

TANDVÅRDEN IN I SJUKVÅRDSSYSTEMET, VAD KOSTAR DET?



FÖRORD

Föreliggande studie syftar till att studera konsekvenserna av att föra in tandvården i det svenska sjukvårdssystemet. Förutsättningarna för beräkningarna har varit att tandvården lyfts in i sjukvårdssystemet och att kostnaderna för tandvårdens patienter, likt inom sjukvården, reduceras till att endast omfatta en besöksavgift per tandläkarbesök. Rapporten har skrivits på uppdrag av Privattandläkarna (PTL).

Studien är genomförd av Jonas Arnberg och Andreas Hedlund, analytiker vid AB Handelns Utredningsinstitut (HUI). Kontaktpersoner på PTL har varit Lennart Nordgren och Dan Nilsson.

Stockholm i september 2005

AB HANDELNS UTREDNINGSGINSTITUT (HUI)

Jonas Arnberg
Nationalekonom

Andreas Hedlund
Ek. Lic.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	4
2	TANDVÅRDENS KOSTNADSFÖRDELNING	5
3	TANDVÅRDEN IN I SJUKSYSTEMET, VAD KOSTAR DET?.....	6
3.1	OM KONSUMTIONEN AV TANDVÅRD FÖRBLIR OFÖRÄNDRAD.....	6
3.2	OM KONSUMTIONEN AV TANDVÅRDSTJÄNSTER FÖRÄNDRAS I OCH MED LÄGRE KOSTNADER	8
3.2.1	<i>Sambandet mellan pris och efterfrågad kvantitet.....</i>	<i>9</i>
3.2.2	<i>Förändrat beteende vid försäkring (Moral Hazard).....</i>	<i>10</i>
3.2.3	<i>Uppskjutning av tandläkarbesök i väntan på reformen.....</i>	<i>12</i>
3.2.4	<i>Prisutvecklingen</i>	<i>12</i>
4	SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER	14
	KÄLLFÖRTECKNING	17

TABELLFÖRTECKNING

TABELL 2.1 TANDVÅRDENS KOSTNADER ÅR 2003, MILJONER KRONOR.....	5
TABELL 3.1 TANDVÅRDSKOSTNADER, MILJARDER KRONOR	6
TABELL 3.2 TANDVÅRDENS FINANSIÄRER IDAG OCH EFTER REFORMEN, EXKLUSIVE BARN OCH UNGDOM SAMT VÅRD AV PERSONER MED SÄRSKILDA BEHOV (LSS)	7
TABELL 4.1 ÖKADE KOSTNADER FÖR DEN SKATTEFINANSIERADE TANDVÅRDEN FÖR VUXNA.....	15

1 INLEDNING

Tandvård betalas i huvudsak av patienten själv medan sjukvård finansieras av landstinget. Tanderna utgör emellertid en del av kroppen och av denna anledning finns det röster som menar att tandvården borde lyftas in i sjukvårdssystemet och att tandvård därmed skulle finansieras på samma sätt som sjukvård.

Tandvård finansieras idag, med undantag för tandvård för barn och ungdom, till cirka 70 procent av patienterna själva genom patientavgifterna. Detta är inte fallet inom sjukvården, där patienten betalar en besöksavgift vid varje besök medan resterande del finansieras av skattesystemet. Den årliga besöksavgiften för sjukvård begränsas dessutom av ett högkostnadsskydd som träder in efter ett visst belopp.

I föreliggande utredning beräknas kostnaderna för att lyfta in tandvården i sjukvården. Dels utifrån att konsumtionen av tandvårdstjänster är oförändrad, dels utifrån antagandet att efterfrågan av tjänsten tandvård ökar av olika anledningar då priset faller kraftigt.

