tandvården sjunkit med 22 procent, under perioden.

I en medlemsundersökning genomförd av Privattandläkarna under augusti år 2020, uppgav 7 procent av de som svarade att de antingen riskerade konkurs, nedläggning eller rekonstruktion på grund av pandemin.

De drastiskt förändrade villkoren för tandvården innebär således att flera privata vårdgivare kan tvingas lägga ner sin verksamhet. Det kan i sin tur leda till en strukturomvandling som förändrar fördelningen mellan privat och offentlig tandvård. Fördelningen mellan små och större vårdgivare inom den privata tandvården kan också komma att påverkas, då vissa större vårdgivare kan köpa de tandvårdsföretag som tvingas lägga ner. I dagsläget vet vi inte hur länge pandemin kommer hålla i sig eller hur omfattande förändringarna som följer i dess väg kommer bli, men om den fortsätter så står det klart att den privata tandvården behöver ökat statligt stöd i form av en tandvårdsakut. Den offentliga tandvården som ägs av regionerna, kan ta del av stöd via regionerna medan de privata aktörerna står utan ekonomisk uppbackning.

Svensk tandvård på fem minuter

Den mest uppskattade samhällstjänsten

År efter år visar SKI:s mätningar, att av alla branscher är kunderna mest nöjda med tandvården. I mätningen för år 2020 framgår precis som tidigare år att det är den privata tandvården som är mest uppskattad: 79,4 procent är nöjda med sin privata tandläkare i relation till folktandvården vars motsvarande siffra är 70,1 procent.

Vuxnas tandhälsa har förbättrats

Sedan det statliga tandvårdsstödet infördes år 2008, har vuxnas tandhälsa successivt förbättrats. Socialstyrelsen mäter antalet kvarvarande och antalet intakta tänder, vilket visar ett generellt mått på befolkningens tandhälsa. Antalet tänder som äldre får behålla har sedan år 2009 ökat med i genomsnitt 1,5 tänder och idag har ungefär 60 procent av landets 80-89-åringar 20 eller fler kvarvarande tänder. När det gäller tänder som inte är intakta ses en tydlig minskning sedan år 2009 och då främst i åldersgruppen 23-67.¹⁾ Andelen som skattar sin tandhälsa som god har också ökat över tid: från 2008 års 73 procent till 2016 års 78 procent.²⁾ Precis som inom övrig hälso- och sjukvård finns det stora socioekonomiska skillnader i tandhälsan. Utifrån utbildningsnivå kan en inte obetydlig skillnad ses redan bland de yngre vuxna när det kommer till antal intakta tänder. Regionala skillnader har också noterats, i

exempelvis Stockholm har den genomsnittliga 65-74-åringen 20 kvarvarande tänder medan snittet för personer tillhörande samma åldersgrupp i Norrbotten är 17 kvarvarande tänder.³⁾

Omsättning

Svensk tandvård omsatte 29,3 miljarder kronor år 2018, vilket är en ökning med 6,9 procent jämfört med år 2017. Av de 29,3 miljarderna omsatte den privata tandvården cirka 14 miljarder. Statens utgifter uppgick till 6,6 miljarder kronor, medan regionernas utgifter uppgick till 6,1 miljarder kronor. Ungefär 57 procent av omsättningen stod hushållens utgifter för, vilket rör sig om 16,6 miljarder kronor.⁴⁾ Under år 2019 fick drygt 4 miljoner individer en utbetalning från det statliga tandvårdsstödet och det gjordes ungefär 9,5 miljoner tandvårdsbesök.⁵⁾

Den privata tandvården är större än den offentliga

Svensk tandvård bedrivs i både privat och offentlig regi. Till skillnad mot övrig hälso- och sjukvård så är de privata aktörerna ett fundament och inte ett komplement till folktandvården. Den privata tandvården är väl representerad i hela landet: 98 procent av befolkningen bor i en kommun där det finns en privat tandläkarmottagning och det finns minst en privat klinik i 256 av Sveriges 290 kommuner.⁶⁾

1) Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – lägesrapport 2020*, s 92.

2) Folkhälsomyndigheten, *Jämlig tandhälsa – En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*, s 12.

3) Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2019*, s 3-4.

4) SCB, *Hälsoränskaperna, samt egna beräkningar*.

5) Försäkringskassan, *Årsredovisning 2019*, s 99-100.

6) Branschstatistik Bisnisanalys, egna beräkningar.

Svensk tandvård på fem minuter

Cirka 60 procent av alla patienter som omfattas av det statliga tandvårdsstödet går till en privat vårdgivare och den privata tandvården utför 67 procent av alla åtgärder.⁷⁾ De yngre vuxenpatienterna går i högre utsträckning till folktandvården, medan de som är i 35-årsåldern lika ofta går till en privat vårdgivare som till folktandvården. Bland de som är över 65 år väljer drygt 70 procent en privat vårdgivare. Att de äldre vuxenpatienterna väljer privata vårdgivare, gör att den privata tandvården utför mer tandvård samt mer komplicerad tandvård, då äldre patienter har ett större vårdbehov och behov av mer komplicerade behandlingar.

Av barn- och ungdomspatienter går cirka 14 procent hos en privat vårdgivare.

Förutsättningar för att bedriva tandvård

Inom vuxentandvården råder fri prissättning och fri etableringsrätt. Det finns ett statligt stöd till patienterna som består av grundstöd i form av tandvårdsbidrag och skydd mot höga kostnader. Den fria prissättningen och den fria etableringsrätten är grunden för en fungerande tandvårdsmarknad. Det innebär att vårdgivarna kan prissätta sin tandvård utifrån sina förutsättningar. Det finns även goda förutsättningar för att kunna vara öppen och transparent mot patienterna. Ett införande av prisreglering på delar av eller hela det statliga tandvårdsstödet skulle få negativa konsekvenser

på tandhälsan och öka de socioekonomiska skillnaderna. Vårdgivarna skulle återigen bli helt beroende av statens ersättningsnivåer och därmed anpassa vilka åtgärder som kombineras och övrigt vårdutbud. Möjligheten för patienten att förstå vad behandlingen kommer att kosta skulle minska.

Barn- och ungdomstandvården är enligt tandvårdslagen regionernas ansvar, men de kan konkurrensutsätta denna och detta görs i alla regioner när det gäller den allmänna barn- och ungdomstandvården. Den är prisreglerad och ersättningsformen är kapiterad, vilket innebär att en fast ersättning per individ utgår. I 13 av 21 regioner har folktandvården ett negativt resultat för barn- och ungdomstandvården.⁸⁾ Den underfinansiering och kapitering som idag råder, gör det svårt för privata aktörer att bedriva barn- och ungdomstandvård. Underfinansieringen leder även till att det är vuxna patienter som får finansiera den barn- och ungdomstandvård, som enligt tandvårdslagen ska finansieras av regionerna.

Tandläkarbrist

Det råder en påtaglig brist på tandläkare och möjligheterna till arbete för yrkesgruppen är mycket goda på fem års sikt, särskilt för specialisttandläkare. Enligt Arbetsförmedlingen kan efterfrågan förklaras av satsningar på förebyggande tandvård, befolkningsökning, för få nya som utbildas och stora förväntade pensionsavgångar.⁹⁾

7) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 11.

8) Regioners transparensbokslut, egna beräkningar.

9) Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2019*, s 102.

Svensk tandvård på fem minuter

Besöksfrekvens bland vuxna

Ur ett historiskt perspektiv är det många vuxna som besöker tandvården regelbundet, men skillnader kan ses utifrån ålder. 70-74-åringarna är de som oftast går till tandläkaren medan de yngsta och de allra äldsta besöker tandvården i minst utsträckning. Sammantaget har de årliga besöken minskat sedan år 2011 och den största minskningen kan ses i gruppen 35-44 år.¹⁰⁾ Andelen personer som under en treårs-period (2017-2019) endast gjort akutbesök är 7,2 procent.¹¹⁾ Andelen är relativt oförändrad jämfört med tidigare år.

Mottagare av statligt tandvårdsstöd

Av alla invånare som var berättigade¹²⁾ till statligt tandvårdsstöd hade 16 procent en kostnad, utifrån vårdgivarens pris eller

referenspriset, på 3000 kronor eller mer under år 2019 och kunde därmed ta del av högkostnadsskyddet. Det motsvarar 23 procent av alla som besökte tandvården. Högst andel fanns i åldersgruppen 70-74 år, där 28 procent av alla som tog emot statligt tandvårdsstöd var berättigade högkostnadsskydd. Andelen som fyllt 70 år och tar del av högkostnadsskyddet, ökar kontinuerligt. Av alla som fått statligt tandvårdsstöd, uppnådde 4 procent den högsta ersättningsnivån i högkostnadsskyddet, det vill säga 85 procent.¹³⁾ 35 procent av allt utbetalat tandvårdsstöd under år 2019, gavs till de 4 procent som nådde upp till högkostnadsskyddets högsta nivå.¹⁴⁾

26 procent av det utbetalda statliga tandvårdsstödet utgjordes av tandvårdsbidrag. Resterande 74 procent utgjordes av högkostnadsskydd.¹⁵⁾

10) Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2019*, s.1.

11) Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2019*, bilaga tabeller, tabell 10B.

12) Den som är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110) är berättigad till statligt tandvårdsstöd.

13) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s.19.

14) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s.20.

15) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s.20.

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

Här presenteras den del i Privattandläkarnas branschrapport för år 2020, som belyser hur tandvården är en viktig samhällsaktör utifrån ett särskilt tema. Årets tema är tandvård till barn och unga.

Privata aktörer inom barn- och ungdomstandvården

År 1938 inrättades folktandvården och till en början var det frivilligt för regionerna att ha en folktandvård. Efter några år hade emellertid alla regioner inrättat en folktandvård och denna erbjöd kostnadsfri tandvård för patienter mellan 3 och 15 år.¹⁶⁾ Den finansierades av regionerna och den enda möjliga utföraren av den för patienten kostnadsfria barntandvården, var folktandvården.

År 1974 infördes den första svenska tandvårdsförsäkringen för vuxna, vilket också innebar att folktandvården byggdes ut ytterligare. Regionerna fick vid denna tidpunkt även lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialisttandvården.¹⁷⁾ I tandvårdslagen förutsattes att regionerna bedrev huvuddelen av verksamheten i egen regi.

Att kunna sluta avtal och få ersättning för barn- och ungdomstandvård inom den regionfinansierade tandvården var en högt prioriterad fråga för Privattandläkarna. Därför var det bra att riksdagen år 1993 klargjorde att regionerna får konkurrensutsätta sin verksamhet, undantaget den del av verksamheten som var myndighetsutövning. Nu blev det tydligt att de regioner

som önskade kunde sluta avtal med privata eller ideella aktörer.

Som ett resultat av riksdagens beslut började vissa regioner aktivt verka för att andelen barn och ungdomar som gick till en privat vårdgivare skulle öka. Halland och Kronoberg är exempel på regioner som under 1990-talet avknoppade delar av folktandvården till personalkooperativ. År 2010 fattade region Stockholm ett politiskt beslut som innebar att folktandvården skulle avyttra sina kliniker i Stockholms län till en privat aktör. Privattandläkarna välkomnar denna typ av politiska initiativ.

Idag har alla regioner konkurrensutsatt den allmänna barn- och ungdomstandvården. Folktandvården har fortfarande en dominerande ställning. Dock råder stor variation mellan regionerna gällande andelen barn och ungdomar som går till en privat vårdgivare. I vissa regioner går cirka 30 procent av alla barn och ungdomar till en privat vårdgivare, i andra är andelen så låg som cirka 2 procent. I hela riket är det ungefär 14 procent av alla barn och unga som valt en privat vårdgivare.¹⁸⁾

När det gäller specialisttandvården är situationen helt annorlunda, där är konkurrensutsättning ovanligt. I dag är det bara två regioner (Stockholm och Skåne) som

16) Tandläkartidningen, årg 104 nr 4, 2012.

17) Statens offentliga utredningar, Stöd till hälsobefrämjande tandvård (SOU 2006:27), s 27.

18) Regionernas egna uppgifter.

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

konkurrensutsatt hela specialisttandvården för barn och unga, medan fem regioner (Stockholm, Skåne, Västmanland, Södermanland och Uppsala) har konkurrensutsatt tandregleringen. Under år 2020 förs det diskussioner om att konkurrensutsätta verksamheten i Värmland.¹⁹⁾

År 2016 förändrades tandvårdslagen och regionens ansvarsområde utökades. Detta innebar att åldern för den för patienten kostnadsfria tandvården, stegvis höjdes från 19 till 23 år. Från och med den första januari år 2019 ansvarar regionerna för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år. Privattandläkarna är kritiska till den höjda åldern och menar att den inte är motiverad ur ett tandhälsoperspektiv. Utredningen Ett tandvårdsstöd för alla, visar att unga besöker tandvården väl ofta utifrån sitt tandvårdsbehov.²⁰⁾

En allt större del av de offentliga tandvårdssubventionerna finansieras av regionerna. Förändringarna får konsekvenser för relationen mellan regionerna och de privata vårdgivarna på flera sätt. Fler patienter omfattas av prisreglering, den genomsnittliga subventionsgraden ökar och utformningen av regionernas ersättningsmodeller blir därmed allt viktigare för privata vårdgivare.

Barn och ungdomars tandhälsa

Svenska barn och ungdomars tandhälsa är generellt sett mycket god. Världshälso-

organisationen (WHO) har satt som mål för Europas 12-åringar, att dessa inte ska ha fler än 1,5-kariesskadade tänder, vilket Sverige uppnådde redan 1995. Under ett antal år har dock en långsam försämring av tandhälsan hos landets 6-åringar setts. Det är dock svårt att göra jämförelser med tidigare år, bland annat med anledning av att Socialstyrelsen som sammanställer uppgifter från Sveriges regioner om förekomsten av karies hos barn och ungdomar, har ändrat metoden för detta. Från och med år 2019 samlas data in för flera år istället för endast från ett år, med anledning av att alla barn- och ungdomar inte besöker tandvården årligen. Att utgå från flerårsperioder ökar täckningsgraden för antalet undersökta och man undviker en överrepresentation av patienter som besöker tandvården oftare med anledning av karies.

Karies hos barn- och ungdomar

Socialstyrelsens sammanställning beträffande barn- och ungdomar med karies, visar att 27 procent av landets sexåringar var drabbade år 2018. Det är en oförändrad siffra i relation till år 2017, men utgår man från en tvåårsperiod så visar sammanställningen att 24 procent av landets sexåringar har karies. På en årsbasis är 40 procent av 19-åringarna kariesfria, vilket är samma siffra som visas för år 2017. När det gäller landets 12-åringar så är 67 procent kariesfria och denna siffra har varit i stort sett oförändrad sedan år 2014.²¹⁾ Då majoriteten av svenska barn och unga har god tandhälsa

19) Regionernas egna uppgifter.

20) Statens offentliga utredningar, Ett tandvårdsstöd för alla, fler och starkare patienter (SOU 2015:76), s 76.

21) Socialstyrelsen, Karies bland barn och ungdomar – Artikelnummer 2020-2-6629, s 1-2.

