

Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2

*Delbetänkande
av Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*

Stockholm 2006



SOU 2006:71

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2006

ISBN 91-38-22611-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Ylva Johansson

Genom regeringsbeslut den 1 december 2005 bemyndigades statsrådet Ylva Johansson att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna.

Den 5 december 2005 förordnades undertecknad, generaldirektören för Försäkringskassan, Curt Malmborg som särskild utredare. Som huvudsekreterare förordnades den 15 december 2005 kanslirådet vid Finansdepartementet Sofia Wallström. Som utredningssekreterare förordnades den 15 december 2005 försäkringsansvarige Lars Olsson, Försäkringskassan, den 1 januari 2006 stabsjuristen Birgitta Rosengren, Försäkringskassan och ekonomen Albin Kainelainen, LO samt den 15 februari 2006 ekonomen Mårten Hultin, Finansdepartementet. Ekonomen Pontus Johansson, Socialdepartementet, var utredningssekreterare under perioden 1 januari–1 mars 2006.

Den 22 december 2005 förordnades som sakkunniga departementssekreteraren Helena Santesson Kurti, Socialdepartementet, rättssakkunniga Hanna Asp, Socialdepartementet, departementssekreteraren Torkel Nyman, Finansdepartementet och departementssekreteraren Tobias Nilsson, Finansdepartementet. Som experter förordnades den 22 december 2005 övertandläkaren Urban Allard, Socialstyrelsen, övertandläkaren Jan Håkansson, Försäkringskassan, utvecklingschefen Christer Lindblom, Folk-tandvården i Kalmar län och den 31 januari 2006 universitetslektorn Pia Andersson, Högskolan i Kristianstad. Utredningen har även knutit till sig en referensgrupp bestående av företrädare för vårdgivare och yrkesgrupper. Utredningens assistent är Lena Enstam.

Jag överlämnar härmed delbetänkandet *Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2* (SOU 2006:71). Jag ansvarar ensam för utredningens förslag och andra ställningstaganden. De sakkunniga och experterna har medverkat med sina kunskaper inom respektive område, lämnat viktigt underlag och givit värdefulla synpunkter under utredningsarbetets gång.

Utredningsarbetet avseende delbetänkandet är härmed slutfört.

Stockholm i juni 2006

Curt Malmberg

/Sofia Wallström
Mårten Hultin
Lars Olsson
Birgitta Rosengren
Albin Kainelainen

Innehåll

Förkortningar	11
Begrepp och definitioner	13
Sammanfattning	17
Författningförslag	29
1 Dagens tandvårdsstöd	41
1.1 Framväxten av det offentliga tandvårdsstödet	41
1.2 Det offentliga tandvårdsstödet	42
1.2.1 Det statliga tandvårdsstödet	43
1.2.2 Myndigheternas roll	46
1.3 Tandvårdens totala kostnader	48
2 Tandhälsa	51
2.1 Inledning.....	51
2.2 Att mäta tandhälsa	51
2.2.1 Befintligt underlag	52
2.3 Tandhälsans utveckling.....	53
2.3.1 Tandhälsan hos äldre	53
2.3.2 Tandhälsan hos ungdomar	54
2.3.3 Antal kvarvarande tänder, löständer och implantat	55
2.3.4 Karies.....	56
2.3.5 Tandlossning (parodontit).....	57
2.3.6 Käkbeninflammation	58

2.3.7	Käkledsbesvär (bettfysiologiska besvär)	58
2.3.8	Tillfredsställelse med tänderna.....	59
2.3.9	Snedfördelning av tandhälsan.....	61
2.4	Summering och slutsatser	61
3	Tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader.....	65
3.1	Beskrivning av datamaterialet	65
3.1.1	Inledning.....	65
3.1.2	Försäkringskassans databas	67
3.2	En övergripande bild av tandvårdskonsumtionen	67
3.2.1	Fördelning mellan privata och offentliga vårdgivare.....	68
3.2.2	Fördelning mellan olika behandlingar	69
3.2.3	Fördelning mellan olika behandlingar och olika vårdgivare.....	70
3.3	Tandvårdskonsumtionen på individ- och åtgärdsnivå	71
3.3.1	Inledning.....	71
3.3.2	Vilka åtgärder är vanligast?	72
3.3.3	Vilka åtgärder kostar mest?	74
3.4	Subventionens fördelning	77
3.5	Tandvårdskostnaderna	78
3.5.1	Vårdgivarpris och patientpris	78
3.5.2	Höga kostnader flera år i följd	80
3.6	Tandvårdspatienternas socioekonomiska situation	81
3.7	Tandvårdskonsumtion i olika länder.....	86
3.8	Summering och slutsatser	88
4	Prisutvecklingen	91
4.1	Inledning.....	91
4.2	Prisutvecklingen för olika åtgärder	92
4.2.1	Orsaker till prisskillnaderna per åtgärd	93
4.3	Prisutveckling hos olika vårdgivare.....	96

4.3.1	Orsaker till prisskillnaderna mellan olika vårdgivare	99
4.4	Konkurrens mellan offentlig och privat tandvård.....	100
4.5	Prisutvecklingen i Sverige relativt i omvärlden	104
4.6	Summering.....	106
5	Modeller för tandvårdsersättning.....	109
5.1	Inledning.....	109
5.2	Fast lön	110
5.3	Styckeprisersättning.....	111
5.4	Ersättning per patient (capitation)	112
5.5	Olika ersättningssystem i praktiken	114
5.5.1	Ersättningssystem i olika länder	114
5.5.2	Ersättningen till vårdgivare i Sverige	117
5.6	Prisreglering	119
5.7	Erfarenheterna från högkostnadsskydd avseende protetik för dem som fyller minst 65 år	120
5.7.1	Konstruktion	121
5.7.2	Effekter av 65+reformen	123
5.7.3	Lärdomar av konstruktionen av 65+ reformen.....	125
5.8	Summering och slutsatser.....	126
6	Det nya tandvårdsstödet.....	129
6.1	Mål och principer	129
6.2	Ett skydd mot höga kostnader.....	131
6.2.1	Utgångspunkter	131
6.2.2	Tandvård till fast pris.....	132
6.2.3	Styckeprisbaserad tandvård.....	136
6.3	Styrningen av tandvården	143
6.3.1	Inledning	143
6.3.2	Kunskapsstyrning	144
6.3.3	Ersättningsberättigad tandvård.....	147

6.3.4	Kontroll	149
6.3.5	Referenspriser och tandvårdsmarknadens funktionssätt	150
6.4	Uppföljning och utvärdering	153
6.4.1	Behovet av statistik	154
6.4.2	Tandhälsa	155
6.4.3	Pris- och konsumtionsutveckling	156
6.4.4	Tidshorisont	157
7	Grundstödet	159
7.1	Bakgrund	159
7.2	Utformning och genomförande av grundstödet	160
7.2.1	Innehållet i grundstödet	161
7.2.2	Ersättningen för tandhälsobesöket	164
7.2.3	Grundstödet och dagens statliga tandvårdsstöd	166
7.2.4	Prissättningen av tandhälsobesöket	169
7.2.5	Kallelse till nytt tandhälsobesök	169
7.2.6	Skriftlig behandlingsplan med prisuppgifter	171
7.2.7	Prislista	172
7.2.8	Begäran om ersättning	173
7.2.9	Information om tandhälsa	175
7.2.10	Uppgifter till vårdgivare	176
7.2.11	Grundstödet och abonnemangstandvården	184
7.3	Uppföljning och utvärdering	186
7.4	Övriga åtgärder för att utveckla tandvårdsmarknaden	187
7.4.1	Informationsinsatser	187
7.4.2	Konsumenternas tandvårdsbyrå	189
7.4.3	Prisportal	191
8	Administrativa förutsättningar	195
9	Ikraftträdande	199
10	Ekonomiska konsekvenser	201
10.1	Beräkningsförutsättningar	201
10.1.1	Volym	201

10.1.2	Pris.....	204
10.2	Kostnadsberäkningar	205
10.2.1	Översikt.....	205
10.2.2	Graden av skydd mot höga kostnader.....	208
10.2.3	Patientens pris vid vanliga behandlingssituationer ...	209
10.2.4	Dynamiska effekter till följd av att fler besöker tandvården.....	213
10.2.5	Dynamiska effekter till följd av förändrade konsumtionsmönster.....	215
10.2.6	Abonnemangstandvården.....	218
10.2.7	Styrning och administration	219
11	Konsekvensanalys och fortsatt arbete	221
11.1	Författningsmässiga konsekvenser	221
11.2	Administration och kontroll.....	221
11.3	Fortsatt arbete.....	223
12	Författningskommentarer	225
12.1	Författningskommentar till ändringen i lagen om allmän försäkring	225
	20 kap. 9 b §.....	225
12.2	Författningskommentarer till ändringarna i förordningen om tandvårdstaxa	225
12.3	Författningskommentarer till ändringarna i förordningen (1980:995) om skyldighet för Försäkringskassan att lämna uppgifter till andra myndigheter	231
	Källförteckning	233
	Bilagor	
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv (Dir. 2005:136)	237
<i>Bilaga 2</i>	Förteckning över remissinstanser.....	247
<i>Bilaga 3</i>	Förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa	249

Förkortningar

EEG	Europeiska ekonomiska gemenskapen
EES	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
EG	Europeiska gemenskapen
EU	Europeiska unionen
FHI	Statens Folkhälsoinstitut
FSI	Forskningsgruppen för Samhälls- och informationsstudier
HSO	Handikappförbundens samarbetsorgan
KDM	Kunskapscenter för dentala material
KPI	Konsumentprisindex
NHS	National Health System
NPS	Socialstyrelsens nationella planeringsstöd
Prop.	Proposition
PTS	Post- och telestyrelsen
PUL	Personuppgiftslagen
RFV	Riksförsäkringsverket
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SCB	Statistiska Centralbyrån
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SOU	Statens offentliga utredningar
ULF	SCB:s undersökning om folkets levnadsförhållanden

Begrepp och definitioner

Med tandvårdsstöd menar utredningen i detta delbetänkande det tandvårdsstöd som staten och landstingen ansvarar för. När beskrivningen gäller den del av tandvårdsstödet som administreras av Försäkringskassan används begreppet det statliga tandvårdsstödet.

Utredningen använder begreppet vårdgivare i betydelsen fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård. De personer som konsumerar tandvård kallas i detta betänkande för patienter.

I detta betänkande används begreppet vårdgivarens pris i betydelsen det pris som vårdgivaren tar för att utföra en behandling. Detta kan betalas av patienten och/eller det offentliga.

När utredningen använder begreppet patientens pris är det i betydelsen det pris som patienten betalar, dvs. vårdgivarens pris med avdrag för ersättningen från det statliga tandvårdsstödet.

Med tandvårdsersättning menas ersättning från det statliga tandvårdsstödet.

Utredningen använder i detta betänkande begreppet tandhälsa synonymt med begreppen oral hälsa och munhälsa.

Utredningen använder i detta betänkande begreppet capitation som en beskrivning av ett tandvårdssystem där vårdgivaren får fast summa per patient den har behandlingsansvaret för.

När utredningen i detta betänkande använder begreppet styckepris ersättning syftar utredningen på ett ersättningsystem där vårdgivarens ersättning baseras på hur många och vilka åtgärder den utför.

Begreppet tandvård till fast pris används i detta delbetänkande som en beskrivning av ett system där vårdgivaren får en statlig ersättning per patient och patienten betalar en fast avgift till vårdgivaren. Patientens avgift till vårdgivaren kan variera på grund av bedömt vårdbehov.

Abonnemangstandvård erbjuds av en del vårdgivare och innebär att ett avtal tecknas mellan vårdgivare och patient. Detta innebär att patienten får tandvård under två års tid till ett fast pris, ofta angivet som ett pris per månad. Priset varierar för olika patienter och grundar sig på det tandvårdsbehov som vårdgivaren bedömer att den enskilde patienten har (riskbedömning).

Begreppet behandlingsomgång används i samband med protetiska åtgärder och tandreglering. En behandlingsomgång omfattar vård som planerats vid samma tillfälle och eventuellt ytterligare behov som uppkommit senare. En behandlingsomgång omfattar högst 12 månader.

I detta betänkande används begreppet åtgärd med respektive åtgärdsnummer. Dessa är hämtade från bilagan till förordningen om tandvårdstaxa samt bilagan till RFV:s föreskrift 1998:35.

Med latituder menas i detta betänkande att vårdgivaren har olika priser för samma åtgärd beroende på svårighetsgraden vid utförandet.

Odontologiska begrepp

Anamnes – patientens beskrivning av sin sjukdom och hur den uppstod.

Approximalyta – den yta på tandkronan som är vänd mot tanden framför eller bakom i tandbågen.

Avtagbar protetik – tandproteser som patienten själv kan ta ur munnen och sätta tillbaka.

Bastandvård – grundläggande undersökning, enklare förebyggande och reparativ behandling av befintliga tänder, rotbehandlingar, akuttandvård och viss kirurgi.

Behandlingsomgång – används i samband med protetiska åtgärder och tandreglering. En behandlingsomgång omfattar vård som planerats vid samma tillfälle och eventuellt ytterligare behov som uppkommit senare. En behandlingsomgång omfattar högst 12 månader. Tidsgränsen gäller inte om behandlingen endast omfattar tandreglering.

Bro – fast sittande protetisk konstruktion som enbart belastar patientens egna tänder alternativt implantat.

Enstegsbehandling – behandling som endast kräver en operation vid implantatbehandling.

Fyllning – lagning av hål i en tand, oftast med plastiskt material.

Gingivit – Tandköttinflammation.

Grav parodontit med pågående aktiv sjukdomsprocess – förlust av minst en tredjedel av tandbenet och tandköttfickor överstigande 6 millimeter som blöder vid upprepad sondering.

Helprotes – avtagbar protes, löständer, som ersätter tänderna i en tandlös käke.

Infektionsfri – Munhåla som är fri från karies, tandlossning eller käkbensinfektioner.

Intakta tänder – orörda oskadade tänder.

Implantat – skruvar av titan som opereras in i käkbenet och som konstgjorda tänder kan förankras vid.

Karies – tandröta, hål i tänderna.

Parodontit – inflammation i tandens upphängningsapparat, s.k. tandlossningssjukdom.

Plack – bakteriebeläggning, på tänderna. Kan orsaka tandlossning och karies.

Primärkaries – Tandröta, hål i tand på tidigare olagad tandyta.

Premolar – främre kindtand, tand nummer 4 och 5, räknat från mitten av tandraden.

Protetik = oral protetik. Den del av odontologin som behandlar problem rörande ersättning av tänder och käkar.

Pulpa – mjukvävnad som ligger centralt i tanden och består av blodkärl och nerver.

Rehabilitering – återskapande av tuggförmåga.

Restaurerande insatser – se reparativ tandvård (återupprätta, återställa).

Reparativ tandvård – lagning och reparation av tänder.

Sekundärkaries – Tandröta, hål i tand i anslutning till tidigare lagning.

Tandsten – förkalkat plack, fäster så hårt vid tanden och/eller i tandköttfickan att endast tandvårdspersonal kan avlägsna den. Kan delas upp i Salivsten – Synlig tandsten, tandsten över tandköttstranden och Subgingival tandsten – finns under tandköttstranden.

Tvåstegsbehandling – behandling som kräver en andra operation efter inläkningstiden vid implantatbehandling.

Sammanfattning

Sammanfattande översikt

Utredningen anser att tandvård till fast pris är det bästa systemet för att ge patienter förutsägbara tandvårdskostnader samt ett skydd mot höga kostnader. Systemet ger både vårdgivare och patienter tydligare incitament att verka förebyggande. Dessutom har ett sådant system förutsättningar att bli långsiktigt stabilt genom att det medger god kontroll över de statliga utgifterna.

Utredningen anser att alla patienter bör ha en möjlighet att teckna avtal om tandvård till fast pris. Detta innebär en omfattande omläggning av den statliga finansieringen av tandvård och ställer bl.a. krav på att tekniker för riskspridning hos enskilda vårdgivare utvecklas. Utredningen avser att föra en dialog med berörda parter om denna fråga och återkomma med förslag i slutbetänkandet. Utredningen föreslår att de system med fast pris som i dag finns i flera landsting och som har vissa likheter med utredningens förslag om tandvård till fast pris (s.k. abonnemangstandvård eller frisktandvård) stimuleras. Ett statligt stöd för utvecklingen av sådana system bör övervägas.

Eftersom det sannolikt kommer att ta lång tid att på bred front införa ett system med tandvård till fast pris kommer det under överskådlig tid att finnas parallella system inom det statliga tandvårdsstödet. Utredningen föreslår förändringar som utgår från dagens styckeprisbaserade ersättningssystem (ersättning per åtgärd). Utredningen har tidigare föreslagit ett särskilt stöd till förebyggande tandvård, det s.k. tandhälsobesöket, som skall göra det möjligt för patienten att genomgå undersökning och få viss förebyggande vård var artonde månad till ett pris på cirka 200 kronor. Nu föreslås ett styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader.

Utredningen föreslår att skyddet mot höga kostnader utformas så att patienten, efter att ha kommit upp i ett karensbelopp på

3 000 kronor, får en subvention med 50 procent av kostnaderna mellan 3 000 och 25 000 kronor och därefter en subvention med 85 procent av kostnaderna över 25 000 kronor. Den statliga bruttokostnaden för det nya tandvårdsstödet (inklusive det tidigare föreslagna grundstödet) för gruppen 20–64 år beräknas uppgå till som högst 4,6 miljarder kronor årligen. Från bruttokostnaden skall befintliga medel för det statliga tandvårdsstödet för gruppen 20–64 år dras ifrån, vilket för år 2005 uppgår till cirka 1,1 miljarder kronor. Utredningen lämnar även tre ytterligare alternativ till utformning. Utredningen kommer att överväga möjligheten att även införa ett kreditsystem för alla som kompletterar skyddet mot höga kostnader. När det gäller gruppen 65 år och äldre återkommer utredningen med förslag i slutbetänkandet. Utredningen skall även återkomma i frågan om hur det nya tandvårdsstödet skall förhålla sig till vad som gäller för de personer som i dag har rätt till förhöjd ersättning på grund av ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder.

Ett styckeprisbaserat system kräver ett omfattande och tydligt regelverk för att skapa kontroll över prisutvecklingen och för att definiera vilken tandvård som skall omfattas av det statliga stödet. Utredningen anser att den fria prissättningen bör bibehållas, men föreslår ett system med s.k. referenspriser. Referenspriserna bör ligga till grund för beräkningen av den statliga tandvårdsersättningen inom skyddet mot höga kostnader, och fungera som jämförelsepriser för patienterna. Utredningen föreslår att vårdgivarna ges en skyldighet att lämna prisuppgifter till Försäkringskassan. Konsumentverket föreslås utveckla en prisjämförelsetjänst på internet.

Utredningen anser att den statliga styrningen av tandvården är svag och splittrad. Utredningen lämnar ett flertal förslag till skärpt styrning och uppföljning av tandvården samt förbättrad statistik. Utredningen lämnar också flera förslag till hur patientens ställning på tandvårdsmarknaden skall kunna stärkas.

Utredningen anser att det nya tandvårdsstödet bör införas samlat. Risken med ett stegvist införande är att reformen uppfattas som krånglig och svåröverskådlig. Utredningen föreslår att det nya tandvårdsstödet införs tidigast under det första kvartalet 2008.

Uppdraget

Utredningens uppdrag är att föreslå ett nytt tandvårdsstöd som dels uppmuntrar till förebyggande åtgärder för att uppnå och bevara en god tandhälsa (grundstöd), dels möjliggör, till rimligare kostnad för patienten, reparativ tandvård och protetik (skydd mot höga kostnader). Utredningen skall även överväga behovet av skydd mot extremt höga kostnader och se över reglerna om återkrav vid omgörning av protetik.

Utredningen lämnade i mars 2006 förslag till övergripande utformning av det s.k. grundstödet. I detta betänkande lämnas förslag till övergripande utformning av det nya tandvårdsstödet samt olika alternativ, inklusive kostnadsberäkningar, till ett skydd mot höga kostnader för gruppen 20-64 år. Vidare lämnas författningsförslag såvitt avser grundstödet. Den 1 december 2006 lämnas förslag om karensbelopp och ersättningsnivåer för gruppen äldre än 65 år samt förslag till författningsändringar för att det nya tandvårdsstödet skall kunna införas.

Bakgrund

Det statliga tandvårdsstödet är inriktat på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för bastandvård. Det finns även ett visst stöd för protetiska åtgärder. Ersättningen betalas ut med fasta krontalsbelopp per åtgärd. För personer som är 65 år och äldre finns ett särskilt högkostnadsskydd för protetiska åtgärder. I det statliga tandvårdsstödet finns även ett särskilt stöd för personer som har ett ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder. Ersättningen inom det statliga tandvårdsstödet lämnas i huvudsak som en ersättning per utförd åtgärd. Tandvårdsstödet lämnar dock även en annan form av ersättning till den s.k. abonnemangstandvården, som erbjuds inom flera landsting. Abonnemangstandvården innebär att vårdgivaren erbjuder tandvård till en i förväg fastställd avgift. Även den statliga ersättningen är ett fast belopp per patient och år.

Tandhälsa

Tandhälsoutvecklingen i Sverige har varit gynnsam sedan 1970-talet. Allt fler äldre individer har allt fler kvarvarande egna tänder. Detta kan bl.a. förklaras av en framgångsrik förebyggande tandvård och användning av fluorpreparat. Det offentliga tandvårdsstödet har inneburit ekonomiska möjligheter för fler personer att få tillgång till tandvård till rimliga kostnader. De kraftigaste förbättringarna av tandhälsan hänförs främst till 1980-talet. Idag är förbättringstakten inte lika tydlig och det finns vissa indikationer på att den avstannat.

Den svenska vuxna befolkningen kan grovt delas upp i olika generationer utifrån tandhälsa. I gruppen 20-39 år dominerar individer med i stort sett alla tänder i behåll, ett fåtal lagade tänder och relativt goda parodontala förhållanden. Denna åldersgrupp har växt upp med tillgång till olika fluorpreparat ("fluorgenerationen"). I jämförelse har gruppen 40-59 år i genomsnitt något färre tänder, ett större antal fyllningar, mer kron- och broprotetik och rotbehandlingar samt något sämre parodontala förhållanden ("fyllningsgenerationen"). Detta blir än mer uttalat i gruppen 60 år och äldre, i vilken dessutom den största andelen med såväl konventionell som käkbenförankrad protetik (implantat) återfinns ("protetikgenerationen"). I de allra äldsta åldersgrupperna finns många individer som saknar alla eller ett stort antal tänder och som har avtagbara protetiska ersättningar.

I takt med att tandhälsan förbättras ökar behoven av tandvård. Detta kallas ibland för tandvårdens paradox. Med fler egna tänder i munnen ökar behovet av reparation och underhåll. Tandhälsoförbättringen leder dock samtidigt till att de ökade tandvårdsbehoven ändrar karaktär och medför en tydligare tyngdpunkt på förebyggande insatser.

Tandvårdskonsumtion

De vanligaste åtgärderna som utförs inom tandvården är hänförliga till bastandvården. De mest kostsamma åtgärderna är dock protetiska åtgärder i form av kronor och implantatbehandlingar. Tillsammans utgör dessa åtgärder drygt 60 procent av de totala utgifterna i det statliga tandvårdsstödet.

Det har skett en förskjutning av tandvårds konsumtionen från bastandvård till protetiska åtgärder. Denna förskjutning har förstärkts av 65+-reformen, men även denna obeaktad har andelen protetiska åtgärder ökat.

Huvuddelen av utgifterna i det statliga tandvårdsstödet, drygt 70 procent, betalas ut till privata vårdgivare.

Cirka 80 procent av patienterna betalade mindre än 3 000 kronor för sin tandvård under 2005. Det genomsnittliga vårdgivarpriset ökar med stigande ålder. Endast en liten andel av patienterna har höga tandvårdskostnader under flera år i följd.

Sverige tillhör de länder som lägger störst del av bruttonationalinkomsten (BNI) på tandvård.

Prisutvecklingen

Variationen i prisökningstakt mellan olika landsting har varit stor under perioden 1998–2006. Utredningen menar att dessa skillnader inte huvudsakligen kan förklaras av att kostnaderna ökat olika mycket för landstingen. Det är troligt att det även 1999 fanns skillnader i produktivitet och kostnadsnivåer pga. strukturella skillnader som först efter prisavregleringen blivit synliga.

Utredningen anser att kraven på landstingen att särredovisa folktandvården bör skärpas. För att kunna klarlägga om det förekommer offentliga subventioner av folktandvården eller inte behöver transparensen öka.

Modeller för tandvårdsersättning

Det finns två huvudalternativ till system för ersättning av tandvård; ersättning per patient (capitation) och ersättning per åtgärd (styckepris). Egenskaperna hos de olika systemen skiljer sig åt.

Capitationslösningar medför en risk för problem med skevt urval och underbehandling. I ett sådant system finns inte några ekonomiska incitament för vårdgivarna att överbehandla patienterna. Dessutom ger ett capitationssystem förutsägbara tandvårdskostnader för såväl patienten som staten.

Styckeprisbaserade system är kostnadsdrivande både när det gäller pris och volym. Vårdgivarna ges ekonomiska incitament att öka produktionen och det skapas en risk för överbehandling. Där-

emot löser styckeprisersättning i stor utsträckning problem med skevt urval och underbehandling.

65+-reformen visar på de problem som kan skapas genom ett system med styckeprisersättning. Regelverket för reformen har varit allt för otydligt, vilket lett till att kontrollen över de statliga utgifterna varit mycket svag. Den statliga kostnaden har blivit nästan tre gånger högre än vad som ursprungligen prognostiserades. Vidare har 65+-reformen inneburit ekonomiska incitament för vårdgivarna att i ökad utsträckning utföra protetisk behandling.

Det nya tandvårdsstödet

På lång sikt är det bästa skyddet mot höga kostnader en satsning på förebyggande insatser som minimerar vårdbehovet. Styrningen av tandvården skall därför, oavsett ersättningssystem, inriktas mot att stödja beteenden hos vårdgivare och patienter som minskar tandvårdsbehoven på längre sikt.

Utredningen anser att det nya statliga tandvårdsstödet bör ha två syften.

- Det första syftet är att stödja ett hälsofrämjande beteende hos patienter och vårdgivare så att personer med god tandhälsa bibehåller denna. Friska personer skall fortsätta att vara friska, vilket är det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader på sikt.
- Det andra syftet är att göra det möjligt för patienter med stora tandvårdsbehov att få tandvård till rimligare kostnad än i dag och därigenom få en bättre tandhälsa. Personer med sämre tandhälsa skall få ett kraftfullt stöd så att de ges ekonomiska förutsättningar att få tandvård och därigenom en god tandhälsa.

Tandvård till fast pris (capitationslösningar) ger tydliga incitament för vårdgivare och patient att verka förebyggande. Systemet leder även till att kostnaderna för patienterna och staten blir förutsägbara. För att tandvård till fast pris även skall ge ett skydd mot höga kostnader krävs att staten kan subventionera de patienter som har de högsta tandvårdskostnaderna, i samma grad som i ett styckeprisbaserat system. För att detta skall vara möjligt krävs enhetliga och kontrollerbara riskgrupper.

Utredningen anser att system med tandvård till fast pris på sikt bör vara det dominerande inslaget på tandvårdsmarknaden. Utred-

ningen avser att i sitt fortsatta arbete föra en dialog med företrädare för vårdgivarna och professionerna i syfte att utarbeta förslag till hur en nationell modell skall kunna tas fram. I dialogen bör även berörda myndigheter, såsom Försäkringskassan och Konkurrensverket m.fl., delta.

Eftersom det sannolikt kommer att ta lång tid att införa ett system med tandvård till fast pris på bred front kommer det under överskådlig tid att finnas parallella system inom det statliga tandvårdsstödet. De förslag till förändringar som nu lämnas utgår från dagens styckeprisbaserade ersättningssystem. Utredningen har tidigare föreslagit ett särskilt stöd till förebyggande tandvård, det s.k. tandhälsobesöket. Nu föreslås ett styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader. För att minska riskerna för en okontrollerad kostnadsutveckling lämnar utredningen ett flertal principförslag som syftar till att förtydliga och skärpa regelverket samt att förstärka den statliga styrningen inom tandvårdsområdet.