Resultatet pekar på att kostnaderna för att tandvård ska ingå i sjukvården kommer att bli höga. Givet att dagens utnyttjande av tandvård står fast skulle kostnaderna för den skattefinansierade delen av tandvården att öka med 10,5 miljarder kronor. Emellertid är detta ett orimligt antagande eftersom människor sannolikt förändrar sin konsumtion av tandvård då priset reduceras till endast en besöksavgift. Under dessa antaganden skulle den skattefinansierade delen av tandvården öka med 15-20 miljarder kronor.

Rapporten disponeras genom att till en början redovisa hur kostnaderna för tandvården fördelas mellan patientavgifter och skattefinansierade medel. Därefter beräknas kostnaderna för att lyfta in tandvården i sjukvården.

2 TANDVÅRDENS KOSTNADSFÖRDELNING

Totalt uppgick kostnaderna för den tandvård som bedrevs i Sverige, offentlig som privat, till 18,7 miljarder kronor år 2003. Av denna summa finansierades 11,4 miljarder via patientavgifter, det vill säga genom patienternas betalning vid tandläkarbesök. Resterande 7,3 miljarder kronor finansierades genom skattsedeln via Landstinget och Försäkringskassan. Landstingets budget går främst till barn och ungdom samt det så kallade landstingsbidraget till folktandvården. Försäkringskassans budget täcker i första hand högkostnadsskyddet för protetik för människor i åldern 65 år och äldre, men även delar av övrig vuxentandvård.

Tabell 2.1 Tandvårdens kostnader år 2003, miljoner kronor

Totalt	18 654
Patientavgifter	11 354
Skattefinansierad vård	7 300
 Patientavgifter	 11 354
Offentlig	2 407
Privat	8 947
 Landstingens kost	 4 354
Barn och ungdom <20	2 500
Övrigt	1 854
 Försäkringskassan	 2 606
Bastandvård	814
Protetik	262
Förhöjd ersättning	15
Bastandvård, 65+	469
Protetik, 65+	1 035
Förhöjd ersättning, 65+	10
 Administration, investeringar, forskning mm.	 340

Källa: Socialstyrelsen 2004

Denna uppspaltning av tandvårdens kostnadsbärare syftar till att ge en uppfattning om tandvårdens omfattning och kostnader. Av intresse för denna studie är främst att patientavgifterna idag står för 61 procent av kostnaderna. Något som alltså helt skulle förändras i och med en reformering av systemet och införande av tandvården i sjukvården. Patienternas avgifter skulle begränsas till en besöksavgift liksom inom sjukvården. Därefter skulle skattemedel finansiera patientens vård. Tandvården skulle dessutom innefattas av

sjukvårdens högkostnadsskydd, vilket skulle innebära att den årliga kostnaden för tandvård inte skulle kunna överstiga 900 kronor.

3 TANDVÅRDEN IN I SJUKSYSTEMET, VAD KOSTAR DET?

Med hjälp av statistiken i tabell 2.1 och besöksstatistik kan vi beräkna vad det skulle kosta att göra tandvården till en del av sjukvården. Detta genomförs i avsnitt 3.1 och bygger på att konsumtionen av tandläkartjänster antas vara oförändrad. I nästföljande avsnitt, kapitel 3.2, beräknas kostnaderna utifrån antagandet att människors efterfrågan på tandläkartjänster förändras när patientavgifterna minskar kraftigt.

3.1 Om konsumtionen av tandvård förblir oförändrad

I detta avsnitt beräknas hur kostnaderna skulle omfördelas från patienterna till skattefinansierade medel vid införandet av tandvården i sjukvårdssystemet. Detta givet att efterfrågan på tandläkartjänster är oförändrat.

För att beräkna förändringen i kostnaderna för, en till övervägande delen, skattefinansierad vuxentandvård bör de delar som redan är skattefinansierade exkluderas. Tandvård för barn och ungdom är idag helt skattefinansierad och kommer att så förbli. Likaså är vård av patienter med särskilda behov idag helt införlivat i sjukvårdssystemet och omfattas av sjukvårdens högkostnadsskydd. Denna vårdkostnad uppgår till 630 miljoner kronor och är en följd av lagen om särskilt stöd, LSS.¹ Kvar är den resterande delen av tandvården med en total omsättning på 15,6 miljarder kronor, se tabell 3.1.