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

finns det risk för att de sjuka inte uppmärksammas. För att fånga upp dem rekommenderar både WHO²²⁾ och Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) att indexet Signifikant Caries index (SiC) används. Detta index mäter medelvärdet på den grupp som är mest kariesdrabbad.²³⁾

Karies i mjölkttandsbettet

Socialstyrelsen följer särskilt förskolebarns tandhälsa, på grund av att karies i denna åldersgrupp successivt ökat sedan år 2010. Andelen treåringar med karies har sedan 2005 legat stadigt på fem procent, men siffran ökar till 27 procent när man tittar på sexåringarna varför det är tydligt att någonting händer med barnens munhälsa i detta åldersspann. Socialstyrelsen understryker att det inte är klarlagt vad det är som sker, mer än att det inte enbart kan förklaras med att barnen kommer från socio-ekonomiskt utsatta förhållanden.²⁴⁾ Socialstyrelsen flaggar för att karies i mjölkttandsbettet ger en sämre prognos för barnets framtida munhälsa. Om den negativa kariestrenden hos sexåringarna inte bryts, riskerar det således att på sikt försämrade tandhälsan även hos äldre ungdomar.²⁵⁾ Socialstyrelsen arbetar med en fördjupad analys av förskolebarns försämrade tandhälsa med fokus på den negativa karies-trenden, vilken ska presenteras under år 2021. SKaPa:s årsrapport för år 2019 ger

vissa indikationer på att trenden beträffande ökning av kariesförekomst i mjölkttandsbettet som pågått från år 2010 till år 2018, nu kan vara bruten. SKaPa:s register visar nämligen ett lägre Decayed and filled teeth (DFT) för sexåringarna i relation till föregående år. Trenden beträffande att de sjuka blir sjukare har dock utifrån samma register inte stannat av. Mätt med SiC har karies-situationen för de allra sjukaste sexåringarna tyvärr förvärrats.²⁶⁾

En registerstudie på totalt cirka 83 000 barn i stockholmsregionen där utveckling av karies kartlagts, visar att ett barns plats i syskonskaran har betydelse. Ju fler äldre syskon barnet har desto större är risken att barnet utvecklar karies i åldern tre till sju år. Jämfört med det förstfödda barnet så löper det andra barnet i snitt 17 procent högre risk att utveckla karies och ett barn som föds som nummer tre i skaran löper 47 procents större risk än det förstfödda syskonet. Denna nya kunskap kan användas för att göra än mer träffsäkra bedömningar när det gäller små barns kariesrisk och förebyggande insatser kan riktas mot familjer som bäst behöver det.²⁷⁾

Placerade barn och ungas tandhälsa

År 2016 gjorde Socialstyrelsen en första rikstäckande studie av tandhälsan hos personer som under uppväxten varit placerade i någon form av heldygnsvård, så som ett

22) Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2019, s 106-107.

23) SKaPa, Årsrapport 2017, s 29.

24) Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2019, s 105.

25) Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020, s 90.

26) Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, Årsrapport 2019, s 37-40.

27) Julihn A, Soares FC, Hammarfjord U, Hjern A, Dahllöf G, Birth order in associated with caries development in young children: a register-based cohort study. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Julihn%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=32050937

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

familje- eller HVB-hem. De fann bland annat att det är dubbelt så vanligt med sämre tandhälsa bland unga vuxna som under uppväxten varit placerade, i jämförelse med jämnåriga som hela tiden bott i det egna hemmet. Socialstyrelsens slutsats av studien är att barn och unga som befinner sig i dygnsvård inte har samma tillgång till regelbunden tandvård och förutsättningar till en god tandhygien som andra barn och att detta resulterar i att de placerade har sämre tandhälsa som vuxna.²⁸⁾ I november år 2020 presenterade Socialstyrelsen en första nationell kartläggning av hur regioner, kommuner och tandvård arbetar teoretiskt och praktiskt med placerade barns munhälsa och tandvård. I denna ingår också en analys av dessa barn och ungas tandhälsa och tandvårdskontakter. Även denna studie visar att placerade barn har betydligt sämre tandhälsa och besöker tandvården mer sällan. Orsakerna till detta är flera:

- Få barn och unga genomgår den lagstadgade hälsoundersökning som ska göras i samband med placeringen.
- Socialnämnden lägger mycket lite fokus på barnets munhälsa.
- De som ska utöva den vardagliga omsorgen om det placerade barnet, lämnas att ta det största ansvaret för den unges munhälsa, men får lite stöd och utbildning för ändamålet.

- Regionernas listningssystem, gör att placerade barn riskerar att inte kallas till tandvården, exempelvis när det gäller en placering som innebär flytt men inte byte av folkbokföringsadress.²⁹⁾

I oktober år 2020 gavs Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att långsiktigt stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga ska få tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång. Utvecklingsinsatserna ska pågå under åren 2021-2024.³⁰⁾

Uteblivna bettutvecklingskontroller
När det kommer till bettutvecklingskontroller av barn och unga uppmärksammade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) år 2018 i sin årliga utgåva *Vad har IVO sett?*, att dessa återkommande uteblir. Anledningen är att de specifika årskontroller för bettutveckling inte alltid utförs av tandläkare, utan av en tandhygienist eller en tandsköterska som saknar tillräcklig utbildning för detta. Det är endast tandläkare som kan utföra bettkontroller. Bristerna rör främst att man missar att hörntänder i överkäken inte kommer fram när den unge växlar från mjölkänder till ordinarie tänder. I en region uppmärksammade folktandvården 70-75 avvikelser³¹⁾ per år i organisationen, men att långt ifrån alla avvikelser rapporterades in i

28) Socialstyrelsen, *Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade*, s 7.

29) Socialstyrelsen, *Munhälsa och tandvård för placerade barn (kortversionen)*, s 9-12.

30) Regeringsbeslut 2020-10-08, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång*. Med avvikelser i tandvården avses en icke förväntad händelse.

31) Med avvikelser i tandvården avses en icke förväntad händelse.

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

avvikelsesystemet. IVO underströk att vårdgivarna behöver hitta lösningar på hur kompetensen ska stärkas när det kommer till bettutvecklingskontroller.³²⁾

Hur styrs barn- och ungdomstandvården

Regionernas sätt att styra barn- och ungdomstandvården påminner mycket om styrningen av primärvården. Till skillnad från primärvården finns dock ingen lag som tvingar regionerna att konkurrensutsätta barn- och ungdomstandvården. Detta görs dock ändå i alla regioner men hur stor andel privata utförare där finns, beror på flera faktorer. Den politiska viljan att konkurrensutsätta tandvården är en sådan. En annan faktor som påverkar, är beslut rörande sistahandsansvaret. Folk tandvårdens lokalisering i en region inverkar också. I vissa regioner finns det politiska beslut om att folk tandvården måste finnas i alla kommuner. Det kan innebära att det inte finns patientunderlag för ytterligare en vårdgivare i den kommunen. I andra regioner finns exempel på att folk tandvårdskliniker flyttat eller lagt ned och en privat vårdgivare då tagit över.

Enligt tandvårdslagen ska folk tandvården svara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år. För att ge regionerna stöd i prioriteringen om vad som anses vara full-

ständig tandvård, infördes år 1999 förändringar i tandvårdslagen som gav regionerna och vårdgivarna som har avtal med regionerna, möjlighet att under vissa förutsättningar ta ut avgift av patienten. Detta avser specifikt de fall då behandlingen inte anses vara nödvändig för att uppnå ett, från en odontologisk aspekt, funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.³³⁾

Då barn- och ungdomstandvården är ett regionalt ansvar finns det stora skillnader mellan regionerna. Detta gäller såväl ersättningsnivåer, ersättningssystem samt vad som anses vara fullständig tandvård. Därmed finns regionala regler för vilken tandvård som ska erbjudas patienterna. Några exempel på regionala skillnader är tidpunkten för barnets första besök, det fortsatta besöksintervallet, riskbedömning, regler gällande vilka som behöver tandreglering samt vilken profession som utför viss vård. Revisionsintervallet för undersökning av tandläkare är exempelvis 24 månader i Uppsala, medan motsvarande längd mellan revisionsundersökningar utförda av tandläkare i bland annat Kalmar och Västra Götaland är 48 månader.³⁴⁾

Att barn- och ungdomstandvården i sin helhet finansieras av regionerna medför att det inte alltid är vårdgivarens bedömning av vilken tandvård som är bäst för patienten, som avgör vilken tandvård som ersätts. Istället är det regionen som fattar beslut

32) Inspektionen för vård och omsorg, *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*, s 64.

33) Regeringen, *Reformerat tandvårdsstöd, Prop. 1997/98:112*, s 69.

34) Regionernas avtal för barn- och ungdomstandvård.

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

om vilken tandvård som ska finansieras. Om vårdgivarens bedömning inte överensstämmer med regionens riktlinjer, får vårdgivaren inte täckning för sina kostnader. Det är därför av stor vikt att regionernas vårdriktlinjer bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. I dag saknas sådant nationellt stöd och därmed är det stora skillnader mellan riktlinjerna i olika regioner.

I 13 av 21 regioner är folktandvårdens kostnader för barn- och ungdomstandvården högre än regionens ersättning, vilket leder till underfinansierade verksamheter. Om en verksamhet som inte kan öka sina intäkter och är underfinansierad finns det alltid en stor risk att man försöker minska sina kostnader på ett sådant sätt att kvaliteten i verksamheten försämras.

Om barn- och ungdomstandvården är underfinansierad eller om det genomförs förändringar i ersättningsmodellen för barn- och ungdomstandvård som inte är förankrade och accepterade av de privata vårdgivarna, kan resultatet bli att privata vårdgivare som har barn- och ungdomspatienter listade hos sig inte får ekonomisk bärighet i verksamheten. De blir då tvungna att säga upp avtalet med regionen, vilket resulterar i att regional ojämlikhet uppstår. Utöver det minskar patienternas valfrihet samtidigt som trycket och ansvaret på folktandvården ökar.

Risker med att riskgruppera utifrån index

De index som finns inom tandvården syftar till att beräkna en individs risk för sjukdom utifrån ett antal socioekonomiska faktorer. Ett problem med detta är att en individs tandvårdsbehov inte alltid kan härledas till socioekonomiska faktorer. Visdomständer som måste tas bort, bettfel som kräver tandställning och bettfysiologiska besvär, är exempel på stora vårdbehov som inte fångas upp av rådande index. När det gäller barn- och ungas tandvård så är uppföljningen av denna i behov av utveckling. Socialstyrelsen framhäver i *Analysplan – Analyser av vård och omsorg 2020-2022*, att det är svårt att följa upp och analysera denna patientgrupps tandhälsa, eftersom den inte ingår i tandhälsoregistret och all vård således inte kartläggs.³⁵⁾

Indexet Care Need Index (CNI) har tagits fram av Statistiska Centralbyrån (SCB) och meningen är att det ska nyttjas inom hela sjukvården. CNI är således inte skraddarsytt för tandvården vilket gör indexet problematiskt. Inom övrig hälso- och sjukvård bedöms exempelvis en låg ålder vara en faktor som talar för ett lågt vårdbehov, men inom tandvården är inte en låg ålder alltid synonymt med ett lågt vårdbehov. Socialstyrelsen har sedan år 2010 rapporterat om att karies i mjölk tandbettet ökat och att WHO Europe:s mål om att andelen

35) Socialstyrelsen, *Analysplan – Analyser av vård och omsorg 2020-2022*, s 38.

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

kariesfria sexåringar ska vara 80 procent år 2020, ser i dagsläget inte ut att kunna uppnås i Sverige.³⁶⁾ En låg ålder bör således inte användas som en indikator på ett lågt vårdbehov. DFT är ett annat index som nyttjas och som utgår från en mätning av patientens kariesskadade tänder. DFT mäter dock endast manifest karies eller fyllningar och registrerar inte initial karies.³⁷⁾ Då 5 procent av landets treåringar är drabbade av karies och att denna siffra ökar till 27 procent beträffande landets sexåringar, är det rimligt att dra slutsatsen att initialkaries inte bör förbises vid riskgruppering av barnpatienter.

Det är viktigt att rådande index anpassas och uppdateras utifrån tandhälsan hos befolkningen och socioekonomiska faktorer som påverkar tandhälsan. Om detta inte sker blir indexet missvisande. Om ersättningen per patient anpassas utifrån ett felaktigt index kan effekten bli att vårdgivaren varken får ersättning för barn och ungdomar med lågt vårdbehov eller barn och ungdomar med stort vårdbehov. Privattandläkarna anser att istället för en differentierad ersättning via index så ska ersättningen baseras på en kombination av fast ersättning och rörlig ersättning till patienter med mer omfattande vårdbehov. Den rörliga ersättningen kompenserar då vårdgivaren för höga kostnader.

Omsättning

Regionernas kostnad för den allmänna barn- och ungdomstandvården uppskattas till ca 2,6 miljarder kronor. Då cirka 14 procent av all barn- och ungdomstandvård utförs av privata vårdgivare, är den privata tandvårdens intäkter för den allmänna barn- och ungdomstandvården totalt cirka 364 miljoner kronor.

Noterbart är att 13 av 21 regioner utifrån sina egna transparensboksut gör ett negativt resultat på barn- och ungdomstandvård. Det innebär troligtvis även att ersättningen från regionen inte täcker privata vårdgivares kostnader, något som flera av Privattandläkarnas medlemmar också beskriver.

Andelen som går till en privat vårdgivare

I hela Sverige går ca 14 procent av alla barn- och ungdomar till en privat vårdgivare men stora variationer mellan de olika regionerna råder. I region Stockholm och i region Halland går cirka 30 procent av alla barn- och ungdomar till en privat vårdgivare. Motsvarande siffra för Norrbotten är 2-3 procent.³⁸⁾



36) Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2019*, s 105-106.

37) Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, *Årsrapport 2017*, s 29.

38) Folk tandvårdens egna uppgifter, egna beräkningar.

Tandvården en viktig samhällsaktör, tema tandvård till barn och unga

Vad krävs för att privata vårdgivare ska kunna ta emot barn- och ungdomar?

En förutsättning för att privata vårdgivare ska kunna ta emot barn- och ungdomspatienter, är att regionens ersättning finansierar de faktiska vårdbehov som finns. Om den ersättning som utgår inte täcker dessa, är valet av modell oviktigt. I dag är ersättningen för att bedriva barn- och ungdomstandvård över lag för låg, i 13 av 21 regioner går folktandvårdens verksamheter med underskott.

Gemensamt för regionerna är att de ersätter vårdgivarna, inom allmäntandvården för barn och ungdomar, med en fast ersättning per patient. Med en sådan kapiterad ersättning tas ingen hänsyn till patientens individuella vårdbehov. Tanken är att den ska verka utjämnande mellan patienter utan eller med små behandlingsbehov och patienter med omfattande behandlingsbehov. Den kapiterade ersättningen innebär ett ekonomiskt risktagande för vårdgivaren. Några få patienter med mycket stora tandvårdsbehov eller många patienter med något större vårdbehov, kan leda till att den regionfinansierade delen av verksamheten går med underskott.

En annan faktor som påverkar privata vårdgivares möjlighet att ta emot barn och ungdomar, är den administration som avtalet med respektive region kräver. Det

gäller såväl administration i samband med slutande av avtal som uppföljningskrav. Regionerna vill ofta ha underlag gällande utförd behandling. Denna inrapportering kan inte ske via det system som alla vårdgivare har för att rapportera in uppgifter om utförd tandvård och tandhälsa inom det statliga tandvårdsstödet, utan kräver särskild inrapportering av patienternas tandhälsa och annan statistik. Utöver detta är kraven för att bli antagen som leverantör av barn- och ungdomstandvård mer omfattande än kraven som gäller för att vara ansluten till det statliga tandvårdsstödet. Till exempel kräver vissa regioner manuell inrapportering som medför omfattande administration eller att inrapporteringen ska ske via regionspecifika it-stöd, vilka för de privata vårdgivarna kan vara både kostsamma och komplicerade att få tillgång till.