Den styckeprisbaserade tandvårdsersättningen bör beräknas utifrån dagens åtgärdslista. Varje åtgärd bör åsättas ett referenspris som utgör grunden för beräkningen av tandvårdsersättningen. Detta innebär att det ges lika stor subvention för samma behandling oavsett vilket pris vårdgivaren tar. Tandhälsobesök, för vilka det utgår tandvårdsersättning, bör inte ingå i beräkningen av rätten till ersättning inom skyddet mot höga kostnader. Skyddet mot höga kostnader bör beräknas för en tolv månadersperiod som är individuell och inte baserad på kalenderår.

Utredningen lämnar fyra alternativ till styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader. Utredningen förordar alternativ 1.

	Alt 1	Alt 2	Alt 3	Alt 4
Karensbelopp (kronor)	3 000	5 000	3 000	5 000
Ersättning (procent av kronor)	25 000	20 000	20 000	20 000
	3 000–25 000:	5 000–20 000:	3 000–20 000:	5 000–20 000:
	50 %	70 %	70 %	40 %
	över 25 000:	över 20 000:	över 20 000:	över 20 000:
	85 %	85 %	85 %	60 %

I bedömningen av de olika alternativen tar utredningen ställning till dels graden av skydd mot höga kostnader som patienten får, dels förutsättningarna för kontroll av kostnadsutvecklingen. Alternativ 4 ger i samtliga kostnadslägen det sämsta skyddet mot höga kostnader. Utredningen anser att skyddet är så pass lågt att målsätt-

ningarna med tandvårdsstödet riskerar att inte kunna uppfyllas. Alternativ 1, 2 och 3 är relativt likvärdiga i graden av skydd mot höga kostnader, dock med vissa skillnader. Alternativ 3 ger det bästa skyddet i alla kostnadslägen. Utredningen anser dock att detta alternativ medför betydande svårigheter att kontrollera kostnadsutvecklingen. Alternativ 1 har en något lägre ersättningsgrad för kostnader upp till 25 000 kronor än alternativ 2, men ger å andra sidan ersättning från en lägre nivå än alternativ 2. Alternativ 1 når därmed fler patienter än alternativ 2. Skyddet mot extremt höga kostnader i alternativ 1 respektive 2 är likvärdigt. Utredningen förordar alternativ 1 då detta alternativ medger balans mellan att ge ett skydd mot höga kostnader till en stor grupp av patienter och möjligheten att kontrollera kostnadsutvecklingen.

I tabellen nedan ges exempel på patientens pris för vanliga behandlingar i dagens system och i det nya tandvårdsstödet enligt det alternativ som utredningen förordar.

	Vårdgivar- pris	Dagens system 20–29 år	Dagens system 30–64 år	Förslag 20–64 år
BP 2 (undersökning, förebyggande vård)	700	540	650	200
BP 4 (undersökning, förebyggande åtgärder, flerytsfyllning)	2 000	1 700	1 800	1 500
BP 5 (undersökning, förebyggande vård, rotfyllning, pelare, krona)	7 700	7 100	7 200	4 900
BP 9 (akutbesök, rotfyllning, krona)	4 300	3 600	3 600	3 600
BP 11 (undersökning, singel-implantat, operation, krona)	17 000	14 000	14 100	9 500
BP 12 (undersökning, helkårs-implantat, operation, bro)	61 700	38 000	38 100	19 000

Anm. BP avser behandlingspaket enligt Försäkringskassans definition av vanliga behandlingssituationer.

Utredningen kommer att överväga möjligheten att införa ett kreditsystem för alla som komplement till skyddet mot höga kostnader.

Utredningen föreslår att definitionen av ersättningsberättigad tandvård förtydligas. Definitionen bör ta hänsyn till vad som är evidensbaserad tandvård, vad som är kostnads- och samhälls-ekonomiskt effektivt samt prioriteringarna inom ramen för tandvårdsstödet. Som ett underlag till besluten om ersättningsberättigad tandvård bör det genomföras en prioriteringsutredning.

Referenspriserna skall fungera dels som grund för den statliga subventionen, dels som jämförelsepriser för patienterna. Den årliga revideringen av referenspriserna bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetens utvecklingen i form av bland annat utveckling av nya behandlingar och material. Karensbeloppen bör räknas upp och justeras i samma takt som referenspriserna.

Regeringen bör årligen fatta beslut om revidering av definitionen av ersättningsberättigad tandvård och av referenspriserna. Det bör övervägas att införa en särskild nämnd som tar fram beslutsunderlag och förslag till beslut. Nämnden kan organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan.

Utredningen föreslår att regeringen tydliggör Socialstyrelsens roll på tandvårdsområdet. Socialstyrelsen bör i större utsträckning än idag utfärda nationella riktlinjer för att öka kunskapsbasen i tandvården. Riktlinjerna bör även omfatta olika behandlingars kostnads- och samhällsekonomiska effektivitet.

Utredningen föreslår att Försäkringskassans resurser för kontroll bibehålls men att de bör ändra inriktning. Kontrollinsatser i efterhand baserade på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden bör prioriteras högre medan förhandsprövningarna bör begränsas till de allra mest svårbedömda fallen.

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ges ett förtydligt ansvar för statistik om tandvårdskostnader, patientpriser och tandvårdskonsumtion samt att Socialstyrelsen ges ett förtydligt ansvar för statistik om tandhälsa för vuxna samt i uppdrag att svara för en tandhälsodatabas för vuxna. Särskilda kvalitetsregister inom tandvården bör inrättas. Ett register för dentala implantat bör prioriteras. Det bör genomföras ett utvärderingsprogram av det nya tandvårdsstödet. Utvärderingsprogrammet bör främst genomföras av oberoende forskare.

Ekonomiska konsekvenser

Av tabellen framgår de totala beräknade årliga statliga bruttokostnaderna för det nya tandvårdsstödet avseende åldersgruppen 20–64 år.

Kostnadsberäkningar (miljoner kronor)	Alt 1	Alt 2	Alt 3	Alt 4
<i>Skyddet mot höga kostnader (20–64 år)</i>				
Lågt räknat	2 230	1 650	3 710	730
Högt räknat	3 000	2 190	4 520	1 060
<i>Grundstödet (20–64 år)</i>				
	1 520	1 520	1 520	1 520
<i>Styrning och administration</i>				
	55	55	55	55
<i>Hela det nya tandvårdsstödet (20–64 år)</i>				
Lågt räknat	3 800	3 200	5 300	2 300
Högt räknat	4 600	3 800	6 100	2 600

Från de ovan angivna bruttokostnaderna skall befintliga medel i tandvårdsstödet för gruppen 20–64 år dras ifrån, vilket för år 2005 uppgår till cirka 1 100 miljoner kronor.

Utredningen anser att det finns stora behov av att förbättra den statliga styrningen av tandvårdsområdet. Detta för att garantera att det ökade statliga stödet ger önskade effekter. Utredningen föreslår ökade resurser om totalt 55 miljoner kronor för administration av det nya tandvårdsstödet och förstärkt styrning och uppföljning av tandvården. De myndigheter som berörs av förslagen är Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Konsumentverket. Vidare föreslås resurser för ett utvärderingsprogram av det nya tandvårdsstödet.

Grundstödet

Utredningen lämnar de författningsförslag som är nödvändiga för att grundstödet skall kunna införas. Utredningen lämnade principförslag avseende grundstödet i föregående betänkande. Betänkandet har remissbehandlats vid ett remissmöte och remiss-

synpunkterna redovisas i detta betänkande. Förslagen som nu lämnas överensstämmer i huvudsak med de principförslag som lämnades tidigare.

Administrativa förutsättningar

Utredningen anser att den avgörande faktorn för att det nya tandvårdsstödet skall kunna införas är att det utvecklas ett nytt IT-stöd. Utredningens bedömning är att ett nytt IT-stöd kan vara utvecklat tidigast i slutet av 2007.

Ikraftträdande

Utredningen föreslår att det nya tandvårdsstödet införs samlat. Risken med ett stegvist införande är att reformen uppfattas som krånglig och svåröverskådlig. Vidare bedöms de administrativa kostnaderna, både för vårdgivarna och för staten, att öka om införandet sker etappvis. Hälsovinster av att införa grundstödet något år tidigare än övriga delar av det nya tandvårdsstödet bedöms som marginella. Utredningen föreslår att införandet sker tidigast under första kvartalet 2008.

Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att det i lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall införas en ny paragraf, 20 kap. 9 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

20 kap.

9 b §

Försäkringskassan får utan hinder av sekretess på begäran lämna ut uppgifter om tidpunkten för enskilds senaste tandhälsobesök till en vårdgivare om denna behöver uppgiften för att beräkna ersättning enligt 2 kap. 3 § denna lag.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

1.2 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxan

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa

dels att 2, 4, 8, 9, 10, 11, 15, 23, 26 och 28 §§ och bilagan till förordningen skall ha följande lydelse,

dels att det i förordningen skall införas fyra nya paragrafer, 2 a, 2 b, 2 c och 2 d §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

En vårdgivare är skyldig att i den mån det är möjligt ta emot försäkrade för tandvård. Akuta fall skall behandlas med förtur.

Vårdgivaren bör efter utförd behandling se till att den försäkrade inom lämplig tid kallas till ny undersökning.

2 a §

I ett tandhälsobesök skall ingå

1. klinisk undersökning och diagnostik inklusive nödvändiga röntgenbilder för att vårdgivaren skall kunna registrera förekomst av karies och parodontit,

2. klinisk undersökning och diagnostik av munslemhinnor,

3. bedömning av aktuell sjukdomsrisk,

4. hälsorådgivande samtal,

5. borttagande av mjuka beläggningar (plack) och synlig tandsten (salivsten), samt

6. bedömning av behov av ytterligare undersökning, behandling och kompletterande röntgenundersökning.

Om patienten har behov av det skall i tandhälsobesöket även ingå fluorlackning och enklare justeringar av fyllningar.

2 b §

Vårdgivaren skall, i den mån det är möjligt, inom lämplig tid efter tandhälsobesöket kalla patienten till ett nytt tandhälsobesök. Kallelsen skall innehålla uppgifter om vad besöket omfattar och en prisuppgift för det.

2 c §

Ersättning för tandhälsobesök lämnas endast under förutsättning att en tandvårdsräkning avseende sådan ersättning kommer in till Försäkringskassan inom två veckor från behandlingstillfället.

2 d §

Om patienten är i behov av behandling utöver vad som ingår i tandhälsobesöket, skall vårdgivaren snarast ge patienten en skriftlig behandlingsplan.

Av behandlingsplanen skall framgå

- föreslagen behandling inklusive prisuppgift,*
- odontologiska skäl för den föreslagna behandlingen, samt*
- alternativa behandlingsförslag inklusive prisuppgifter för dessa.*

4 §²

Försäkringskassan lämnar tandvårdsersättning för åtgärder som utförts hos vårdgivaren.

Sådan ersättning lämnas till vårdgivaren *med ett grundbelopp som bestäms för varje åtgärd eller* för bastandvårdsabonnemang enligt 8 §. Enligt 13 a § lämnas i vissa fall ersättning enligt bestämmelserna om högkostnads-skydd för protetiska åtgärder. För tandvård enligt 13 a § lämnas tandvårdsersättning med högst ett belopp som vid tidpunkten då Försäkringskassan beslutar om behandlingsförslaget motsvarar folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs.

Grundbeloppens storlek framgår av tandvårdstaxan i bilaga till denna förordning. När tandvårdsersättningen beräknas avrundas belopp som slutar på öretal på femtio eller däröver uppåt och annat öretal nedåt till helt krontal.

Sådan ersättning lämnas till vårdgivaren med ett *belopp* som för *tandhälsobesök och enskilda åtgärder* bestäms enligt 8 § *samt* för bastandvårdsabonnemang enligt 10 §. Enligt 13 a § lämnas i vissa fall ersättning enligt bestämmelserna om högkostnads-skydd för protetiska åtgärder. För tandvård enligt 13 a § lämnas tandvårdsersättning med högst ett belopp som vid tidpunkten då Försäkringskassan beslutar om behandlingsförslaget motsvarar folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs.

Grundbeloppens storlek framgår, *med undantag för abonnemangstandvård*, av tandvårdstaxan i bilaga till denna förordning. När tandvårdsersättningen beräknas avrundas belopp som slutar på öretal på femtio eller däröver uppåt och annat öretal nedåt till helt krontal.

8 §³

För bastandvård lämnas ersättning från försäkringen med det grundbelopp som anges vid varje åtgärd i tandvårdstaxan. Ersättning lämnas dock inte för fyllning enligt avdelning A, punkt 54, 55 och 91 om fyllningen görs med amalgam. Ersättningen lämnas inte per åtgärd om patienten och vårdgivaren har ett gällande abonnemangsavtal enligt 10 §.

² Senaste lydelse 2004:903.

³ Senaste lydelse 2002:267.

Ersättning för undersökning enligt avdelning A, punkt 11 och 12 i tandvårdstaxan lämnas endast för patienter som under det år undersökningen görs fyller minst 20 år eller högst 29 år samt för patienter som under det år undersökningen görs fyller minst 65 år.

När patienten gjort sitt första tandhälsobesök lämnas ersättning med ett belopp om 500 kronor till vårdgivaren. Ersättningen för efterföljande tandhälsobesök lämnas enligt tabellen nedan.

<i>Antalet hela månader sedan föregående ersättningsberättigande tandhälsobesök</i>	<i>Beräknad ersättning (kronor)</i>
12	334
13	362
14	389
15	417
16	445
17	473
18	500

9 §⁴

För personer som under det år vården ges fyller minst 65 år lämnas ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för bastandvård enligt avdelning A, punkt 13–16, 18, 19, 22, 24, 25, 31–35, 41–43, och 54–56.

För personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder lämnas ersättning med dubbla grundbelopp för all

För personer som under det år vården ges fyller minst 65 år lämnas ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för bastandvård enligt avdelning A, punkt 13–16, 18, 19, 22, 25, 31–35, 41–43, och 54–56.

För personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder lämnas ersättning med dubbla grundbelopp för all

⁴ Senaste lydelse 2002:267.

sådan bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret

sådan bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. *Detta gäller inte i fråga om tandhälsobesök.*

I andra fall än som avses i första och andra styckena lämnas ersättning för bastandvård enligt avdelning A, punkt 22 med ett grundbelopp till personer som har diagnosen grav parodontit med pågående aktiv sjukdomsprocess.

10 §

Ersättning för bastandvård lämnas om en patient har slutit ett avtal med en vårdgivare om att denne under en tvåårsperiod skall utföra all bastandvård som patienten är i behov av till en kostnad som bestäms i avtalet (abonnemangstandvård).

Ersättning vid abonnemangstandvård lämnas med det grundbelopp som framgår av avdelning A, punkt 97 och 98 i tandvårdstaxan.

Ersättning för bastandvård lämnas om en patient har slutit avtal med en vårdgivare om att denne, under en period av tre år skall utföra all bastandvård, inklusive tandhälsobesök, som patienten behöver (abonnemangstandvård). *Patientens avgift för detta skall framgå av avtalet.*

Ersättning vid abonnemangstandvård lämnas med ett grundbelopp om 400 kronor per år. Dubbelt grundbelopp är alltså 800 kronor per år.

Har vid avtalets ingående kortare tid än 18 månader förflutit sedan föregående ersättningsberättigande tandhälsobesök, lämnas ersättning för första året i abonnemangsperioden enligt tabellen nedan.

<i>Antal hela månader sedan föregående ersättningsberättigande tandhälsobesök</i>	<i>Grundbelopp för första året i abonnemangsperioden (kronor)</i>
12	233
13	261
14	289
15	317
16	344
17	372
18	400

Ersättning från försäkringen lämnas inte om patienten vid avtalets ingående redan omfattas av ett gällande abonnemangsavtal.

11 §⁵

Ett bastandvårdsabonnemang skall för att ersättning från försäkringen skall lämnas innehålla

- uppgifter om abonnemangsperioden,
- en plan som innefattar ett program med de undersökningar och förebyggande åtgärder som planeras under abonnemangsperioden och
- uppgifter om avgiften för abonnemanget.

Bastandvårdsabonnemang skall tecknas enligt formulär som Försäkringskassan fastställer.

En vårdgivare skall snarast underrätta Försäkringskassan när ett avtal om bastandvårdsabonnemang har upphört att gälla eller om vårdgivaren av någon anledning inte kan fullgöra sitt åtagande enligt avtalet.

Har ett avtal om abonnemangstandvård upphört att gälla skall, vid tillämpning av 8 §, ersättningen beräknas utifrån det senaste tandhälsobesöket inom abonnemangsperioden.

⁵ Senaste lydelse 2004:903.

15 §⁶

En vårdgivare är för all ersättningsberättigad tandvård som denne ger skyldig att upprätta en tandvårdsräkning och ge in den till Försäkringskassan samt lämna andra uppgifter som Försäkringskassan föreskriver.

En vårdgivare är vidare skyldig att upprätta ett undersökningsprotokoll efter varje tandhälsobesök. Undersökningsprotokollet skall lämnas till patienten i samband med tandhälsobesöket.

Tandvårdsräkningar upprättas enligt formulär som Försäkringskassan fastställer.

Tandvårdsräkningar och undersökningsprotokoll upprättas enligt formulär som Försäkringskassan fastställer.

23 §⁷

En vårdgivare är på begäran av Försäkringskassan eller en domstol skyldig att i ärenden om förhandsprövning eller tandvårdsersättning lämna upplysning samt förete journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en försäkrad.

Vårdgivaren är också skyldig att på begäran av Försäkringskassan för uppföljning och utvärdering lämna uppgifter om behandling enligt denna förordning.

Vårdgivaren är också skyldig att, för uppföljning och utvärdering, lämna uppgifter om behandling och priser på begäran av Försäkringskassan.

⁶ Senaste lydelse 2004:903.

⁷ Senaste lydelse 2004:903.

26 §

Ett exemplar av denna förordning med bilaga skall finnas på en för patienten väl synlig plats inom vårdgivarens mottagning. I anslutning härtill skall finnas en lista med de priser som vårdgivaren tar ut för varje åtgärd.

Ett exemplar av denna förordning med bilaga skall finnas på en för patienten väl synlig plats inom vårdgivarens mottagning. I anslutning härtill skall finnas en lista med de priser som vårdgivaren tar ut för varje åtgärd. *Vårdgivaren skall även tillhandahålla patienten en kopia av denna lista.*

Av prislistan skall det också framgå om vårdgivaren har en försäkring för att göra om protetiska arbeten.

28 §⁸

Försäkringskassan får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställighet av denna förordning. Därvid får Försäkringskassan meddela särskilda föreskrifter för ersättningsberäkningen.

Försäkringskassan får även meddela föreskrifter om vilka uppgifter som enligt 23 § skall lämnas till Försäkringskassan och på vilket sätt detta skall ske.

-
1. Denna förordning träder i kraft den xxxx
 2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om abonnemangsavtal som slutits före denna förordnings ikraftträdande.

⁸ Senaste lydelse 2004:903.

*Bilaga***Avdelning A. Bastandvård**

	Grundbelopp kr	Ett och ett halvt grund- belopp kr	Dubbelt grundbelopp kr
1. Undersökning, diagnostik, rådgivning			
<i>10.1 Tandhälsobesök utfört av tandläkare, se 8 § förordningen</i>			
<i>10.2 Tandhälsobesök utfört av tandhygienist, se 8 § förordningen</i>			
<i>11 Undersökning</i>			212
<i>12 Undersökning och diagnostik utförd inom tandhygienistens kompetensområde</i>			212
13 Röntgenundersökning, intraoral, per bild	7	11	14
14 Panoramaröntgen	79	119	158
15 Röntgenundersökning, komplett för munhålan	122	183	244
16 Röntgenundersökning, extraoral, per bild	20	30	40
18 Laboratoriekostnader vid mikrobiologisk undersökning	60	90	120
19 Laboratorieundersökning (PAD)	80	120	160
2. Förebyggande åtgärder			
<i>22 Förebyggande åtgärder och avlägsnande av beläggning, tandsten och överskott samt puts och polering. Behandling av patient med om- fattande behandlingsbehov</i>	106	159	212
<i>24 Förebyggande åtgärder av mindre omfattning</i>			106
25 Profylaxskena, per skena	122	183	244
9. Övrig behandling inom bastandvården			
91 Undersökning och behandling av akutpatient	106		212
92 Rådgivning och diagnostik av till specialist remitterad patient (ej protetik och tandreglering)	217		434
93 Mjukplastskena för bettfysiologisk behandling, per skena	122		244
<i>97 Abonnemang på bastandvård för vuxna under 30 år, se 10 § förordningen</i>			
<i>98 Abonnemang på bastandvård för vuxna från 30 år, se 10 § förordningen</i>			
99 Hjälpmedel 60 % av patientkostnaden			

1.3 Förslag till ändring i förordningen (1980:995) om skyldighet för Försäkringskassan att lämna uppgifter till andra myndigheter

Här igenom föreskrivs att 3 § förordningen (1980:995) om skyldighet för Försäkringskassan att lämna uppgifter till andra myndigheter skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §⁹

Försäkringskassan skall på begäran lämna uppgifter om enskildas adress, deras arbetsgivarers namn och adress samt enskildas ekonomiska förhållanden och den tidsperiod en utgiven ersättning avser till följande myndigheter, om uppgifterna behövs i ärenden där:

1. polismyndighet,
2. åklagarmyndighet,
3. Kronofogdemyndigheten,
4. Skatteverket,
5. Brottsoffermyndigheten,
6. socialnämnd,
7. Kriminalvården,
8. studiestödsmyndighet,
9. myndighet som har hand om ärenden om bostadsbidrag,
10. offentlig sjukvårdshuvudman när det gäller ärenden om avgift för vård på enskild sjukvårdsinrättning.

Försäkringskassan skall på begäran lämna uppgifter om enskildas adress, deras arbetsgivarers namn och adress samt enskildas ekonomiska förhållanden och den tidsperiod en utgiven ersättning avser till följande myndigheter, om uppgifterna behövs i ärenden där:

1. polismyndighet,
2. åklagarmyndighet,
3. Kronofogdemyndigheten,
4. Skatteverket,
5. Brottsoffermyndigheten,
6. socialnämnd,
7. Kriminalvården,
8. studiestödsmyndighet,
9. myndighet som har hand om ärenden om bostadsbidrag,
10. offentlig sjukvårdshuvudman när det gäller ärenden om avgift för vård på enskild sjukvårdsinrättning.

⁹ Senaste lydelse 2005:1001.

11. vårdgivare som lämnar vård vid folktandvårdsklinik eller högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs när det gäller ärenden om ersättning enligt 8 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

Försäkringskassan skall på begäran lämna den myndighet som handlägger ärenden enligt lagen (1994:1811) om disciplinansvar inom totalförsvaret, m.m. uppgift om en enskilds dagpenning enligt 2 kap. 2 § förordningen (1995:239) om förmåner till totalförsvarspliktiga, om uppgiften behövs i ett ärende där.

1 Dagens tandvårdsstöd

I detta kapitel beskrivs i korthet hur dagens tandvårdsstöd har växt fram och är utformat. Här finns också en redogörelse för olika myndigheters roll inom tandvårdsområdet samt en översikt av de totala tandvårdskostnaderna.

1.1 Framväxten av det offentliga tandvårdsstödet

År 1974 infördes det i Sverige en allmän tandvårdsförsäkring. Syftet var att göra tandvården ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Målet för försäkringen var att skapa lika möjligheter för alla vuxna att få en god tandvård till en överkomlig avgift. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och den statliga ersättningen omfattade alla åtgärder. Såväl den statliga ersättningen som patienternas pris reglerades av en statlig tandvårdstaxa. Denna tandvårdsreform innebar också en utbyggnad av folktandvården där landstingen fick ett lagstadgat ansvar för barn- och ungdomstandvården samt specialisttandvården.

Tandvården var prisreglerad fram till år 1999 då det också genomfördes en omstrukturering av ersättningssystemet för vuxentandvården. Reformen innebar att tandvårdsförsäkringen skulle inriktas på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, s.k. bastandvård. Dessutom infördes ett särskilt högkostnadsskydd för mer omfattande och kostnadskrävande protetiska behandlingar och vid tandreglering. Stödet för bastandvården innebar att tandvårdsersättning lämnades för all tandvård, med undantag för i huvudsak undersökningar och protetiska åtgärder, med fasta krontalsbelopp per utförd åtgärd enligt en ny tandvårdstaxa. Ersättningen motsvarade då ungefär 30 procent av arvoden i 1998-års tandvårdstaxa. Vårdgivarna skulle fastställa patientavgiften. För bastandvården infördes också en möjlighet att teckna abonnemang, vilket gav patienten

möjlighet att få sitt behov av bastandvård tillgodosett under en tvåårsperiod till en fast avgift som vårdgivaren fastställer.¹

Det statliga tandvårdsstödet sågs senast över i utredningen Tandvårdsöversyn 2000.² I utredningens uppdrag låg att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet som trädde i kraft 1999. De förslag utredningen lämnade i sitt delbetänkande³ låg till grund för införandet under 2002 av ett högkostnadsskydd för äldre, den s.k. 65+-reformen.

1.2 Det offentliga tandvårdsstödet

Tandvården och tandvårdsstödet är reglerade i en mängd författningar. Det statliga tandvårdsstödet regleras i lagen (1962:381) om allmän försäkring och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. I tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdsförordningen (1998:1338) regleras hur tandvården skall utföras samt landstingens ansvar för tandvården. För yrkesutövarna inom tandvården finns bestämmelser om behörighet och legitimation i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Utöver detta har Försäkringskassan och Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och rekommendationer inom tandvårdsområdet.

I tandvårdslagen definieras målet för och kraven på en god tandvård. Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på god tandvård. Detta innebär att det skall läggas särskild vikt vid förebyggande åtgärder, att den skall vara tillgänglig och av god kvalitet. En god tandvård innebär också att vårdgivare tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, att vården bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt att vården främjar goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. Vårdgivaren skall så långt som möjligt, utforma samt genomföra vården och behandlingen i samråd med patienten. Vårdgivaren skall också upplysa patienten om hans eller hennes tandhälsotillstånd och om tillgängliga behandlingsmetoder. Innan vårdgivaren börjar en behandlingsperiod skall patienten upplysas om vad behandlingen kan komma att kosta.

Av tandvårdslagen framgår att varje landsting skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstingen

¹ Prop. 1997/98:112.

² SOU 2000:53.

³ SOU 2001:36.

skall även erbjuda en god tandvård till dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.⁴ Landstingen ansvarar också för tandvårdsstödet till äldre och funktionshindrade som har ett stort omsorgsbehov. Denna vård omfattar bland annat en avgiftsfri munhälsobedömning och individuell rådgivning. För personer som behöver tandvård som ett led i sjukdomsbehandling och som behöver oralkirurgi har landstingen också ansvaret. Landstingen ansvarar även för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Detta regleras i tandvårdslagen och tandvårdsförordningen.

1.2.1 Det statliga tandvårdsstödet

Dagens statliga tandvårdsstöd regleras i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Det är inriktat på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för bastandvård och ett visst stöd för protetiska åtgärder. Försäkringskassan lämnar ersättning för åtgärder inom bastandvården och den betalas ut med fasta krontalsbelopp för varje åtgärd, s.k. grundbelopp.⁵ Det finns ett generellt högkostnadsskydd för protetik och tandreglering. I dessa fall kan Försäkringskassan lämna ersättning med den del av grundbeloppen som överstiger ett karensbelopp på 3 500 kr per behandlingsomgång.⁶

Det finns i det statliga tandvårdsstödet även ett särskilt högkostnadsskydd för personer som är 65 år och äldre. Detta innebär att, för en person som omfattas av detta högkostnadsskydd, lämnar Försäkringskassan tandvårdsersättning för kostnaden för protetiska åtgärder, motsvarande folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs, som överstiger karensbeloppet på 7 700 kronor. Från detta högkostnadsskydd är bastandvård, implantatstödd protetik bakom andra premolaren, gjutmetaller och ädelmetaller undantagna. Tandvårdsersättning lämnas med ett belopp, som vid tidpunkten då Försäkringskassan beslutar om behandlingsförslaget, motsvarar folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs. Om vårdgivaren anser att det

⁴ 5 och 5 a §§ tandvårdslagen (1985:125).