Tabell 3.1 Tandvårdskostnader, miljarder kronor

Totalt	18,7
Barn och ungdom	-2,5
LSS	-0,6
	=15,6
Patientavgifter	11,4
Skattefinansierad tandvård	4,2

¹ Koch, B, Landstingsförbundet (2004)

Av den resterande delen står patientavgifterna för 11,4 miljarder kronor, eller 73 procent, medan den skattefinansierade delen uppgår till 4,2 miljarder.

Vid ett eventuellt införande av tandvård i sjukvårdssystemet skulle patientavgifterna alltså reduceras från 11,4 miljarder kronor per år till att endast bestå av en besöksavgift multiplicerad med antalet besök per år. Även här skulle sjukvårdens högkostnadsskydd utlösas då patientens kostnader överstiger 900 kronor per år.

För att beräkna antalet tandläkarbesök per år har en forskningsrapport från FSI använts.² De svarande har där beskrivit hur många gånger per år de besöker tandläkaren.³ Hänsyn har tagits till barn och ungdom samt de 180 000 människor som innefattas av vård för särskilda behov. Denna beräkning resulterar i 7,6 miljoner besök per år.

Den besöksavgift som idag betalas inom sjukvården varierar mellan 120 kronor för primärvård och 220 kronor för specialistvård. Om vi antar att de flesta tandvårdsbesök skulle beläggas med en besöksavgift om 120 kronor resulterar detta i en årlig besöks-/patientavgift på cirka 900 miljoner kronor per år.⁴

Tabell 3.2 Tandvårdens finansiärer idag och efter reformen, exklusive barn och ungdom samt vård av personer med särskilda behov (LSS)

	Patientavgifter	Skattefinansierad vård	Totalt	Patientavgiftens procentuella andel
Idag	11,4	4,2	15,6	73%
Efter reformen	0,9	14,7	15,6	6%
Differens	-10,5	10,5		

Av tabell 3.2 framgår att patientavgifterna under dessa antaganden reduceras med 10,5 miljarder, en kostnad som alltså måste bäras av skattemedel. Denna enkla beräkning tyder på

² Timmander och Wikmans (2005).

³ De svarande har haft alternativen flera gånger per år, en gång per år, vartannat år, vart tredje år och mer sällan. Detta har räknats om till 3, 1, 0,5, 0,33 respektive 0,2 besök per år och multiplicerats med respektive procentandelar och relevant befolkning.

⁴ För enkelhetens skull har vi räknat med en patientavgift. Sannolikt skulle det i verkligheten röra sig om en kombination där patientavgiften varierar mellan 120 och 220 kronor beroende på vårdtyp. Den vanligaste kostnaden skulle emellertid vara den för primärvård, dvs 120 kronor.

att kostnaden för att föra in tandvården i sjukvårdssystemet skulle kunna uppgå till drygt 10 miljarder kronor. De totala kostnaderna för den skattefinansierade tandvården skulle uppgå till 14,7 miljarder kronor, exklusive barn- och ungdomsvård samt vård av patienter med särskilda behov.⁵

Detta exempel bygger emellertid på att konsumenterna inte förändrar sin efterfrågan på tandläkartjänster. Anledningen till att tandvården föreslås bli en del av sjukvården är bland annat att det finns ett eftersatt behov av tandvård till följd av att många människor idag inte anser sig ha råd att gå till tandläkaren. En lägre avgift för tandvård skulle därför troligtvis bidra till en ökad efterfrågan på tandläkartjänster. Av denna anledning är scenariot enligt ovan antagligen osannolikt eftersom det antar att framtidens efterfrågan på tandvård inte förändras från dagens. Emellertid utgör det ett bra exempel och framförallt en utgångspunkt för att i nästa kapitel kunna beräkna de extra kostnaderna till följd av den ökade efterfrågan.