Ett ytterligare hinder för att bedriva barn- och ungdomstandvård är regioners vårdplaner och riktlinjer för vilken tandvård som ska erbjudas patienterna. Dessa skiljer sig åt från region till region och har en vårdgivare patienter från flera regioner, måste denne hålla reda på flera olika riktlinjer. Det kan även hända att de vårdriktlinjer som regionerna beslutat om, inte är förenliga med den individuella vård som vårdgivaren bedömer att patienten har behov av. I dessa fall kan det vara problematiskt för vårdgivaren att anpassa sig till regionernas riktlinjer för vilken vård som ska erbjudas.

Tandvårdsbranschen

I denna del av 2020 års upplaga av Privattandläkarnas branschrapport, följer en redogörelse för den svenska tandvårdsbranschens utveckling, med avstamp i när folktandvården inrättades.

Tandvårdsbranschens utveckling ur ett historiskt perspektiv

Folktandvården ser dagens ljus

År 1938 inrättades folktandvården och till en början var det frivilligt för regionerna att införa denna offentliga tandvårdsverksamhet. Efter några år hade emellertid alla regioner inrättat en folktandvård och denna erbjöd kostnadsfri tandvård för alla mellan 3-15 år.³⁹⁾ År 1974 infördes en statlig generell tandvårdsförsäkring för vuxna. Syftet med tandvårdsförsäkringen var att göra tandvården tillgänglig för alla, samt möta många medborgares omfattande vårdbehov. Alla typer av behandlingar och åtgärder ingick i försäkringen. Försäkringen innebar att vuxentandvården prisreglerades och etableringskontroll infördes. Regionerna fick vid denna tidpunkt även lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialisttandvården.⁴⁰⁾

En ny tandvårdslag och korrigeringar i tandvårdsförsäkringen

År 1985 trädde nuvarande tandvårdslag ikraft. Tandvårdslagen definierar tandvård som "åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan", samt målet "en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen".⁴¹⁾ Under slutet av 1980-talet och

början av 1990-talet korrigerades tandvårdsförsäkringen flera gånger, då den ansågs ha blivit för kostsam för staten.⁴²⁾

År 1997 tillsattes en statlig utredning som skulle lämna förslag om en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen, vilket resulterade i betänkandet *Tänder hela livet*. Utredningen skulle lämna förslag för att främja effektivitet inom tandvården genom bland annat stimulans till investeringar, samt sporra till utveckling av arbetssätt och kompetenshöjning. Utredningen fann att ett förslag som skulle uppnå detta var att slopa prisregleringen.⁴³⁾

År 1999 genomfördes utredningens förslag och ersättningssystemet för vuxentandvården strukturerades om. Fri prissättning och fri etableringsrätt infördes och det blev möjligt för juridiska personer att ansluta sig till Försäkringskassan. Den nya tandvårdsförsäkringen inriktades mot att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för vardaglig hälsobefrämjande tandvård som man kallade bastandvård.

Riktat stöd till protetik för äldre

I november år 2000 tillsattes en statlig utredning för att utvärdera den reform som trädde i kraft år 1999, vilket resulterade i delbetänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre*. I betänkandet konstateras att den vuxna befolkningens tandhälsa

39) Tandläkartidningen, årg 104 nr 4, 2012.

40) Statens offentliga utredningar, *Stöd till hälsobefrämjande tandvård (SOU 2006:27)*, s 27.

41) Tandvårdslagen (1985:125), 1 och 2 §§.

42) Regeringen, *Kommittédirektiv 2008 års tandvårdsreform (Dir 2014:28)*, s 2.

43) Statens offentliga utredningar, *Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård (SOU 1998:2)*, s 87-88.

Tandvårdsbranschen

fortsatt att förbättras och att stödet uppfattas som positivt av representanter för olika myndigheter och organisationer. Den kritik som framförs riktas mot det särskilda stöd som inom försäkringen utgick vid långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Eftersom tandhälsan förbättras i den vuxna befolkningen bedömde utredningen att utmaningen för tandvården skulle komma att bli att behålla den goda munhälsan även hos de äldre som i större och större utsträckning spåddes få behålla sina tänder. En inte obetydlig del av befolkningen kommer emellertid även i framtiden att vara i behov av såväl avtagbara proteser som implantat.⁴⁴⁾ Resultatet av delbetänkandet blev att ett högkostnadsskydd för protetik till förmån för den äldre befolkningen infördes år 2002.⁴⁵⁾

Ett nytt statligt tandvårdsstöd
I december år 2005 tillsattes en statlig utredning för att ta fram ett förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna.⁴⁶⁾ Utifrån utredningens förslag lade regeringen fram propositionen *Statligt tandvårdsstöd Prop: 2007/08:49* som innehöll förslag på lag om statligt tandvårdsstöd (2008:145).

Resultatet blev dagens tandvårdsstöd, som till en början bestod i det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) och ett unikt skydd mot höga kostnader som kombineras med fri prissättning. Stödet till patienten beräknas utifrån vårdgivarens priser, dock

högst referenspriset. Syftet med den nya reformen var att bidra till de övergripande målen om en god tandhälsa för hela befolkningen, genom att uppmana till förebyggande tandvård med hjälp av ATB och erbjuda personer med stora tandvårdsbehov ett skydd mot höga kostnader.

Den 1 januari år 2013 infördes det statliga särskilda tandvårdsbidraget (STB). Syftet med bidraget var att detta skulle utgå till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ökar risken för en försämrad tandhälsa. Ersättningen skulle användas till att betala ersättningsberättigade åtgärder av förebyggande slag.⁴⁷⁾

År 2014 var det dags att utvärdera reformen och en statlig utredning tillsattes för detta. År 2015 presenterades betänkandet *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter*. Privattandläkarnas näringspolitiska chef Lars Olsson, deltog som expert i utredningen. I betänkandet framhävs att det statliga tandvårdsstödet har god måloppfyllelse. Svenska befolkningens tandhälsa har förbättrats väsentligt sedan reformens införande och att den sammanfattningsvis var en bra reform som skapat goda förutsättningar för och bidrar till fler tandvårdskontakter. Sannolikt bidrog det allmänna tandvårdsbidraget till den ökade besöksfrekvensen bland unga och äldre. Rapporten visar även att skyddet mot höga kostnader också gav ett reellt skydd mot höga kostnader.

44) Statens offentliga utredningar, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36)*, s 10-12.

45) Regeringen, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m, Prop 2001/02:51*, s 1.

46) Regeringen *Kommittédirektiv, Nytt tandvårdsstöd för vuxna (Dir. 2005:136)*.

47) Regeringen, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar, Prop 2011/12:7*, s 1.

Tandvårdsbranschen

Ny utredning med flera tilläggsdirektiv
Regeringen tillsatte år 2018 utredningen *Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa*, som ska presenteras i mars år 2021. Utredningen ska särskilt analysera skillnader i tandhälsa utifrån kön, ålder, bostadsort, socioekonomisk bakgrund, funktionsvariation samt andra relevanta faktorer, vilka visat sig ha relevans för en individs tandvårdskonsumtion. Utredningen ska också särskilt fokusera på att identifiera faktorer och incitament som ytterligare främjar regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Utredningen ska också identifiera faktorer och incitament som är avgörande för att uppnå en jämlik tandhälsa. Regeringen har även angett att syftet med utredningen ska vara att främja priskonkurrensen inom tandvården, samt att förbättra möjligheterna för patienterna att ifrågasätta vårdbehov och behandlingar. Utredningen ska därför ge förslag på hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart både för patienter och för vårdgivare. Utredningen ska också pröva vilken betydelse pris-sättningen för tandvård har för en jämlik

munhälsa. Den ska också analysera om det är motiverat med förändringar eller andra alternativ, med beaktande av att tandvårdssystemet även i fortsättningen ska erbjuda mångfald samt ge tandvårdspatienter goda möjligheter till valfrihet. I januari år 2020 fick utredningen ett tilläggsdirektiv om att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Utredningen fick då även förlängd tid till den 1 mars år 2021. I november år 2020 beslutade regeringen om ett ytterligare tilläggsdirektiv som består i att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd. Utredningen ska emellertid fortfarande presenteras senast den 1 mars år 2021. Att utreda och föreslå förändringar i det statliga tandvårdsstödet utan god tid till noggranna analyser, är en fara både för den svenska tandhälsan och för förutsättningarna för att bedriva tandvård.

Även i denna utredning deltar Privattandläkarnas näringspolitiska chef Lars Olsson, som expert. Privattandläkarna



Tandvårdsbranschen

anser att det är viktigt att notera att tandhälsan stadigt förbättrats sedan det statliga tandvårdsstödet infördes. Det är också färre personer idag som avstår från tandvård på grund av kostnaden, än vid införandet av det statliga tandvårdsstödet. En förutsättning för en fungerade tandvård är den fria prissättningen och den fria etableringsrätten.

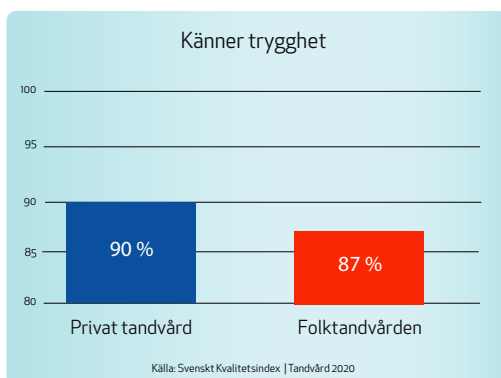
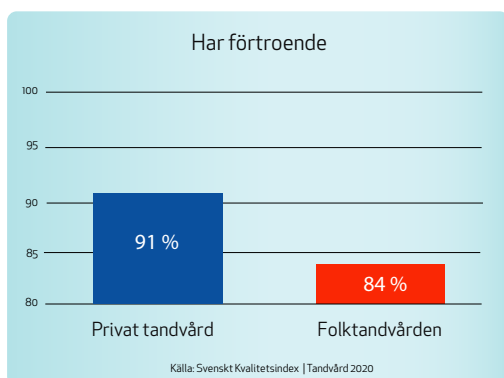
En högt uppskattad samhällstjänst

Den tandvård som idag bedrivs är mycket uppskattad. I de mätningar gällande kundnöjdhet som SKI årligen gör, hamnar tandvårdsbranschen återkommande i topp. Historiskt sett är de privata vårdgivarnas patienter nöjdast, vilket även den mätning som gjordes år 2020 visar, 79,4 procent är nöjda med sin privata tandläkare i relation till folktandvården vars motsvarande siffra är 70,1 procent. 91 procent av dem som väljer en privat vårdgivare känner förtroende för och 90 procent känner sig trygga med sin tandläkare. Motsvarande siffror för folktandvården är också mycket

höga, 84 procent av patienterna känner förtroende och 87 procent känner sig trygga.

SKI:s mätning visar att patienter som väljer en privat vårdgivare, oftast gör så utifrån rekommendationer och den kontinuitet som uppstår när de återkommande får möta samma tandläkare. De flesta som väljer en folktandvårdsklinik, gör emellertid det utifrån att den är närbelägen och det är också dessa patienter som genomgående är mindre nöjda. Sex av tio patienter skulle rekommendera sin privata tandvårdsklinik till vänner och bekanta, medan fyra av tio folktandvårdspatienter skulle göra det samma. Privattandvårdens patienter upplever att kliniken mår mer om sina kunder, att man har lyhörd och engagerad personal, samt god tillgänglighet.

I de senaste tre mätningarna har dock nöjdhetsindexet för tandvårdsbranschen sjunkit. Den oerhört höga nöjdheten bland patienterna höjer också deras förväntningar och SKI framhäver att det är en utmaning för branschen att hålla de redan nöjda kunderna fortsatt lika nöjda.⁴⁸⁾



48) Svenskt Kvalitetsindex, Branschmätning Tandvård 2020.

Tandvårdsbranschen

Vuxnas tandhälsa år 2019

År 2019 gick 55 procent av den vuxna befolkningen till tandvården vilket är en minskning med 5 procentenheter sedan 2011. Andelen som besöker tandvården under en treårsperiod är 76 procent och det är 3 procent färre än år 2011.⁴⁹⁾ En stor förklaring till den minskade besöksfrekvensen kan vara bättre tandhälsa, endast 3 procent av de som fyllt 16 år har avstått från tandläkarbesök trots behov.⁵⁰⁾

Det finns dock stora socioekonomiska skillnader gällande besöksmönster och höginkomsttagare besöker tandvården oftare än andra. Det råder även stora variationer mellan olika åldersgrupper gällande besöksfrekvensen. Bland de yngsta patienterna hittar man den grupp som har den lägsta besöksfrekvensen, medan i åldersgruppen 70 till 74 år är besöksfrekvensen högst. Generellt finns det en minskning i besöksfrekvensen för alla åldersgrupperna under 70 år mellan åren 2012 och 2019.

Utifrån måtten intakta och kvarvarande tänder kan det konstateras att befolkningens tandhälsa förbättras. 2019 års 50-55-åringar hade i genomsnitt 5 fler intakta tänder än de som tillhörde samma åldersgrupp år 2009. Personer som var över 67 år under år 2019, hade 2-3 fler kvar-

varande tänder jämfört med hur det såg ut tio år tidigare. Utifrån dessa mått råder även variation när det kommer till utbildningsnivå, ju högre utbildning desto bättre tandhälsa. Variation råder även ur regionala aspekter, i region Halland, Stockholm och Uppsala har den genomsnittlige 65-74-åringen 20 kvarvarande tänder medan denna åldersgrupp i region Norrbotten har 17 kvarvarande tänder.⁵¹⁾

Enligt SKaPa:s register har en 65-åring år 2019 lika god tandhälsa som en 55-åring hade år 2010 och karies och fyllningar har tydligt minskat för 35 till 65-åringar. I gruppen 80 och 95 år sker dock en tydlig ökning.⁵²⁾ Detta kan vara kopplat till att äldre får behålla sina tänder i högre utsträckning.

Vad gäller parodontit framhäver SKaPa i årsrapporten för år 2019, att denna munsjukdoms utbredning och svårighetsgrad har ökat särskilt i yngre åldrar. Man redovisar samtidigt att antalet registrerade parodontundersökningar har ökat över tid och drar utifrån detta slutsatsen att det är av vikt att se över det parodontala vårdomhändertagandet på organisationsnivå.⁵³⁾

49) Tandvård- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 21.

50) Regeringen, Budgetproposition för 2021, Utgiftsområde 9, sid 30.

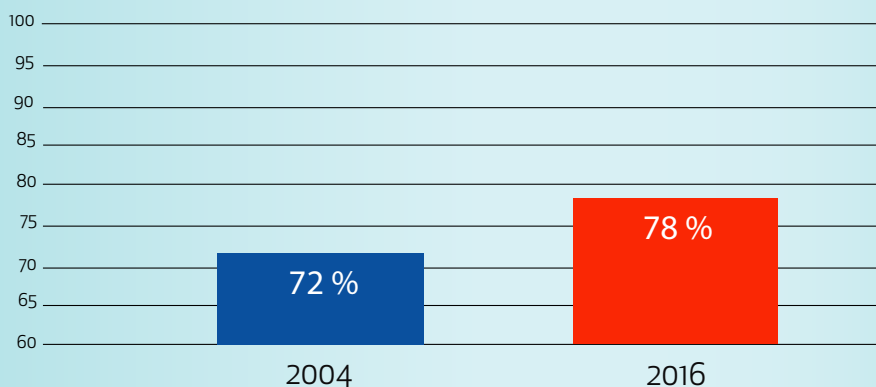
51) Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2019*, s 1-4.

52) Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, *Årsrapport 2019*, s 43-44.

53) Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, *Årsrapport 2019*, s 79-89.

Tandvårdsbranschen

Andel som skattar sin tandhälsa god



Källa: Folkhälsomyndigheten, jämlik tandhälsa

Patienternas självskattade tandhälsa

Sedan 2004 har Folkhälsomyndigheten via enkäten Hälsa på lika villkor, följt den självskattade tandhälsan i Sverige. I rapporten *Jämlik tandhälsa - En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*, undersöker myndigheten om socioekonomi och levnadsvanor är relaterade till individers självskattade tandhälsa. I rapporten framgår att andelen som skattar sin tandhälsa som god har ökat över tid med 6 procentenheter, från 2004 års 72 procent jämfört med 2016 års 78 procent.⁵⁴⁾

Rapporten kom fram till följande punkter:

- Personer som dagligen nyttjar tobak, som har en riskkonsumtion när det gäller alkohol och/eller ett BMI som överstiger 30, skattar sin hälsa sämre än genomsnittet.
- Personer som endast har förgymnasial utbildning skattar sin tandhälsa sämre än de som har gymnasial och eftergymnasial utbildning.
- Personer som har varit arbetslösa eller befunnit sig i ekonomisk kris, skattar sin tandhälsa lägre än genomsnittet.
- Den skattade tandhälsan försämrats med åren.
- Personer med ett gott allmäntillstånd har generellt bättre självskattad tandhälsa.

54) Folkhälsomyndigheten, *Jämlik tandhälsa - En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*, s 12.

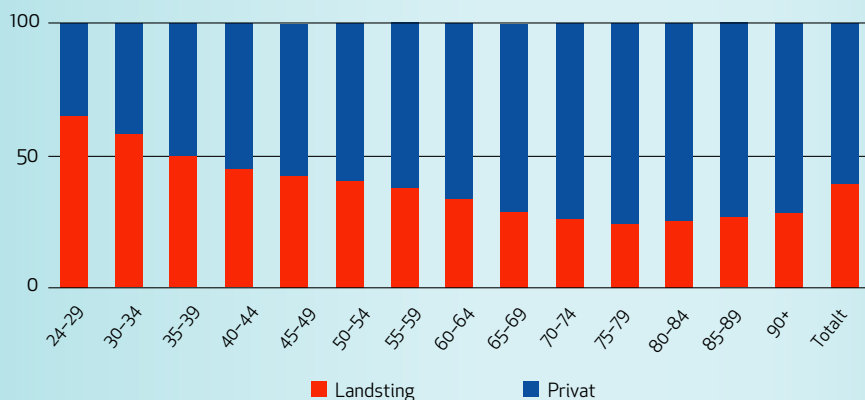
Tandvårdsbranschen

Myndigheten uppmärksammar att insatser som gynnar en mer jämlik hälsa också leder till en jämlik tandhälsa. De kortsiktiga åtgärdsförslag som presenteras för en mer jämlik tandhälsa är därmed insatser för att minska de socioekonomiska skillnaderna gällande levnadsvanor. Det kan röra sig om vanor gällande tobaks- och alkoholbruk, samt matintag och fysisk aktivitet. De mer långsiktiga åtgärderna som presenteras, är breda insatser i den tidiga barndomen. Det noteras att skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper fortfarande finns kvar och påverkar tandhälsan genom hela livet. Att rikta förebyggande insatser mot barn och unga, kan på sikt således bidra till en god och mer jämlik tandhälsa för hela befolkningen.⁵⁵⁾

Privata vårdgivare utför mer och mer omfattande tandvård

Under år 2019 fick drygt 4 miljoner individer en utbetalning från det statliga tandvårdsstödet och de gjorde tillsammans drygt 9,5 miljoner besök.⁵⁶⁾ Enligt Försäkringskassans statistik utförs cirka 66 procent av alla basundersökningar av en privat vårdgivare.⁵⁷⁾ Det är uppenbart att den privata tandvården bär upp svensk vuxentandvård. Det råder dock stora skillnader ur ett åldersperspektiv när det kommer till att välja vårdgivare. De yngre vuxenpatienterna tenderar att i högre utsträckning gå till folktandvården, medan de som är i 35-årsåldern lika ofta går till en privat vårdgivare. Bland de som är över 65 år väljer drygt 70 procent en privat klinik.⁵⁸⁾

Patienter folktandvård respektive privat vårdgivare i procent



Källa: Socialstyrelsen, statistik om tandhälsa 2020

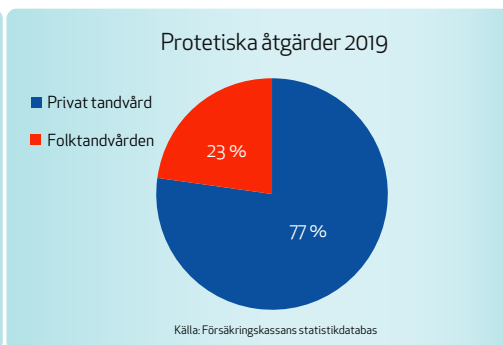
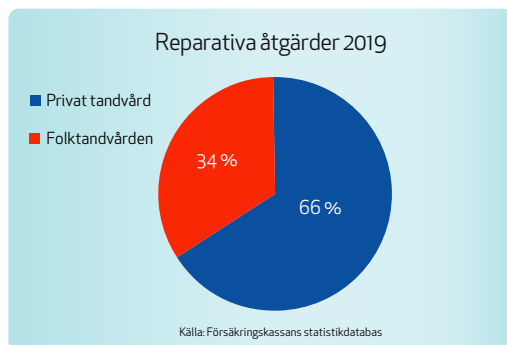
55) Folkhälsomyndigheten, *Jämlik tandhälsa – En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*, s 3.

56) Försäkringskassan, *Årsredovisning 2019*, s 99 och 100.

57) Försäkringskassan, *Statistikdatabas, Antalet utförda åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet per vårdgivarkategori år 2019*.

58) Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2019, bilaga tabeller, tabell 4A*.

Tandvårdsbranschen



I betänkandet *Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård*, framhävs att det är naturligt för de yngre vuxenpatienterna att gå till folktandvården eftersom majoriteten av dem varit listade vid en folktandvårdsklinik när de varit barnpatienter.⁵⁹⁾ I och med att den äldre befolkningen väljer att gå till en privat vårdgivare, utförs också mer vård som dessutom är mer komplicerad, i privat tandvårdsregi. Ju äldre en person är desto större är sannolikheten att denne exempelvis har lagade tänder som behöver underhållas och många drabbas av sekundärkaries i anslutning till fyllningar och kronor eller så behöver fyllningarna göras om.⁶⁰⁾ Av de reparativa åtgärderna som utfördes år 2019, stod den privata tandvården för 66 procent och av de protetiska åtgärderna stod den privata tandvården för 77 procent.⁶¹⁾

Fler får behålla sina tänder, men äldre har också ett unikt behov av tandvård. Socialstyrelsens *Vård och omsorg om äldre* –

lägesrapport 2018 visar exempelvis att för gruppen 70-79 år ökade parodontitbehandlingarna med fem procentenheter under år 2011 till år 2016, vilket bedöms vara kopplat till ökat antal kvarvarande tänder.⁶²⁾ Den tandvård som ges till äldre har också utvecklats från att gälla avtagbara helproteser för tandlösa gommar, till att gälla kvarvarande tänder och avancerade tandersättningar som båda kräver mycket omvårdnad och egenvård. I Socialstyrelsens *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2020*, framhävs att individer som tillhör åldersspannet 70-79 år, är de som i högst utsträckning besöker tandvården, med anledning av det successivt ökande vårdbehovet. För gruppen 80 år och äldre minskar dock besöken, men inte behovet av vård. När hälsa, motorik och kognitiv förmåga försämras så försämras också munhälsan, samtidigt som kontakten med tandvården förloras. När omsorgsberoendet blivit så pass stort att man blivit berättigad uppsökande och/eller nödvändig tandvård, ökar tandvårdskontakterna igen.

59) Statens offentliga utredningar, *Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2), s 67.

60) Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *Tandlösa tandvårdsstöd*, s 17-18.

61) Försäkringskassan, statistikdatabas, *Antalet utförda åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet per vårdgivarkategori, 2020-06-15*.

62) Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2018*, s 53.

Tandvårdsbranschen

Glappet däremellan kan dock vara flera år långt och under den tiden hinner tandvårdsbehovet öka avsevärt och likt en ond cirkel även bidra till den allmänna ohälsan.

Privata vårdgivare har en betydande roll för tandvård till äldre, då över 70 procent av dem som fyllt 65 år väljer en privat vårdgivare. Privata vårdgivare kan ofta erbjuda kontinuitet och de har möjlighet att följa patienterna under lång tid i livet. De sköra äldre har ett stort behov av regelbunden tandvård. Rutiner för att fånga upp äldre individer som plötsligt uteblir, spås få ökad betydelse i framtiden i och med att man får behålla fler och fler tänder, man har fastsittande tandersättningar och man lever med kroniska sjukdomar under en längre tid.⁶³⁾ SKaPa:s register visar att den tandvård som idag ges till äldre är avancerad, patienter med implantat har de senaste sju åren fördubblats för gruppen 80 år och äldre. I SKaPa:s årsrapport för år 2019 understryks att antalet kvarvarande tänder blir fler och detta kan ses redan för åldersgruppen 50-79 år, samt att tendensen ökar för nästkommande åldersgrupp. Det framhävs att detta generellt sett är positivt, men ett varnande finger höjs beträffande de patienter som ej klarar sin egenvård. Om dessas omvårdnadsbehov ej tillgodoses kan det ökade antalet kvarvarande tänder resultera i ett ökat lidande.⁶⁴⁾

Klagomålen är få

Tandvården i Sverige fungerar bra och klagomålen är få. IVO har dock noterat att protetik är de behandlingar som patienterna klagar mest på. Samtliga nio tandläkare som IVO anmält till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) år 2019, uppvisade grov oskicklighet när det gäller protetik. Exempelvis har protetikbehandlingar påbörjats innan patientens munsjukdomar behandlats och utvärderats. IVO bedömer att intäktsmöjligheterna för just protetik kan förklara en del av bristerna.

Privata vårdgivare finns i hela Sverige

Den privata tandvården är väl representerad i hela landet: 98 procent av befolkningen bor i en kommun där det finns en privat tandläkarmottagning och det finns minst en privat klinik i 256 av Sveriges 290 kommuner.⁶⁵⁾

En småföretagarbransch men antalet större vårdgivare ökar

Den privata tandvården består främst av små företag. De företag som har en omsättning under 5 miljoner står för 21 procent av omsättningen på tandvårdsmarknaden.⁶⁶⁾ Dock går utvecklingen mot att de småföretagens marknadsandel minskar och tas över av stora och medelstora företag.⁶⁷⁾

63) Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2020*, s 79-81.

64) Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, *Årsrapport 2019*, s 11-17.

65) *Branschstatistik Bisnisanalys, egna beräkningar.*

66) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 32.

67) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 33.

Tandvårdsbranschen

57 procent av företagen har 1-3 anställda, under år 2018 ökade dock antalet tandvårdsföretag som har 6-9 anställda kraftigt, från 5 till 9 procent. Under år 2019 startades 143 nya tandvårdsföretag. Den vanligaste organisationsformen bland dessa är aktiebolag, cirka 70 procent av de nya företagen bildades i denna bolagsform.⁶⁸⁾

Folk tandvården står sammantaget för 33 procent av omsättningen inom vuxen-tandvården, medan Praktikertjänst står för 21 procent av omsättningen. Folk tandvårdens marknadsandel står relativt oförändrad över tid.⁶⁹⁾ De medelstora eller stora företagen står för cirka 10 procent av den privata tandvårdens omsättning vilket motsvarar cirka 5 procent av hela tandvårdens omsättning.⁷⁰⁾

Rörelsemarginal är verksamhetens resultat dividerat med dess omsättning och brukar användas som ett mått på hur lönsamt ett företag är. Rörelsemarginalen inom tandvårdsbranschen är god. En stor bidragande orsak till detta är att det är en utpräglad småföretagarbransch där rörelsemarginalen påverkas av att många av de som är verksamma i bolagen också är aktieägare och väljer att ta ut en del av sin ersättning i form av utdelning istället för lön. Detta

leder till en rörelsemarginal som är högre än för företag där aktieägarna inte är aktiva i verksamheten. Rörelsemarginalen för de företag som omsätter över 50 miljoner var under år 2019 5,2 procent, vilket motsvarar rörelsemarginalen inom övrig hälso- och sjukvård.⁷¹⁾

Prisutveckling och konkurrens

Det råder sedan år 1999 fri prissättning i tandvårdsbranschen. År 2008 infördes det nu gällande statliga tandvårdsstödet, med tandvårdsbidrag, samt skydd mot höga kostnader och tillhörande referensprislister. Referenspriserna utgör grunden för beräkningen av tandvårdsersättning och ska fungera som jämförelsepriser för patienten.⁷²⁾

Referenspriserna inom tandvården ökade med 30 procent mellan åren 2008-2019 vilket motsvarar cirka 2 procent per år.⁷³⁾ Skillnaden mellan referenspriset och vårdgivarnas medelpris har ökat sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet, men det råder stora skillnader mellan olika vårdgivare och olika åtgärder. Skillnaden mellan vårdgivarnas pris för utförda åtgärder varierade från under 20 procent till över 110 procent beträffande referenspriset.⁷⁴⁾

68) Bisnisanalys, egna beräkningar.

69) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 32.

70) Bisnisanalys, egna beräkningar.

71) Bisnisanalys, egna beräkningar.

72) Regeringens, *Statligt tandvårdsstöd*, Prop 2007/08:49.

73) För att beskriva referensprisutvecklingen för samtliga åtgärder använder TLV ett så kallat Fisher kedjeindex, som tar hänsyn till den förändring som sker vad gäller frekvensen på åtgärden.

74) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 26.

Tandvårdsbranschen

Under år 2019 betalade en av fyra patienter ett pris som var lägre eller motsvarade referenspriset. 60 procent mötte ett pris som inte avvek från referenspriset med mer än 10 procent.⁷⁵⁾ Det råder skillnader mellan regionerna när det gäller prissättningen. Störst avvikelse mot referenspriset har Örebro som i medel ligger 22 procent över referenspriset. Minst avvikelse har Västerbotten som ligger 3 procent över referenspriset. Den privata tandvården har en större avvikelse än folktandvården i 19 av 21 regioner.⁷⁶⁾

Prisspridningen mellan olika vårdgivare, offentliga likväl som privata, är inte särskilt stor när det kommer till den tandvård som är vanligast förekommande inom vuxentandvården. Liten prisspridning på en marknad brukar ses som ett tecken på stor konkurrens.