⁵ 8 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

⁶ 12 § förordningen om tandvårdstaxa.

finns skäl att ta ut ett högre pris kan vårdgivaren ta ut det av patienten.⁷

Utöver detta finns det ett särskilt stöd för personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. De kan få ersättning med dubbla grundbelopp för all bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. För dessa personer finns inget karensbelopp när det gäller det generella högkostnadsskyddet för protetik och tandreglering.⁸

Tandvård inom EU

Den som omfattas av den svenska tandvårdsförsäkringen kan med stöd av EG-fördraget söka tandvård inom EU/EES och i efterhand få ersättning för sina kostnader. Det finns även en möjlighet för den enskilde att med stöd av förordningen 1408/71 om samordning av de sociala trygghetssystemen⁹ ansöka om förhandstillstånd till tandvård inom EU/EES.

Om en enskild reser till ett annat land i syfte att få vård betraktas vården som planerad. Vården kan då förutses till omfattning och innehåll. Planerad tandvård kan gälla allt från t.ex. enklare undersökningar i förebyggande syfte till olika typer av protetikbehandlingar. Även tandvård som ges på sjukhus räknas in här.

Enligt förordningen 1408/71 finns en möjlighet att hos Försäkringskassan ansöka om förhandstillstånd till tandvård i annat EU/EES-land. Om Försäkringskassan beviljar en sådan ansökan innebär det att den försäkrade får rätt till sökt tandvård på samma ekonomiska villkor som andra försäkrade i det aktuella vårdlandet. Patienten får då betala de avgifter som gäller i det land där vården ges. Resterande vårdkostnad regleras i efterhand mellan behöriga myndigheter i Sverige och det aktuella vårdlandet. I dessa fall betalar alltså Försäkringskassan inte ut någon ersättning till patienten. En förutsättning som måste vara uppfylld för att Försäkringskassan skall kunna bevilja förhandstillstånd är att vården inte kan ges inom normal väntetid i Sverige. Eftersom väntetiderna

⁷ 4 och 13 a §§ förordningen om tandvårdstaxa samt Regeringsrättens dom, RÅ 2005 ref. 91.

⁸ 9 och 13 § förordningen om tandvårdstaxa.

⁹ Rådets förordning 1408/71 (EEG) av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen – Europeiska Gemenskapernas Tidning (EGT) L149, 5.7.1971; konsoliderad utgåva – EGT nr L 28, 30.1.1.1997.

inom tandvården i Sverige är förhållandevis normala är möjligheterna att få förhandstillstånd ytterst begränsade vilket leder till att det görs relativt få ansökningar om förhandstillstånd till tandvård inom EU/EES.

EG-domstolen har funnit att medicinska behandlingar – vilket även inbegriper tandvård – omfattas av tillämpningsområdet för artiklarna 49 och 50 i EG-fördraget.¹⁰ Den fria rörligheten av tjänster omfattar alltså både rätten att tillhandahålla och att få tandvård. Det vanligaste sättet för en person att få ersättning för kostnader för tandvård som han eller hon fått utomlands, är att efter det att vården är utförd, ansöka om ersättning hos Försäkringskassan. Ett tandvårdsbesök inom EU/EES ger rätt till samma ersättning som skulle ha betalats ut om tandvården hade utförts i Sverige, dvs. ersättningen motsvarar vad som betalas ut enligt den svenska tandvårdsförsäkringen. Den ersättning som Försäkringskassan betalar ut gäller i de flesta fall bastandvård, dvs. undersökning, förebyggande tandvård, de vanligaste behandlingarna som lagning av hål, tanduttagning och rotbehandlingar samt akuttandvård.

Administrationen av det statliga tandvårdsstödet

För att Försäkringskassan skall kunna betala ut ersättning från tandvårdsstödet skall vårdgivaren skicka in en tandvårdsräkning till Försäkringskassan. En tandvårdsräkning kan skickas till Försäkringskassan upp till två år efter utförd behandling. Vårdgivaren kan skicka flera tandvårdsräkningar som omfattar många olika patienter, en så kallad samlingsräkning.

Tandvårdsräkningarna kan komma till Försäkringskassan elektroniskt eller manuellt. Drygt 40 procent av tandvårdsräkningarna kommer in till Försäkringskassan elektroniskt. När en tandvårdsräkning kommer till myndigheten elektroniskt hanteras den i Försäkringskassans IT-stöd för tandvårdsstödet och där görs vissa automatiska kontroller, bland annat för att säkerställa att de åtgärder som vårdgivaren begär ersättning för, är förenliga med varandra. På de tandvårdsräkningar som kommer in manuellt gör Försäkringskassan inga systematiska kontroller.

Försäkringskassan betalar även ut ersättning för vård som utförts i ett annat EU/EES-land. När en person begär ersättning för vård

¹⁰ Se mål C-158/96, Kohll och RÅ 2004 ref. 41.

enligt EU-fördraget kontrollerar Försäkringskassan om den utförda vården skulle ha varit berättigad till ersättning om den utförts i Sverige. Om så är fallet, och patienten kan styrka kostnaden för behandlingen med faktura eller kvitto, beräknar Försäkringskassan hur mycket ersättning som skall betalas ut och beviljar den enskilde ersättning.

1.2.2 Myndigheternas roll

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården, inklusive tandvården. När det gäller tandvården ingår det bland annat i myndighetens uppdrag att ange normer genom att publicera tillämpningsföreskrifter och allmänna råd utifrån gällande lagstiftning. Socialstyrelsen stödjer vidare kvalitetsutvecklingen i vården och följer upp och utvärderar reformer och lagstiftning. I uppdraget ingår också att stödja kunskapsutvecklingen och att ge underlag till metodutveckling samt att utöva tillsyn.

Socialstyrelsens tillsynsarbete innebär stöd och granskning och syftar främst till att förebygga skador och eliminera risker. Man har att ta ställning i frågor som bl.a. berör utförandet av tandvård och om vårdpersonalen i sitt arbete följer de författningar som reglerar detta. Genom tillsynen skall Socialstyrelsen arbeta för att vårdgivarna och vårdpersonalen ger alla patienter vård av rätt kvalitet och med hög patientsäkerhet. I tillsynen ingår däremot inte att ta ställning i frågor som berör kostnader för tandvård.

Socialstyrelsen har enligt regeringens beslut inrättat ett kunskapscenter för dentala material, KDM. KDM:s uppgift är att ge information, utbildning, konsultation, och handledning inom området dentala material. Kunskapen som samlas in är vetenskapligt baserad och granskad vilket säkerställer informationsmaterialets kvalitet.

Socialstyrelsen har också regeringens uppdrag att fortlöpande ta fram underlag för bedömningen av tandvårdens behov av tandläkare och tandhygienister. Uppdraget bedrivs av Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning inom det nationella planeringsstödet, NPS.

Försäkringskassan

Försäkringskassan är central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen, vilket innebär att den administrerar de försäkringar och bidrag som ingår i socialförsäkringen, däribland den statliga tandvårdsersättningen. Försäkringskassan utreder, beslutar om och betalar ut ersättningar inom det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan ansvarar även för kunskapsuppbyggnad inom verksamhetsområdet. Vidare skall myndigheten stödja forskning inom socialförsäkringsområdet.

Försäkringskassan ansvarar vidare för att informera medborgarna om det statliga tandvårdsstödet, exempelvis hur prissättning inom tandvården fungerar och hur en enskild skall gå till väga om man är missnöjd med vårdgivarens bemötande eller behandling. På myndighetens webbplats finns information om tandvårdspriser i olika län.

Försäkringskassan får meddela de föreskrifter som behövs för verkställighet och ta fram allmänna råd för tillämpning av förordningen om tandvårdstaxa.

Konsumentverket

Konsumentverket har till uppgift att ta tillvara konsumenternas intressen. Konsumentverket arbetar med konsumentfrågor av skiftande slag, som reklam och avtalsvillkor, konsumentinformation, hushållsekonomi, varors och tjänsters säkerhet, kvalitet och miljöpåverkan. Konsumentverket utbildar också kommunernas konsumentvägledare och bevakar konsumenternas intresse inom EU. De övergripande målen för Konsumentverkets arbete är att stärka konsumenternas ställning och inflytande på marknaden.

På Konsumentverkets webbplats finns information om prissättningen av tandvården och hur en enskild skall gå tillväga om han eller hon är missnöjd med behandlingen.

Konkurrensverket

Konkurrensverket är central myndighet för konkurrensfrågor. Myndigheten arbetar för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet. Konkurrensverket skall aktivt hindra skadliga konkurrensbegränsningar, särskilt inom områden med fåtals-

dominans och svag konkurrens. Konkurrensverket skall också bidra till en effektiv konkurrens i både privat och offentlig sektor genom att ge förslag på regeländringar och andra åtgärder för att undanröja existerande hinder. Verket skall främja ett konkurrensinriktat synsätt samt i övrigt ge marknadsaktörer vägledning och spelregler för en effektiv konkurrens. Konkurrensverket har yttrat sig om konkurrensen på tandvårdsmarknaden samt lämnat förslag på hur konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden skulle kunna förbättras.¹¹

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. Beredningen skall sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig den kunskap som vunnits. Beredningen skall utvärdera hur denna kunskap har använts och vilka resultat som nåtts. SBU har publicerat ett antal rapporter som gäller tandvård.¹²

1.3 Tandvårdens totala kostnader

Tandvårdens totala kostnader kan delas upp i tre huvudgrupper: patientavgifter, landstingens kostnader och kostnader för det statliga tandvårdsstödet. Den totala kostnaden för tandvården har ökat med 37 procent mellan 1999 och 2003 och uppgick 2003 till 18 655 miljoner kronor. Patienterna stod 2003 för cirka 61 procent av den totala finansieringen, landstingen för cirka 23 procent och staten för cirka 14 procent.

I begreppet patientavgifter ryms den avgift som patienten själv betalar till vårdgivaren. Denna summa är en uppskattning då det saknas samlad statistik. I landstingets nettokostnad ryms landstingets kostnad för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård, kostnad för tandvårdsstödet till särskilda grupper, kostnad för tandvård till personer som behöver tandvård

¹¹ 2004:1.

¹² Exempelvis *Att förebygga karies (2002)*, *Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling (2004)* samt *Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv (2004)*, *Tidig belastning av dentala implantat (2004)*.

som led i sjukdomsbehandling och till personer som behöver viss oralkirurgi, samt vissa kostnader för vuxentandvården. Statens kostnad för tandvård utgörs främst av ersättning enligt förordningen om tandvårdstaxa.

De totala kostnaderna inom tandvårdsområdet framgår av tabellen nedan, som är hämtad ur budgetpropositionen för 2006.

Tabell 1 Totala kostnader inom tandvårdsområdet

Miljoner kronor, löpande priser	1999	2000	2001	2002	2003
Patientavgifter	8 130	9 056	9 862	10 424	11 354
varav					
Offentlig tandvård	2 388	2 198	2 036	2 160	2 407
Privat tandvård	5 742	6 858	7 826	8 264	8 947
Patientavgifter som andel av totala kostnader	59,9 %	61,8 %	63,3 %	62,8 %	60,9 %
Landstingens nettokostnader	3 282	3 411	3 471	4 257	4 354
Landstingens investeringsutgifter	186	151	147	153	136
Det statliga tandvårdsstödet	1 426	1 462	1 515	1 604	2 607
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405	405	405	0	0
Administrationskostnader	151	163	168	169	204
Summa	13 580	14 648	15 568	16 607	18 655
Årlig förändring av de totala kostnaderna	+6,1 %	+7,9 %	+6,3 %	+6,7 %	+12,3 %

Källa: Prop. 2005/06:100.

2 Tandhälsa

I detta avsnitt redogörs inledningsvis för begreppet tandhälsa och hur tandhälsan kan mätas och följas upp. Därefter följer en översiktlig beskrivning av befintligt datamaterial avseende tandhälso-utredningen bland vuxna samt en redovisning av resultaten från berörda undersökningar.

2.1 Inledning

Senare års forskning har belyst det faktum att sjukdomar i munnen och tänderna har emotionella och psykosociala följder som är lika allvarliga som för andra sjukdomar. Nya rön om sambanden allmänhälsa – tandhälsa¹ visar dessutom att dålig tandhälsa kan utgöra en hälsorisk för redan belastade individer. Detta är viktigt att beakta inte minst vid fördelning av offentliga resurser till tandvården.

För vårdplanering och prioriteringar krävs fullständiga data för att kunna göra jämförelser mellan olika sjukdomsgrupper och sjukdomstillstånd.² Samhället och individen satsar betydande resurser på tandvård. Det är därför angeläget att kunna mäta utfallet av gjorda insatser för att få bästa möjliga användning av tillgängliga resurser.

2.2 Att mäta tandhälsa

Tandhälsa kan definieras som ”en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förut-

¹ I detta betänkande används begreppet tandhälsa synonymt med begreppen oral hälsa och munhälsa.

² Wärnberg-Gerdin (2006).

sättningar samt frånvaro av sjukdom”.³ Det finns därmed både objektiva och subjektiva mått på tandhälsa. Bedömningen av tandhälsotillståndet bör göras som en syntes av en odontologisk bedömning grundad på undersökning och diagnostik samt individens bedömning av sin egen hälsa.

Den objektiva bedömningen är en klinisk odontologisk bedömning som förutom protesförekomst, antal egna tänder och dessas status även inbegriper diagnostik av vävnaderna i hela munhålan. För att beskriva tandhälsosituationen hos en befolkning på ett objektivt sätt behöver därför flera mått nyttjas såsom exempelvis antal och andel felfria egna tänder, förekomst av kariesangrepp och tandlossningssjukdom samt förekomst av och status på protetik.

Den subjektiva bedömningen av tandhälsa anger hur patienten själv uppfattar sin tandhälsosituation. En sådan bedömning kan bygga på vilka problem personen har eller har haft med sina tänder och hur personen uppfattar sin tandstatus i jämförelse med omgivningens. Den allmänna uppfattningen om vad som är en acceptabel tandstatus är betydelsefull för den individuella tillfredsställelsen med tändernas utseende och funktion. Synsättet på tandstatus skiljer sig åt mellan olika individer och mellan olika länder, vilket exempelvis kan uttryckas i olika acceptans för t.ex. förekomst av löständer eller förekomst av synliga tandluckor.

2.2.1 Befintligt underlag

Sedan den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har Riksförsäkringsverket och senare Försäkringskassan publicerat flera rapporter över hur tandvårdsförsäkringen nyttjas. Det finns dock inga undersökningar som visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan som tandvårdsförsäkringen haft. Det saknas samstämmighet om vilka mått eller index som är lämpliga att använda för att följa och beskriva tandhälsan. Det saknas även samlad epidemiologisk information på riksnivå.

I de löpande undersökningar av levnadsförhållandena (ULF) som utförs av Statistiska Centralbyrån (SCB) finns viss information om den självskattade tandhälsan hos vuxna. Dessa undersökningar är riksomfattande avseende befolkningen över 16 år och innehåller ett flertal frågor där den tillfrågade gör en självskattning av sin tandhälsa utifrån ett antal parametrar. Vidare finns informa-

³ Hugoson et al (2003).

tion om tandhälsa i den nationella folkhälsoenkäten som Statens folkhälsoinstitut genomför, där man använt liknande frågor som de som ingår i ULF-undersökningarna.

Det finns endast ett fåtal riksomfattande epidemiologiska undersökningar angående tandstatus bland den vuxna befolkningen. Den senaste undersökningen av detta slag publicerades år 1991.⁴ Därutöver finns flera regionala undersökningar avseende tandhälsa och tandvårdsvanor. Undersökningarna omfattar både objektiva data från kliniska undersökningar och subjektiva data från enkät- eller intervjuundersökningar.

I de s.k. Jönköpingsundersökningarna⁵, som genomförts med 10 års mellanrum under perioden 1973–2003 har tandhälsa och faktorer relaterade till tandhälsa och -ohälsa studerats hos omkring 1 000 slumpmässigt utvalda individer vid varje tillfälle. Den studerade populationen är jämnt fördelad på åldersgrupper mellan 3 och 80 år. Studierna baseras på enkäter och kliniska undersökningar. I Dalarna⁶ har det sedan 1983 genomförts regelbundna intervju- och kliniska undersökningar av 35–75-åringar. I Västerbotten⁷ respektive Norrbotten⁸ har flera undersökningar av personer i åldrarna 35, 50, 65 och 75 år genomförts genom enkäter och intervjuer samt kliniska undersökningar.

2.3 Tandhälsans utveckling

2.3.1 Tandhälsan hos äldre

Den ökande andelen äldre individer i samhället har allt fler naturliga tänder kvar. Detta kan tolkas som förbättrad tandhälsa, men eftersom endast begränsad förebyggande tandvård har kommit denna generation till del, har de idag en mängd fyllningar och kronor eller broar som kräver underhåll och ofta omgörning. Samtidigt är kunskapen otillfredsställande om anpassade diagnosinstrument och behandlingsmetoder för dessa äldre.

De allvarligaste orala sjukdomarna drabbar äldre och personer med behov av omvårdnad. Ett högt läkemedelsintag och muntorrhet är en stor del av förklaringen till denna problematik. I tand-

⁴ Håkansson (1991).

⁵ Hugoson et al (2005).

⁶ Uhrbom, Bjerner (2003).

⁷ Wännman et al (2004).

⁸ Degerman-Svensson et al (2001).

vårdsreformen 1999 uppmärksammades de omvårdnadsberoende patientgrupperna särskilt och det gavs utökade möjligheter till uppsökande verksamhet och subventionerad nödvändig tandvård.

Innan dessa förmåner blir aktuella för en åldrande individ har oftast en längre period av sviktande hälsa och funktionsnivå passerats. Denna period karaktäriseras bland annat av att tandvårdskontakterna inte upprätthålls i samma omfattning som tidigare. Detta gör att den åldrade individens tandhälsa oftast inte uppmärksammas förrän i ett akut skede, eller i samband med att underlag utfärdas om rätt till uppsökande vård.

Socialstyrelsens uppföljningsrapport för år 2004 av den uppsökande tandvården visar att endast hälften av de berättigade individerna fått del av förmånerna sex år efter reformens införande.⁹ En stor del av dessa är äldre som är i behov av vård och omsorg och bor i vanligt boende.

2.3.2 Tandhälsan hos ungdomar

I nyligen genomförda undersökningar redovisas dålig munhygien och inflammerat tandkött hos ungdomar som just skall lämna den organiserade barn- och ungdomstandvården. Enligt en studie har 70 procent av 19-åringarna i Göteborg bakteriebeläggningar på mer än hälften av tandytorna (plackindex > 50 procent) och en tredjedel av ungdomarna i denna grupp uppvisade inflammerat blödande tandkött.¹⁰

Stockholms läns landsting har låtit genomföra en uppföljning av ungdomstandvården¹¹. I denna undersökning uppgav 30 procent av de tillfrågade att de inte avser att besöka tandvården igen förrän de får ont eller får andra akuta besvär.

Dessa rapporter visar sammantaget att det behövs ytterligare studier som belyser påverkan av psykosociala faktorer och beteenden för tandhälsan hos ungdomar, för att kunna förbättra kostnadseffektiviteten i den förebyggande tandvården och möjliga styr-effekter av tandvårdsstödet utformning.

⁹ Socialstyrelsen (2006).

¹⁰ Abrahamsson et al (2006).

¹¹ Stockholms läns landsting (2005).

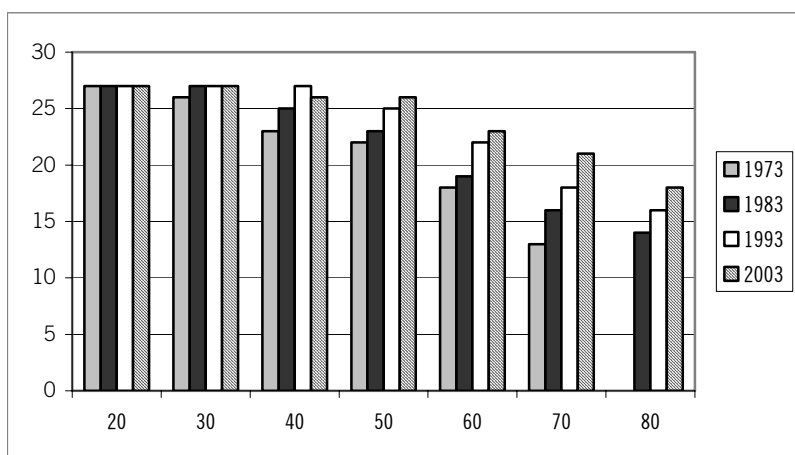
2.3.3 Antal kvarvarande tänder, löständer och implantat

Både karies och tandlossning kan leda till tandförluster. Därför är information om antal tänder och tandersättningar i en befolkning en viktig uppgift för att bedöma tandhälsotillståndet.

Av SCB:s ULF-undersökning från 1996/97 framgår att tandhälsan, mätt som antalet kvarvarande tänder, genomgått stora förändringar under senare decennier. Allmänt sett är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. Andelen personer som helt saknar egna tänder har minskat med nästan två tredjedelar från 17,4 till 6,4 procent av befolkningen i åldersgruppen 25–84 år sedan början av 1980-talet. Även i de högre åldersgrupperna ses en påtaglig minskning av andelen tandlösa med nästan en halvering i åldrarna 75–84 år. De socioekonomiska skillnaderna har också blivit mindre.

Av de regionala studierna i Jönköping¹², Dalarna¹³ och Västerbotten¹⁴ framgår att antalet kvarvarande tänder i de olika åldrarna ökat över tiden. Personer i åldrarna under 50 år har i genomsnitt fler än 26 tänder kvar i samtliga dessa studier och i åldrarna 65 till 70 år har man fler än 19 tänder kvar i genomsnitt. I klinisk odontologi brukar anges att 20 tänder är tillräckligt för god tuggfunktion. Av diagram 2.1 framgår resultaten från studien i Jönköping.

Diagram 2.1 Antal egna tänder, åren 1973–2003



Källa: Hugoson et al (2005).

¹² Hugoson et al (2005).

¹³ Uhrbom, Bjerner (2003).

¹⁴ Wänman et al (2004).

Vad gäller förekomst av löständer och implantat finns endast begränsad statistik att tillgå. En undersökning visar att förekomsten av personer med enbart löständer i åldrarna 20–60 år har minskat från 16,5 procent år 1965 till 9,1 procent år 1975 och till 3,9 procent år 1985.¹⁵ ULF-undersökningen från 1996/97 visar att förekomst av implantat är sällsynt i de lägre åldersgrupperna t.o.m. 44 år. I åldersgruppen 45–64 år uppger drygt två procent att de har någon typ av implantat medan förekomsten ökar till fem procent i åldrarna 65–84 år. Det är troligt att förekomsten av implantat är betydligt högre idag till följd av att högkostnadsskyddet för protetik, som gäller från och med det kalenderår man fyller 65 år, som infördes den 1 juli 2002. Det finns dock inga undersökningar om detta.

2.3.4 Karies

Karies har registrerats kliniskt i de ovannämnda regionala undersökningarna. Bedömning av vad som är karies är förenat med stora individuella variationer mellan olika undersökningar och det som visas nedan gäller enbart kariesangrepp som innebär behov av behandling med fyllning.

Av Jönköpingsstudien¹⁶ framgår att andelen tänder med fyllda tandytor har minskat kraftigt bland individer i åldersgrupperna upp till 50 år under perioden 1973 till 2003. Västerbottenstudien¹⁷ visar att antalet kariesade tandytor ökat mellan år 1990 och 2002. Bland 35-åringar ökade antalet tandytor med primärkaries, vilket avser karies på tidigare ofyllda tandytor. För övriga åldersgrupper ökade medelvärdet för tandytor med sekundärkaries (tandytor som tidigare haft karies) jämfört med 1990 års undersökning.

Sammanfattningsvis framgår av de nämnda undersökningarna att kariessituationen hos personer i åldrarna upp till 40 år förbättrats, vilket för med sig att antalet fyllda tandytor har minskat. Det finns dock indikationer på ökad andel primärkariesade tandytor (karies på tidigare ofyllda tandytor) i åldersgruppen 30–35 år. För övriga åldersgrupper är andelen kariesangrepp relativt oförändrad eller något lägre, undantaget Västerbottenundersökningen. Det bör dock påpekas att diagnoskriterierna för när karies skall behandlas

¹⁵ Håkansson (1991).

¹⁶ Hugoson et al (2005).

¹⁷ Wännman et al (2004).

har ändrats under de senaste decennierna, varför jämförelser bör göras med viss försiktighet.

Folkhälsoinstitutets enkät från 2004¹⁸ tar upp frågan om förekomst av karies hos de tillfrågade. Rapporten visar att cirka en tredjedel av befolkningen upplever att de har besvär av karies. De upplevda problemen minskar något med åldern.

2.3.5 Tandlossning (parodontit)

De kliniska mått på tandlossning som används är bl.a. djupet på tandköttsfickor, höjden på benet runt tandroten och förekomsten av tandsten under tandköttskanten.

I Jönköping¹⁹ har förekomsten av tandsten under tandköttskanten minskat kraftigt. I flera åldersgrupper har förekomsten mer än halverats under den undersökta 30-årsperioden. Då det gäller antalet personer med tandköttsfickor överstigande 4 millimeter har det skett en viss förbättring. I åldersgrupperna upp till 40 år har dock förbättringstakten avtagit under de senaste 10 åren.

I Norrbotten²⁰ undersöktes hur många tänder som behövde dras ut på grund av tandlossning. 1991 var detta fallet för 0,1 procent av 35-åringarnas tänder, 0,2 procent av 50-åringarnas tänder och 0,5 procent av 65-åringarnas tänder. År 2001 bedömdes i 35- och 50-årsgrupperna inga tänder vara i behov av utdragning på grund av tandlossning. Bland 65-åringarna bedömdes 0,4 procent av tänderna vara i behov av utdragning.

De studier som gjorts visar att förekomsten av tandlossning ökar med stigande ålder. Samtidigt kan nämnas att de yngre individer som får tandlossning diagnostiserad kommer att behöva uppföljande behandling under lång tid.

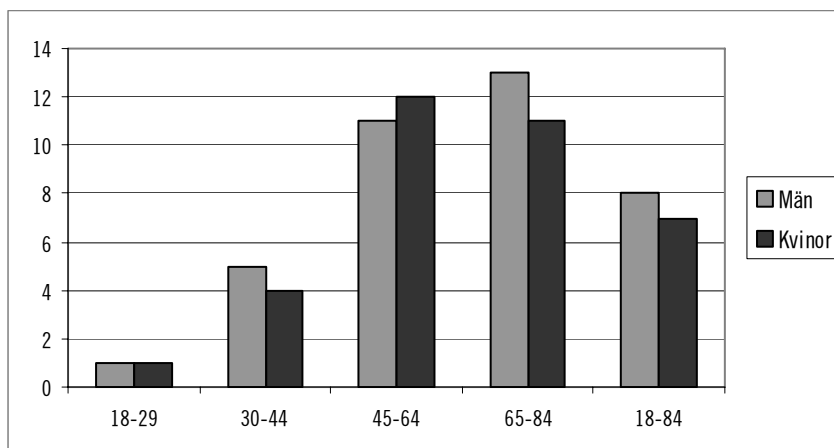
Folkhälsoinstitutets enkät från 2004²¹ visar att cirka 8 procent av de tillfrågade upplevde att de hade problem med tandlossning. De upplevda besvären var betydligt vanligare bland äldre än bland yngre. Resultatet visade inga större skillnader mellan olika socioekonomiska grupper.

¹⁸ Folkhälsoinstitutet (2004).

¹⁹ Hugoson et al (2005).

²⁰ Degerman-Svensson et al (2001).

²¹ Folkhälsoinstitutet (2004).

Diagram 2.2 Andel som upplever att de har problem med tandlossning, år 2004

Källa: Folkhälsoinstitutet (2004).

2.3.6 Käkbeninflammation

Inflammationer i käkbenet är oftast infektiöst betingade och kräver behandling i form av rotbehandling eller rotspetsoperation. Utdragning av tanden är också ett behandlingsalternativ.