3.2 Om konsumtionen av tandvårdstjänster förändras i och med lägre kostnader

I detta avsnitt presenteras framförallt två viktiga orsaker till varför tandvårdskostnaderna inte bara skulle omfördelas från patientavgifter till skattemedel utan dessutom komma att stiga kraftigt. Vilken effekt varje enskild faktor har är svårt att säga men att de har effekt tyder tidigare forskning och erfarenheter på. De totala tandläkarkostnaderna väntas stiga till följd av:

- Ett lägre pris kommer att öka efterfrågan på tandvård
- Det faktum att priset för tandläkarbesök minskar kraftigt bidrar till att ansvarstagandet för tänderna minskar hos individen

Dessutom kan kostnaderna väntas öka till följd av att människor skjuter upp vård i väntan på reformen och den allmänna prisutvecklingen. Dessa faktorer behandlas i avsnitt 3.2.3 och 3.2.4.

⁵ Ingen hänsyn har tagits till de patienter som besöker tandläkaren så pass många gånger att högkostnadsskyddet för besöksavgiften slår in. Detta innebär att den skattefinansierade vården kostar något mer. Effekten av detta i dessa beräkningar är emellertid mycket marginell.

3.2.1 Sambandet mellan pris och efterfrågad kvantitet

I enlighet med grundläggande ekonomisk teori har efterfrågan på varor och tjänster ett nära samband med priset. Om priset på en vara stiger, minskar konsumtionen. Skulle priset istället sjunka, kan konsumtionen av varan väntas stiga. Sambandet gäller de allra flesta varor och tjänster men graden av efterfrågeförändring beror på människors priskänslighet. Graden av priskänslighet, priselasticiteten, beror i sin tur på vilken vara det handlar om. I fallet bensin kan till exempel priset höjas utan att konsumtionen minskar i motsvarande utsträckning. Människor är alltså inte särskilt priskänsliga beträffande bensin. Skulle däremot priset gå upp på en viss typ av grönsak är det möjligt att efterfrågan minskar kraftigt eftersom konsumenterna substituerar till en annan billigare grönsak. Här får således en prisförändring ett kraftigt genomslag i efterfrågan, konsumenterna är priskänsliga.

Tjänsten tandvård är inget undantag. Stiger priset minskar konsumtionen. Sannolikt är dock människor inte så priskänsliga vad gäller tandvård och de flesta som har problem med tänderna åtgärdar detta. Det finns dock de som väljer att inte gå till tandläkaren till följd av det höga priset⁶. Hur mycket konsumtionen av tandvård skulle öka om priset faller beror givetvis inte bara på den nya prisbilden utan även på behovet av vård. En patient med ett hål per år kan sannolikt inte öka sin konsumtion. När hålet är lagat är det svårt att se vad som skulle kunna göras mer.

Priset på tandvård skulle falla kraftigt för många patienter om tandvården lyftes in i sjukvårdssystemet. Idag betalar 45 procent av tandvårdens kunder mindre än 1 000 kronor per år, 55 procent betalar mer än 1 000 kronor.⁷ Givet att tandvården skulle leva under samma premisser som den övriga sjukvården skulle patienten istället betala 120 kronor per besök. Till exempel skulle detta innebära att en person som idag går till tandläkaren två gånger per år till en sammanlagd kostnad av 1 000 kronor skulle få sin kostnad reducerad till 240 kronor, en prisminskning med hela 76 procent.

För en normal vara (med priselasticiteten 1) skulle en prisminskning likt den i exemplet ovan innebära en konsumtionsökning med 76 procent. Tandvård kan emellertid inte räknas som en normal vara. Istället beror efterfrågan på tandvård i första hand på vilket behov som finns, det

⁶ Forsell (2004).