När det kommer till mer omfattande åtgärder, är prisspridningen större. Implantatförankrade kronor är ett exempel på detta, där priset enligt Konkurrensverkets rapport Konkurrensen i Sverige 2018, varierar från 5 815 till 9 396 kronor. Det kan ses som ett tecken på att konkurrensen avtar och inte är lika stor gällande mer omfattande tandvård. Enligt Konkurrensverket kan en orsak till att det ser ut så, vara att patienten hamnar i ett informationsunderläge i relation till tandläkaren och inte själv kan

bedöma vilka åtgärder som är lämpligast och inte heller förmår jämföra priser.⁷⁷⁾

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) skiljer i rapporten *Konkurrens på den svenska tandvårdsmarknaden*, på undersökningsåtgärder och behandlingsåtgärder. ISF menar att konkurrensen för undersökningsåtgärder är större eftersom patienterna är bättre informerade om dessa. Det finns en viss regelbundenhet i konsumtionen av undersökningsåtgärder och de är de åtgärder som ges vid det första besöket hos en tandläkare. Konsumenterna är därför mer benägna att jämföra priser mellan undersökningsåtgärder hos olika vårdgivare, än priser på behandlingsåtgärder. Utöver detta uppstår så kallade byteskostnader om patienten väljer att uppsöka en annan vårdgivare, i form av kostnader för ännu en undersökning och en eventuell behandling. Byteskostnaden kan också bestå av den tid det tar att hitta en ny vårdgivare.⁷⁸⁾

Att det är en hårdare konkurrens inom förebyggande och undersökande tandvård kan leda till att vårdgivaren väljer att ha låga priser och låg lönsamhet på denna typ av tandvård. De höjer istället priset för mer avancerad tandvård.

Flera rapporter visar att tandvårdsmarknaden liksom andra komplexa marknader kännetecknas av en asymmetrisk information, vilket innebär att vårdgivaren har ett kunskapsövertag gentemot patienten.⁷⁹⁾

75) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 28.

76) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*, s 29.

77) Konkurrensverket, *Konkurrensen i Sverige 2018 - Kapitel 23 Tandvårdsmarknaden*, s 228-229.

78) Inspektionen för socialförsäkringen, *Konkurrensen på den svenska tandvårdsmarknaden*, s 7.

79) Statens offentliga utredningar, *Friskare tänder – till rimliga kostnader (SOU 2007:19)*, s 178.

Tandvårdsbranschen

Med anledning av detta har regeringen, för att konsumenterna lättare ska kunna jämföra tandvård mellan olika vårdgivare, uppdragit åt Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) att skapa en prisjämförelsetjänst, *Tandpriskollen.se*. Syftet är att patienterna ska kunna skaffa sig en bild av prisnivåerna på tandvård och en möjlighet att jämföra snittpriser för behandlingar och åtgärder per mottagning. De behandlingar och åtgärder som visas, är sådana som ingår i det statliga tandvårdsstödet och priserna baseras på de summor som vårdgivarna har rapporterat in till Försäkringskassan det senaste halvåret. Tjänsten lanserades i februari år 2020.

Det är många faktorer som avgör vilken vårdgivare en patient väljer. Priset är en av dessa men även mottagningens kvalitet och patientens upplevelse av servicen är viktiga faktorer. Privattandläkarna menar därför att den nuvarande prisjämförelsetjänsten måste kompletteras med flera faktorer som kan jämföras. Privattandläkarna är kritiska till den ensidiga betoningen på ett lågt pris. Trygghet, förtroende och tillgänglighet är exempel på andra variabler som betyder mycket i valet av tandläkare.

Transparenta redovisningar av folktandvårdens ekonomi

År 2008 reformerades tandvården och ett nytt statligt tandvårdsstöd infördes. Ett led i detta var att stärka marknaden och kon-

kurrensneutraliteten. Statskontoret fick ett regeringsuppdrag gällande att genomföra en kartläggning och analys kring regionernas ekonomiska redovisning av folktandvårdens ekonomi. I uppdraget ingick även att vid behov lämna förslag till åtgärder för att åstadkomma god transparens i redovisningen. År 2009 konstaterade Statskontoret att transparensen var så pass dålig att det behövde lagstiftas om folktandvårdens transparensredovisning.

Folktandvården förändrade därefter sina redovisningar och skulle från och med år 2012 lämna ett särskilt transparensbokslut enligt en gemensam redovisningsmodell. Detta bokslut skulle visa eventuella subventioner från regionen. Statskontoret granskade återigen folktandvårdens ekonomiska redovisning år 2014 och konstaterade även då brister i transparensen.

År 2015 lät Privattandläkarna PWC granska användningen av den gemensamma modellen.⁸⁰⁾ Granskningen visade att det fanns stora brister i hur den tillämpades, bland annat saknades många av de väsentliga delar som exempelvis fördelningsnycklar, overheadkostnader och moms- och resultathantering. Privattandläkarna tog därför kontakt med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)⁸¹⁾ angående hur modellen kunde förbättras. En uppdaterad modell skulle användas från år 2018.

80) PWC, *Transparent Redovisning? Kartläggning av användningen av gemensam modell för transparent redovisning inom Folktandvården*.

81) Vid den tiden hette organisationen Sveriges Kommuner och Landsting, organisationen bytte namn den 27 november år 2019.

Tandvårdsbranschen

Privattandläkarna genomförde därför under år 2019 en kartläggning av regionernas transparensredovisningar, för att se om de tillämpade den uppdaterade redovisningsmodellen. Privattandläkarna konstaterade då att det fortfarande existerade brister. Dels fanns det problem kopplade till tillgängligheten, att få fram själva redovisningen. Den ekonomiska redovisningen var i vissa fall fortfarande inte klar, trots att nästan ett halvår förflutit sedan årsskiftet. Dels noterades brister i själva transparensen.

Privattandläkarna gav därför år 2019 Grant Thornton i uppdrag att genomföra en extern granskning. Grant Thorntons granskning visade att det fortfarande finns allvarliga brister i redovisningsmodellen, som gör att det inte går att se om det förekommer otillbörliga subventioner från regionerna till folktandvården. Granskningen presenterades i form av rapporten *Transparent tandvård*, i samband med ett seminarium arrangerat av Privattandläkarna i februari år 2020.⁸²⁾

En stor fråga gällande konkurrensneutraliteten är bland annat hur folktandvården hanterar momsfrågan. För att konkurrensneutralitet ska råda, ska folktandvården inte dra av moms vare sig på den konkurrensutsatta eller på den konkurrensskyddade verksamheten. Tandvården ska även belastas med moms på interna fakturor. Utöver detta ska regionerna ha interna regler som innebär

att folktandvården inte får tillgodoräkna sig ersättningen för ingående moms från kommundokumentationssystemet.

Privattandläkarna är kritiska till att folktandvården inte kommit längre i detta arbete trots att vikten av transparens och de stora bristerna har påtalats i många år. Privattandläkarna menar därför att:

- Det snarast behövs en lagstiftning som innebär att samtliga delar av särredovisningen är obligatoriska för folktandvården/regionerna.
- Särredovisningen ska tydliggöra resultatfördelning mellan konkurrensskyddad och konkurrensutsatt verksamhet.
- Folktandvårdens uppdrag och ersättningar för dessa ska tydligt framgå av redovisningen.
- Särredovisningen ska klargöra hur folktandvården hanterar så kallade overheadkostnader och moms.
- Särredovisningen som modell ska ingå i folktandvårdens årsredovisning och på så vis göras lättillgänglig och vara granskad av revisor.

En väl fungerande bransch men regionerna halkar efter

Tandvårdsbranschen var fram till 1999 en stagnerad bransch och nyutexaminerade tandläkare flydde landet. Införandet av den fria prissättningen och etableringsfriheten

82) Grant Thornton, *Transparent Tandvård - Uppföljning av användningen av gemensam modell för transparent redovisning inom Folktandvården*.

Tandvårdsbranschen

som därefter skedde, banade dock väg för utveckling och kompetenshöjning. Befolkningens munhälsa har sedan dess stadigt förbättrats, patienterna är nöjda med tandvården och tandläkarna vill vara verksamma i landet, vilket är tydliga tecken på att branschen fungerar väl.

Den tandvård som finansieras av regionerna och som tillkommit för att utgå till specifika patientgrupper så som sköra äldre och sjuka, fungerar dock sämre. Regionerna uppger att regelverket för vem som har rätt till stöd är otydligt och det leder till att det är svårt för regionerna att utreda vem som har rätt till stöd, vilket lett till att det råder stor variation mellan regionerna när det kommer till vem som får sin vård finansierad. Privattandläkarna var redan från början kritiska till att regionerna blev huvudmän för dessa stöd. I betänkandet *Tandvårdsförsäkring i omvandling*⁸³⁾ från 1997, presenterades förslagen gällande de nya tandvårdsstöden uppsökande verksamhet, särskilda tandvårdsinsatser som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid, samt insatser vid långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder. I remissförfarandet till *Tandvårdsförsäkring i omvandling*, kritiserade Privattandläkarna idén om att administration och medel för dessa stöd, skulle hanteras av regionerna. Grunden till kritiken låg bland annat i att

ersättningen för stöden skulle lämnas till regionerna utan att öronmärkas.⁸⁴⁾

Efter införandet av stöden har flera utvärderingar visat att de fungerar dåligt och har låg måloppfyllelse:

- I betänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* som presenterade en samlad utvärdering av den reform som trädde i kraft 1999, framhävs att regel-systemet för nödvändig tandvård och tandvård som led i sjukdomsbehandling måste ses över då kriterierna för vilka patienter som är berättigade stöd varierar mellan regionerna och gränserna är otydliga och orättvisa. Det framgår också att Försäkringskassans särskilda stöd vid långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder, inte har kommit patienterna tillgodo i den utsträckning som det var menat. Stödet framhävs också som krångligt att administrera.⁸⁵⁾
- År 2015 gjorde Myndigheten för vård- och omsorgsanalys en studie med syftet att analysera hur de tandvårdsstöd som är särskilt aktuella för äldre fungerade, rapporten *Tandlösa tandvårdsstöd*. Rapporten visar att stöden inte alls når ut till de berättigade äldre i den utsträckning som det är menat. Problematik som framhävs är bland annat att krite-

83) Regeringen, *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16).

84) Statens offentliga utredningar, *Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2), s 38.

85) Statens offentliga utredningar, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2001:36), s 35-36.

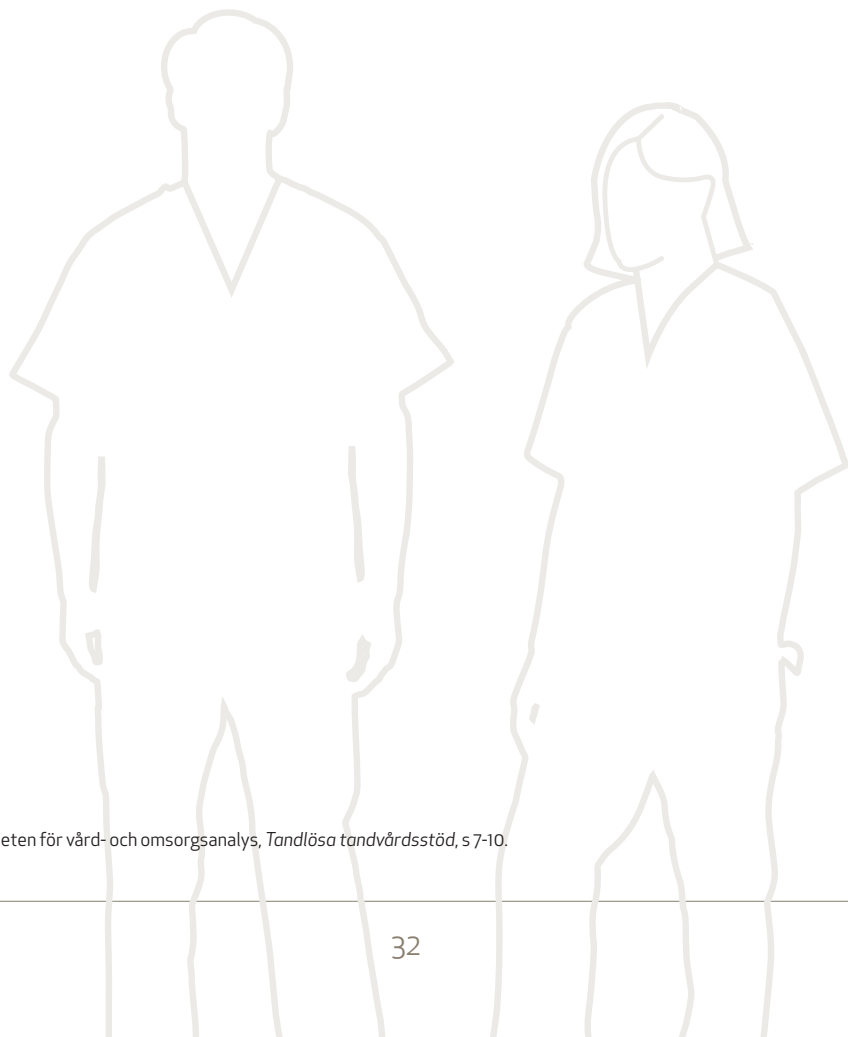
Tandvårdsbranschen

rierna för berättigande är otydliga vilket bidrar till stort tolkningsföreträde och leder till variation över landet beträffande vem som har rätt till stöd. En annan anledning är att processen för berättiganden ställer krav på insatser från både tandvården och hälso- och sjukvården, men att möjligheterna till samverkan är bristfälliga.⁸⁶⁾

- År 2018 presenterade Socialstyrelsen en utredning som visar att just nämnda problematik fortfarande kvarstår.
I Utvärdering av tandvårdsstöd som

regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget, framhävs att det råder stora variationer mellan regionerna beträffande vem som har rätt till F-, S- och N-tandvård bland annat med anledning av att regelverket är svårtolkat och det är svårt att bedöma vem som är berättigad stöd.

- I januari år 2020 fick tandvårdsutredningen ett tilläggsdirektiv om att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser.



86) Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tandlösa tandvårdsstöd*, s 7-10.

Kontroller mot vårdgivare

Försäkringskassan

Under år 2019 har Försäkringskassan granskat utbetalningar av statligt tandvårdsstöd som gjordes år 2017. Försäkringskassan menar att cirka 6 till 8 procent, vilket motsvarar omkring 328 till 455 miljoner kronor av det totalt utbetalda beloppet, har betalats ut felaktigt. De flesta vårdgivare som återkrävs på ersättning har begått fel oavsiktligt och det finns flera situationer där återkravet beror på att vårdgivaren och Försäkringskassan gjort olika bedömningar angående hur omfattande en persons skada i munnen varit och därmed vilka åtgärder som är ersättningsberättigade. Tyvärr finns det några få vårdgivare som systematiskt överutnyttjar stödet. Privattandläkarna har därför under en längre tid verkat för att Försäkringskassans kontroller ska riktas mot dessa vårdgivare. Det är bra att Försäkringskassan har fortsatt arbetet med att rikta kontrollerna mot vårdgivare som begår systematiska fel inom tandvårdsstödet. På detta sätt upptäcks aktörer som missbrukar tandvårdsstödet.

Försäkringskassan har under år 2019 fokuserat på att stärka och förbättra kontrollarbetet med riktade kontroller mot vårdgivare där risken för fel är störst. Ett nytt it-stöd driftsattes under året som fungerar som så att alla åtgärder som rapporteras in bedöms automatiskt utifrån en algoritm som arbetats fram. Dessa kontroller genomförs i nära anslutning till tandvårdsbesöket, vilket också innebär att åtgärderna

ofta kommer att ingå i patientens pågående ersättningsperiod. Kontrollerna sprids inte jämt mellan alla vårdgivare, utan utgår helt från den automatiserade riskbedömningen vilket ökar träffsäkerheten. Resultatet av denna förbättring blev enligt myndigheten en ökning med 17 miljoner kronor i återkrävt tandvårdsstöd, jämfört med föregående år.