Den enda studien av de ovan nämnda som studerat behov av rotbehandlingar under en tidsperiod är Jönköpingsundersökningen.²² Man fann där att antalet rotfyllda tänder var lägre i alla åldersgrupper år 2003 än åren 1973, 1983 och 1993. Andelen rotfyllda tänder med infektion i benet var 20 procent år 2003, vilket var något lägre än andelen vid tidigare års undersökningar.

2.3.7 Käkledsbesvär (bettfysiologiska besvär)

Käkledsbesvär och störd bettfunktion kan yttra sig som muskelömheter, ömheter i tänder, käkledsljud, gapsvårigheter, smärta vid rörelse och som huvudvärk. Orsaken till störd funktion kan ofta relateras till bettförhållanden och livssituation där olika typer av stress kan ha betydelse.

²² Hugoson et al (2005).

I Norrbotten²³ fann man att ungefär 15 procent av den undersökta populationen ibland upplevde käkledsbesvär. Cirka 0,5 procent uppgav att de hade besvär ofta, vanligen i form av knäppningar/ljud från käklederna. I Västerbotten²⁴ studerade man symptom och tecken på belastningsskador i käkarna. Totalt uppgav 6 procent att de en gång per vecka eller oftare under de senaste tre månaderna haft värk eller upplevt trötthetskänslor i käkarna. 10 procent angav att de hade frekventa besvär av käkledsljud eller upphakningar i käkleden. Symptomen var vanligare i de yngre än i de äldre åldrarna.

2.3.8 Tillfredsställelse med tänderna

I de enkätundersökningar som genomförts av SCB och Folkhälsoinstitutet finns flera frågor som avser individens uppfattning om de egna tändernas utseende och tändernas funktion. Frågorna omfattar bl.a. nöjdhet med tändernas utseende, självskattad tandhälsa och tuggförmåga.

Hur vi tror att de egna tänderna uppfattas i umgänget med andra människor är en fråga som har betydelse för de flesta personer. Missnöjet med de egna tändernas utseende är, enligt ULF-undersökningen, mest utbrett i åldrarna 20–39 år, där omkring 25 procent uppger att de inte är nöjda. Tillfredsställelsen med tänderna ökar med åldern. Vidare framgår att upplevda besvär från tänder eller proteser minskar ju äldre individerna blir.

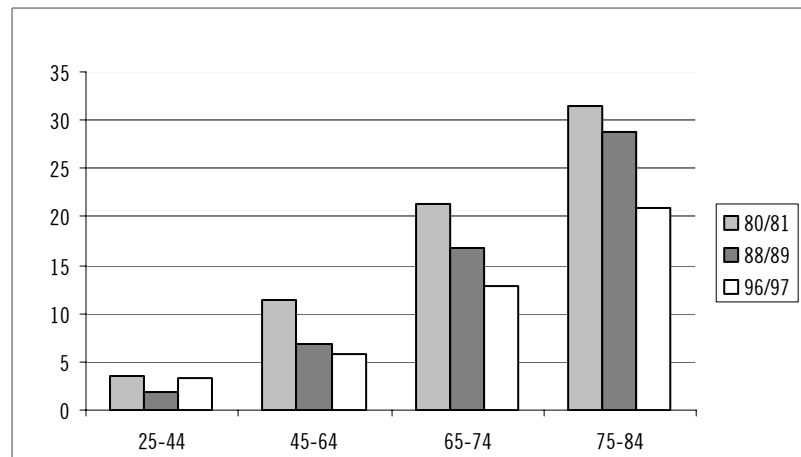
I den nationella folkhälsoenkäten²⁵ uppger 11 procent att de har mycket dålig eller ganska dålig tandhälsa. Det finns inte några stora skillnader mellan åldersgrupperna men den självskattade tandhälsan är något sämre i åldrarna 45 år och däröver, vilket står i kontrast med den ovan nämnda ULF-undersökningen.

Nedsatt tuggförmåga definieras i ULF-undersökningarna som att inte alls eller endast med svårighet kunna tugga hårda födoämnen som hårt bröd eller äpple. Tuggförmågan i de yngre åldersgrupperna är förhållandevis god. I åldrarna 45 år och äldre har tuggförmågan stadigt förbättrats under den senaste 20-årsperioden, särskilt i åldersgruppen 65 år och äldre.

²³ Degerman-Svensson et al (2001).

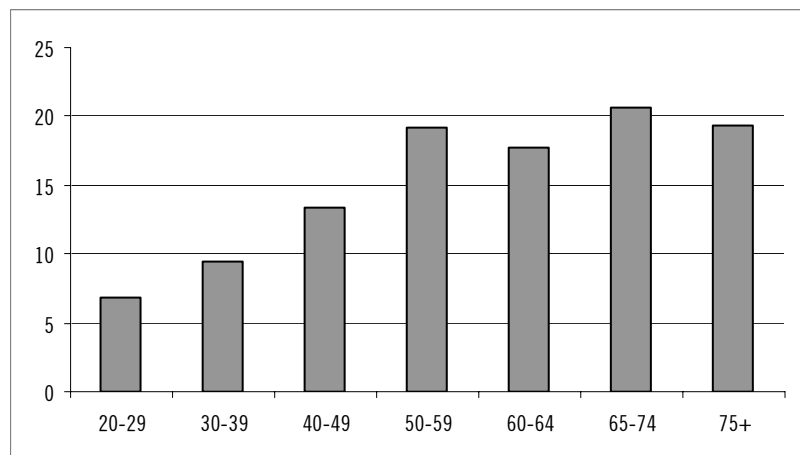
²⁴ Wännman et al (2004).

²⁵ Folkhälsoinstitutet (2005a).

Diagram 2.3 Andel med nedsatt tuggförmåga

Källa: Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975–1999, SCB.

En undersökning som gjordes av Försäkringskassan och Socialstyrelsen år 2005 visar att cirka 15 procent av de svarande i åldern 20 år och äldre anger att de har en synlig tandlucka. Svaren fördelat på ålder visas i diagram 2.4.

Diagram 2.4 Andel som upplever att de har en synlig tandlucka

Källa: Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

2.3.9 Snedfördelning av tandhälsan

I den folkhälsopolitiska rapporten²⁶ 2005 anges att tandhälsa är en viktig bestämningssfaktor för god folkhälsa. Dålig tandhälsa minskar livskvaliteten, försämrar sociala relationer och är ett hinder för goda matvanor samt en god allmän hälsa.

Folkhälsoinstitutets enkät visar att dålig tandhälsa var ungefär fem gånger större bland personer med stora ekonomiska svårigheter, jämfört med personer utan ekonomiska svårigheter (cirka 30 procent jämfört med 6 procent). Trots att personer med ekonomiska svårigheter hade en sämre tandhälsa och ett större behov av tandvård än personer utan ekonomiska svårigheter avstod allt fler i denna grupp från att söka tandvård (cirka 50 procent jämfört med 12 procent).

Folkhälsoinstitutet drar slutsatsen att tandhälsan är snedfördelad i Sverige. Vidare konstateras att en stor grupp av yngre personer avstår från att söka tandvård trots behov av sådan. Detta uppges på sikt innebära stora framtida folkhälsoproblem.

2.4 Summering och slutsatser

Tandhälsoutvecklingen har varit gynnsam sedan 1970-talet. Allt fler äldre individer har allt fler kvarvarande egna tänder. Detta kan bl.a. förklaras av en framgångsrik förebyggande tandvård och användning av fluorpreparat. Tillskapandet av det offentliga tandvårdsstödet sedan mitten av 1970-talet har inneburit ekonomiska möjligheter för fler personer att få tillgång till tandvård till rimliga kostnader. De kraftigaste förbättringarna av tandhälsan hänförs främst till 1980-talet. Idag är förbättringstakten inte lika tydlig och det finns vissa indikationer på att denna avstannat.

Det är som visats ovan stora skillnader i tandhälsa beroende på ålder. Den svenska vuxna befolkningen kan grovt delas upp i olika generationer utifrån tandhälsa. I gruppen 20–39 år dominerar individer med i stort sett alla tänder i behåll, ett fåtal lagade tänder och relativt goda parodontala förhållanden. Denna åldersgrupp har växt upp med tillgång till olika fluorpreparat ("fluorgenerationen"). I jämförelse har gruppen 40–59 år i genomsnitt något färre egna tänder, fler fyllningar, mer kron- och broprotetik och rotbehandlingar samt något sämre parodontala förhållanden ("fyllnings-

²⁶ Folkhälsoinstitutet (2005b).

generationen”). Detta blir än mer uttalat i gruppen 60 år och äldre, i vilken dessutom den största andelen med såväl konventionell som käkbensförankrad protetik (implantat) återfinns (”protetikgenerationen”). I de allra äldsta åldersgrupperna finns många individer som saknar alla eller ett stort antal tänder och som har avtagbara protetiska ersättningar.

Den s.k. fyllningsgenerationen har ett stort antal fyllningar med amalgam eller plastmaterial. Dessa material utsätts för ständiga påfrestningar och behöver bytas ut efter viss tid. Vissa material är mindre beständiga än andra och även om det inte blir nya hål uppkommer materialrelaterade skador som måste åtgärdas. En lagad tand är alltid försvagad. Antalet individer med lagade tänder är stort. Grovt förenklat kan man räkna med att individer födda på 1950-talet och de som är äldre tillhör denna mer behandlingskrävande grupp. Försiktigt räknat är detta cirka 3,5 miljoner individer. Detta betyder att reparativa insatser kommer att utgöra en stor del av tandvården under åtminstone 30 år framöver.

För de yngre åldersgrupperna gäller att den tidigare ständiga förbättringen av tandhälsan nu tycks avta. Ovan refererade undersökningar från Stockholms län och Göteborg visar att munhygien är dålig i stora ungdomsgrupper. Detta riskerar att i längden leda till försämrad tandhälsa och ökade tandvårdsbehov.

Invandringen till Sverige kan komma att påverka tandhälsostatistiken och innebära en särskild utmaning när det gäller att nå ut med budskap om behovet och värdet av god egenvård för bättre tandhälsa. För ungdomsgrupper och i ett mångfaldsperspektiv är det angeläget att öka förståelsen för vikten av god egenvård.

I takt med att tandhälsan förbättras ökar också behoven av tandvård. Detta kallas ibland för tandvårdens paradox. Med fler egna tänder i munnen ökar behovet av reparation och underhåll. Tandhälsoförbättringen leder dock samtidigt till att de ökade tandvårdsbehoven ändrar karaktär och medför en tydligare tyngdpunkt på behovet av förebyggande insatser.

Patientkraven har efterhand ökat vad avser utformning och kvalitet på fast tandersättning. Om den totala ekonomiska och personella resursramen inte ökar i samma takt som efterfrågan anser utredningen att prioriteringsfrågorna inom tandvården bör uppmärksammas.

Utredningens slutsatser är mot denna bakgrund att tyngdpunkten i det nya tandvårdsstödet bör avse den förebyggande vården samt att det finns behov av att definiera och prioritera den tandvård

som skall omfattas av det statliga tandvårdsstödet på ett tydligare sätt än idag. Det är särskilt viktigt att förstärka de förebyggande insatserna för att bibehålla den goda tandhälsa som den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården lagt grunden för. De förebyggande insatserna är viktiga även inom de äldre åldersgrupperna för att bibehålla patienter infektionsfria. Personer inom äldrevården har idag i högre utsträckning än tidigare behov av förebyggande vård, vilket är mer personalkrävande jämfört med att tillhandahålla vård till patienter med löständer.

Bristerna i nationell epidemiologi inom tandvårdsområdet är betydande. Det är angeläget att utveckla tandhälsostatistiken, oavsett framtida utformning av tandvårdsstödet.

3 Tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader

I detta avsnitt lämnas en redovisning av tandvårdskonsumtionen åren 2000–2005. Inledningsvis ges en övergripande beskrivning av det statistikunderlag som använts. Därefter redovisas övergripande statistik av tandvårdskonsumtionen fördelad på bastandvård och protetik. Vidare redovisar utredningen uppgifter om tandvårdskostnader på individnivå och tandvårdskonsumtionen på åtgärdsnivå. I kapitlet görs även en statistisk studie av olika socioekonomiska faktorerens betydelse för tandvårdskonsumtionen. Avslutningsvis ges en internationell överblick av tandvårdskonsumtionen i andra länder.

3.1 Beskrivning av datamaterialet

3.1.1 Inledning

Vid utformningen av ett reformerat tandvårdsstöd är det centralt att ha god kunskap om hur tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader fördelar sig i befolkningen. Detta är även en nödvändig grund för att kunna beräkna de ekonomiska konsekvenserna av förslagen till nytt tandvårdsstöd. Utredningen har i sina analyser av tandvårdskonsumtionen utgått från Försäkringskassans databas för tandvård.

I Försäkringskassans databas finns en heltäckande statistik över de statliga utgifterna i tandvårdsstödet och hur de fördelar sig mellan privata och offentliga vårdgivare. Det finns emellertid ingen samlad statistik över tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader på individ- och åtgärdsnivå. I flera landsting finns statistiskt underlag om hur tandvårdskonsumtionen ser ut inom folktandvårdens område, men statistik på nationell nivå saknas. Den mest heltäckande statistikällan som finns avseende tandvårdskonsum-

tionen på åtgärdsnivå är därför Försäkringskassans administrativa system för hantering av tandvårdsstödet.

Den statistik som finns i Försäkringskassans databas går att följa på individ- och åtgärdsnivå för cirka 80 procent av de totala statliga utgifterna. Statistiken går vidare att följa på individ- och åtgärdsnivå för 34 procent av alla patienter, vilket motsvarar cirka 1,6 miljoner personer (se tabell 3.1). Orsaken till att statistiken representerar en högre andel av utgifterna än av andelen patienter är att det i databasen finns mer statistik över kostsam vård än över mindre kostsam vård. Detta förklaras av att kostsam vård, främst protetiska behandlingar, i stor utsträckning förhandsprövas och därför alltid registreras i databasen. Däremot registreras mindre kostsam vård i lägre utsträckning på individ- och åtgärdsnivå. Tandvårdskonsumtionen hos de patienter som inte finns registrerade på individnivå i databasen består således främst av mindre kostsam vård. Detta medför att den tillgängliga statistiken ger en överskattning av andelen patienter med höga tandvårdskostnader.

Tabell 3.1 Utgifter i det statliga tandvårdsstödet, år 2005

	Totala utgifter (miljarder kronor)	Utgifter som går att följa på individ- och åtgärdsnivå (miljarder kronor)	Andel av utgifterna som går att följa på individ- och åtgärdsnivå
65-	1,11	0,57	55 %
65+	1,74	1,69	97 %
Alla	2,85¹	2,26	78 %

	Totalt antal patienter (miljoner)	Antal patienter som går att följa på individ- och åtgärds- nivå	Andel av patienterna som går att följa på individ- och åtgärdsnivå
65-	3,6	1,2	33 %
65+	1,1	0,4	36 %
Alla	4,7	1,6	34 %

Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Det finns vissa skillnader i representationen av privata vårdgivare och folktandvården i databasen såvitt avser statistik på individ- och åtgärdsnivå. Privattandvården står för cirka 60 procent av vuxen-

¹ Utfallet för 2005 på anslaget 13:1 Tandvårdsförmåner m.m. är dock på grund av förändrade redovisningsprinciper endast 2,4 miljarder kronor.

tandvården. I databasen är antalet patienter hos privata vårdgivare underrepresenterat. De privata vårdgivarnas andel av de totala kostnaderna på individ- och åtgärdsnivå är dock väl representerat.

Utredningens samlade bedömning är att den tillgängliga statistiken utgör ett tillräckligt underlag för att ge en övergripande bild av tandvårdskonsumtionen och tandvårdskostnaderna. Det bör dock påpekas att det i databasen finns en överrepresentation av patienter med höga tandvårdskostnader och en underrepresentation av patienter med lägre tandvårdskostnader.

3.1.2 Försäkringskassans databas

I Försäkringskassans databas registreras alla utbetalningar från det statliga tandvårdsstödet genom att vårdgivarna skickar in s.k. samlingsräkningar till Försäkringskassan. På samlingsräkningen finns bland annat uppgifter om vårdgivarens debiterade pris och begärd ersättning från Försäkringskassan. Begärd ersättning redovisas uppdelad på bastandvård, protetik och patienter med förhöjd ersättning. Till samlingsräkningen bifogas den s.k. tandvårdsräkningen, som innehåller en beskrivning av vilka åtgärder som utförts på patienten. Tandvårdsräkningen innehåller uppgifter om vårdgivarens pris och begärd ersättning från Försäkringskassan för respektive åtgärd.

Drygt 40 procent av alla tandvårdsräkningar skickades under 2005 in elektroniskt. För dessa registreras även tillhörande tandvårdsräkning elektroniskt. För de samlingsräkningar som skickas in manuellt registreras tillhörande tandvårdsräkning i databasen för patienter äldre än 65 år och som utför protetiska åtgärder. För denna grupp registreras alla tandvårdsräkningar för att kunna beräkna individens totala tandvårdskostnader och berättigande till högkostnadsskydd inom ramen för det särskilda högkostnads-skyddet för personer äldre än 65 år.

3.2 En övergripande bild av tandvårdskonsumtionen

I de följande avsnitten presenterar utredningen hur dagens konsumtion av tandvård ser ut med utgångspunkt från statistik i Försäkringskassans databas. Utredningen har följt tandvårdskonsumtionen under åren 2000–2005. Under perioden har utgifterna för

det statliga tandvårdsstödet ökat kraftigt. Den största andelen av tandvårdsstödet har betalats ut till privata vårdgivare. Utgifterna avseende protetiska behandlingar har ökat mest.

Under åren 2000–2005 ökade det utbetalda tandvårdsstödet från 1,2 miljarder kronor till 2,8 miljarder kronor. År 2004 var utbetalningarna som störst, drygt 3 miljarder kronor. Den mest markanta ökningen har skett under åren 2002–2004, dvs. åren närmast efter införandet av högkostnadsskyddet för äldre, den s.k. 65+reformen. Mellan åren 2002–2003 ökade det utbetalda tandvårdsstödet med drygt 50 procent och mellan åren 2003–2004 fortsatte ökningen med ytterligare 30 procent. Totalt ökade det utbetalda tandvårdsstödet med 1,6 miljarder kronor under åren 2002–2004.

3.2.1 Fördelning mellan privata och offentliga vårdgivare

Den största andelen av tandvårdsstödet har betalats ut till privata vårdgivare. År 2000 utbetalades cirka 68 procent av tandvårdsstödet till privata vårdgivare, knappt 32 procent till folktandvården och mindre än 1 procent till andra vårdgivare t.ex. tandvårdshögskolor. Under åren 2000–2002 var andelen som betalades ut till respektive sektor i princip oförändrad.

Andelen utbetalningar till privata vårdgivare ökade från 66 procent 2002 till 73 procent 2003. Ökningen sammanfaller med införandet av 65+reformen. Under de senare åren har dock en viss förskjutning från privata vårdgivare till folktandvården skett. Andelen utbetalningar till privata vårdgivare var dock fortfarande drygt 70 procent år 2005.

Tabell 3.2 Utbetalt tandvårdsstöd till olika vårdgivare, år 2000–2005 (miljoner kronor)

År	Folktandvård	Privat	Övriga	Totalt	Andel privat
2000	374	795	5	1 174	68 %
2001	489	990	6	1 485	67 %
2002	537	1 041	9	1 587	66 %
2003	667	1 791	12	2 470	73 %
2004	848	2 336	28	3 212	73 %
2005	811	2 023	24	2 858	71 %

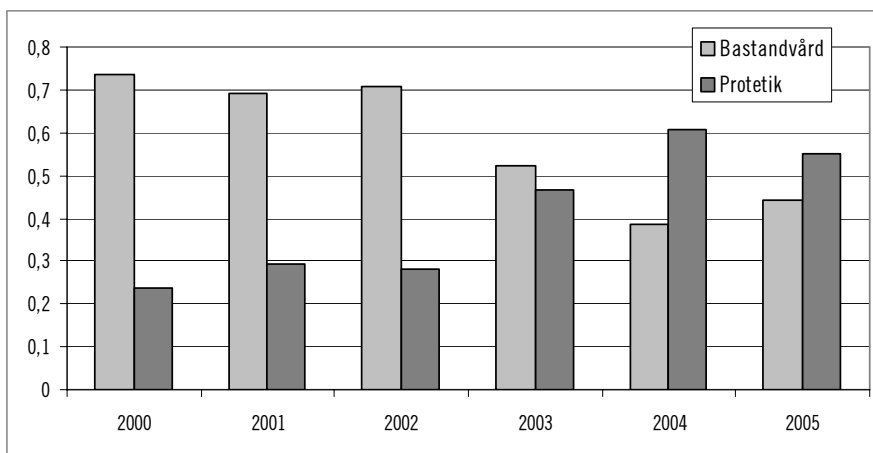
Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

3.2.2 Fördelning mellan olika behandlingar

Tandvårdsstödet har traditionellt delats in i bastandvård och protetisk vård. Bastandvård är sådan tandvård som omfattar undersökningar samt förebyggande och reparativ vård av befintliga tänder. Protetiska åtgärder omfattar behandlingar med inriktning på ersättning av förlorade tänder och förutsätter tandteknikeråtgärder. I en statistisk indelning brukar även kostnader för tandreglering föras till de protetiska åtgärderna.

I dagens tandvårdsstöd finns även ett särskilt stöd till personer som har långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionshinder. Dessa patienter får ersättning med dubbla grundbelopp för all bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. År 2000 fick patienter med förhöjd ersättning drygt 1 procent av stödet. År 2005 hade denna andel minskat något. Då detta stöd utgör en mycket liten del av det totala tandvårdsstödet har det i den fortsatta beskrivningen exkluderats. Utredningen bedömer att konsumtionen i denna grupp inte har någon avgörande betydelse för hur tandvårdskonsumtionen i stort fördelar sig mellan olika behandlingar och olika vårdgivare.

Diagram 3.1 Andel bastandvård och protetik, år 2000–2005



Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Bastandvården svarar för den övervägande delen av all tandvård som utförs. Av det utbetalade tandvårdsstödet år 2000 gick nästan 75 procent till åtgärder inom bastandvården. Protetiska åtgärder svarade för cirka 25 procent av det utbetalda tandvårdsstödet.

Mellan åren 2002 och 2003 skedde en kraftig förskjutning i tandvårdskonsumtionen från bastandvård till protetik. Andelen tandvårdsstöd som betalades ut för protetiska åtgärder ökade från knappt 30 procent till drygt 45 procent. Ökningen fortsatte under 2004 för att sedan minska något under 2005, då de protetiska åtgärderna uppgick till cirka 55 procent av det utbetalda tandvårdsstödet.

Den kraftiga ökningen av protetiska åtgärder sammanfaller tidsmässigt med 65+reformens införande. Reformen är naturligtvis en viktig faktor för att förklara den förskjutning av vårdkonsumtionen som skett under 2000-talet. Av diagram 3.1 framgår dock att en viss förskjutning mellan bastandvård och protetik skedde redan under 2000-talets första år, då subventionen av protetiska åtgärder inte var lika stor. Denna underliggande konsumtionsförändring förstärktes av 65+reformen, men märks även bland patienter yngre än 65 år. Ökningen bland patienter yngre än 65 år är inte lika stor, men utredningen kan konstatera att det tycks finnas en förskjutning av vårdkonsumtionen mot protetiska behandlingar, oaktat förstärkta subventioner.

3.2.3 Fördelning mellan olika behandlingar och olika vårdgivare

För att få en övergripande bild av vilken vård som utförs i respektive sektor har i tabell 3.3 bastandvård och protetik fördelats efter privat och offentlig sektor.² Av tabellen framgår att den största delen av tandvårdsstödet avseende bastandvård, 67 procent år 2005, betalas ut till privata vårdgivare. Fördelningen mellan de båda sektorerna har varit relativt konstant under åren 2000–2005 om än med en liten ökning av de privata vårdgivarnas andel.

² Att en liten del av vården utförs av övriga vårdgivare har i detta sammanhang förbisetts men som framgår av tabell 3.2 svarar dessa vårdgivare för en mycket liten andel av den utförda vården.

Tabell 3.3 Andel av bastandvård och protetik som utförs av privata respektive offentliga vårdgivare, år 2000–2005

Vårdgivare	Vårdtyp	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<i>Privat</i>	Bastandvård	64	65	64	65	67	67
	Protetik	79	73	71	82	77	74
<i>Folktandvård</i>	Bastandvård	35	35	36	35	32	32
	Protetik	20	27	29	18	23	25

Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Även för protetiska åtgärder betalas den största andelen av tandvårdsstödet till privata vårdgivare, 74 procent år 2005. Andelen minskade åren 2000–2002 för att i samband med 65+reformens införande kraftigt öka 2002–2003. Under åren 2003–2005 har andelen till privata vårdgivare dock minskat något.

3.3 Tandvårdskonsumtionen på individ- och åtgärdsnivå

3.3.1 Inledning

För att få en mer detaljerad beskrivning av tandvårdskonsumtionen behöver konsumtionen studeras på åtgärdsnivå. Detta kan ske med utgångspunkt i de tandvårdsräkningar som registreras i Försäkringskassans databas. För cirka 80 procent av utgifterna går det att följa fördelningen på individ- och åtgärdsnivå, vilket motsvarar knappt 50 procent av alla patienter. Detta beskrivs närmare ovan, se tabell 3.1. Tandvårdskonsumtionen hos de patienter som inte finns registrerade på individnivå i databasen består således främst av mindre kostsam vård. Detta medför att den tillgängliga statistiken ger en överskattning av andelen patienter med höga tandvårdskostnader.

Som beskrivs ovan finns det även vissa skillnader i representationen av privata vårdgivare och folktandvården i databasen såvitt avser statistik på individ- och åtgärdsnivå. Privattandvården står för cirka 60 procent av vuxentandvården. I databasen är antalet patienter hos privata vårdgivare underrepresenterat men de privata vårdgivarnas andel av de totala kostnaderna är dock väl representerat.

Statistiken i Försäkringskassans databas omfattar i princip endast sådan tandvård som genererar tandvårdersättning enligt förordningen om tandvårdstaxa. Det finns ingen skyldighet för vårdgivare att rapportera annan vård till Försäkringskassan. Vidare saknas statistik om vilka behandlingar som utförs inom ramen för den s.k. abonnemangstandvården och vilka behandlingar som görs vid akut-åtgärder. Dessa åtgärder registreras som en egen åtgärdskod utan vidare beskrivning om dess innehåll. I statistiken kan således akuta åtgärder och abonnemangspatienter följas men uppgifter om vilka behandlingar som utförts saknas.

Även om det befintliga datamaterialet inte är heltäckande bedömer utredningen att det är ett tillräckligt underlag för att ge en övergripande beskrivning av tandvårdskonsumtionen på individ- och åtgärdsnivå. Det bör dock påpekas att det i databasen finns en överrepresentation av patienter med höga tandvårdskostnader och en underrepresentation av patienter med lägre tandvårdskostnader.

3.3.2 Vilka åtgärder är vanligast?

Tandvårdskonsumtionen kan analyseras utifrån en beskrivning av vilka åtgärder som är vanligast förekommande. En övervägande majoritet av de åtgärder som utförs inom tandvården är behandlingar som tillhör bastandvården. Omkring 85 procent av samtliga åtgärder som genomfördes under 2005 var bastandvård. Inom bastandvården var de vanligaste åtgärderna fyllningar dvs. lagningar av hål, (åtgärd 55), och undersökning av tandläkare (åtgärd 11). Dessa åtgärder svarade för 15 procent av de utförda åtgärderna.

Andra vanliga åtgärder var förebyggande åtgärder (åtgärd 22 och 24), akuta åtgärder (åtgärd 91), tandutdragning (åtgärd 31) och röntgenundersökning (åtgärd 13). Den enda protetiska åtgärden bland de tio vanligaste åtgärderna under 2005 var kronor (åtgärd 62).

Av tabell 3.4 framgår de tio vanligaste åtgärderna i olika åldersgrupper.³ Tabellen visar att ett fåtal åtgärder svarar för en övervägande del av det totala antalet utförda åtgärder i samtliga åldersgrupper. De tio vanligaste åtgärderna svarar för 83 procent av det totala antalet utförda åtgärder.