⁷ Timmander och Wikmans (2005).

vill säga, människor lagar de hål de har även om priset gått upp. Detta innebär således att tandvårdens kunder är relativt prisokänsliga och att priselasticiteten kommer att vara lägre. Antar vi att priselasticiteten är 0,3 skulle detta innebära att om priset ökar med 1 procent skulle konsumtionen av tandvård minska med 0,3 procent.⁸

I det här fallet vet vi att patientavgifterna skulle reduceras från 11,4 miljarder kronor till 0,9 miljarder (se tabell 3.2), vilket motsvarar ett prisfall med 92 procent. Med en priselasticitet på 0,3 skulle alltså konsumtionen öka med cirka 28 procent, eller 3,2 miljarder kronor. Omsättningen för dagens vuxentandvård på 15,6 miljarder skulle således öka till 18,8 miljarder. Givet att den patientfinansierade andelen fortfarande skulle vara lika stor skulle den utgöra 1,1 miljarder kronor och den skattefinansierade delen således 17,6 miljarder. Detta exklusive barn- och ungdomstandvård samt tandvård för patienter med särskilda behov.

Sammanlagt skulle detta innebära en ytterligare kostnad för den skattefinansierade tandvården med cirka 13,5 miljarder kronor jämfört med i dag.

3.2.2 Förändrat beteende vid försäkring (Moral Hazard)

Människor som är försäkrade förändrar sitt beteende.⁹ Typexemplet är att en bilägare har lägre incitament att vårda sin bil då den är försäkrad än då den inte är det. För patienter med tandvårdsförsäkring innebär det dels att deras kostnadsmedvetenhet minskar, dels att incitamenten för att vårda tänderna minskar.¹⁰ Detta fenomen kallas inom ekonomin för moral hazard och bygger helt enkelt på att den ena parten (försäkringsgivaren) inte kan observera den andra partens (försäkringstagarens) handlingar.¹¹

⁸ I brist på en fastställd priselasticitet har vi antagit elasticiteten 0,3. Huruvida detta är korrekt kan diskuteras och torde idealt undersökas. Priselasticiteten borde sannolikt variera över olika prisintervall och mellan olika inkomstnivåer. Det finns emellertid amerikanska studier som tyder på att priselasticiteten är relativt låg (se Grytten's översiktsartikel i *Community Dental Health*, 2005). Samtidigt finns det enkätstudier som tyder på att man låter bli att gå till tandläkaren för att det blivit för dyrt, vilket skulle indikera en hög elasticitet. I det här fallet innebär emellertid den låga elasticitet vi använder oss av med att uppskattningen av hur mycket kostnaderna för tandvård kan komma att stiga vid ett införande av tandvården i sjukvårdssystemet blir försiktig.

⁹ Varian (1999).

¹⁰ Grönqvist (2004).

¹¹ Varian (1999).

I en forskningsrapport har Grönqvist¹² följt utvecklingen av tandvårdskostnaderna för patienter som tecknade sig för en form av tandvårdsförsäkring. Experimentet ägde rum i Värmland där patienter erbjöds att teckna ett tandvårdsabonnemang, vilket innebar att patienten fick tillgång till all bastandvård denne behövde mot en fast månadsavgift. Resultatet av studien visar på en ökad tandvårdskonsumtion på mellan 51 och 84 procent beroende på analysmetod. Till viss del förklaras den ökade konsumtionen av att detta var själva syftet med satsningen. Folktandvården i Värmland ville förbättra och förebygga patienternas tandhälsa. Huruvida ökningen beror på själva programmet eller patienternas förändrade efterfrågan är alltså svårt att avgöra. Emellertid har Grönqvist även genomfört beräkningar för att identifiera beteendeförändringar hos patienterna. Det framkom att patienterna efterfrågade protetisk och reparativ tandvård i högre utsträckning. Dessutom ökade antalet akutbesök för patienter med tandvårdsabonnemang, något som är intressant eftersom initiativet till akutbesök enbart tas av patienten. Även om den uppmätta ökningen av tandvårdskonsumtion delvis beror på en medveten strategi hos folktandvården kan påtagliga beteendeeffekter observeras hos patienterna när de väl tecknat kontrakt.¹³

Om denna studies resultat skulle överföras på de siffror som presenterades i tabell 3.2 är slutsatsen att tandvården skulle öka i storleksordningen 51-84 procent. Utgår vi från de 15,6 miljarder kronor som vuxentandvården omsätter skulle denna siffra efter en tandvårdsreform stiga till 23,6-28,7 miljarder. Givet att patientavgiften skulle uppgå till cirka 6 procent skulle den skattefinansierade delen uppgå till i storleksordningen 22,1-27,0 miljarder kronor.