Försäkringskassan beslutade år 2019 om ett föreläggande om förhandsprövning och elva beslut om att hålla inne ersättning för vårdgivare, ett av besluten riktades mot en enskild behandlare hos vårdgivaren. Det var en minskning jämfört med år 2018, då det fattades 22 beslut om att hålla inne ersättning och två beslut om föreläggande om förhandsprövning. Orsaken till minskningen är att fokus under år 2019 har varit att använda sanktioner mer selektivt och begränsa det till de fall där åtgärden bedöms få avsedd effekt.

Under år 2019 har 10 vårdgivare nekats anslutning, att jämföra med 7 stycken under år 2018. Den vanligaste orsaken till att anslutning nekats var att det funnits personer i verksamheten som tidigare allvarligt åsidosatt bestämmelserna i lagen om statligt tandvårdsstöd.

Genom en förordningsförändring under år 2019 gavs Försäkringskassan möjlighet att besluta om att stänga av vårdgivare som bedömts ha missbrukat tandvårdsstödet och detta skedde i två fall.⁸⁷⁾

87) Försäkringskassan, *Försäkringskassans årsredovisning 2019*, s 83-85.

Kontroller mot vårdgivare

Myndighetssamverkan mot organiserad brottslighet inom tandvården

I december år 2019 tog Försäkringskassan initiativet till ett myndighetsövergripande samarbete mot bidragsbrott, som döptes till Motståndskraft hos Utbetalande och Rättsvårdande myndigheter (MUR)⁸⁸. Föregångaren till MUR var Nationellt Underrättelsecentrum (Nuc), ett myndighetsgemensamt arbete för strategiskt och operativt samarbete med gemensamma underrättelser. I Nuc fanns 12 myndigheter representerade och i juni år 2019 presenterades rapporten *Trollet – Organiserad brottslighet inom det statliga tandvårdsstödet*. Trollet syftade till att i samverkan med andra myndigheter undersöka vårdgivares fusk med det statliga tandvårdsstödet. Trollet har visat att det i huvudsak finns två tillvägagångssätt för att begå brott mot det statliga tandvårdsstödet. Man har först riktat in sig på individer som tillhör en utsatt patientgrupp som är tacksam att vilseleda och därefter antingen:

1. Hittar patienter som ligger högt i högkostnadsskyddet och redovisar vård för dessa som aldrig utförts.
2. Erbjuder patienter ett rabatterat pris och kompenserar det med att rapportera in mer tandvård än vad som faktiskt utförts.

De kliniker som granskats i Trollet upptäcktes dels genom att deras inrapporteringsmönster till Försäkringskassan var så pass avvikande att det gav utfall i myndighetens

riskprofil och dels genom uppgifter från andra myndigheter så som Skatteverket eller Polisen som visade att bolagsföreträdarna exempelvis var kopplade till organiserad brottslighet eller misstänkta för brott. Gemensamma nämnare för de olika klinikfallen är:

- De låg alla högt i Försäkringskassans riskprofil för avvikande rapporteringsmönster.
- Alla kliniker var sedan tidigare kända av Försäkringskassan och hade återkravsärenden.
- Det fanns underrättelseärenden och polisanmälningar sedan tidigare gällande huvudmännen.
- Huvudmännen var just tandläkarna.
- Huvudmännen hade koppling till andra länder.
- Huvudmännen eller personer i kretsen var skuldsatta hos Kronofogden.
- Målvakter har använts som företrädare i bolag.
- Kliniker har rapporterat in vård som utförts av annan tandläkare än den som uppges.

I rapporten lämnar Nuc en rad rekommendationer i syfte att motverka brottslighet riktat mot det statliga tandvårdsstödet. Bland annat föreslås att högre krav på identifiering av den som begär tandvårdsstöd ska införas och att Bolagsverket ska avisera Försäkringskassan när företrädare byts ut i bolag som är anslutna till tandvårdssys-

⁸⁸) Försäkringskassan, pressmeddelande daterat 9 april år 2020.

Kontroller mot vårdgivare

temet. Vårdgivare ska också hindras från att göra systematiska slagningar på patienter som de inte har någon kundrelation med och Skatteverket ska automatiskt få information från Försäkringskassan om utbetalat tandvårdsstöd och patientens pris.

Privattandläkarna anser att det är nödvändigt att organiserad brottslighet inom det statliga tandvårdsstödet bekämpas samt att åtgärder mot överutnyttjande införs. Även om resultatet av Trollet visar att det är ett fåtal tandvårdsföretag som ägnar sig åt organiserad brottslighet inom det statliga tandvårdsstödet, så är det av yttersta vikt att myndigheter samverkar och att möjligheter att begå brott förhindras.

Skatteverket

Under år 2019 har Skatteverket genomfört en riktad kontroll mot vårdgivare inom tandvården. Urvalet var vårdgivare där det fanns indikationer på behov av en skattekontroll. Bland annat hade Skatteverket fått signaler från Försäkringskassan.

IVO

IVO understryker att Sveriges befolkning i allmänhet är nöjd med den tandvård de får, men menar samtidigt att det finns problem både vad gäller patientsäkerhet och ekonomisk brottslighet. Det förekommer organiserad brottslighet som rör det statliga tandvårdsstödet och IVO har noterat att det ofta finns kopplingar mellan brottslighet och brister i patientsäkerheten inom tandvården.

De har också sett att dokumentation gällande ekonomisk ersättning prioriteras på bekostnad av dokumentation gällande patientjournalens innehåll.

I sin tillsynsverksamhet under år 2019 har IVO noterat återkommande brister i rotbehandlingar, vilket ökar risken för att patienter drabbas av rotspetsinfektioner. IVO har under flera år sett brister i hur rotbehandlingar utförs och 26 procent av de beslut från år 2019 där IVO riktat kritik berör rotbehandlingar. Samtliga nio anmälningar till HSAN som gäller grov oskicklighet och där IVO yrkat på att tandläkarlegitimationen ska återkallas, innefattar rotbehandlingar.

IVO har också noterat att protetikbehandlingar har påbörjats innan patientens sjukdomar behandlats och utvärderats. Protetik är de behandlingar som patienterna klagar mest på. Samtliga nio tandläkare som IVO anmält till HSAN år 2019, visade prov på grov oskicklighet när det gäller protetik. IVO bedömer att intäktsmöjligheterna för just protetik kan förklara en del av bristerna.

IVO har iakttagit att det fortfarande är vanligt att journalföringen brister i tandvården. Myndigheten gjorde under år 2019 en särskild genomgång av 50 av de klagomålsärenden där kritik framförts och det visade sig att i 64 procent av dem fanns brister i journalföringen. I samtliga ärenden som gällde tillsyn av legitimerad personal inom tandvården, fann man journalföringsbrister.⁸⁹⁾

89) Inspektionen för vård och omsorg, *Vad har IVO sett 2019*, s 115-120.

Prisreglering leder till sämre transparens för patienten

Flera rapporter visar att tandvårdsmarknaden liksom andra komplexa marknader kännetecknas av att informationen är asymmetrisk, vilket innebär att vårdgivaren har ett kunskapsövertag gentemot patienten. Man kan tänka sig att prisreglering skulle kunna bidra till att råda bot på asymmetrin, genom att göra det tydligt för patienten vad tandvård kostar. Historiskt sett har prisreglering dock inte inneburit det. Utredningen *Tänder hela livet – ett nytt ersättnings-system för vuxentandvård* (SOU 1998:2) som publicerades 1998, konstaterade tvärtom att prisregleringen som då rådde, var svårtolkad.⁹⁰⁾ Vad tandvård skulle kosta fastställdes långt från vårdgivarna och av tjänstemän och samma priser gällde för alla vårdgivare. Resultatet blev att vårdgivarna inte alltid fick täckning för sina kostnader, vilket gjorde att de var tvungna att anpassa utförda åtgärder och vårdutbudet. Detta ledde i sin tur till att det var svårt för patienterna att förstå prissättningen och vad behandlingen skulle kosta.

De låga ersättningsnivåerna och underfinansieringen av branschen, innebar också att vårdgivarna inte kunde göra nyinvesteringar efter behov och därmed kunde heller inte ny teknik nyttjas i önskvärd utsträckning. Prisregleringen och etableringskontrollen kom på sikt således att skada tandvården allvarligt och kompe-

tens försvann utomlands när bland annat nyutexaminerade tandläkare fann bättre villkor och möjligheter till yrkesutövning utanför Sverige. Sedan Sverige gick med i Europeiska Unionen (EU) 1995 flyttade drygt 600 tandläkare till Storbritannien. I början av 2000-talet gjorde Socialstyrelsen bedömningen att den kraftiga minskningen av yrkesverksamma tandläkare under 1990-talet, skulle få negativ påverkan i framtiden. Myndigheten såg dock flera orsaker till det minskade antalet tandläkare, bland annat var det många som gick i pension under 1990-talet. Den största orsaken var dock enligt Socialstyrelsen att nyutexaminerade tandläkare valde att etablera sig i andra länder än Sverige.⁹¹⁾

Utredningen *Tänder hela livet* konstaterade också att prisregleringen krävde detaljadministration och detaljkontroll, vilket motverkade den svenska tandvårdens progression. Den detaljstyrda taxan gjorde det svårt för vårdgivarna att följa med i tandvårdens tekniska utveckling och staten förvaltade inte arvodesnivån för åtgärderna, till att följa samma utveckling som kostnaderna inom tandvården.⁹²⁾ Underfinansieringen ledde till att vårdgivarna, för att få täckning för sina kostnader, tvingades anpassa utförda åtgärder och vårdutbudet utifrån prisregleringen.

90) Statens offentliga utredningar, *Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2), s 62-67.

91) Statens offentliga utredningar, *Åldersgränser och etableringsrätt* (SOU 2003:7), s 107.

92) Statens offentliga utredningar, *Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2), s 62-67.

Prisreglering leder till sämre transparens för patienten

Hur ser framtiden ut?

Tandvårdsbranschen har som synes varit föremål för flertalet utredningar och utvärderingar. Sammanfattningsvis kan det konstateras att befolkningens munhälsa har förbättrats markant över tid, att patienterna är mycket nöjda och att branschen sedan den fria prissättningen och etableringsfriheten infördes är välfungerande och att tandläkare idag vill vara verksamma i Sverige.

Det finns således goda förutsättningar för tandhälsan att förbättras även fortsättningsvis. Samma socioekonomiska skillnader som råder i övrig hälso- och sjukvård, finns dock även inom tandvården och dessa kan inte enkelt härledas till patienternas kostnader. Skillnaderna kan inte heller kopplas till den fria prissättningen eller den fria etableringsrätten som råder inom tandvården, då dessa reformer enligt utvärderingar och rapporter, resulterade i goda förutsättningar för tandvården och därmed förbättrad tandhälsa. För att minska de socioekonomiska skillnaderna menar Privattandläkarna att riktade insatser för att nå personer som idag avstår tandvård trots behov vore mer fruktbart. Det kan exempelvis handla om en utökad samverkan med aktörer utanför tandvården, så som öppenvårdscentraler och kommunala mötesplatser. Privattandläkarna ser också vikten av att rikta insatser mot

barn och unga som löper risk för en försämrad tandhälsa. Att särskilt investera i dygnsvårdsplacerades munvård är ett exempel på detta.

Ett införande av prisreglering på delar av eller hela det statliga tandvårdsstödet innebär att förutsättningarna för att bedriva tandvård försämras och regleringen riskerar att få negativa konsekvenser på tandhälsan och öka de socioekonomiska skillnaderna. Vårdgivarna skulle återigen bli helt beroende av statens ersättningsnivåer och inte få tackning för sina kostnader. De skulle därmed återigen bli tvungna att anpassa utförda åtgärder och vårdutbudet utifrån prisregleringen och möjligheten för patienten att förutse behandlingspriset minskar således. Nyinvesteringar i tandvården skulle avta och det finns även stor risk för utökad tandläkarbrist då många äldre tandläkare troligen skulle välja att pensionera sig, medan yngre tandläkare troligtvis skulle välja att etablera sig i något annat EU-land.

Den prisreglerade barn- och ungdomstandvården är idag underfinansierad i många regioner vilket innebär att intäkter från vuxentandvården delfinansierar barn- och ungdomstandvården som är respektive regions ansvar. En prisreglering av vuxentandvården riskerar således att få negativa konsekvenser även för våra ungas tandhälsa.

Händelser under året

Lag och förordningsändringar under år 2019

Skärpt bidragsbrottslag

Under år 2019 förändrades bidragsbrottslagen (2007:612) bestämmelser till att även omfatta sådana stöd, bidrag och ersättningar som beslutas av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller en kommun och som avser en enskild person, men inte betalas ut till den enskilde. Det innebär att statligt tandvårdsstöd omfattas av bidragsbrottslagen. Underrättelseskyldigheten vid felaktiga utbetalningar från välfärdsystemen omfattar sedan den 1 januari år 2020 även det statliga tandvårdsstödet.

Uppdaterad föreskrift från TLV

Den 15 januari år 2020 trädde de ändringar i det statliga tandvårdsstödet som TLV beslutade om år 2019 i kraft. Förändringarna berör främst parodontologi och innebär bland annat nya åtgärder för operation av parodontit och periimplantit har tillförts.

Förändringar i förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

Den 1 maj 2019 ändrades förordningen om statligt tandvårdsstöd och gav Försäkringskassan möjlighet att besluta att en vårdgivares anslutning till tandvårdsstödet ska upphöra vid allvarlig misskötsamhet. Detta ger Försäkringskassan ytterligare medel att hantera vårdgivare som missbrukar tandvårdsstödet.

Moms på uthyrning av vårdpersonal

1 juli år 2019 trädde Skatteverkets ställningstagande gällande uthyrning av vårdpersonal i kraft. Högsta förvaltningsdomstolen hade i en dom den 7 juni år 2018 (HFD 2018 ref. 41) konstaterat att ett bemanningsföretags uthyrning av vårdpersonal inte är sådan vårdtjänst som omfattas av undantag från skatteplikt.

Privattandläkarna tog därför tidigt efter sommaren år 2018, kontakt med företrädare för de olika riksdagspartierna och regeringen för att lyfta frågan politiskt. Från början var intresset från regeringen lågt men politiskt agerande har lyft frågan.

I budgetpropositionen för år 2020 tillsköt regeringen tillfälligt ett budgetanslag på 210 miljoner kronor per år, under tre års tid som kompensation för de ökade kostnaderna. Privattandläkarna har haft kontakt med Finansdepartementet angående hur det tillfälliga budgetanslaget på 210 miljoner kronor ska komma tandvården tillgodo. I februari år 2020 klargjorde regeringen att de 210 miljonerna inte kommer tandvården till del, då de enbart ska gå till vårdgivare som bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Detta innebär att aktörer inom tandvården blir helt utan momskompensation.