Åtgärderna som anger att patienten har ett abonnemangsavtal (åtgärderna 97 och 98) finns med bland de tio vanligaste åtgärderna för åldersgrupperna 20–29 och 30–39. I åldersgruppen 20–29 utgör

³ Nollkodade åtgärder har ej beaktats.

antalet abonnemang omkring 5 procent av det totala antalet utförda åtgärder och för åldersgruppen 30–39 är abonnemangens andel 2 procent. I åldersgrupperna över 40 år förekommer inte abonnemangstandvården bland de tio vanligaste åtgärderna.

Åtgärden för akutbesök (åtgärd 91) finns med bland de tio vanligaste åtgärderna i samtliga åldersgrupper. Åtgärden svarar för 7 procent av det totala antalet utförda åtgärder och är i princip lika stor i alla åldersgrupper. Vilken behandling som utförts akut framgår dock inte av statistiken.

Tabell 3.4 De tio mest utförda åtgärderna och dess andel av det totala antalet utförda åtgärder, år 2005

	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	>=65	Alla
1	11	55	55	55	22	62	55
2	55	11	11	22	55	11	11
3	24	24	22	11	11	22	22
4	54	54	24	54	54	54	54
5	12	22	54	24	24	55	24
6	91	91	91	91	91	24	91
7	97	12	12	62	62	91	62
8	22	31	31	12	31	65	12
9	31	98	62	31	12	76	31
10	13	13	13	13	13	31	13

	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	>=65	Alla
1	21 %	19 %	19 %	17 %	15 %	12 %	15 %
2	14 %	17 %	15 %	14 %	15 %	12 %	15 %
3	12 %	13 %	12 %	13 %	12 %	10 %	11 %
4	11 %	9 %	11 %	10 %	11 %	9 %	10 %
5	9 %	9 %	9 %	9 %	9 %	8 %	10 %
6	8 %	8 %	8 %	7 %	7 %	6 %	7 %
7	5 %	6 %	5 %	3 %	4 %	6 %	5 %
8	4 %	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %
9	3 %	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %	3 %
10	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	3 %	1 %
<i>De tio vanligaste åtgärdernas andel av totalt antal åtgärder</i>	88 %	86 %	85 %	83 %	81 %	74 %	83 %

Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

3.3.3 Vilka åtgärder kostar mest?

Tandvårdskonsumtionen kan även analyseras utifrån åtgärdernas andel av de totala utgifterna i tandvårdsstödet. I tabell 3.5 presenteras de tio åtgärder som svarar för de största utgifterna i tandvårdsstödet. Det är dock viktigt att påpeka att analysen avser enskilda åtgärder och att det i många vanliga behandlingssituationer används flera åtgärder i kombination. Analysen ger därför inte en heltäckande bild av hur stor andel av de totala utgifterna som olika behandlingar svarar för.

Analysen utifrån andel av totala utgifter visar i likhet med analysen utifrån andel av totalt antal åtgärder att ett fåtal åtgärder svarar för en övervägande del av tandvårdskonsumtionen. De åtgärder som genererar högst utgifter är dock inte desamma som de åtgärder som förekommer i störst antal. De till antalet mest förekommande åtgärderna avser som beskrivs ovan främst bastandvård, t.ex. undersökning och fyllningar (lagning av hål). De åtgärder som genererar högst utgifter är dock främst protetiska åtgärder.

De mest kostsamma åtgärderna är kronor och implantatbehandlingar. Tillsammans svarar dessa åtgärder för cirka 60 procent av de totala utgifterna i tandvårdsstödet. Kronor (åtgärd 62), utgör drygt 30 procent av utgifterna i tandvårdsstödet. Implantatbehandlingar, som i huvudsak består av åtgärderna titankomponenter (åtgärd 68, inklusive 681 och 682), implantatbroar i över- och/eller underkäken (åtgärd 87 eller 86), operationer (åtgärd 84 eller 85) som måste utföras före den protetiska behandlingen och delvis hel över- eller underkäksprotes (åtgärd 75), utgör cirka 30 procent av utgifterna.

Fyllningar (åtgärd 55), som är den vanligaste åtgärden sett till antalet utförda åtgärder, svarar för omkring 5 procent av det totala tandvårdsstödet.

Tabell 3.5 De tio mest kostsamma åtgärderna och dess andel av de totala utgifterna i tandvårdsstödet, år 2005

	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	>=65	Alla
1	11	55	62	62	62	62	62
2	55	62	55	55	55	68	68
3	97	22	22	22	22	87	87
4	12	91	91	54	73	85	85
5	54	54	54	73	75	86	55
6	62	24	24	91	54	65	86
7	91	43	43	75	91	84	65
8	24	98	73	24	76	75	84
9	22	77	31	68	68	73	75
10	43	31	77	43	65	76	22

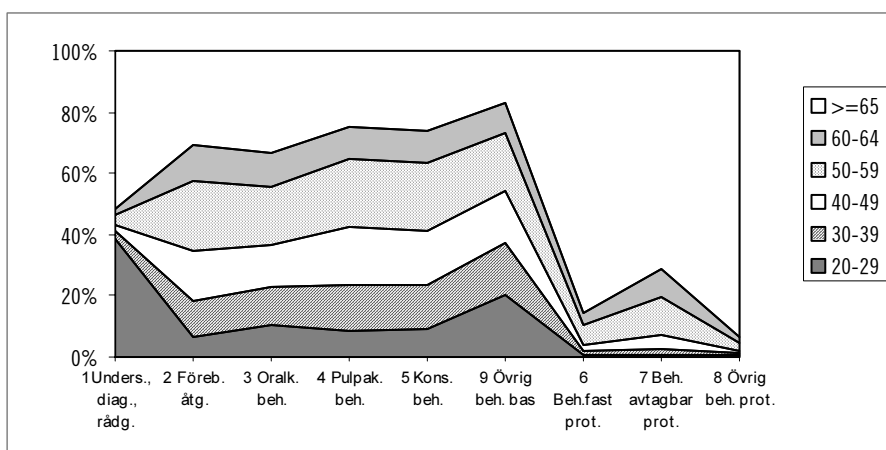
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	>=65	Alla
1	18 %	24 %	20 %	27 %	28 %	37 %	33 %
2	15 %	12 %	20 %	13 %	10 %	10 %	8 %
3	8 %	9 %	10 %	9 %	8 %	8 %	6 %
4	8 %	8 %	7 %	5 %	6 %	7 %	5 %
5	8 %	8 %	6 %	5 %	5 %	6 %	5 %
6	7 %	6 %	5 %	5 %	5 %	4 %	5 %
7	7 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
8	5 %	3 %	4 %	3 %	3 %	4 %	4 %
9	4 %	3 %	2 %	2 %	3 %	2 %	3 %
10	3 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	3 %
<i>De tio mest subventionerade åtgärdernas andel av total subvention</i>	83 %	81 %	79 %	76 %	75 %	85 %	76 %

Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

De mest kostsamma åtgärderna fördelat på ålder

Av tabell 3.5 framgår vilka åtgärder som är mest kostsamma i olika åldersintervall. I diagram 3.2 beskrivs storleken av den utbetalda subventionen för respektive åtgärdskategori fördelat efter åldersgrupp.

Diagram 3.2 Andel av subvention fördelad efter åldersgrupper och åtgärds-kategorier, år 2005



Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

I de yngre åldersgrupperna avser utgifterna i tandvårdsstödet främst bastandvård. För patienter mellan 20–29 år betalas den största delen av tandvårdsstödet ut till undersökningar (åtgärd 11) och fyllningar (åtgärd 55). Abonnemangstandvård svarar för cirka 8 procent av det utbetalda tandvårdsstödet till denna grupp. Abonnemangstandvården utgör också en relativt stor del av kostnaden i åldersgruppen 30–39 år men förekommer inte bland de tio vanligaste åtgärderna i de äldre åldersgrupperna.

Utgifterna i tandvårdsstödet för åtgärder inom åtgärdskategori 1, undersökningar m.m., går i störst utsträckning till patienter som är yngre än 30 år och äldre än 65 år. Dessa båda åldersgrupper svarar för över 90 procent av det utbetalda tandvårdsstödet till dessa åtgärder. Patienter i övriga åldersgrupper svarar för 2–3 procent av utgifterna avseende dessa åtgärder.

I åldersgrupperna 40–64 år är utgifterna för protetiska behandlingar något större än i yngre åldersgrupper, men det som dominerar är fortfarande bastandvård. Åldersgruppen 65 år och äldre svarar för den absolut största andelen av utgifterna i tandvårdsstödet till protetiska behandlingar.

För protetiska åtgärder utbetalas 70–95 procent till patienter äldre än 65 år. Inom samtliga huvudgrupper ökar det utbetalda tandvårdsstödet andel med stigande ålder fram till åldersgruppen

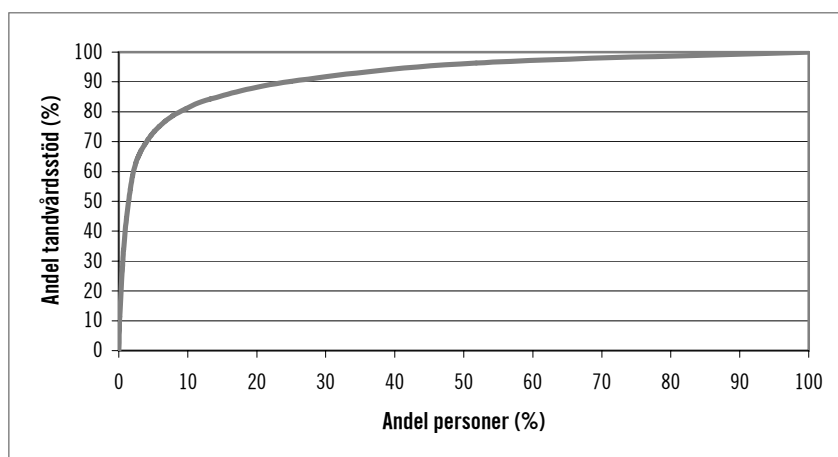
50–59 år. För patienter i åldersgruppen 60–64 år är det utbetalda stödet till protetiska åtgärder mindre än för gruppen 50–59 år. Utredningen menar att en trolig effekt av det s.k. 65+stödet är att patienter i åldersgruppen 60–64 år avvaktar med protetiska behandlingar till efter 65-årsdagen.

3.4 Subventionens fördelning

En viktig del i analyserna av tandvårdsstödet är att studera hur stor andel av tandvårdsstödet som utbetalas till olika patienter. I diagram 3.3 beskrivs hur utgifterna i tandvårdsstödet fördelas mellan patienterna. Diagrammet visar andelen patienter som tar del av tandvårdsstödet ställt emot hur stor andel av tandvårdsstödet som dessa får.

Av diagrammet framgår att ett fåtal patienter svarar för den största delen av utgifterna i tandvårdsstödet. Cirka 80 procent av det utbetalda tandvårdsstödet avser 10 procent av patienterna. Cirka 60 procent av det utbetalda stödet avser 3 procent av patienterna och 50 procent av det utbetalda stödet avser mindre än 2 procent av patienterna.

Diagram 3.3 Andel personer som får del av tandvårdsstödet, år 2005



Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

3.5 Tandvårdskostnaderna

I detta avsnitt analyseras tandvårdskostnader på individnivå baserat på uppgifter som finns registrerade i Försäkringskassans databas (se avsnitt 3.1). Tandvårdskostnaden på individnivå kan beräknas avseende både vårdgivarpris och det pris som debiterats patienten. Uppgifterna avser all tandvård för vilken ersättning från tandvårdsstödet utbetalats under 2005.

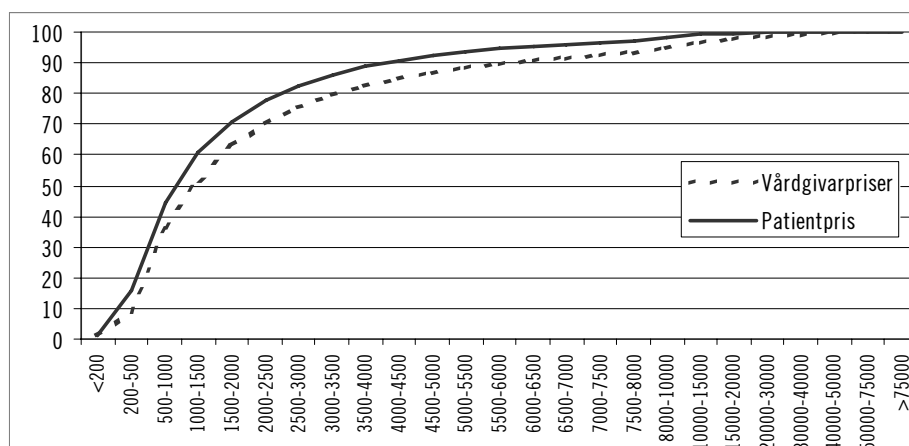
3.5.1 Vårdgivarpris och patientpris

Utredningen har studerat hur tandvårdskostnaderna fördelar sig på olika patienter. I diagram 3.4 redovisas tandvårdskonsumtionen för patienter i olika kostnadsintervall för dels vårdgivarpriset, dels patientpriset. Vårdgivarpriset motsvarar den totala kostnaden för genomförd behandling. Patientpriset motsvarar det pris som vårdgivaren debiterat patienten, dvs. med hänsyn tagen till den subvention som utgår för respektive åtgärd.

Av diagrammet framgår att cirka 80 procent av patienterna betalade mindre än 3 000 kronor för sin tandvård under det aktuella året. Drygt 90 procent betalade mindre än 5 000 kronor. Mindre än 1 procent av patienterna hade tandvårdskostnader som översteg 10 000 kronor.

Patienten betalar dock inte hela tandvårdskostnaden, utan vårdgivarens priser subventioneras genom tandvårdsstödet. För att få en uppfattning om tandvårdens konsumtionskostnader behöver därför analyser göras även utifrån vårdgivarpriset. Av diagrammet framgår att cirka 75 procent av patienterna konsumerade tandvård som kostade mindre än 3 000 kronor. Dessa patienter genomgår enskilda eller en kombination av åtgärder som exempelvis undersökningar, viss förebyggande vård och fyllningar (lagningar av hål). Behandlingar till en kostnad över 5 000 kronor genomgår drygt 10 procent av patienterna och behandlingar som kostar mer än 10 000 kronor genomgår cirka 5 procent av patienterna.

Diagram 3.4 Andel patienter i olika kostnadsintervall fördelat efter vårdgivarpriser och patientpris, år 2005



Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

En mer detaljerad beskrivning av vårdgivarpriser, patientpriser och utbetalt tandvårdsstöd fås genom att studera fördelningen mellan olika åldersgrupper och fördelningen mellan kvinnor och män.

Fördelningen mellan kvinnor och män visar att skillnaderna mellan könen är små (tabell 3.6). Det genomsnittliga vårdgivarpriset för kvinnor är 3 400 kronor och för män 3 410 kronor. Den utbetalda subventionen är något högre för kvinnor än för män, vilket medför att människens patientpris i genomsnitt är cirka 30 kronor högre.

Av tabell 3.6 framgår vidare att det genomsnittliga vårdgivarpriset ökar med stigande ålder. Patientpriset har en likartad utveckling som vårdgivarpriset med en väsentlig skillnad. Patientpriset stiger med åldern fram till åldersgruppen 60–64 för att sedan minska för patienter som är äldre än 65 år. Den främsta förklaringen till detta är högkostnadsskyddet för personer äldre än 65 år som gäller protetiska behandlingar. Det genomsnittliga tandvårdsstödet för patienter mellan 60–64 år är cirka 770 kronor. För patienter äldre än 65 år är det genomsnittliga tandvårdsstödet 4 580 kronor. Detta gör att det genomsnittliga patientpriset är högre för 60–64-åringar än för dem som är äldre än 65 år.

Tabell 3.6 Genomsnittligt vårdgivarpris, patientavgift och subvention, år 2005

Ålder	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	>=65	Totalt
Vårdgivarpris	1 530	1 890	2 250	3 080	3 440	6 760	3 400
Patientavgift	1 230	1 590	1 850	2 440	2 670	2 170	1 980
Subvention	300	300	400	640	770	4 580	1 420

Kön	Kvinnor	Män	Totalt
Vårdgivarpris	3 400	3 410	3 400
Patientavgift	1 970	2 000	1 980
Subvention	1 430	1 410	1 420

Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

3.5.2 Höga kostnader flera år i följd

Höga tandvårdskostnader uppstår för de flesta patienter någon eller några gånger i livet. Endast en liten andel patienter har höga kostnader under flera år i följd. Orsakerna till att en patient har höga kostnader under flera år i följd är flera, men sannolikt är en viktig förklaring att patienten genomgår en behandling som sträcker sig över en period längre än 12 månader.

Utredningen har följt enskilda individers tandvårdskostnader under perioden 2000–2005. För de patienter som finns registrerade under samtliga år har utredningen studerat hur stor andel som har kostnader som överstiger 2 000, 3 000 och 10 000 kronor under ett, två, tre eller fyra år i rad. Beräkningarna av dem som har höga kostnader under ett år är gjorda som ett genomsnitt av dem som har höga kostnader under åren 2005, 2004, 2003, 2002, 2001 och 2000. Beräkningarna av dem som har höga kostnader under två år är ett medelvärde för åren 2005–2004, 2004–2003, 2003–2002, 2002–2001 och 2001–2000. För dem med höga kostnader under tre och fyra år har andelarna beräknats på liknande sätt.

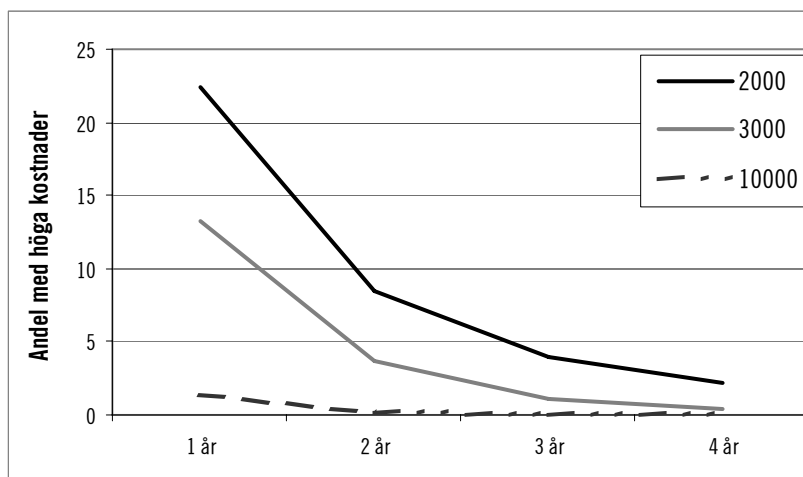
Andelen patienter med kostnader över 2 000 kronor per år är drygt 20 procent. De flesta av dessa har denna kostnad under endast ett år. Cirka 9 procent har en kostnad som överstiger 2 000 kronor under två år i rad och omkring 4 procent har denna kostnad tre år i rad. Cirka 2,5 procent har en kostnad som överstiger 2 000 kronor under fyra år i rad.

Cirka 13 procent av patienterna har en kostnad som överstiger 3 000 kronor under ett år. Andelen med kostnader över 3 000 kronor

under två, tre respektive fyra år i rad sjunker markant. Endast omkring 0,5 procent har kostnader som överstiger 3 000 kronor under fyra år i rad.

Andelen patienter som har kostnader överstigande 10 000 kronor under ett år är knappt 2 procent. Andelen som har denna kostnad under två, tre respektive fyra år i rad är mindre än 1 procent.

Diagram 3.5 Andel med kostnader över 2 000, 3 000 och 10 000 kronor per år under 1, 2, 3 och 4 år i rad, år 2000–2005



Anm. Andelen med höga kostnader är beräknat som ett genomsnitt över åren 2000–2005.

Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

3.6 Tandvårdspatienternas socioekonomiska situation

Tandvårdspatienternas socioekonomiska situation har belysts i ett antal olika studier⁴. I den folkhälsopolitiska rapporten 2005 konstateras att personer med kort utbildning eller ensamboende löper en högre risk för dålig tandhälsa. Dessa var mer benägna att trots behov avstå från att söka tandvård. Ekonomiska faktorer var den viktigaste orsaken till att personer med tandvårdsbehov valde att avstå från att söka vård. Slutsatserna pekar på att personer med svag ekonomi har en sämre tandhälsa än personer med goda ekonomiska förutsättningar.

⁴ Tandhälsans utveckling följs i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) och Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät.

För att komplettera bilden av de socioekonomiska faktorernas betydelse har utredningen analyserat hur dessa faktorer påverkar individens tandvårdskonsumtion. Uppgifterna i Försäkringskassans databas om patienternas tandvårdskonsumtion har kompletterats med ett antal socioekonomiska variabler. Därigenom kan betydelsen av faktorer som utbildningsbakgrund, civilstånd, födelse-land, inkomster och inkomstslag studeras.

Utredningen har med hjälp av en statistisk regressionsmodell skattat den genomsnittliga tandvårdskostnaden för olika socioekonomiska grupper. Fördelen med en regressionsmodell i förhållande till att enbart jämföra den genomsnittliga kostnaden i olika grupper är att man kan konstanthålla för andra egenskaper än den studerade och därmed isolera effekten till enbart en variabel. Som exempel kan nämnas att ett rakt genomsnitt av tandvårdskostnaden för socialbidragstagare kommer att bli beroende av egenskaper som åldersstruktur och utbildningsbakgrund bland socialbidragstagarna. Därmed blir bilden av vad enbart socialbidragsberoendet betyder för tandvårdskostanden missvisande. Detta kan hanteras statistiskt genom att använda en regressionsansats.

Vid ett sådant förfarande blir den genomsnittliga skillnaden i tandvårdskostnaden mellan kvinnor och män relativt liten. När skillnaden i andra egenskaper har eliminerats visar tabell 3.7 att männens tandvårdskostnader är cirka 20 kronor högre än kvinnornas. Andra egenskaper som har en relativt liten betydelse för tandvårdskonsumtionens storlek är civilstånd, arbetslöshet, sjukskrivning eller att ha sjuk- och aktivitetsersättning. Att vara gift eller sammanboende innebär en något lägre tandvårdskostnad än för ensamstående, men den genomsnittliga skillnaden är endast 25 kronor.

Att vara arbetslös innebär att tandvårdskostnaden är något högre än för patienter som inte är arbetslösa, men den genomsnittliga skillnaden är endast cirka 20 kronor. För patienter som är sjukskrivna är tandvårdskostnaden cirka 40 kronor högre än för patienter som inte är det. Patienter med sjuk- och aktivitetsersättning konsumerar tandvård för cirka 45 kronor mindre än de som inte har sådan ersättning.

Den faktor som betyder mest för tandvårdskostnaden är ålder. Den genomsnittliga skillnaden mellan olika åldersgrupper är förhållandevis stor. De lägsta tandvårdskostnaderna återfinns i gruppen 20–29 år, där den genomsnittliga patienten konsumerar tandvård till ett värde av 460 kronor. Tandvårdskonsumtionen ökar

sedan med stigande ålder. Den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen för patienter över 65 år är cirka 2 400 kronor. Den största ökningen i procentuella termer sker mellan åldersgrupperna 20–29 år och 30–39 år där tandvårdskonsumtionen ökar med 50 procent samt mellan åldersgrupperna 60–64 år och 65+ där tandvårdskonsumtionen ökar med nästan 60 procent. Uttryckt i kronor sker den största ökningen mellan åldersgruppen 60-64 år och åldersgruppen över 65 år där den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen ökar med nästan 900 kronor.

Tabell 3.7 Den genomsnittliga effekten på tandvårdskonsumtionen för patienter med olika socioekonomiska egenskaper, allt annat lika (kronor)

Ålder		Anställd (Referensgrupp ej förvärvsarbetande)	
20-29 år	460	Statligt anställd	-110
30-39 år	690	Kommunalt anställd	-95
40-49 år	960	Privat anställd	-100
50-59 år	1 260	Företagare	-30
60-64 år	1 520		
>=65 år	2 410		
Utbildning (Referensgrupp grundskola)		Ersättning från försäkrings- och bidragssystem	
Gymnasieutbildning	-10	Förtidspension	-45
Högskoleutbildning	-90	Sjukskriven	40
		Arbetslös	20
Familjevariabler		Socialbidrag	260
Gift/Sambo	-25		
Barn	140		
Man	20		
Svenskfödd	-110		
Inkomst (Referensgrupp Kvartil 5)			
Kvartil 1	-70		
Kvartil 2	-45		
Kvartil 3	-25		
Kvartil 4	0		

Källa: Egna beräkningar.

Den faktor som näst efter ålder betyder mest för tandvårdskostnadens storlek är socialbidragsberoende. Socialbidragstagare har i genomsnitt en tandvårdskostnad som är cirka 260 kronor högre än de som inte har socialbidrag. Även individens födelseland har en relativt stor betydelse för tandvårdskostnaden i förhållande till andra egenskaper, vilket även gäller för personer som har barn. Personer födda i Sverige har cirka 110 kronor lägre tandvårdskost-

nader än utrikes födda. Individer med barn har cirka 140 kronor högre tandvårdskostnader än personer utan barn.

Effekterna av dessa faktorer kan vid en bedömning en och en anses vara små, men om man adderar effekten av skillnaden i andra egenskaper som också är vanligt förekommande bland de utrikes födda som att vara socialbidragstagare, att ha barn, vara lågutbildad blir skillnaden i tandvårdskonsumtion snabbt ganska stor.

Förvärvsarbetande har i genomsnitt lägre tandvårdskonsumtion än personer som står utanför arbetsmarknaden. I förhållande till dem som står utanför arbetsmarknaden är tandvårdskostnader cirka 100 kronor lägre för privat anställda, 95 kronor lägre för kommunanställda och cirka 110 kronor lägre för statligt anställda. Företagare har en högre tandvårdskonsumtion än anställda och i genomsnitt uppgår denna skillnad till cirka 70 kronor.

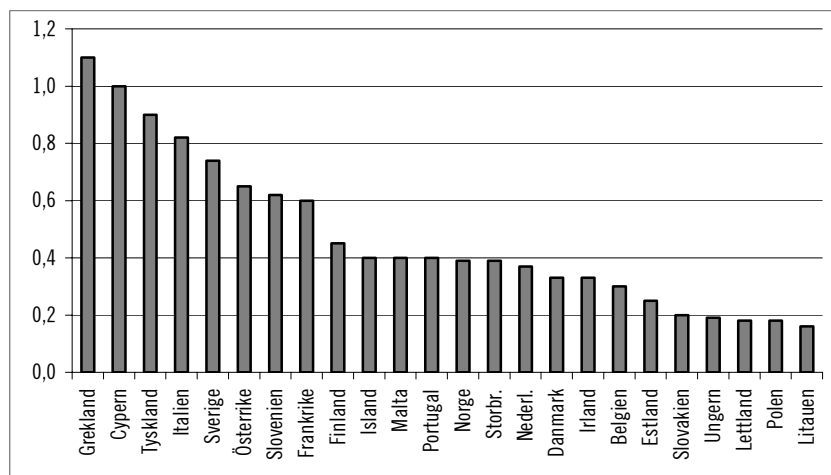
Utbildningens betydelse för tandvårdskonsumtionen framgår också av tabell 3.7. Ju högre utbildning desto lägre är tandvårdskonsumtionen. Personer med högskoleutbildning har i genomsnitt en tandvårdskonsumtion som är 90 kronor lägre än personer vars högsta utbildning är grundskolan. Skillnaden i tandvårdskonsumtion mellan personer med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning är däremot relativt liten och uppgår i genomsnitt till cirka 10 kronor.

Individens inkomst med hänsyn tagen till individens försörjningsbörda har en viss betydelse för tandvårdskostnaden om än inte så stor. Individer med låga inkomster har också lägre tandvårdskostnader. Personer i kvartil 1 har omkring 70 kronor lägre tandvårdskostnader än personer i kvartil 4 och 5. Skillnaden mellan kvartil 1, 2 och 3 är däremot bara cirka 45 kronor. En möjlig tolkning av detta resultat är att personer med låga inkomster anpassar sin tandvårdskonsumtion efter sin ekonomiska situation. De genomför endast de nödvändigaste tandvårdsåtgärderna då behov uppstår och prioriterar istället andra utgifter framför tandvård.