För den skattefinansierade delen skulle detta innebära en ökad kostnad för tandvård på 17,9-22,8 miljarder.

I samband med denna diskussion om moral hazard är det också nödvändigt att diskutera den typ av beteende som skulle kunna uppstå mellan patient och tandläkare då ingen av de båda finansierar den vård som utförs. Tandläkaren skulle kunna föreslå ett antal olika åtgärder för att tillfredsställa den aktuella patientens behov och eftersom patienten själv inte bekostar vården finns det ingen anledning att inte genomföra det mest omfattande förslaget. En

¹² Grönqvist (2004).

¹³ Grönqvist (2004).

inläggning av tandvården i sjukvårdssystemet skulle på så vis kunna vara kostnadsdrivande i sig.

3.2.3 Uppskjutning av tandläkarbesök i väntan på reformen

Apoteket reformerade 1996 det högkostnadsskydd man hade. Människors köp av läkemedel subventionerades före år 1996 enligt en viss modell då de samlade köpen övergick 165 kronor. Införandet av högkostnadsskyddet innebar en plötslig försämring för konsumenterna som nu var tvungna att betala 900 kronor innan deras läkemedelsköp delvis finansierades av staten. Detta ledde till en omfattande hamstring av läkemedel året innan högkostnadsskyddet genomfördes.¹⁴

I avvaktan på ett högkostnadsskydd inom tandvården skulle det sannolikt uppstå en omvänd hamstring. Omfattningen av denna är svår att sätta siffror på, men det är enkelt att förstå att en patient låter skjuta upp sitt tandläkarbesök – givet att tandvårdsbehovet inte är akut – om priset för detta om ett år kommer att vara betydligt lägre. Detta skulle i extremfallet kunna leda till ett tandvårdsår med mycket få patienter efterföljt av ett år med mycket stor efterfrågan på tandvård.

Resultatet av detta skulle givetvis enbart vara kortsiktigt och någon beräkning av dessa kostnader har därför inte genomförts. Emellertid är det en viktig faktor att vara medveten om vid en omläggning av tandvården.

3.2.4 Prisutvecklingen

Ytterligare en aspekt när de framtida tandvårdskostnaderna beaktas är prisets utveckling. Priset på tandvård har stigit sedan prisregleringen avskaffades år 1999. En utveckling som stämmer överens med nationalekonomisk teori. När priserna på en marknad hålls nere till följd av en reglering/pristak är det naturligt att priserna söker sig uppåt när pristaket tas bort och fram till dess att marknaden har nått en ny jämvikt. Hur lång tid detta tar kan variera men, en signal om att en stabilisering nu börjat ske är att priserna för tandvård varit oförändrade sedan årsskiftet 2004/2005.¹⁵

¹⁴ Intervju med Örjan Björnsson, ansvarig VD:s kansli, Apoteket.

¹⁵ Konsumentprisindex, SCB.

Om vi antar att marknaden för tandvård nått sin jämvikt kan vi alltså vänta oss en utveckling av priset i takt med övrig ekonomi, det vill säga i takt med konsumentprisindex (KPI). Hur KPI utvecklas beror mycket på den ekonomiska utvecklingen. De senaste åren har prisökningstakten inom den svenska ekonomin varit låg. Riksbankens inflationsmål ligger emellertid på 2 procentenheter, vilket innebär att vi kan förvänta oss en långsiktig prisökningstakt på 2 procent per år.