Utöver tillskottet på medel har regeringen tillsatt en utredning, för att se över om det finns EU-rättsliga förutsättningar för att

Händelser under året

i stället införa en alternativ ordning, som innebär att dagens effekter neutraliseras för berörda aktörer. Utredningen tillsattes också i slutet av februari år 2020 och till särskild utredare är Carl Gustav Fernlund, svensk domare vid EU-domstolen utsedd. Utredningen ska vara klar senast 1 juni år 2021. Under år 2020 har Privattandläkarna träffat den särskilde utredaren. På mötet framförde Privattandläkarna att:

- Syftet med mervärdesskattelagen (1994:200) är att alla led i värden ska vara undantagna från skatteplikt.
- Det svenska vårdgivarbegreppet skiljer från definitionen i de flesta andra EU-länder. En konsekvens av detta är att en legitimerad personal, enligt patientsäkerhetslagen (210.659) inte utför vård utan det gör vårdgivaren. En olycklig konsekvens av detta blir att uthyrning av tandläkare betraktas som uthyrning av personal och inte som utförande av tandvård.

Tandpriskollen

TLV skulle under år 2019 ha lanserat prisjämförelsetjänsten tandpriskollen.se. Efter att lanseringsdatumet skjutits fram vid ett flertal tillfällen, introducerades tjänsten den 3 februari år 2020. Orsaken till senareläggningen var att TLV efter byte av IT-leverantör var tvungna att göra ytterligare funktionstester av tjänsten. Tanken med tandpriskollen.se är att allmänheten ska kunna gå in på sidan och jämföra priser mellan olika vårdgivare och skaffa sig en

bild av vad tandvård kostar. De behandlingar och åtgärder som visas, är sådana som ingår i det statliga tandvårdsstödet och priserna baseras på de belopp som vårdgivarna har rapporterat in till Försäkringskassan det senaste halvåret.

Det är många faktorer som avgör vilken vårdgivare en patient vill gå till. Priset är en av dessa men i den nöjdhetsmätning som SKI gör årligen, framgår återkommande att patienternas behov av att känna förtroende och trygghet inför sin tandvårdsvårdgivare är väldigt högt. Även mottagningens kvalitet och patients upplevelse av servicen är viktiga faktorer. Privattandläkarna menar därför att den nuvarande prisjämförelsetjänsten måste kompletteras med flera faktorer som kan vägas in och jämföras. Privattandläkarna är även kritiska till den ensidiga betoningen på att ett lågt pris är positivt för patienten. Det är bra att patienten kan jämföra priser men det är sedan upp till patienten att avgöra vad som ska anses som positivt.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården år 2020 till 2024

Socialstyrelsen har beslutat om en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner som genom egna handlingsplaner kan etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Mottagare

Händelser under året

för den nationella handlingsplanen är därför huvudmännens beslutsfattare. Detta innebär att den inte är anpassad för att kunna användas i den privata tandvården.

Västra Götaland sänker åldern för fri tandvård

Region Västra Götaland har sedan år 2014 haft en högre ålder för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården än den nationella. Det innebär att en större del av tandvården varit regionens ansvar och därmed bland annat undantagen från den fria prissättningen. Privattandläkarna har verkat för att åldersgränsen för den för patienten avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, ska sänkas i Västra Götaland allt sedan höjningen till 24 år infördes. Regionen har nu fattat beslut om att sänka den fria barn- och ungdomstandvården till samma ålder som råder nationellt, det vill säga 23 år. Sänkningen kommer att gälla från och med den 1 januari år 2021.

Hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

År 2017 blev det lagstadgat att regionerna på initiativ av socialnämnden, ska erbjuda barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet en hälsoundersökning. Utifrån denna gav Socialstyrelsen i september år 2019 ut Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19). Föreskriften ger bland annat en vägledning i hur dessa

undersökningar ska genomföras, utifrån indelningen oral hälsa och fysik och psykisk hälsa. Privattandläkarna tillfrågades att lämna synpunkter på remissen till föreskrifterna och underströk då bland annat vikten av att hänsyn ska tas till barnets/den unges önskemål och egna unika behov, samt att regionerna bör förmedla orala hälsoundersökningar hos annan klinik än folk-tandvården om ett sådant önskemål finns.

Utredningar

Tandvårdsutredningen

Regeringen tillsatte år 2018 utredningen *Ett tandvårdssystem för jämlik hälsa*, som ska presenteras i mars år 2021. Veronica Palm utsågs till särskild utredare för tandvårdsutredningen, vilket innebär att det är hon som leder den. En utredning som denna är att betrakta som en fristående myndighet och när den väl fått sina direktiv kan regeringen formellt endast styra den med ändrade direktiv. Ändringsdirektiven måste vara skriftliga och beslutade på ett regeringssammanträde. Till statliga utredningar utser regeringen ofta en expert- och sakkunniggrupp som ska följa och stödja utredaren och sekretariatet under arbetets gång. Privattandläkarnas näringspolitiska chef Lars Olsson, är förordnad som expert och därmed ges Privattandläkarna unika möjligheter att framföra synpunkter, argument och råd under utredningens gång. Förutom Lars Olsson, är Eva Ljung från Sveriges Folktandvårdsförening och Agneta Rönn från SKR utsedda till experter. Under år 2020 ersattes Agneta Rönn av Gunilla Thörnwall Bergendahl och Hans Flodin,

Händelser under året

Svensk Förening för Orofacial Medicin utsågs till expert. Det är dock den särskilde utredaren som i slutändan fattar beslut. Privattandläkarnas uppfattning är att nuvarande tandvårdsstöd i grunden fungerar väl och att det är viktigt att ett framtida tandvårdsstöd inbegriper fri prissättning och fri etableringsrätt.

I januari år 2020 fick utredningen ett tilläggsdirektiv om att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Utredningen fick då även förlängd tid till den 1 mars år 2021. I november år 2020 beslutade regeringen om ett ytterligare tilläggsdirektiv som består i att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd. Utredningen ska emellertid fortfarande presenteras senast den 1 mars år 2021. Att utreda och föreslå förändringar i det statliga tandvårdsstödet utan god tid till noggranna analyser, är en fara både för den svenska tandhälsan och för förutsättningarna för att bedriva tandvård.

Utvärdering av klagomålssystemet

Den första januari år 2018 infördes nya regler för tandvårdens och övrig hälso- och sjukvårds klagomålssystem. Tanken med de nya reglerna är att göra systemet mer funktionellt, stärka patienternas ställning och utveckla patientsäkerhetsarbetet. En betydande utgångspunkt i det nya systemet, är att patienterna i första hand ska vända sig till vårdgivaren med sitt klagomål och att IVO endast ska utreda de mest allvarliga klagomålen och på så vis få möjlighet

att utveckla den egeninitierade tillsynen.

Riksdagen har förtydligat att vårdgivarna är skyldiga att ta emot och utreda klagomålen. Statskontoret har på uppdrag av regeringen följt upp huruvida detta uppnåtts och levererade i november år 2019 sin slutrapport.

Statskontoret har bland annat kommit fram till att reformen har skapat förutsättningar för att patienterna ska få vänta kortare tid på att få svar på sina klagomål. Detta eftersom vårdgivarna svarar snabbare än vad IVO gör och att de klagomål som IVO utreder således också kan hanteras fortare. Det framgår dock att patienterna anser det vara svårt att navigera i det nya klagomålssystemet. De är exempelvis inte medvetna om att IVO inte per automatik tar upp klagomål där patienten är missnöjd med vårdgivarens svar. Tanken med det nya klagomålssystemet är också att vårdgivarna ska ta lärdom av klagomålen och utveckla patientsäkerheten i verksamheten utifrån dem. Statskontoret har dock noterat att det saknas strukturer för att analysera och lära av klagomålen, varför reformen kan konstateras ännu inte ha lett till ökad patientsäkerhet. Vidare understryks att reformen lett till att IVO fått möjlighet att utföra fler egeninitierade tillsyner och utveckla metoderna för dessa. Statskontoret har dock funnit att det krävs aktiv styrning från myndighetens ledning till resursöverföringen för att få till detta. Det är svårbedömt om den resursfördelning som hittills gjorts är stabil, eftersom den påverkas av mängden klagomål som kommer in till myndigheten.

Händelser under året

Statskontoret bedömer att det nya klagomålssystemet i många delar inte uppfyller sitt mål, varför rekommendationerna är:

- Regeringen bör följa utvecklingen av antalet klagomål.
- Öka kunskapen om de privata vårdgivarnas klagomålshantering.
- Ge fortsatt finansiering till SKRs arbete med att utveckla klagomålshantering på 1177 Vårdguiden.
- Tandvården integreras inte i befintliga och pågående processer för att skapa patientnytta genom samverkan.
- Strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning.
- System för journalföring och e-tjänster är åtskilda.
- Kunskapen brister och utbildningsmoment saknas om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Hinder för samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård

År 2018 uppdrogs Socialstyrelsen av regeringen att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård.

Privattandläkarna är en av de aktörer som bjöds in från tandvården, för att delta i den referensgrupp vars syfte var att ge synpunkter på samverkan och hinder för samverkan utifrån respektive verksamhetsområde.

Privattandläkarna har som hinder för samordning särskilt understrukturerad svårigheten för de privata aktörerna att få tillgång till de elektroniska system som regionerna tillhandahåller och som är anpassade för de offentliga aktörerna. Den 31 oktober år 2019 avrapporterades utredningen Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård och sammanfattningsvis visar rapporten följande exempel på hinder för samordning:

- Tandvård och hälso- och sjukvård är två separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning.

Analys av befolkningens självskattade tandhälsa

I april år 2018 överlämnade regeringen *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (proposition 2017/18:249)*, till riksdagen. Propositionen meddelade det nya folkhälsopolitiska målet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”. Med detta mål som bakgrund tog Folkhälsomyndigheten initiativ till analysen Jämlik tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning som presenterades i april år 2019. Analysen fokuserar på hur socioekonomiska faktorer och levnadsvanor påverkar individens självskattade tandhälsa. Genom enkäten *Hälsa på lika villkor* har myndigheten sedan år 2004 följt den självskattade tandhälsan, men någon djupare analys har tidigare inte gjorts. Tanken med rapporten är att den ska ge underlag för fortsatt uppföljning och utvärdering av tandhälsa i befolkningen och användas som utgångspunkt i diskussionerna om god och jämlik tandhälsa i hela befolkningen.

Händelser under året

Rapporten visar bland annat att andelen som skattar sin tandhälsa som god har över tid ökat med 6 procentenheter, från 2004 års 72 procent jämfört med 2016 års 78 procent. Skillnader mellan olika socioekonomiska grupper kan dock skönjas. De kortsiktiga åtgärdsförslag som rapporten presenterar för en mer jämlik tandhälsa, är att minska de socioekonomiska skillnaderna gällande levnadsvanor. Det skulle exempelvis kunna vara riktade insatser mot vanor gällande tobaks- och alkoholbruk, samt matintag och fysisk aktivitet. De mer långsiktiga åtgärderna som läggs fram i rapporten, är breda insatser i den tidiga barndomen. Rapporten framhäver att skillnader inom olika socioekonomiska grupper tenderar att finnas kvar och påverkar tandhälsan genom hela livet. Att rikta förebyggande insatser mot barn och unga, kan på sikt därmed bidra till en god och mer jämlik tandhälsa för hela befolkningen.

Antibiotikaförskrivning i tandvården
Socialstyrelsens rapport från april år 2019, visar en bild av hur förskrivningen av antibiotika ser ut i tandvården idag, samt hur förskrivningen utvecklats under åren 2009 – 2017. Syftet med rapporten är att ge kunskap och underlag till beslutsfattare och professionen inom området, men även information till allmänheten. Den är också ett bidrag i arbetet mot att uppfylla målet *Agenda 2030 – att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla åldrar*. Antibiotikaresistens är idag ett av de största hoten mot global hälsa. Resistens mot antibiotika leder till längre sjukhus-

vistelser, högre medicinska kostnader och ökad dödlighet. Rapporten visar att tandvården står för cirka 7 procent av all antibiotikaförskrivning i öppenvården och att sedan år 2009 har antalet antibiotikaförskrivningar utfärdade av tandläkare minskat med en tredjedel per innevånare. Den framhäver också att kvinnor i något högre utsträckning än män får antibiotika utskrivet, att det i regionerna Stockholm, Västmanland och Skåne skrivs ut mest medan det i Västerbotten och Gävleborg skrivs ut minst. Rapporten visar att det finns skillnader i förskrivningen beroende på om kliniken är privat eller offentlig. Inom folktandvården har förskrivningen minskat med 44 procent medan den privata sektorn visar en minskning med 10 procent.

För att ytterligare minska antibiotikaförskrivningen är Privattandläkarna aktiva i nätverket STRAMA som har till syfte att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier.

Nationella riktlinjer för vuxentandvården
Under hösten år 2017 påbörjade Socialstyrelsen arbetet med att revidera nuvarande nationella riktlinjer för vuxentandvård. Privattandläkarna är representerade i projektets styrgrupp. En remissversion beräknas vara klar i början av år 2021.

Pilotenkät till tandvårdspatienter
Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen, utformat och genomfört en pilotenkät till tandvårdspatienter. Syftet är att undersöka möjligheten att mäta tandvårdskvalitet på mottagningsnivå och kunna ge patienter

Händelser under året

information om denna kvalitet. Patientbedömd kvalitet fokuserar på de delar av kvaliteten av tandvården som patienterna bedöms kunna ge en bild av, närmare bestämt om tandvården är patientfokuserad, jämlik och om den ges i rimlig tid. I rapporten *Pilotenkät till tandvårdspatienter* presenteras resultatet av pilotenkäten. Sammanställningen av de 879 enkätsvaren som inkom till Socialstyrelsen,

visar att patienterna är genomgående mycket positiva. En övergripande slutsats som dras i rapporten, är att det går att mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå och även ge tandvårdspatienter information om denna. Vidare framhävs att pilotenkäterna visar att de värden som framkommer om de olika mottagningarna, bör kunna redovisas i prisjämförelsetjänsten tandpriskollen och på så vis tillföra ytterligare information.



Privattandläkarnas rekommendationer

Så som framgår av Privattandläkarnas branschrapport för år 2020, fungerar svensk tandvård väl. Patienterna uppskattar den tandvård de får och tandvården är år efter år den mest uppskattade samhällstjänsten. Den privata tandvården har mer nöjda patienter än folktandvården, men båda driftformerna har mycket nöjda patienter.

Även om tandvården i stort fungerar väl finns det områden som behöver förbättras och reformeras. Detta gäller främst den regionfinansierade tandvården, som består av tandvård till barn och unga samt tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser.

Utöver förbättringar och reformer inom den regionfinansierade tandvården, behövs åtgärder för att sätta de sista pusselbitarna av 2008 års tandvårdsreform på plats. Främst rör det sig om en förstärkt tandvårdsmarknad i form av konkurrensneutralitet mellan privata och offentliga utförare, samt utökad möjlighet för patienten att göra övervägda val.

Grunden för en god tandhälsa hos befolkningen är en fungerande tandvårdsmarknad. För en fungerande tandvårdsmarknad krävs fri prissättning och fri etableringsrätt. Sedan införandet av den fria prissättningen och den fria etableringsrätten, har tandhälsan kontinuerligt förbättrats. Precis som inom övrig hälso- och sjukvård råder dock skillnader i besöksfrekvensen bland tandvårdspatienter. Dessa skillnader beror på socioekonomisk ojämlikhet, men lösningen

är inte prisreglering. Istället krävs samverkan mellan olika samhällsaktörer och att insatser anpassas efter och riktas mot grupper i behov av stöd. Privattandläkarnas grundrekommendationer för svensk tandvård är därför:

- Fortsatt fri prissättning och fri etableringsrätt ska råda.
- Det behövs riktade insatser och ökad samverkan för att nå de som inte besöker tandvården förebyggande eller trots behov.