3.7 Tandvårdskonsumtion i olika länder

Tandvård är en relativt liten utgift i alla länder men det finns betydande skillnader mellan länderna (diagram 3.6). Sverige tillhör de länder som lägger störst del av bruttonationalinkomsten (BNI) på tandvård.

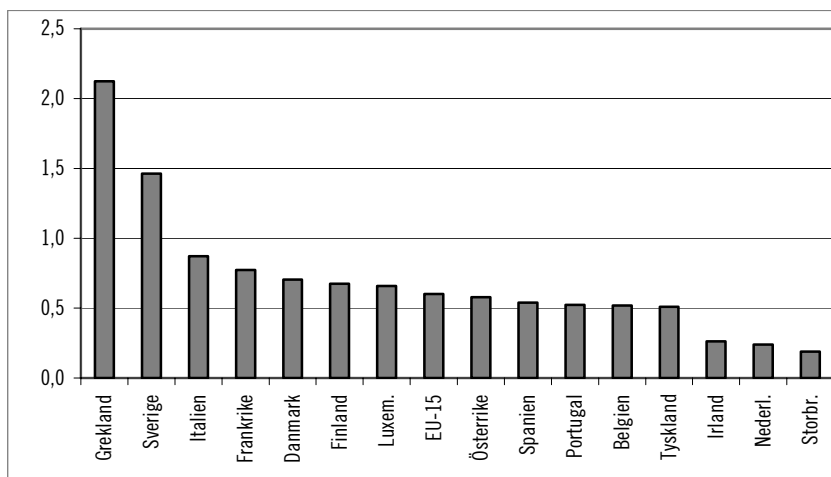
Diagram 3.6 Andel av BNI som lades på tandvård, år 2000



Källa: EU Chief Dental Officers (2004).

Ett annat sätt att mäta tandvårdskonsumtionen är andelen av hushållens utgifter som går till tandvård (diagram 3.7). Enligt den senast tillgängliga undersökningen gick en betydligt större del av hushållens totala utgifter till tandvård i Sverige och Grekland än i övriga EU-länder.

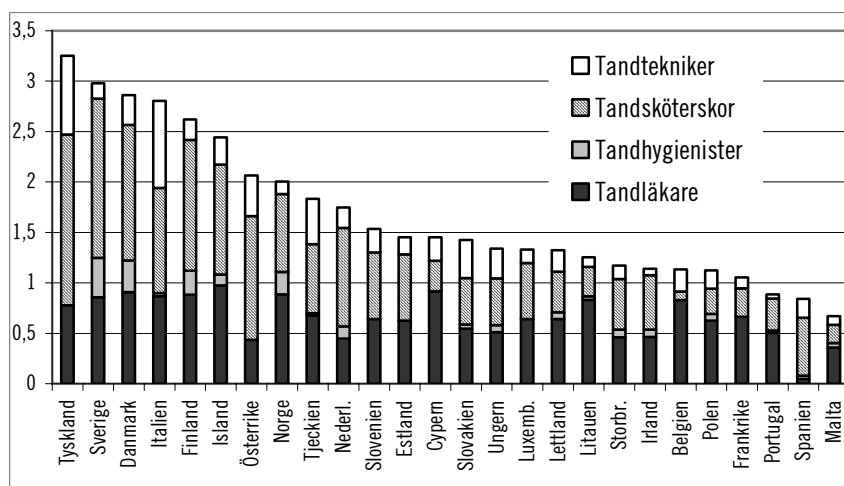
Diagram 3.7 Andelen av hushållens utgifter som gick till tandvård, år 1999



Källor: Eurostat samt egna beräkningar.

Ett annat sätt, om än grovt, att mäta tandvårdskonsumtionen är mängden tandvårdspersonal per 1 000 invånare. Eftersom tandvårdspersonal har olika uppgifter i olika länder är det viktigt att vara försiktig i jämförelser av antalet i olika yrkeskategorier i olika länder. Ser man till det totala antalet tandvårdspersonal i relation till befolkningen så ligger Tyskland i topp och Sverige inte långt efter. Sverige har framförallt relativt många tandhygienister och tandsköterskor medan antalet tandtekniker är relativt lågt.

Diagram 3.8 Antal tandvårdspersonal per 1000 invånare, år 2004



Källa: EU Chief Dental Officers (2004).

3.8 Summering och slutsatser

Utredningen har i detta kapitel belyst tandvårdskonsumtionens utveckling under åren 2000–2005. Nedan sammanfattas resultat och slutsatser från de genomförda analyserna.

Huvuddelen av utgifterna i det statliga tandvårdsstödet, drygt 70 procent, betalas ut till privata vårdgivare.

Det har skett en förskjutning av tandvårdskonsumtionen från basvård till protetiska åtgärder. Denna förskjutning har förstärkts av 65+-reformen, men även denna obeaktad har andelen protetiska åtgärder ökat. Huvuddelen av de protetiska åtgärderna utförs av privata vårdgivare.

Ett fåtal åtgärder svarar för en övervägande del av det totala antalet utförda åtgärder. De flesta åtgärder som utförs inom tandvården är inom basvården. Även i förhållande till de totala utgifterna är det ett fåtal åtgärder som står för den övervägande delen. De mest kostsamma åtgärderna är dock protetiska åtgärder. De mest kostsamma åtgärderna är kronor och implantatbehandlingar. Tillsammans utgör dessa åtgärder drygt 60 procent av de totala utgifterna i det statliga tandvårdsstödet.

Tandvårdsersättningen till åldersgrupperna upp till 65 år avser främst bastandvård. För gruppen 65 år och äldre avser tandvårdsersättningen främst protetiska behandlingar.

En trolig effekt av högkostnadsskyddet för äldre, den s.k. 65+-reformen, är att patienter i åldersgruppen 60–64 år avvaktar med protetiska behandlingar till efter 65-årsdagen.

Ett fåtal patienter svarar för den största delen av utgifterna i tandvårdsstödet. Cirka 80 procent av det utbetalda tandvårdsstödet avser 10 procent av patienterna.

Cirka 80 procent av patienterna betalade mindre än 3 000 kronor för sin tandvård under 2005. Det genomsnittliga vårdgivarpriset ökar med stigande ålder. Patientpriset ökar med stigande ålder fram till 65 års ålder, då det minskar, vilket främst förklaras av högkostnadsskyddet för personer äldre än 65 år som gäller protetiska behandlingar.

Patienter med höga tandvårdskostnader har detta under ett eller ett fåtal enskilda år och inte under flera år i följd. Endast en liten andel av patienterna har höga tandvårdskostnader under flera år i följd. Cirka 0,5 procent av patienterna har tandvårdskostnader över 3 000 kronor under fyra år i rad.

Den viktigaste faktorn för att förklara tandvårdskonsumtionens storlek är ålder. De lägsta tandvårdskostnaderna återfinns i gruppen 20–29 år, där den genomsnittlige patienten konsumerar tandvård till ett värde av 460 kronor. Tandvårdskonsumtionen ökar sedan med stigande ålder. Den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen för patienter över 65 år är cirka 2 400 kronor.

Andra socioekonomiska förklaringar är socialbidragsberoende, koppling till arbetsmarknaden och individens födelseland.

Sverige tillhör de länder som lägger störst del av bruttonationalinkomsten (BNI) på tandvård.

4 Prisutvecklingen

I detta avsnitt diskuteras först skillnaderna i prisutveckling för olika åtgärder. Därefter följer en kort redogörelse för prisskillnaderna mellan olika vårdgivare. Vidare ges privata respektive offentliga vårdgivares syn på konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden. Avsnittet avslutas med en jämförelse av prisutvecklingen för tandvård i olika länder och en summering.

4.1 Inledning

Ökade kostnader för dem som betalar för tandvården kan antingen komma från en ökad konsumerad volym eller ett ökat pris. Patienternas utgifter för tandvård har ökat med 66 procent under perioden 1998 till 2004. Under samma period har statens kostnader för tandvårdsstödet ökat med 84 procent. Patienternas och statens samlade utgifter har ökat med cirka 70 procent. Under samma period har priserna, enligt SKL, ökat med cirka 60 procent. Det innebär att volymökningen stått för en relativt liten del av de ökade kostnaderna för tandvård. Inom ramen för den s.k. 65+-reformen har dock volymökningar stått för en stor del av kostnadsökningen.

Utredningen analyserade i föregående betänkande prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden sedan prisregleringen upphörde 1999. Ökningen i vårdgivarnas priser har varit kraftig men det är svårt att säga exakt hur stor. Patientpriserna har ökat mindre än vårdgivarnas priser till följd av att den statliga ersättningen för vissa åtgärder höjdes 1999 och 2002. De stora prisökningarna behöver inte nödvändigtvis innebära att vårdgivarnas priser ökat för mycket. Detta eftersom priset på en vara skall avspegla kostnaden för att producera denna.

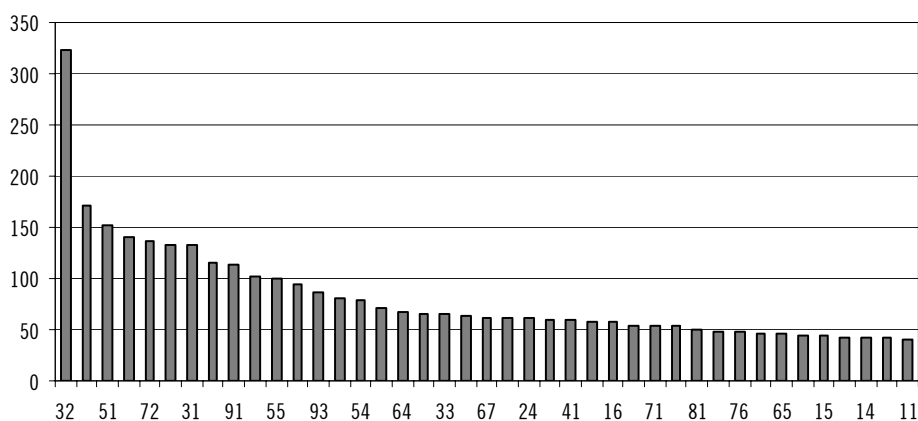
Utredningen anser att det är svårt att säkert avgöra orsakerna till de kraftigt ökade priserna mellan åren 1998 och 2006. Utredningen menar dock att huvuddelen av prisökningen kan förklaras av att

kostnaderna för att producera tandvård har ökat men också att det skett en nödvändig anpassning från de tidigare reglerade priserna. Det är dock ännu inte säkerställt om detta kan förklara hela prisökningen eller om vårdgivarna kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut onormalt höga ersättningar. Utredningen anser därför att det är viktigt att fördjupa analysen av prisutvecklingen.

4.2 Prisutvecklingen för olika åtgärder

SKL har den mest omfattande statistiken över prisutvecklingen för olika åtgärder och har dessutom tagit fram vägningstal som gör det möjligt att beräkna den sammanvägda prisökningen. Denna statistik omfattar endast landstingens priser för allmäntandvård och inte specialisttandvård där huvuddelen av implantantvården bedrivs. Statistiken måste därför användas med viss försiktighet. Enligt SKL har den sammanvägda prisökningen 1998 till 2006 varit 71 procent för allmäntandvården.

Skillnaden i ökningstakt mellan olika åtgärder är stor, som visas i diagram 4.1. Den klart högsta prisökningstakten har åtgärd 32 (tanduttagning, varje ytterligare inom samma kvadrant och vid samma behandlingstillfälle) haft medan åtgärd 11 (undersökning) haft den lägsta prisökningen under perioden 1998 till 2006. Åtgärderna inom grupp 3 (Oralkirurgi) och 5 (Konserverande behandling) har haft de generellt högsta prisökningarna medan grupperna 1 (Undersökningar), 2 (Förebyggande åtgärder) och 4 (Pulpakirurgi) haft de generellt lägsta prisökningarna.

Diagram 4.1 Prisökning per åtgärd 1998–2006, procent

Källor: SKL (2006a) samt egna beräkningar.

4.2.1 Orsaker till prisskillnaderna per åtgärd

Utredningen ser minst fyra potentiella förklaringar till de stora skillnaderna i prisökningstakten för olika åtgärder

1. felaktiga prisrelationer i den reglerade taxan,
2. skillnader i utvecklingen av produktionskostnader,
3. prisdifferentiering efter patienternas betalningsvilja och
4. socialpolitiska ambitioner att öka efterfrågan på vissa åtgärder.

Priserna i den reglerade tandvårdstaxan härrörde från en tidsstudie som gjordes i början av 1970-talet. Även om vissa förändringar gjorts över tiden så gjordes det inga större förändringar av relationerna mellan olika åtgärder från mitten av 1980-talet. Den tekniska och odontologiska utvecklingen kan därför ha inneburit att de relativa kostnaderna för att utföra olika åtgärder förändrats över tiden. Med den fria prissättningen kan det därmed ha skett en anpassning till mer rimliga relationer.

Vårdpersonalens tid är den största kostnaden för i stort sett all tandvård och mängden tid som behövs för olika åtgärder varierar. Så länge det inte sker strukturella förändringar av mängden tid som behövs eller av vilken personal som utför vården skall förändringar av priset på tid inte påverka prisrelationen mellan olika åtgärder.

Det används olika typer av material för olika åtgärder. Förändringar i priset på dessa samt förändringar i vilka material som används kan förändra relationen mellan olika åtgärder. Vårdgivarens pris för en behandling består av priset för själva behandlingen, priset för tandteknikerns arbete och priset för material. Skillnaden i pris mellan olika vårdgivare kan alltså bero på priserna på material och på att tandteknikerna har olika priser för sina produkter.

Försäkringskassan har undersökt skillnaderna i materialpriser inom privattandvården 2005.¹ Man fann stora skillnader i såväl vårdgivarpriserna för gjut- och ädelmetaller samt titankomponenter. Försäkringskassan har föreslagit sänkta ersättningar för titankomponenter i implantatbehandlingar eftersom de menar att priserna på den internationella marknaden sjunkit.² Bland de åtgärder som ökat mest i pris finns relativt få åtgärder där inslaget av material är relativt stort. Det förefaller därmed som eventuella prisökningar på material inte kan förklara de skilda prisökningarna på olika åtgärder.

En tredje möjlighet är att vårdgivarna sätter priser efter betalningsvilja snarare än produktionskostnad. Betalningsviljan för olika åtgärder kan skilja sig åt och om konkurrensen är otillräcklig så kan vårdgivarna ha priser som inte avspeglar kostnaderna.

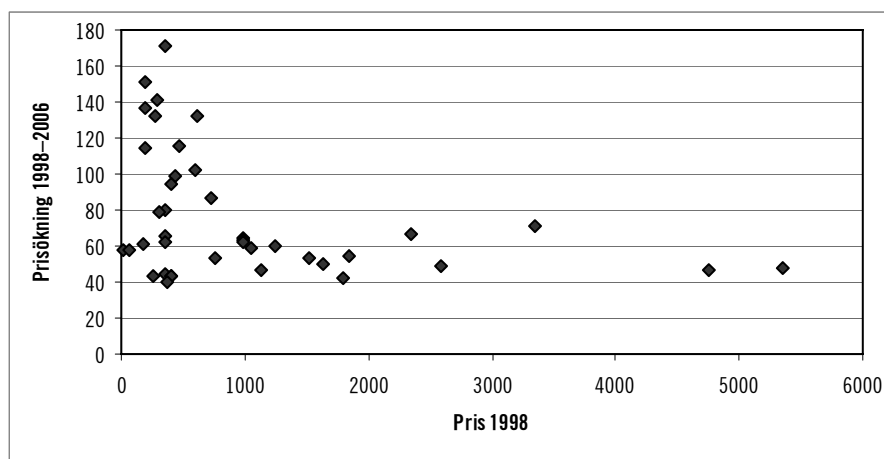
En hypotes är att priserna höjts mest där det känns minst, dvs. på åtgärder med ett relativt lågt pris. Diagram 4.2 visar att det inte finns någon tydlig samvariation mellan prisnivån 1998 och ökningstakten fram till 2006.³ Intressant är dock att det är åtgärder med relativt lågt pris som haft prisökningar över 80 procent, men det finns även åtgärder med relativt lågt pris som haft en relativt låg prisökningstakt. Utredningen menar därmed att vårdgivarna inte kan sägas ha höjt priserna mest varken för relativt billiga eller för relativt dyra åtgärder. De åtgärder där priserna höjts mest har dock varit relativt billiga. Här är det viktigt att beakta att vissa implantatbehandlingar som är relativt sett dyra inte finns med i SKL:s statistik.

¹ Försäkringskassan (2005b).

² Försäkringskassan (2006).

³ Åtgärd 32 har i figuren exkluderats eftersom prisökningstakten varit väldigt hög.

Diagram 4.2 Prisökning i Landstingen 1998-2006 samt priset 1998, per åtgärd

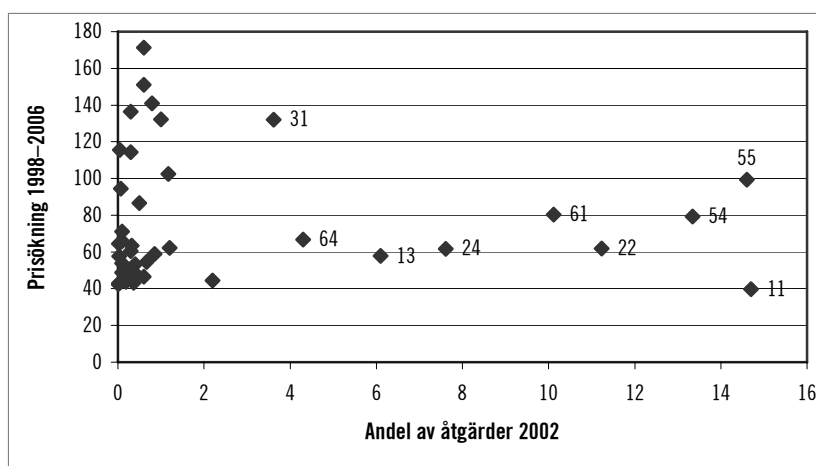


Källor: SKL (2006a) samt egna beräkningar.

En annan tänkbar hypotes är att landstingen höjt priserna mest på de åtgärder som patienterna sällan har behov av att få utförda. Diagram 4.3 visar samvariationen mellan hur vanligt förekommande en åtgärd är och prisökningen.⁴ Inte heller här finns det något tydligt mönster. De högsta prisökningarna har skett för relativt sällan förekommande åtgärder men i denna grupp finns även åtgärder som haft en relativt låg prisökningstakt. Det är här viktigt att komma ihåg att en relativt liten prisökning på en åtgärd som utförs kan ge en större intäktsökning än en relativt stor prisökning på en åtgärd som utförs sällan.

⁴ Åtgärd 32 har i figuren exkluderats eftersom prisökningstakten varit väldigt hög.

Diagram 4.3 Prisökning i landstingen 1998–2006 samt andel av åtgärder 2002, per åtgärd



Källor: SKL (2006a) samt egna beräkningar.

Utredningen anser att det är svårt att se ett tydligt mönster i vilka åtgärder som haft relativt höga respektive relativt låga prisökningstakter. Det är troligt att priserna 1999 inte motsvarade de verkliga kostnaderna för olika åtgärder och att den efterföljande prisspridningen därmed varit en anpassning till priser som bättre motsvarar kostnaderna för olika åtgärder. Dessutom har vissa vårdgivare av socialpolitiska skäl satt olika priser på olika typ av åtgärder.

4.3 Prisutveckling hos olika vårdgivare

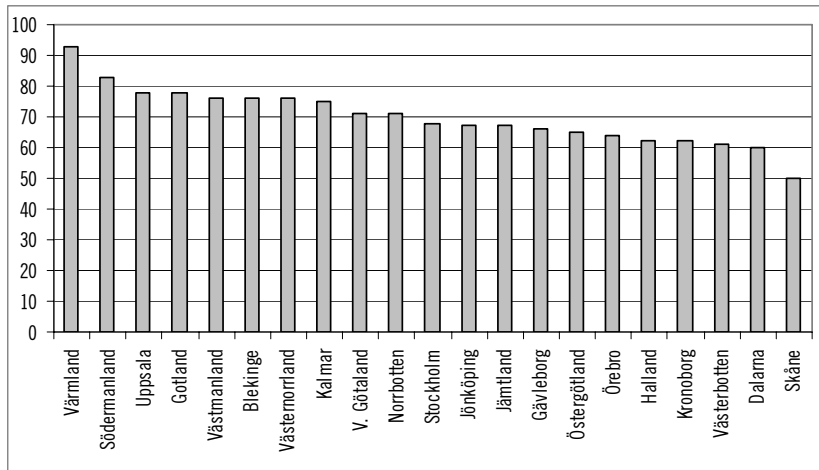
Detta avsnitt behandlar främst prisutvecklingen i olika landsting men också landstingens påverkan på de privata vårdgivarnas priser.

Fram till 1999 hade landstingen samma priser men efter att pris-sättningen släpptes fri har priserna ökat olika mycket i landstingen. Om samma vikter används för de enskilda landstingen som används för landstingen totalt så skiljer sig prisökningen mellan olika landsting sig åt mellan 50 och drygt 90 procent (diagram 4.4). I 16 av 21 landsting ligger prisökningen mellan 60 och 75 procent.

SKL anser att de angivna värdena är ett uttryck för den ungefärliga, men inte exakta, nivån på prisökningarna inom respektive

landsting. De pekar på att det finns en viss osäkerhet i beräkningarna. Detta eftersom det används samma vikter, svårigheten att ta hänsyn till latituder och att alla landsting inte uppnår kostnadstäckning under enskilda år.

Figur 4 Total prisökning i landstingen 1998–2006, procent

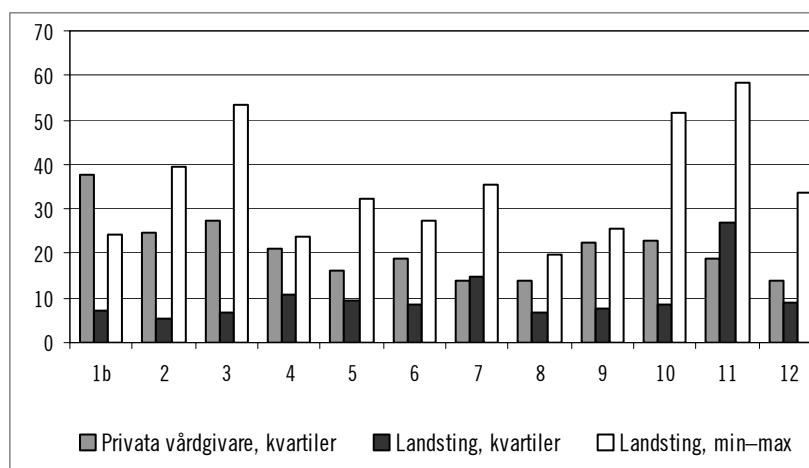


Källa: SKL (2006b).

Försäkringskassan redovisar prisskillnader mellan olika vårdgivare i både privat och offentlig regi.⁵ Med hjälp av redovisningen av priset för olika behandlingspaket går det att ge en grov bild av prisskillnaderna. Diagram 4.5 visar att skillnaden mellan första och tredje kvartilen är högre för de privata vårdgivarna än för landstingen. Till viss del är denna skillnad en följd av att det bara finns 21 landsting. Om man istället tittar på ytterfallen av landstingen så är skillnaden betydande. Försäkringskassans slutsats är att prisskillnaden mellan merparten av vårdgivarna är relativt liten.

⁵ Försäkringskassan (2005a).

Diagram 4.5 Procentuell skillnad mellan högsta och lägsta patientpris för olika behandlingspaket för åldrarna 30–64 år, maj 2005



Källor: Försäkringskassan (2005) samt egna beräkningar.

RFV och Försäkringskassan har undersökt prisutvecklingen för olika vårdgivare och finner att de privata vårdgivarnas priser generellt ökat mer än landstingens priser. RFV fann inget tydligt samband mellan landstingens och de privata vårdgivarnas prissättning i respektive län men i de flesta fall ligger de privata vårdgivarna över landstingens prisnivå.⁶ Det finns tendenser till att landstingen skulle vara prisledande men det går inte att klarlägga. Eriksson finner däremot i en studie att landstingens prissättning för olika behandlingspaket påverkar de privata vårdgivarnas priser.⁷ Landstingen skulle, enligt Eriksson, därmed vara prisledare.

Korrelationen mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser i hela landet var 2003 relativt svag men signifikant positiv för sju av de tio undersökta behandlingspaketen.⁸ Den var högre än i riket i storstadslänen men framförallt i mellersta- och övre Norrland. Konkurrensverket menar att RFV:s undersökningar visar att det finns en viss priskonkurrens på marknaden eftersom de privata vårdgivarna inte kan agera helt oberoende av folktandvården.

⁶ RFV (2004).

⁷ Eriksson (2004).

⁸ Konkurrensverket (2004).

4.3.1 Orsaker till prisskillnaderna mellan olika vårdgivare

Priserna i olika landsting har ökat med skilda ökningstakter sedan 1998. Framför allt Region Skåne och Värmland skiljer ut sig. En del av förklaringen till detta uppges vara att folktandvården i Region Skåne, som haft den lägsta prisökningen, har ett underskott i sin budget för folktandvården, har skjutit upp investeringar och i stort sett upphört med kompetensutveckling av personalen. Folktandvården i Värmland som haft de högsta prisökningarna uppges ha genomfört ett omfattande investeringsprogram för digitalisering och använder inte latituder, vilket ger högre registrerade priser än andra folktandvårder.

Utredningen bedömer dock att dessa faktorer knappast kan förklara de stora skillnaderna i prisökningstakt över en så pass lång tidsperiod som åtta år. Investeringarna utgjorde under perioden 1999 till 2004, enligt SKL:s statistik, 4–5 procent av nettokostnaderna för tandvård.⁹ Utgifterna för kompetensutveckling kan knappast vara så höga att de på lång sikt kan skapa så stora prisskillnader mellan olika landsting.

RFV har analyserat prisskillnaderna mellan olika åtgärder hos landstingen år 2004.¹⁰ Skillnaden mellan det dyraste och det billigaste landstinget var för olika åtgärder i genomsnitt 25 procent. Vilket landsting som är dyrast respektive billigast varierar mellan olika åtgärder. RFV menade därför att det inte går att förklara skillnaden med exempelvis högre löner eller lokalkostnader.

Utredningen anser att skillnaderna i priser till viss del kan förklaras av skilda kostnader, exempelvis högre lokalkostnader och löneläge i storstäderna samt olika investeringsmönster. Detta kan dock bara förklara en liten del av dem. Prisskillnaderna kan då förklaras av antingen skillnader i effektivitet eller i beteendet på marknaden. Det senare innebär att vissa vårdgivare tar ut högre priser än vad som hade varit möjligt på en marknad med god konkurrens.

Grönqvist har undersökt förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan inom högkostnadsskyddet för äldre.¹¹ Hans resultat visar på förekomst av utbudsstyrd efterfrågan på ett av tre undersökta fall. Det går därmed inte att utifrån hans undersökning dra några tydliga slutsatser om utbudsstyrd efterfrågan inom 65+reformen.

⁹ Statistik om hälso- och sjukvård, olika år.

¹⁰ RFV (2004).

¹¹ Grönqvist (2006).

Grönqvist har också undersökt om län med ett relativt stort antal tandläkare har högre priser än län med ett relativt litet antal tandläkare. Hans resultat ger ett visst stöd för denna hypotes. Tidigare studier visar på liknande resultat när det gäller sannolikheten att besöka tandläkare och tandvårdskonsumtionen.¹²

Inom sjukvården finns det stora skillnader i effektivitet mellan landstingen. Utredningen anser att ingenting talar för att detta inte skulle gälla även för tandvård. De reglerade priserna innebar att alla vårdgivare hade samma priser. Landstingen använde, när marknaden avreglerades, olika former av stöd till folktandvården för att finansiera verksamheten. Dessa stöd var olika stora i olika landsting. Efter 1999 har det varit möjligt för landstingen att i högre utsträckning ta ut priser som motsvarar de verkliga kostnaderna inom folktandvården. Detta har inneburit att landstingen kunnat avveckla hela eller delar av sitt stöd till folktandvården. De skillnader i produktivitet som finns blir då synliga.