Vad de extra kostnaderna för staten skulle uppgå till på grund av prisökningen måste givetvis beräknas utifrån hur mycket tandvården skulle omsätta. Som exempel kan nämnas att om den statliga tandvården omsätter 20 miljarder kronor skulle prisökningarna bidra med en extra kostnad på cirka 2 miljarder efter en femårsperiod.

Om priset på tandvård inte skulle visa sig följa KPI:s utveckling utan fortsätta att ligga över den allmänna prisutvecklingen skulle givetvis kostnaden öka än mer. Skulle priserna till exempel utvecklas i en dubbelt så hög takt, 4 procent per år, skulle kostnaderna stiga med 4 miljarder under en femårsperiod.

4 SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Denna rapport syftar till att beräkna kostnaderna för ett införande av tandvården i sjukvårdssystemet. Förutsättningarna för beräkningarna har varit att tandvård, liksom sjukvård, betalas via skattemedel och att patientens kostnader reduceras till en avgift som betalas per besök. Besöksavgiften kan maximalt uppgå till 900 kronor per år varefter sjukvårdens högkostnadsskydd träder in.

Beräkningarna bygger på ett antal olika antaganden. I det första antas tandvårdsbehovet inte öka och den totala omsättningen för tandvården förblir därmed densamma. Däremot omfördelas kostnaderna från det som tidigare utgjordes av patientavgifter till skattefinansierade medel. I de följande beräkningarna antas tandvårdsbehovet av olika anledningar stiga.

Analysens resultat, som redovisas i den sammanfattande tabellen 4.1, tyder på att ett inläggande av tandvården i sjukvårdssystemet kommer att öka kostnaderna för den skattefinansierade delen av tandvården kraftigt. I tabellens övre rad redovisas dagens tandvårdskostnader, exklusive vård av barn och ungdom. Tandvårdens kostnader uppgick år 2003 till 16,2 miljarder kronor av vilka patienterna betalade 11,4 miljarder och den skattefinansierade sektorn 4,8 miljarder.¹⁶ Under antagandet att patienternas beteende inte förändras kommer ett införande av tandvården i sjukvården således att innebära att den avgift som patienterna betalat för sin tandvård tas över av den skattefinansierade sektorn, med undantag för patientavgiften. Besöksavgiften har antagits uppgå till sin motsvarighet inom sjukvården, det vill säga till 120 kronor. Detta innebär att de samlade patientavgifterna skulle uppgå till en knapp miljard kronor. Resterande del skulle alltså finansieras via den skattefinansierade sektorn, vilket resulterar i en ökning av kostnaderna med 10,5 miljarder för denna sektor.

Det finns emellertid faktorer som talar för att kostnaderna skulle öka än mer. För normala varor finns det ett tydligt samband mellan pris och efterfrågan och om priset går ner med 10

¹⁶ Att siffrorna skiljer sig gentemot tidigare tabeller i rapporten beror på att de 0,6 miljarderna för LSS, vård av personer med särskilt behov, nu ingår.

procent kan efterfrågan väntas öka med 10 procent. Tandvård kan emellertid inte ses som en normal vara, då tandvårdsbehovet i första hand styrs av vårdbehovet. Under de antaganden vi gjort kan emellertid tandvården väntas öka i viss utsträckning. Bland annat beror detta antagande på att en av anledningarna till att ett invägande av tandvården i sjukvården diskuteras är just att många människor inte anser sig ha råd att besöka tandläkaren. De beräkningar vi genomfört tyder på att de totala tandvårdskostnaderna skulle stiga till 19,4 miljarder kronor, en ökning med 13,5 miljarder kronor för den skattefinansierade sektorn, se tabell 4.1.