Rekommendationer för regionfinansierad tandvård

Den regionfinansierade tandvården behöver utvecklas. Dels gällande finansieringen av tandvård till barn och unga som i många regioner är underfinansierad och dels gällande träffsäkerhet och nytta med stöd till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Gemenast för dagens stöd till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser, är att de styrs av prisreglering.

Tandvården till barn och unga

Tandvården till barn och unga, tills det år de fyller 23 år, är kostnadsfri för patienten och finansieras av regionerna. Detta har medfört stora skillnader mellan de olika regionerna, både beträffande vilken tandvård som ska erbjudas patienten och den ersättning som ges till vårdgivarna. Dessa skillnader har ökat i och med att åldern för den för patienten avgiftsfria tandvården höjts till 23 år. I 13 av 21 regioner går

Privattandläkarnas rekommendationer

folktandvården med underskott på tandvård till barn och unga. Privattandläkarna anser att detta inte är rimligt och menar att ersättningssystemen måste förändras. Det behövs både mer ersättning och andra beräkningsgrunder för stödet till vårdgivarna, samt att åldern för den för patienten avgiftsfria tandvården återställs till 19 år, från dagens 23 år.

Privattandläkarnas rekommendationer för en fungerande tandvård till barn och unga:

- Åldern för den för patienten avgiftsfria tandvården återställs till 19 år, från dagens 23 år.
- Ersättningsnivåerna för att bedriva barn- och ungdomstandvård ska beräknas utifrån analyser av vårdgivarnas faktiska kostnader för att bedriva den. Dessa analyser ska genomföras i samverkan med såväl den privata som den offentliga tandvården.
- Den kapiterade ersättningen ska kombineras med en rörlig ersättning för patienter med mer omfattande tandvårdsbehov. Detta måste ske genom att ytterligare medel tillförs och inte genom att en del av den kapiterade ersättningen överförs till en riskfond.
- De regionala vårdprogrammen ska baseras på nationella riktlinjer för barn- och ungdomstandvård.
- Inrapportering av utförd tandvård och patientens tandhälsa ska kunna ske per automatik genom vårdgivarens ordinarie journalsystem.
- De index som används för att riskgruppera måste anpassas till tandvårdens unika förhållanden.
- Aktuella index måste kontinuerligt uppdateras utifrån aktuell kunskap om tandhälsa.
- Barn och unga ska inkluderas i en samlad nationell uppföljning av tandvård och tandhälsa.

Regionfinansierad tandvård till personer med särskilda behov

Flera utvärderingar visar att de riktade stöden till personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har särskilda tandvårdsbehov, inte fungerar. Stöden är outnyttjade och underfinansierade och det råder stora regionala skillnader. Tandvårdsutredningen har också fått i tillägg att utreda och föreslå förändringar av dessa stöd. Privattandläkarnas rekommendationer för tandvård till personer med behov av särskilt stöd:

- Ta fram och inför nationella riktlinjer för tandvård till äldre.
- Stöden ska utgå med hänsyn till personens behov av tandvård och inte som idag utifrån övrigt omsorgsbehov.
- Vårdgivarna inom tandvården ska ha mandat att bedöma och avgöra rätten till tandvårdsstöd.
- Förbättra och öka informationen till äldre.
- Dialogen mellan regioner och utförare behöver förbättras.

Privattandläkarnas rekommendationer

- Inkludera vissa patientgrupper vars tandvård finansieras av regionen, i en samlad nationell uppföljning av tandvård och tandhälsa.

Rekommendationer för en starkare tandvårdsmarknad

Tandvården i Sverige utmärks av den stora andelen privata utförare. Den privata tandvården tar ett stort samhällsansvar och är en förutsättning för att tandvården över huvud taget ska fungera. En övervägande majoritet av alla vuxna patienter går exempelvis till en privat vårdgivare och 98 procent av befolkningen bor i en kommun där det finns en privat tandläkarmottagning. Då inslaget av privata aktörer är påfallande stort på tandvårdsmarknaden är också beröringsytorna mellan offentliga och privata aktörer extra stora inom tandvården. Det är därför särskilt viktigt med konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata aktörer, vilket Statskontoret utrett och poängterar. Bristande transparens i folktandvårdens redovisning uppmärksammades i samband med införandet av det statliga tandvårdsstödet. Transparens-

redovisningen är ett första steg i arbetet för konkurrensneutrala villkor. Om redovisningen visar att det inte råder konkurrensneutralitet och att regionen gynnar folktandvården, så måste åtgärder vidtas.

Privattandläkarnas rekommendationer för konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata utförare:

- En lagstiftning som innebär att samtliga delar av särredovisningen är obligatoriska för folktandvården, behöver snarast införas.
- Särredovisningen ska tydliggöra resultatfördelningen mellan konkurrensskyddad och konkurrensutsatt verksamhet.
- Folktandvårdens uppdrag och ersättningar för dessa, ska tydligt framgå av redovisningen.
- Särredovisningen ska klargöra hur folktandvården hanterar så kallade overheadkostnader och moms.
- Särredovisningen som modell ska ingå i folktandvårdens årsredovisning och på så vis göras lättillgänglig och vara granskad av revisor.

Bilaga 1. Begrepps- och ordlista

ATB

ATB är förkortningen för allmänt tandvårdsbidrag, som är ett bidrag inom det statliga tandvårdsstödet. ATB ges till patienter från och med det år de fyller 24. Patienter som är mellan 24 och 29 år eller är äldre än 65 år, får en summa om 600 kronor per år i ATB. Patienter som är mellan 30 och 64 år får 300 kronor per år. Bidraget kan sparas till året därpå om det inte utnyttjas, men inte längre än så.

CNI

CNI är förkortningen för Care Need Index, vilket är ett index som används för att uppskatta en individs behov av vård. CNI tas fram och anpassas av Statistiska centralbyrån åt regionerna som använder det för att beräkna ersättningsnivån för respektive patient.

DFT

DFT är förkortningen för Decayed and Filled Teeth och används för att mäta en patients munhälsa utifrån kariesskador. Initial karies ingår inte.

Kapitering

En fast ersättning som utgår per individ.

Referenspris

Referenspriset är ett fast pris som bestäms av staten. Det används av Försäkringskassan för att räkna ut den ersättning som ger rätt till statligt tandvårdsstöd och syftar även till att ge patienterna stöd i att jämföra priset på tandvård.

SiC

SiC är förkortningen av Significant Caries Index. SiC används för att ta fram medelvärdet av DFT för den tredjedel med mest sjukdom.

Sistahandsansvar/områdesansvar

Med sistahandsansvar eller områdesansvar, menas att en vårdgivare automatiskt tar sig an och kallar de barn- och ungdomspatienter som för vilka inget aktivt listningsval vid en tandvårdmottagning har gjorts.

Statligt tandvårdsstöd

Från och med det år patienten fyller 24 år så har denne rätt att ta del av det statliga tandvårdsstödet. Det statliga tandvårdsstödet betalas ut av staten och administreras av Försäkringskassan. Det består bland annat av allmänt tandvårdsbidrag (ATB), särskilt tandvårdsbidrag (STB) och skydd mot höga kostnader (högkostnadsskydd).

STB

STB är förkortningen för särskilt tandvårdsbidrag, som är en del av det statliga tandvårdsstödet. Bidraget ges till patienter som med anledning av sjukdom eller funktionsnedsättning löper risk för försämrad munhälsa. Det är tandläkaren eller tandhygienisten som bedömer om en patient har rätt till STB. Bidraget består av 600 kronor och ges halvårsvis till förebyggande tandvård. Till skillnad mot ATB kan STB inte sparas.

Vårdgivare

En statlig myndighet, region, kommun eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver tandvård, benämns vårdgivare.

Bilaga 2. Statistik

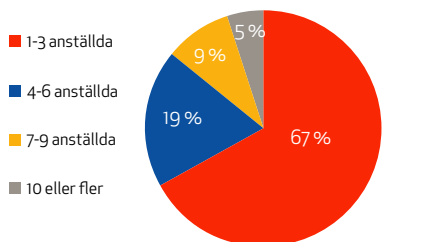
Verksamma tandläkare år 2018: 8 196

	Privata	Offentliga
Stockholm	1 301	750
Uppsala	116	202
Sörmland	77	142
Östergötland	130	172
Jönköping	89	194
Kronoberg	79	87
Kalmar	59	112
Gotland	22	23
Blekinge	44	89
Skåne	643	477
Halland	128	103
Västra Götaland	593	899
Värmland	73	116
Örebro	78	147
Västmanland	79	111
Dalarna	66	125
Gävleborg	68	115
Västernorrland	68	93
Jämtland	40	58
Västerbotten	57	176
Norrbotten	51	144

Verksamma tandhygienister år 2018: 4 388

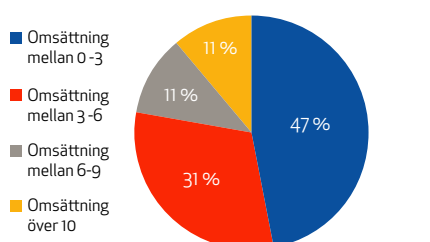
	Privata	Offentliga
Stockholm	536	284
Uppsala	55	92
Sörmland	35	64
Östergötland	78	103
Jönköping	68	111
Kronoberg	26	51
Kalmar	28	61
Gotland	10	10
Blekinge	33	40
Skåne	299	281
Halland	74	57
Västra Götaland	244	499
Värmland	61	146
Örebro	45	100
Västmanland	52	64
Dalarna	70	93
Gävleborg	50	144
Västernorrland	34	62
Jämtland	26	28
Västerbotten	40	109
Norrbotten	28	97

Antal anställda 2019



Källa: Bisnis Analys

Omsättning i miljoner kronor 2019



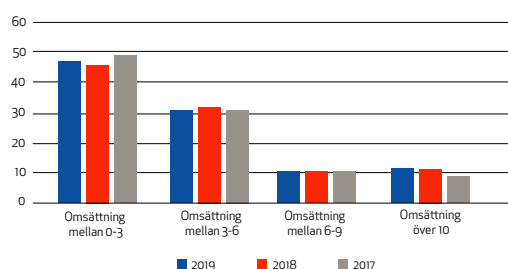
Källa: Bisnis Analys

Bilaga 2. Statistik

Förändringar omsättning över år i procent

Omsättning	2019	2018	2017
0-3	47 %	46 %	49 %
3-6	31 %	32 %	31 %
6-9	11 %	11 %	11 %
Över 10	11 %	11 %	9 %

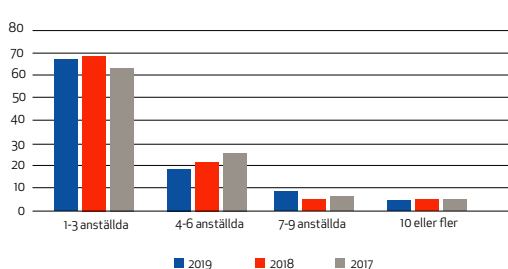
Omsättning över tid i miljoner kronor



Källa: Bisnis Analys

Anställda över tid i procent

Anställda	2019	2018	2017
1-3	67 %	68 %	63 %
4-6	19 %	22 %	26 %
7-9	9 %	5 %	6 %
10 eller fler	5 %	5 %	5 %



Källa: Bisnis Analys

Försäkringskassan

Antal individer som fått en utbetalning
från statliga tandvårdsstödet

4 034 008

Antalet besök i det statliga tandvårdsstödet

9 532 643

Förvaltningskostnad

165 000 000 kronor
kostnad per beslut, 17,30 kronor

Återkrävt belopp

36 356 422 kronor

Referenslista

Bisnis Analys

Folkhälsomyndigheten, *Jämlik tandhälsa – En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning*.

Folktandvårdens egna uppgifter.

Pressmeddelande från Försäkringskassan, www.forsakringskassan.se

Försäkringskassan, *Statistikdatabas, Statistik om antal åtgärder per år och dess medianpriser*,
<https://www.forsakringskassan.se/statistik/ovrigaersatt/tandvard>

Försäkringskassan, *Årsredovisning 2019*.

Grant Thornton, *Transparent Tandvård - Uppföljning av användningen av gemensam modell för transparent redovisning inom Folktandvården*.

Inspektionen för socialförsäkring, *Konkurrensen på den svenska tandvårdsmarknaden*.

Inspektionen för vård och omsorg, *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*.

Inspektionen för vård och omsorg, *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*.

Julihn A, Soares FC, Hammarfjord U, Hjern A, Dahllöf G, *Birth order in associated with caries development in young children: a register-based cohort study*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Julihn%20A%-5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=32050937

Konkurrensverket, *Konkurrensen i Sverige 2018 - Kapitel 23 Tandvårdsmarknaden*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tandlösa tandvårdsstöd*.

PWC, *Transparent Redovisning? Kartläggning av användningen av gemensam modell för transparent redovisning inom Folktandvården*.

Regeringen, Beslut 2020-10-08 *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång*.

Regeringen, *Budgetpropositionen för 2021, Prop 2020/21:1*.

Regeringen, *Kommittédirektiv Nytt tandvårdsstöd för vuxna (Dir. 2005:136)*.

Regeringen, *Kommittédirektiv 2008 års tandvårdsreform (Dir 2014:28)*.

Regeringen, *Reformerat tandvårdsstöd, Prop 1997/98:112*.

Regeringen, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m, Prop 2001/02:51*

Regeringen, *Statligt tandvårdsstöd, Prop 2007/08:49*.

Regeringen, *Tandvårdsförsäkring i omvandling (DS 1997:16)*.

Regeringen, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar*.

Regeringsbeslut 2020-10-08, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång*.

Regionernas transparensbokslut.

Regionernas avtal för barn- och ungdomstandvård.

Riksrevisionen, *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, *Årsrapport 2019*.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, *Årsrapport 2017*.

Referenslista

Svenskt Kvalitetsindex, *Branschmätning Tandvård år 2020*.

Socialstyrelsen, *Analysplan – Analyser av vård och omsorg 2020-2022*.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2019*.

Socialstyrelsen, *Karies bland barn och ungdomar – Artikelnummer 2020-2-6629*.

Socialstyrelsen, *Munhälsa och tandvård för placerade barn (kortversionen)*.

Socialstyrelsen, *Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade*.

Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2019*.

Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020*.

Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2019*.

Socialstyrelsen, *Statistik om tandhälsa 2018*.

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas, Hälso- och sjukvårdspersonal – sysselsätta*.

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas, Tandhälsa*.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget*.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2018*.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2020*.

Statens offentliga utredningar, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36)*.

Statens offentliga utredningar, *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76)*.

Statens offentliga utredningar, *Friskare tänder till rimliga kostnader (SOU 2007:19)*.

Statens offentliga utredningar, *Stöd till hälsobefrämjande tandvård (SOU 2006:27)*.

Statens offentliga utredningar, *Tänder hela livet – ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård (SOU 1998:2)*.

Statens offentliga utredningar, *Åldersgränser och etableringsrätt (SOU 2003:7)*.

Statens offentliga utredningar, *Ett tandvårdsstöd för alla, fler och starkare patienter (SOU 2015:76)*.

Statistiska centralbyrån, *Hälsoränskaperna*.

Tandläkartidningen, årg 104, nr 4, 2012.

Tandvårdslagen (1985:125).

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009 – 2019*.

Privattandläkarna

Hantverkargatan 78 3 tr, 112 38 Stockholm

info@ptl.se | 08-555 446 00 | www.ptl.se