4.4 Konkurrens mellan offentlig och privat tandvård

För en fungerande konkurrens på en marknad, där den offentliga sektorn är en av huvudproducenterna, är det avgörande med rättvisa spelregler mellan privat och offentligt ägda producenter. Om det inte råder lika villkor mellan offentliga och privata aktörer riskerar detta att snedvrider konkurrensen.

Folktandvårdens marknadsandel på den samlade tandvårdsmarknaden är ungefär 50 procent. För vuxentandvård var marknadsandelen 2002, beräknad utifrån patientavgifter respektive försäkringsavgifter, 31 respektive 34 procent.¹³ För barn och ungdomar svarade folktandvården för 91 procent av landstingens kostnader. Marknadsandelarna varierar dock geografiskt. Privata tandläkare finns främst i de större orterna medan folktandvården i andra områden har i det närmaste monopol på den lokala tandvårdsmarknaden.

Varje landsting skall enligt 5 § tandvårdslagen (1985:125) erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Den tandvård som landstinget självt bedriver benämns enligt tandvårdslagen folktandvård. Folktandvården skall enligt 7 § tandvårdslagen svara för den avgiftsfria tandvården för barn och ungdomar, specialist-

¹² Olsson (1999).

¹³ Konkurrensverket (2004).

tandvård för vuxna och övrig tandvård för den vuxna befolkningen i den omfattning som landstinget bedömer som lämpligt. Enligt 8 § tandvårdslagen skall landstinget planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov samt erbjuda tandvård till patientgrupper med behov av särskilt stöd. Landstingen måste ta emot alla patienter, även de som är extremt kostnadskrävande. Det finns också krav på tillgänglighet avseende lokalisering, öppettider och lokalernas utformning.

Landstingsfullmäktige beslutar om taxan i folktandvården. Enligt kommunallagens likställighetsprincip skall samma taxa gälla inom hela landstinget. Detta innebär en viss korssubventionering, dvs. att en geografisk del får subventionera en annan geografisk del. De olika geografiska delarna bär därigenom inte alltid sina kostnader och priset avspeglar då inte kostnaden för produktionen.

Tandvården för barn och ungdomar skall vara avgiftsfri för patienten.¹⁴ Landstingen skall svara för att avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrivs på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer m.m., samt att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård med vårdavgifter som motsvarar dem för den öppna hälso- och sjukvården.

Enligt kommunallagen (1991:900) skall självkostnadsprincipen råda när det gäller folktandvårdens tandvårdstaxa. Denna innebär att avgiften skall vara mot kostnaden för den tjänst som folktandvården tillhandahåller. Landstingen har dock olika principer för sin prissättning av olika åtgärder. Vissa korssubventionerar mellan olika typer av åtgärder medan andra har kostnadsbaserade priser för varje åtgärd. I Konkurrensverkets enkät för 2003 så uppgav de flesta landstingen att de tillämpade principen om full kostnadsäckning för varje åtgärd i allmäntandvården för vuxna.

Såväl SKL som Privattandläkarna har fått möjlighet att till utredningen inkomma med synpunkter på konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden mellan den offentliga och privata sektorn. Nedan återges deras synpunkter. Utredningen har inte gjort någon bedömning av rimligheten i dessa.

SKL har uppgett följande:

¹⁴ Landstingen kan dock ta ut en avgift om patienten på begäran ges en behandling som inte anses nödvändig.

- Folktandvården kan missgynnas av att vara en del av landstingen eftersom verksamheten inordnas under förutsättningar som kan vara optimala totalt sett men inte för folktandvården. Det handlar om allt från allt för stora lokaler till att planeringsprocessen kräver tid och resurser. Därtill måste folktandvården följa landstingens generella personal- och lönepolitik, vilket begränsar möjligheterna att anpassa dessa efter folktandvårdens behov och efter vad en eventuell konkurrenssituation föranleder.
- Folktandvården måste, till skillnad från den privata tandvården, uppfylla andra krav på tillgänglighet. I detta ligger att man måste svara för tandvård i t.ex. glesbygd där kundunderlaget inte är tillräckligt för att kostnader och intäkter skall gå ihop. Vidare måste man svara för öppethållande året runt och att det finns jourtandvård. Folktandvården måste även se till att lokalerna är anpassade för funktionshindrade.
- Folktandvården rekryterar och utbildar i normalfallet övervägande delen av tandvårdspersonalen. Det gäller tandläkare inklusive specialister, tandhygienister och tandsköterskor. De privata vårdgivarna rekryterar i sin tur normalt sin personal ur folktandvårdens personalstyrka. Detta innebär att folktandvården på ett annat sätt måste bedriva ett kontinuerligt rekryteringsarbete, inklusive introduktion och utbildning av nyutbildad personal som saknar tillräcklig klinisk erfarenhet.
- De privata vårdgivarna kan till skillnad från folktandvården välja bort vissa patienter eller viss tandvård.
- Det finns en konkurrensnackdel i att man inom ett landsting inte kan ha olika priser på olika orter, vilket privattandläkarna kan.
- Privattandläkarna har en fördel i att de friare kan disponera överskott mellan verksamhetsår.
- Att vara stor kan ge fördelar när det gäller att få bättre priser av leverantörer men kan också skapa problem när det gäller att hitta leverantörer som klarar så stora volymer. Det kan också finnas stordriftsfördelar vad gäller lokalutnyttjande och utveckling.
- I viss utsträckning kan folktandvården ha en fördel av att vara dominerande vad gäller barn- och ungdomstandvården. Det kan innebära att många väljer att vara kvar som patienter även efter att man lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

- Landstingen kan till skillnad från privata vårdgivare få tillbaka ett schablonmässigt belopp från kommunkontosystemet motsvarande ingående moms. Samtliga landsting uppger att man nu hanterar återbetalningen på ett konkurrensneutralt sätt. Detta innebär att folktandvården inte skall tillgodogöras den återbetalade mervärdesskatten.

Privattandläkarna har uppgett följande:

- Än i dag finns det anledning att tro att det inom vissa landsting återförs moms som har koppling till konkurrensutsatt verksamhet. Grundproblematiken med olika regler för mervärdesskatt kvarstår. Om momsfrågan skulle få en formell lösning skulle varje misstanke om snedvridning kopplat till moms kunna avskrivas. Innan denna lösning är på plats är momsfrågan att betrakta som något som snedvrider konkurrensen.
- Det finns stora brister i särredovisningen av folktandvården och transparensen i den tillgängliga redovisningen. Landsting kan eller vill inte särredovisa kostnader och intäkter för respektive verksamhetsområde inom tandvården, dvs. barn- och ungdomstandvård, abonnemangstandvård, vuxentandvård och specialisttandvård. Detta skapar problem vid en jämförelse mellan offentlig och privat tandvård och skapar också problem vid prissättning. Förklaringarna till bristerna i särredovisning är sannolikt flera. En huvudförklarig är att folktandvården har en verksamhet som är blandad. Å ena sidan bedrivs folktandvården i klassisk förvaltningsform, dvs. med fastställd budget, anpassning till landstings ekonomisystem etc. Å andra sidan skall folktandvården agera som en aktör på en konkurrensutsatt marknad. Att kombinera dessa två ”roller” kan naturligtvis vara svårt men ursäktar inte grundläggande krav på särredovisning och marknadsmässighet i den ekonomiska hanteringen.
- Landstingsersättningen till folktandvården för folktandvårdsspecifika kostnader handlar om mångmiljonbelopp och där är därför ett, ur konkurrenssynpunkt, intressant område. Privattandläkarnas uppfattning är att det förekommer subventioner i inte obetydlig omfattning.
- Ett landsting kan för folktandvården välja att avskriva ett uppkommet underskott efter ett verksamhetsår eller att låta folktandvården medföra uppkomna underskott in i nästkommande verksamhetsår. Det kan därmed vara möjligt för ett landsting

att på andra sätt hämta in ett av folktandvården orsakat underskott inom andra verksamheter eller via intäktsökningar, exempelvis skattehöjningar. Omvänt kan ett överskott inom folktandvården intecknas för annan verksamhet inom ett landsting och därmed "förlorar" folktandvården möjlighet att medföra överskott.

- Förutom, att i första hand vara ett system för friska patienter, bidrar abonnemangstandvården till att komplicera särredovisningen. Också denna del av tandvården bör särredovisas för att utröna om systemet är självbärande. Risken finns att vanlig vuxentandvård (per åtgärd) finansierar abonnemangstandvården eller vice versa, dvs. korssubventionering mellan två "system". Enligt de uppgifter Privattandläkarna har tas pris-sättningen fram genom s.k. skuggdebitering. Det betyder att premierna är satta efter den vanliga prislistan. Om den prislistan inte har en tillräckligt hållbar grund, dvs. en bra särredovisning och kostnadstäckning, överförs felaktigheter också till nivån på premierna.

Utredningen har inte haft möjlighet att närmare analysera konkurrensförhållandena mellan privata och offentliga aktörer på tandvårdsmarknaden. Det står emellertid klart att transparensen i landstingens redovisning av folktandvårdens intäkter och kostnader är för låg. Innan redovisningen blir tydligare är det mycket svårt att uttala sig om konkurrensförhållandena. Utredningen anser därför att tydligheten i landstingens bokföring bör öka. Även Konkurrensverket har fört fram detta förslag.¹⁵

4.5 Prisutvecklingen i Sverige relativt i omvärlden

Med hjälp av Konsumentprisindex (KPI) går det att jämföra prisutvecklingen på tandvård i olika länder. Det är i dessa jämförelser viktigt att beakta de osäkerheter det finns i beräkningar av KPI på en så liten del av ekonomin som tandvården och svårigheterna att jämföra prisutveckling mellan länder. Det är också viktigt att tänka på att KPI visar vad konsumenterna betalar för en tjänst, dvs. utvecklingen exklusive offentliga subventioner.

I detta avsnitt jämförs prisutvecklingen framförallt med Danmark och Norge men även med övriga EU-länder. Det finns i dessa

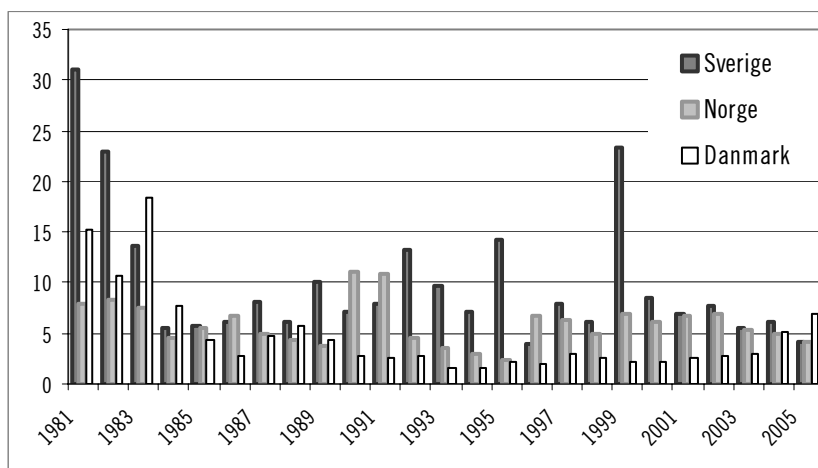
¹⁵ Konkurrensverket (2004).

länder stora skillnader rörande hur tandvårdsmarknaden är organiserad. Förändringar av den offentliga subventionsnivån får stort genomslag på KPI för tandvård.

Diagram 4.6 visar den årliga prisökningstakten för tandvård för Danmark, Norge och Sverige för åren 1981 till 2005. Sett till hela denna tidsperiod har Sverige haft betydligt högre prisökningstakt än de övriga länderna, 930 procent mot 321 procent för Norge och 215 procent för Danmark. Detta beror framförallt på att prisökningarna under vissa år (1981–1983, 1992, 1995 och 1999) varit mycket höga i Sverige.

I Norge upphörde prisregleringen i slutet av 1995 och den genomsnittliga årliga ökningstakten i KPI för tandvård (med hänsyn till allmänna KPI) har varit 4,0 procent mellan 1996 och 2005. För Sverige är motsvarande siffra 6,6 procent. Det innebär att prisökningen på tandvård varit betydligt mindre i Norge än i Sverige efter att priserna släpptes fria. Men även under perioden med prisreglering var prisökningstakten för tandvård betydligt lägre i Norge än i Sverige, under perioden 1981 till 1996 var det bara under tre år Norge som hade en högre årlig ökningstakt.

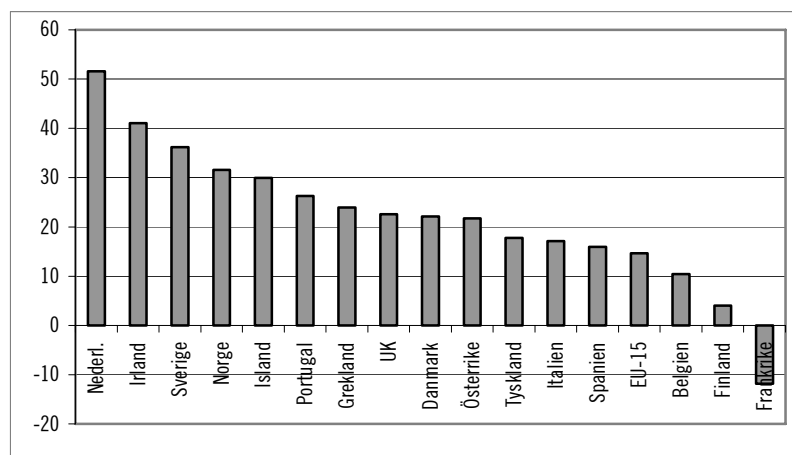
Diagram 4.6 Årlig prisökning enligt KPI, tandvård, 1981–2005



Källor: SCB, Norges statistiska centralbyrå, Danmarks statistiska centralbyrå samt egna beräkningar.

För EU-15 finns data för en betydligt kortare period, från 2000. Diagram 4.7 visar att Sverige under denna period varit ett av de länder som haft den högsta ökningen av KPI för tandvård. På grund av Frankrikes negativa prisökning samt Tysklands och Italiens relativa låga ökningstakter så hamnar EU-snittet lågt.

Diagram 4.7 Ökning av KPI för tandvård 2000–2005, procent



Källa: Eurostat samt egna beräkningar.

4.6 Summering

Utredningen har inte kunnat finna någon strukturell förklaring till skillnaderna i prisökning för olika åtgärder. Utredningen anser dock att det är sannolikt att det skett en anpassning av priset på olika åtgärder till kostnaderna för att utföra dessa.

Variationen i prisökningstakt mellan olika landsting har perioden 1998 till 2006 varit stor. Utredningen menar att dessa skillnader inte huvudsakligen kan förklaras av skillnader i kostnader under denna period, dvs. att kostnaderna ökat olika mycket för landstingen. Det är också troligt att det även 1999 fanns skillnader i produktivitet och kostnadsnivåer på grund av strukturella skillnader som först efter prisavregleringen blivit synliga.

Det är mycket svårt att uttala sig om konkurrensförhållandena mellan den privata och den offentliga sektorn på tandvårdsmarknaden. Utredningen anser dock att kraven på landstingen att särredovisa folktandvården bör skärpas. För att kunna klarlägga om det förekommer offentliga subventioner av folktandvården eller inte måste transparensen öka.

5 Modeller för tandvårdsersättning

Detta avsnitt ger en övergripande bild av olika metoder att ersätta vårdgivarna för den tandvård som de utför. Det ges både en överblick av egenskaperna enligt teorin och hur ersättningssystem ser ut i praktiken i olika länder.

5.1 Inledning

Det operativa målet i tandvården är att varje patient får rätt behandlingsnivå och att vårdgivarna skall få så mycket betalt att det motsvarar kostnaden för att producera vården men inte ger utrymme för onormalt höga ersättningar. För att nå rätt behandlingsnivå är det viktigt att vare sig vårdgivare eller patienter har incitament som snedvrider tandvårdskonsumtionen. Vårdgivarna bör ersättas på ett sådant sätt att önskvärt beteende belönas och icke-önskvärt beteende motverkas.

För tandvård kan det sägas finnas tre olika huvudalternativ för att ersätta vårdgivarna: fast lön, styckeprisersättning eller en fast summa per patient (capitation). Detta avsnitt ger en övergripande bild av vad som karakteriserar olika former av ersättningssystem.

Incitamenten för såväl patienter som vårdgivare påverkas av hur ersättningssystemet ser ut. Det finns ett antal problem som kan uppstå i olika ersättningssystem.

- Moralisk hazard (moral hazard) – Om patienterna inte själva betalar den fulla kostnaden för sin tandvård skapas incitament för patienterna att överkonsumera vård. Ju mindre de betalar själva desto mindre måste patienterna känna konsekvenserna av sina handlingar och deras beteende kan därmed förändras. Hur stort detta problem är avgörs av hur mycket efterfrågan påverkas av ett förändrat pris.

- Skevt urval – Patienterna vet mer om sig själva än vad en eventuell försäkringsgivare gör. Om olika risktyper erbjuds samma försäkringspremie så kommer främst de med hög risk att teckna försäkringen. Detta leder till att försäkringspremien drivs upp och därmed förvärrar problemen med skevt urval. Egenavgift och självrisk är potentiella lösningar på detta problem.
- Patientselektion – Försäkringsgivarna vill framförallt ha kunder med låg risk om de inte fullt ut får variera individens premie efter dennes risk. Premier som tillåts variera efter risk är en lösning på detta problem.
- Kostnadsdrivande – Om individen inte betalar den fulla kostnaden för tandvård och det inte är vårdgivaren som är försäkringsgivare kommer det att finnas inslag av tredjepartsfinansiering. Vid en ren tredjepartsfinansiering har varken vårdgivarna eller patienterna incitament att hålla nere kostnaden. Deras privata kostnad är noll medan kostnaden för samhället är större än noll. Ett sätt att minska problemen är att vårdgivarna står för försäkringen, då har de incitament att hålla nere konsumtionen. Det är dock möjligt att det istället underkonsumeras.
- Utbudsstyrd efterfrågan – På grund av att vårdgivaren har ett informationsövertag kan denne styra hur mycket och vilken typ av tandvård som patienterna efterfrågar. Därigenom konsumerar patienten mer eller en annan vård än nödvändigt.

5.2 Fast lön

Ett tänkbart ersättningssystem är att försäkringsgivarna anställer alla vårdgivare och ger dem en fast lön oberoende av hur många patienter de behandlar. Då har vårdgivarna inte incitament att skapa sin egen efterfrågan. Det kan däremot uppstå andra problem med framförallt vårdgivarnas effektivitet och deras ambition att ge kvalitativ vård. Av detta skäl och då hälften av tandvårdspersonalen i Sverige verkar i den privata sektorn anser utredningen att det är ett föga realistiskt alternativ att det offentliga skulle anställa alla vårdgivare.

5.3 Styckeprisersättning

Styckeprisersättning innebär att vårdgivaren ersätts för varje åtgärd som denne utför, vilket innebär att ju fler åtgärder en vårdgivare utför desto högre ersättning får denne. Detta ersättningssystem är lämpligt när det är svårt att bestämma hur mycket som skall produceras och vilken kvalitet produkterna har. Detta system löser i stor utsträckning problem med moralisk hasard, skevt urval, patientselektion och underbehandling. Styckeprissättning används ofta inom tandvården eftersom det anses vara lättare att garantera kvalitet med detta system.¹ Styckeprissättning används dock inte särskilt mycket i andra delar av hälsosektorn. Detta beror på att styckeprissättning anses öka kostnaderna jämfört med en ersättning per patient.

En efterfrågan som är skapad av producenterna kommer från en vilja att öka intäkterna från den nuvarande nivån. Det kan bero på brist på patienter i förhållande till antalet vårdgivare men också en önskan att ta ut högre vinst på samma patientunderlag. I stället för att byta bransch eller upptagningsområde skapar vårdgivaren ny efterfrågan hos de patienter denne har. Detta innebär att patienter konsumerar mer tandvård än vad de behöver och att den som betalar för denna tandvård betalar för mycket till vårdgivarna i förhållande till det vårdbehov som finns. Det går inte utifrån de empiriska undersökningar som gjorts av efterfrågestyrt utbud på tandvårdsmarknaden att dra några klara slutsatser om detta förekommer eller inte.²

Den totala kostnaden för tandvården beror dels på den volym som konsumeras, dels på priset. Styckeprisersättning är kostnadsdrivande när det gäller båda dessa variabler. Tandvårdsmarknaden fungerar inte tillräckligt bra främst beroende på kundernas låga rörlighet mellan olika vårdgivare och den ojämnt fördelade informationen. Detta innebär att vårdgivarna både kan styra patienternas efterfrågan och sätta högre priser än på en marknad med perfekt konkurrens.

Ett sätt att minska risken för kraftiga kostnadsökningar både när det gäller volym och pris är att förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt. Detta kan göras genom att stärka efterfrågesidan genom exempelvis bättre tillgång på opartisk information. Ett

¹ Grytten (2005).

² Robinson m.fl. (2004).

tänkbart alternativ för att hantera vårdgivarnas makt över prissättningen är någon form av prisreglering.

5.4 Ersättning per patient (capitation)

Ett ersättningssystem kan bygga på att vårdgivaren får en viss summa per patient oavsett hur mycket behandling vårdgivaren utför på patienten. Den stora fördelen med detta ersättningssystem är att det inte ger vårdgivarna ekonomiska incitament att överbehandla patienterna. Dessutom innebär det mer förutsägbara tandvårdskostnader för patienter och staten. Huvudproblemet med capitation är emellertid risken för skevt urval, patientselektion och underbehandling.³ Grytten pekar också på att de administrativa kostnaderna för capitation kan vara höga och att det är svårt att kontrollera kvaliteten på vården. I länder som har relativt låg befolkningstäthet kan det också vara svårt att i vissa områden få tillräckligt många patienter.

Enligt en litteraturöversikt av empirisk forskning från Johansson m.fl. har ersättning per patient bl.a. följande effekter⁴:

- Tenderar att minska kariesförekomsten på lång sikt.
- Minskar antalet utförda konserverande behandlingar.
- Ökar den förebyggande vården.

I den allra enklaste formen av ersättning per capitation betalas vårdgivarna en fast summa per patient oavsett patientens tandhälsa. Om antalet patienter hos varje vårdgivare är tillräckligt stort så sker en riskspridning. Hur stort antalet patienter behöver vara beror på spridningen i patienternas vårdbehov. Ju större spridning desto fler patienter krävs för att nå riskspridning. Om vårdgivarna får lika mycket betalt för patienter med olika behandlingsbehov får de starka incitament att endast ta hand om patienter med litet behandlingsbehov.

En lösning på problematiken med patientselektion kan vara att fördela patienter slumpmässigt. Då försvinner emellertid patienternas fria val av vårdgivare och det kan fortfarande, med en sådan lösning, vara svårt för enskilda vårdgivare att hantera risken för högkostnadspatienter.

³ Grytten (2005).

⁴ Johansson m.fl. (2006).

För att minska både problemet med patientselektion och underbehandling används ofta riskberoende capitationsbelopp, dvs. att summan per individ varierar beroende på individens risk. För att kunna variera beloppet beroende på risk krävs att det finns identifierbara indikatorer gällande patienten som vårdgivaren inte själv kan påverka. Grytten⁵ menar att nivån på tandhälsa inte kan användas som indikator eftersom vårdgivarna då skulle lockas att överdriva patienternas ohälsa för att få en högre ersättning per patient.

Vid en riskgruppsindelning kan det bli problematiskt att hantera den grupp som har höga förväntade kostnader. Om priset för deras avtal sätts efter kostnaden kan det vara svårt för personerna själva att finansiera lika stor andel av sina tandvårdskostnader som dem med lägre risk. Avtal för denna grupp kan därmed reduceras till att bli en teoretisk möjlighet snarare än ett verkligt alternativ. En ökad statlig subventionering av denna grupp ökar samtidigt riskerna för överkonsumtion av tandvård.

Det är möjligt att konstruera ersättningssystem som kombinerar styckeprisersättning och capitation. Ett exempel på ett sådant är där stödet från den offentliga tandvårdsförsäkringen utgår i form av en fast summa per person medan patienterna får betala en kostnad som varierar efter vilka åtgärder som är nödvändiga.

⁵ Grytten (2005).

Tabell 5.1 Olika former av capitation

	Konstruktion	Fördelar	Nackdelar
Ren capitation	Patienter och stat betalar en specifik summa per individ.	Vårdgivarna får incitament att hålla nere behandlingsbehovet genom förebyggande vård.	Vårdgivarna får incitament att välja ut de patienter som har en låg kostnad. Risk för underbehandling om vårdgivaren har makt och för överbehandling om patienten har makt.
Capitation med differentierade avgifter	Patienter och/eller staten betalar differentierade avgifter beroende på risk	Minskat behov för vårdgivarna att välja patienter.	Riskgruppsglidning.
Blandform	Staten betalar en specifik summa per individ medan individens kostnad varierar efter behandlingsbehov.	Vårdgivarna har inte incitament att underbehandla.	Vårdgivarnas incitament att verka förebyggande minskar. Om vårdgivarna får betalt per utförd åtgärd finns incitament att överbehandla.

5.5 Olika ersättningssystem i praktiken

I detta avsnitt beskrivs ersättningssystemen i EU-länderna samt mer utförligt för Sverige.

5.5.1 Ersättningssystem i olika länder

Olika länder har olika system när det gäller att via försäkringslösningar minska osäkerheten i invånarnas tandvårdsutgifter. Det kan sägas finnas två huvudmodeller, de som är baserade på det offentliga och de som är baserade på obligatoriska försäkringar i icke-offentliga institutioner (tabell 5.2). En annan skiljelinje mellan olika ersättningssystem går mellan universella och selektiva tandvårdsstöd.

Tabell 5.2 Ersättningssystem i olika länder

	Huvudsaklig finansiering	Länder
1. Offentligt i sin natur och begränsat till en viss grupp	Skatter och egenavgifter	Cypern, Danmark, Island, Irland, Malta, Norge och Spanien
2. Offentligt i sin natur och omfattar alla	Skatter och egenavgifter	Finland, Grekland, Italien, Sverige och Storbritannien
3. Obligatorisk hälsoförsäkring som kan kombineras med privat försäkring med inkomsttak	Försäkringsbolag och egenavgifter	Tyskland och Nederländerna
4. Obligatorisk hälsoförsäkring som kan kombineras med privat försäkring utan inkomsttak	Försäkringsbolag och egenavgifter	Österrike, Belgien, Tjeckien, Estland, Frankrike, Ungern, Lettland, Litauen, Luxemburg, Polen, Portugal, Slovenien, Slovakien och Schweiz

Källa: Dental Liaison Committee (2004).

Styckeprisersättning är det klart dominerande sättet att ersätta vårdgivare. När det gäller graden av frihet att sätta priser och patienternas egenavgifter är det stora variationer mellan länderna. I de flesta länder är den tandvård som patienterna betalar helt själva inte prisreglerad, här avviker dock Tjeckien, Nederländerna och Slovakien. När det offentliga eller obligatoriska försäkringar delfinansierar tandvården så finns som regel någon form av priskontroll, här är Sverige och Norge undantag.

Brittiska Denplan och NHS⁶

Storbritannien är intressant att studera eftersom det där finns en stor privat aktör som erbjuder tandvård till fast pris samt att landet nyligen reformerat det offentliga tandvårdsstödet.

Denplan har 1,3 miljoner patienter hos över 6 000 vårdgivare (1/3 av vårdgivarna). Innan en patient kan teckna ett avtal inom Denplan måste patientens tandläkare bedöma tandhälsan. Avgiften sätts efter dennes nuvarande tandhälsa och revideras på årlig basis. Vårdgivarna använder 5 olika riskgrupper. Denplan erbjuder olika produkter med varierande täckningsgrad, patienterna kan välja att

⁶ Department of health och BDA.

teckna avtal som endast täcker akuttandvård eller avtal som ger all bastandvård.