Tandvården kan också väntas öka till följd av att människors beteende förändras då de är försäkrade, något som kallas moral hazard. Typexemplet är att en bilägare har lägre incitament att vårda sin bil om den är försäkrad än om den inte är det. För patienter med tandvårdsförsäkring innebär detta dels att deras kostnadsmedvetenhet minskar, dels att incitamenten för att vårda tänderna minskar. Att detta kan uppstå bygger på att den ena parten (försäkringsgivaren) inte kan observera den andra partens (försäkringstagarens) handlingar. För tandvården skulle detta till exempel kunna innebära att människor som är försäkrade tar hand om sina tänder mindre bra, vilket i längden leder till skador och ett större vårdbehov. Det kan också uppstå situationer då patienten och tandläkaren väljer att genomföra de mest omfattande undersökningarna och lagningarna eftersom ingen av de båda är den som betalar. De beräkningar som här genomförts tyder på att kostnaderna kan komma att stiga kraftigt och uppgå till 24,2-29,3 miljarder kronor, vilket skulle innebära en extra kostnad för den skattefinansierade tandvården på 17,9-22,8 miljarder kronor.

Tabell 4.1 Ökade kostnader för den skattefinansierade tandvården för vuxna

Kostnader	Tandvård	Skattefinansierad vård (ink LSS)	Patientavgifter	Extrakostnad för den skattefinansierade vården
Idag	16,2	4,8	11,4	
Ingen förändring hos patienterna (3.1)	16,2	15,3	0,9	10,5
Om priset går ner ökar efterfrågan (3.2.1)	19,4	18,3	1,1	13,5
Moral Hazard (3.2.2)	24,2-29,3	22,7-27,6	1,4-1,7	17,9-22,8

Utöver de scenarier som redovisas i tabell 4.1 redogörs också i stycke 3.2.3 och 3.2.4 för hur kostnaderna skulle kunna öka ytterligare. För det första kan man räkna med en kortsiktig effekt vid en reform lik denna. Sannolikt skulle många patienter avvakta med sitt tandläkarbesök året eller åren innan det datum som tandvården till största delen blir

skattefinansierad. Detta skulle kunna leda till tomma tandläkarstolar ett år medan det året därefter sannolikt skulle uppstå köer. För det andra kan man räkna med att tandläkarkostnaderna liksom andra varor och tjänster i ekonomin utsätts för viss inflation, det vill säga prisökningar som bidrar till att de totala kostnaderna för tandvården ökar.

Sammanfattningsvis kan vi dra slutsatsen att ett införande av tandvården i sjukvårdssystemet kommer att öka den skattefinansierade sektorns kostnader för tandvård med 10,5 miljarder kronor. Detta emellertid under antagandet att människors tandläkarbehov inte ökar, något som sannolikt inte är rimligt. Mer troligt är att kostnaderna, till följd av reformen, ökar. Hur mycket kostnaderna ökar är svårt att avgöra och resultatet av de beräkningar som här genomförts beror i hög utsträckning på vilka antaganden som genomförts. Att den slutliga ökningen hamnar över 10 miljarder kronor är emellertid givet och en ökning i storleksordningen 20 miljarder behöver inte var helt orimlig.

KÄLLFÖRTECKNING

Forsell, Å (2004) "Laga hålen i tandvårdsförsäkringen" LO, Stockholm.

Grönqvist, E (2004) "Does Moral Hazard Have a Bite? – Evidence from a Natural Experiment" Stockholm School of Economics, Stockholm.

Koch, Bertil (2004) "Uppföljning av tandvårdsreformen avseende år 2003" Landstingsförbundet, Avdelningen för hälso- och sjukvårdspolitik, Stockholm.

Socialstyrelsen (2004) "Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2003" Hälso- och sjukvård 2004:4, Socialstyrelsen.

Timmander, J och Wikmans, T (2005) "Frågor om kostnader för tandvård. En enkät till patienter och befolkningen i allmänhet" FSI – Forskningsgruppen för Samhälls- och Informationsstudier, Stockholm.

Varian, H (1999) "Intermediate Microeconomics, A Moderna Approach" Fifth Edition, W.W. Norton & Company, Inc. New York.