Vårdgivarna väljer själva vilka avgifter de skall ta ut för olika riskgrupper. Denplan uppger att det genomsnittliga patientpriset är £15 (200 kr) i månaden för ett avtal som ger bastandvård men inte tandvård som kräver specialistkompetens, implantant och laboratorieavgifter. Denplans abonnemang är knutna till en vårdgivare, så om en patient vill byta vårdgivare så måste hon eller han genomgå en ny undersökning innan de kan börja hos denne. Det är viktigt att beakta att man med Denplan kan gå två gånger till tandläkaren och två gånger till tandhygienisten per år.

I Storbritannien kan vårdgivare välja emellan att ta emot patienter inom ramen för det offentliga sjukvårdssystemet, NHS, eller utanför. NHS har från 1 april 2006 förändrat sitt taxesytem till att innehålla endast tre olika priser för patienterna:

1. £15,50 (207 SEK) för något som liknar det av utredningen lagda förslaget om tandhälsobesök.
2. £42,40 (568 SEK) för tandhälsobesök samt sådant som lagningar, fyllningar och utdragningar.
3. £189 (2523 SEK) för allt som ingår i ovan samt mer komplexa åtgärder som kronor och bryggor. Dock ej för implantat.

Om en patient behöver mer behandling inom samma avgiftsklass inom 2 månader kommer detta att vara avgiftsfritt. Vårdgivarna kommer enligt det nya ersättningssystemet få betalt beroende på hur många Unit of Dental Activity (UDA) de utför, för grupp 1 är det 1, för grupp 2 är det 3 och för grupp 3 är det 12. Det innebär att vårdgivarna fortfarande kommer att få en högre ersättning ju fler och dyrare åtgärder de utför.

Det finns för närvarande stora kapacitetsbrister inom NHS eftersom efterfrågan vida överstiger utbudet. Den brittiska regeringen hoppas att glesare besöksintervall än tidigare skall frigöra kapacitet och att det nya avgiftssystemet skall göra det mer attraktivt för tandläkare att ansluta sig till NHS. Dessutom syftar reformen till att uppmuntra till mer förebyggande vård genom att ge vårdgivarna incitament att ta emot fler patienter.

Den brittiska tandläkarorganisationen (BDA) menar emellertid att det nya avgiftssystemet kommer att göra det mindre lönsamt att ansluta sig till NHS. Den ser ökade problem med köer till NHS med det nya ersättningssystemet. BDA pekar på att vissa åtgärder

kommer att vara förlustgivande eftersom det bara finns tre avgiftsklasser. Dessutom menas att skillnaden när det gäller de vårdstyrande egenskaperna inte är särskilt stora mellan det nya och det gamla ersättningssystemet, det handlar fortfarande om en styckepris ersättning.

5.5.2 Ersättningen till vårdgivare i Sverige

I Sverige används alla tre typer av ersättningssystem som redovisats ovan. De som är anställda inom folktandvården får en fast månadslön oavsett hur många de behandlar, från det offentliga tandvårdsstödet betalas tandvårdsersättning ut både i form av styckeprisersättning och i form av ersättning per patient.

Den dominerande ersättningen till vårdgivare från tandvårdsstödet och patienter är i form av styckeprisersättning. Ersättning från tandvårdsstödet betalas som en viss summa per åtgärd beaktat olika karensregler. Eftersom det råder fri prissättning varierar patienternas kostnad med vårdgivarnas pris.

I dag erbjuder de flesta landsting någon form av abonnemangstandvård inom folktandvården. Hur dessa är konstruerade varierar dock mellan olika landsting. I de flesta landsting finns en åldersbegränsning som ligger lägre än 65 år. Antalet riskgrupper, spridningen i avgiftsnivåer och vad som ingår i avtalen skiljer sig markant mellan olika vårdgivare. Det finns därmed idag inget enhetligt system för abonnemangstandvård utan villkoren varierar beroende på i vilket län patienten är bosatt.

Såsom visas i tabell 5.3 finns det stora skillnader i hur abonnemangen i olika landsting är konstruerade. Det gäller framförallt antalet riskgrupper och vilka åldrar som erbjuds teckna abonnemang.

År 2006 fanns, sett till hela landet, 4 procent av befolkningen i åldrarna 20 till 29 år i någon form av avtalstandvård. Andelen skiljde sig kraftigt mellan olika län, i Kalmar län, Region Skåne, Värmlands län, Västerbotten, Gävleborg och Jämtlands län var andelen mellan 10 och 15 procent medan den i andra län var noll.

Försäkringskassan ersätter abonnemangstandvård enligt två åtgärder. Åtgärd 97 som avser avtal för de under 30 år och åtgärd 98 som avser avtal för de över 30 år. Båda dessa ersätts med 200 kronor per patient och år. För att få denna ersättning krävs att

avtalen skall omfatta all bastandvård och löpa över två år. All tandvård ingår således inte nödvändigtvis i abonnemangstandvården.

Tabell 5.3 Beskrivning av de landsting som erbjuder permanenta abonnemangslösningar och där personer har tecknat abonnemang

	Antal totalt	Varav 20–29 år	Antal riskgrupper	Årlig patientavgift (2005)	Tillåten ålder
Västerbottens läns landsting	3 880	3 251	5	440–2 285	20–40
Norrbottens läns landsting	2 404	1 521	5x3	400–5 100	20–64
Landstinget i Uppsala län	3 422	1 736	16	600–9 240	20–64
Landstinget Sörmland	791	203	11		20–64
Landstinget i Östergötland	6 208	2 590	7	455–8 130	ej högrisk
Landstinget Kronoberg	407	400	4		20–39
Landstinget i Kalmar län	4 578	2 772	4	420–9 600	20–40
Landstinget Blekinge	699	116	4	480–13 200	20–39
Region Skåne	32 937	22 038	4	420–13 200	20–44
Landstinget i Värmland	13 000	3 700	16	484–15 478	20–63
Landstinget Dalarna	355	67	6	650–2 810	20–49
Landstinget Västernorrland	50	41	4	iu	20–39
Jämtlands läns landsting	1 600	1 600	6	280–6 000	20–29
Landstinget Gävleborg	8 345	2 829		537–5 382	20–49

Källa: SKL.

Inom barn- och ungdomstandvården betalar landstingen en viss summa per barn till vårdgivarna, dvs. en ren capitationslösning. Det finns ingen tillgänglig statistik över hur stor denna summa är i olika landsting och hur den utvecklats över tiden. SKL menar att jämförelser mellan landstingen angående detta är svåra eftersom innehållet i denna peng skiljer sig markant åt mellan olika landsting.

5.6 Prisreglering

Prisreglering kan vara av en mängd olika slag och av olika styrka. Det går att prisreglera delar av eller hela en marknad. Det finns olika modeller för vem som skall bestämma priserna vid en prisreglering. Det vanligaste alternativet är att det sätts av någon offentlig instans med eller utan förhandlingar med de inblandade parterna.

Om priserna sätts av det offentliga blir denna process känslig dels för påverkan, dels för beslutsfattarnas förmåga att sätta rätt priser. Det är då avgörande att prissättaren har korrekt information. En prissättare kan dock ha andra syften än att göra den korrekta uppräknings av priserna, exempelvis att hålla statens kostnader nere.

För att ha en fungerande prisreglering krävs att det är möjligt att hitta en bra utgångspunkt för prissättningen. Det krävs också en bra metod för att revidera de reglerade priserna. Om man räknar upp priserna med någon form av index så är frågan vilket index som skall väljas.

Priserna för en produkt kan öka dels beroende på ökade produktionskostnader i det aktuella ledet, dels på grund av ökade kostnader för insatsvaror. Om en prisreglering inte tar hänsyn till ökade kostnader för insatsvaror så riskerar lönsamheten att falla om insatsvaran är nödvändig. En prisreglering som tar hänsyn till prisutvecklingen på insatsvaror kan dock verka dämpande på det omvandlingstryck som förändrade priser på insatsvaror utgör, dvs. användandet av billigare eller bättre substitut kan minska.

Vid en prisreglering måste regleraren också avgöra vilken prisdifferentiering som skall tillåtas. Exempelvis varierar kostnaderna för att tillhandahålla en tandvårdsbehandling kraftigt för olika patienter efter hur omfattande tandvårdsbehovet är. Om priset för samma åtgärd men med olika kostnad regleras på en gemensam nivå kommer producenterna ha incitament att endast behandla patienter som har en relativt låg kostnad.

Om en del av ett företags produktion är prisreglerad kan det finnas problem med korssubventionering, dvs. att företaget subventionerar icke prisreglerad verksamhet med den prisreglerade. Detta gäller om företagen har lägre produktionskostnader för den prisreglerade delen och därigenom kan lyfta in kostnader där för att vinna konkurrenskraft på andra marknader.

Om en prisreglering innebär att priserna sätts på den nivå som de skulle vara på en marknad med perfekt konkurrens innebär det att regleringen skapar samhällsekonomisk optimalitet. Men om prisregleringen ger priser som är felaktiga kan effektiviteten minska vid en reglering. Det är viktigt att påpeka att det är en skillnad mellan ”rätt” pris och lägsta pris. För att en marknad skall vara effektiv skall priset inte vara för lågt, då finns en risk för att företagen underinvesterar och utbudet sjunker. Om man inte låter priset variera med efterfrågan och utbud riskerar ineffektiviteter att uppstå. Att ge upp priset som ett instrument för självreglering är alltså ett kraftigt ingripande på en marknad.

Det är oftast svårt att reglera marknadsförhållanden eftersom det finns ett antal problem med offentliga regleringar⁷. Det främsta problemet är att det är svårt att utforma optimala regleringar, eftersom den som reglerar mycket sällan har lika god information som producenter och konsumenter.

En reglering medför även kostnader. Dessa kan delas upp i direkta och indirekta. De direkta kostnaderna är kostnaderna för formulering av regler, tillämpning av regler, övervakning och informationsinhämtning. De indirekta kostnaderna är betydligt svårare att beräkna men är antagligen större än de direkta kostnaderna. Det handlar främst om olika anpassningskostnader för producenter och konsumenter samt om effekterna på den tekniska utvecklingen.

5.7 Erfarenheterna från högkostnadsskydd avseende protetik för dem som fyller minst 65 år

Den 1 juli 2002 infördes ett högkostnadsskydd avseende protetik för dem som fyller minst 65 år det år då vården ges (65+reformen). Syftet med reformen var att skydda äldre mot höga kostnader vid omfattande tandvårdsbehandling. Högkostnadsskyddet ersätter inte åtgärder inom bastandvården. Dessa ersätts med ett och ett halvt grundbelopp enligt tandvårdstaxans ersättning för bastandvård.

Högkostnadsskyddet för protetik innebär att tandvårdsersättningen uppgår till 100 procent av arvodet över karensbeloppet på 7 700 kronor, förutsatt att vårdgivaren inte har ett högre pris än i

⁷ SOU 2005:4, kapitel 11.

folktandvården inom det landsting vårdgivaren bedriver verksamhet. Utöver detta betalar patienten kostnaden för visst material.

Av de förhandsprövningar som inkom 2003 till 2005 så rörde 54 procent personer i åldrarna 65 till 74 år (tabell 5.4). Sett över tiden så har andelen som söker förhandsprövning i den yngsta åldersgruppen ökat.

Tabell 5.4 Antal inkomna förhandsprövningar 2003–2005 avseende hög kostnadsskyddet för protetiska åtgärder efter åldersgrupp och år, andel och antal

Ålder	2003	2004	2005	Totalt antal 2003–2005
65–69	19	28	35	38 437
70–74	30	28	26	40 227
75–79	24	22	20	32 254
80–84	17	15	13	21 605
85–89	8	6	5	9 806
90–94	2	1	1	2 253
95–	0	0	0	299
<i>Totalt</i>				<i>144 881</i>

Källa: Riksrevisionen (2006).

Behandlingar inom högkostnadsskyddet har till övervägande del skett inom privattandvården. Från 2003 till och med 2005 har försäkringskassan betalat ut ungefär 80 procent av ersättningen från tandvårdstaxan, inom högkostnadsskyddet, till privata vårdgivare.

Kostnaderna för 65+-reformen blev nästan tre gånger högre än vad regeringen prognostiserade. Detta avsnitt diskuterar i det följande varför kostnaderna blev så mycket högre än beräknat och vilka lärdomar som kan dras av 65+-reformen.

5.7.1 Konstruktion

Högkostnadsskyddet för äldre är grundat på ett utredningsförslag från utredningen Tandöversyn 2000.⁸ Utredningen föreslog ett högkostnadsskydd för dem som var äldre än 75 år. Det föreslogs även att priserna för de protetiska behandlingarna skulle regleras i regeringens förordning om tandvårdstaxa.

⁸ SOU 2001:36.

Vid införandet av reformen sänkte regeringen åldersgränsen från 75 till 65 år med hänvisning till att utredningen ansett det vara en prioriterad fråga att sänka åldersgränsen. Till skillnad från utredningens förslag ville regeringen behålla den fria prissättningen även för protetik under högkostnadsskyddet. Istället skulle vårdgivarnas behandlingsförslag och ersättningsanspråk förhandsprövas av Försäkringskassan.

Försäkringskassan utgår i sin förhandsprövning från att ersättning endast betalas ut för behandlingar som är odontologiskt och utseendemässigt motiverade enligt 6 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Bestämmelsen innebär att ersättning skall lämnas för en fullgod odontologisk behandling medan överbehandling inte skall ersättas av försäkringen. Den vård som skall erbjudas inom högkostnadsskyddet bör vara på den nivå som generellt gäller inom försäkringen.⁹

Enligt propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (2001/02:51) skulle skäligheten i ersättningsanspråket förhandsprövas. Vid bedömningen av ersättningsanspråken skulle folktandvårdens priser vara vägledande. Regeringen preciserade inte närmare vad detta innebar. Riksförsäkringsverket förtydligade hösten 2003 genom ett allmänt råd vilka implantatbehandlingar som skulle omfattas av högkostnadsskyddet och att tandvårdstaxans ersättningar för behandlingar borde uppgå till högst landsstingspriset i det landsting där tandvården genomfördes. Regeringen ändrade från den 1 januari 2004 förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa så att vårdgivarens försäkringsanspråk inte längre skulle förhandsprövas. Istället skulle Försäkringskassan ersätta vårdgivaren med högst det belopp som vid tidpunkten för beslutet motsvarade folktandvårdens priser i det landsting där vården utförs.

Praktikertjänst AB överklagade beslut som fattats med stöd av denna bestämmelse. Regeringsrätten slog fast att regeringen, med nuvarande lagstiftning, endast kan förordna om Försäkringskassans ersättning till vårdgivaren och inte vårdgivarens pris.¹⁰ Vårdgivaren får därmed ta ut mellanskillnaden mellan sitt pris och Folktandvårdens pris av patienten om vårdgivarens pris är skäligt.

Riksrevisionen menar att rättsläget är otydligt angående vad som är nödvändig tandvård och det finns ingen utarbetad praxis om vad som är ett skäligt pris från de förhandsprövningar av protetik som

⁹ Prop. 2001/02:51, s.20.

¹⁰ Regeringsrättens dom den 16 november 2005, mål nummer 7281-04.

Försäkringskassan gjorde tidigare.¹¹ Den av staten önskvärda nivån på vården har inte definierats och kan sägas ha förändrats när priset för omfattande protetik sänktes. När de interna riktlinjerna från Försäkringskassan i Skåne offentliggjordes våren 2003 menar Riksrevisionen att många privata tandläkare höjde sina priser till prislistans nivå.

5.7.2 Effekter av 65+reformen

För patienterna innebar 65+reformen betydligt lägre kostnader för omfattande protetiska behandlingar än tidigare. Enligt RFV hade större behandlingar inom ramen för skyddet blivit mellan 54 och 61 procent billigare än tidigare.¹² På grund av ökade priser för material har reformens effekter på patienternas pris minskat över tiden.

Kostnaderna för 65+reformen blev nästan tre gånger högre än vad regeringen prognostiserade. Riksrevisionen menar att regeringen i sina kostnadsberäkningar inte tagit tillräcklig hänsyn till konsekvenserna av att den utökade gruppen inom högkostnadsskyddet från 75 år och äldre till 65 år och äldre.¹³ Riksrevisionen anser även att regeringen har underskattat efterfråge- och behandlingsinriktningen som följde av reformen, dvs. de dynamiska effekterna.

I en studie utförd 2003 av RFV konstateras att högkostnadsskyddet medfört en märkbar förskjutning mot ett ökat antal implantatbehandlingar i förhållande till lösningar med konventionell protetik. Antalet implantat hade tredubblats mellan 2000 och 2003. RFV ansåg att denna förskjutning berodde på förändringar i tandläkarnas behandlingsfilosofi och behandlingsmönster. En bidragande orsak till detta är högkostnadsskyddets konstruktion, enligt vilken bastandvårdsåtgärder (t.ex. rotfyllning) inte ingår i högkostnadsskyddet. Systemet leder till att när patienten väl passerat högkostnadsskyddets karensbelopp på 7 700 kronor blir det billigare att dra ut en tand och ersätta den med ett implantat än att bevara tanden via konventionell behandling inom bastandvården. Förskjutningen beror också på att implantatbehandlingar har blivit ekonomiskt möjliga för patienten att få.

¹¹ Riksrevisionen (2006).

¹² RFV (2003).

¹³ Riksrevisionen (2006).

RFV menade även att ersättningsnivåerna för implantatsystem varit för höga. Detta eftersom det tillkommit ett antal implantatsystem som är billigare än dem som låg till grund för beslutet om ersättningsnivåer för titankomponenter. RFV konstaterar också att allt fler behandlingar genomförs med enstegskirurgi och föreslår sänkning av ersättningen till ett enhetligt belopp på 2 800 kronor. År 2006 föreslår Försäkringskassans återigen en sänkning av ersättningen för titankomponenter då utbudet av titankomponenter till ett lägre pris har ökat på marknaden för implantatsystem.¹⁴ Förslagen omfattar bara ersättningen för titankomponenterna då Försäkringskassan inte har analyserat ersättningsnivån för den kirurgiska behandlingen i samband med implantat.

Riksrevisionen anser att konstruktionen av 65+reformen inneburit en mycket svårkontrollerad utveckling genom sin blandning av svag reglering och ofullständigt fungerande marknad. Myndigheten pekar på ett antal bristande förutsättningar för kostnadskontroll:

1. Bristen på incitament för patienter och vårdgivare att hålla behandlingskostnaderna nere – Avsaknaden av egenavgifter över karensbeloppet har givit svaga incitament för patienterna att hålla tillbaka efterfrågan när de kommit över karensbeloppet. Tydliggörandet av vilka implantatåtgärder som är ersättningsberättigade och restriktionen för implantat bakom kindtänderna anses ha begränsat kostnaderna till viss del. Där emot riktas kritik mot valet av att styra mot landstingspriset i det län vårdgivaren är verksam i.
2. Ofullständig konkurrens mellan vårdgivare och mellan leverantörer av material – Detta leder till högre priser än vid bättre fungerande konkurrens.
3. Vid fri prissättning fungerar inte prisreglering av behandlingen så att tandvårdsersättningen också motsvarar det pris patienten betalar – Genom att endast ersättningen från staten regleras har patienternas priser varierat. Det har inte funnits någon systematisk uppföljning av hur mycket patienterna betalar.
4. Förhandsprövningen har begränsad betydelse som kontroll av vilken behandling som är nödvändig – Riksrevisionen anser att Försäkringskassans normering av vad som skall räknas som nödvändig tandvård inte är tillräckligt tydlig. Avslagsfrekvensen har legat kring 5 procent i de förhandsprövningar

¹⁴ Försäkringskassan (2006).

som gjorts inom stödet till 65+gruppen. Den förhandsprövning som görs tar ställning till om behandlingsförslaget är ersättningsberättigat, inte om det är kostnadseffektivt. Eftersom det inte finns något entydigt begrepp för vad som skall anses nödvändigt kan det många gånger, enligt försäkrings-tandläkarna, vara svårt att avgöra om förslaget till behandling är ett "överutnyttjade" av tandvård.

5. Förhandsprövningen avgör inte om priset är skäligt utan det gör landstingsfullmäktige i respektive landsting – Variationerna i landstingens priser för olika åtgärder är stor.

5.7.3 Lärdomar av konstruktionen av 65+ reformen

Riksrevisionen menar att högkostnadsskyddet för äldre innehåller sådana svagheter ur kontrollsynpunkt att det finns en betydande risk för en fortsatt kostnadsökning. Man anser även att förhandsprövningarna inte på något avgörande sätt kunnat påverka behandlingens inriktning eller bestämma patientens pris för behandlingen. Försäkringskassan har inte haft tillräckligt stöd i lagstiftningen och praxis för att kunna bedöma vad som är nödvändig tandvård och vad som är skäligt pris. Riksrevisionen pekar även på att staten har svaga styrinstrument eftersom priser och taxor ligger utanför statens kontroll.

Utredningen delar Riksrevisionens slutsatser och anser att ett antal lärdomar kan dras från 65+reformen för konstruktionen av det framtida tandvårdsstödet. Det gäller framförallt betydelsen av goda incitament för alla aktörer. Utredningen ser stora problem med de incitament som högkostnadsskyddet för protetik skapat för både vårdgivare och patienter. Samtidigt bör det påpekas att reformen gjort det möjligt för många äldre att få tandvård som de annars kanske inte hade haft ekonomisk möjlighet att efterfråga.

I delvis offentligt finansierad verksamhet anser utredningen att det är viktigt att det offentliga stödet inte snedvrider valet av behandling mot det mer kostsamma av likvärdiga behandlingsalternativ. Ett stöd som skapar ekonomiska incitament att främst använda dyra behandlingar är inte önskvärt. Den tydliga förskjutningen från konventionell protetik till de mer kostsamma implantaten är därför oroande. Denna förskjutning är troligtvis inte kostnadseffektiv. Uppföljningen av om denna förskjutning skett endast

på grund av förändrade ekonomiska incitament har varit allt för bristfällig.

Att patienterna inte haft någon egenavgift för kostnader över 7 700 kronor har inneburit att patienternas incitament att välja den billigare av två likvärdiga behandlingar varit små. Dessutom finns det i ett sådant system en betydande risk för att patienten och vårdgivaren lägger till behandlingar som kanske inte är nödvändiga när väl karensbeloppet uppnåtts. Detta visar, enligt utredningen, på vikten av att ha någon form av egenavgift.

Instrumentet förhandsprövning för att kontrollera nödvändigheten i vården har inte fungerat inom 65+-reformen. Detta beroende på bristen på riktlinjer av vad som är nödvändig vård.

Utredningen menar att det förutom sunda ekonomiska incitament krävs en fungerande normering av vad som är ersättningsberättigad vård inom det statliga tandvårdsstödet.

Selektiva system riskerar skapa trösklar där patienter försöker skjuta upp sin vård för att få del av det förmånligare stödet. Dessutom skapas lätt en bild av att när man väl nått 65 år så bör man göra de åtgärder som reformen kraftigt subventionerar.

Inom 65+-reformen bestäms den statliga ersättningen för behandlingen av landstingets priser i det aktuella länet. Utredningen anser att detta är olämpligt eftersom landstingens priser på enskilda åtgärder inte alltid är kostnadsbaserade. Detta innebär att ersättningen kan variera kraftigt mellan olika åtgärder för patienter i olika landsting beroende på det aktuella landstingets inriktning på tandvårdstaxan. Utredningen menar att erfarenheterna från 65+-reformen visar på behovet av ett bättre system för att avgöra vilken statlig ersättning som skall ges för olika behandlingar. Detta behov förstärks av det nuvarande tandvårdsstödet oförmåga att ta hänsyn till prisförändringar på t.ex. titankomponenter. Det behövs därmed bättre kontroll över prisutvecklingen.

5.8 Summering och slutsatser

Det finns två huvudalternativ till system för ersättning av tandvård; ersättning per patient (capitation) och ersättning per åtgärd (styckepris). Egenskaperna hos de olika systemen skiljer sig åt.

Capitationslösningar medför en risk för problem med skevt urval, patientselektion och underbehandling. I ett sådant system finns inte några ekonomiska incitament för vårdgivarna att över-

behandla patienterna. Dessutom ger ett capitationssystem förutsägbara tandvårdskostnader för såväl patienten som staten.

Styckeprisbaserade system är kostnadsdrivande både när det gäller pris och volym. Vårdgivarna ges ekonomiska incitament att öka produktionen och det skapas en risk för överbehandling. Däremot löser styckeprisersättning i stor utsträckning problem med skevt urval, patientselektion och underbehandling.

65+-reformen visar på de problem som kan skapas genom ett system med styckeprisersättning. Regelverket för reformen har varit allt för otydligt, vilket lett till att kontrollen över de statliga utgifterna varit mycket svag. Den statliga kostnaden har blivit nästan tre gånger högre än vad som ursprungligen prognostiserades. Vidare har 65+-reformen inneburit ekonomiska incitament för vårdgivarna att i ökad utsträckning utföra protetisk behandling.

6 Det nya tandvårdsstödet

I detta kapitel redogörs inledningsvis för de grundläggande målen och principerna för det nya tandvårdsstödet. Därefter redovisas utredningens principiella förslag till utformning av det nya tandvårdsstödet. Vidare redovisas utredningens syn på ett antal generella frågor såsom styrningen av tandvården och tandvårdsmarknadens funktionssätt. Utredningen lämnar ett antal förslag för att utveckla dessa områden. Avslutningsvis lämnas förslag om förbättrad uppföljning och utvärdering av tandvården.

6.1 Mål och principer

Av utredningsdirektiven framgår att ett nytt tandvårdsstöd bör konstrueras så att det uppfyller två viktiga funktioner, nämligen att dels uppmuntra till förebyggande åtgärder i den utsträckning som behövs för att uppnå och bevara en god tandhälsa, dels, till en rimligare kostnad än i dag, möjliggöra reparativ behandling och protetik – även omfattande sådan – för dem som har behov av det.

I tandvårdslagen (1998:125) anges att det övergripande målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att ingen enskild av ekonomiska, politiska, religiösa, kulturella eller andra skäl skall hindras från att få tandvård. Vidare är innebörden av det övergripande målet att företräde skall ges till den individ som har det största behovet av tandvård. Slutligen skall de individer som har behov av tandvård inte behöva avstå av ekonomiska skäl.

Den övergripande målformuleringen är grundläggande för det nya tandvårdsstödet. Vidare menar utredningen att ett nytt tandvårdsstöd skall

- utgöra en enkel och sammanhållen modell,
- ha en hälsobefrämjande inriktning,
- medge att kostnaderna för såväl staten som patienterna kan förutses och
- komma patienten till del, dvs. bli en subvention av patienternas pris och inte till vårdgivarna.

Stödet skall utformas på ett sådant sätt att det stödjer en positiv utveckling av tandvårdsmarknadens funktionssätt. Det skall inte medföra en incitamentsstruktur för patient eller vårdgivare som leder till oönskade vårddrivande eller vårdstyrande effekter. Det nya tandvårdsstödet skall således inte ge ekonomiska incitament till överkonsumtion av tandvård eller medföra en snedvridning mellan ekonomiskt och odontologiskt likvärdiga behandlingsalternativ.

Patienten skall ges förutsättningar att ta ett eget ansvar för sin munhälsa. Vårdgivaren har en förtroendeställning både gentemot patienterna och gentemot det offentliga som finansierar en stor del av verksamheten. Vårdgivaren skall ges ansvar och förutsättningar att uppfylla detta förtroende samt ha incitament att arbeta förebyggande och med god kvalitet i den utförda vården.

Staten har en viktig roll när det gäller att styra och följa upp verksamheten. Detta innefattar att tillhandahålla enkla och ändamålsenliga system för administration av stödet, att aktivt arbeta med kunskapsstyrning av tandvården, att stärka patientens ställning, stimulera en positiv utveckling av tandvårdsmarknaden och att löpande följa upp tandvården, både avseende kostnader och resultat.

En central faktor för det nya tandvårdsstödet är begripligheten och acceptansen hos patient och vårdgivare. De grundläggande principerna för stödets utformning behöver därför uttryckas tydligt. Tandvårdsstödet utgör en del av det svenska välfärdssystemet och vilar på en grund som ytterst syftar till att ge alla rätt till lika förutsättningar i livet. Principen om god vård på lika villkor är central för ett nytt tandvårdsstöd.

Det har sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet 1974 skett en mängd förändringar av reglerna kring tandvårdsmarknaden. Givetvis är det nödvändigt att reglerna förändras när det finns ett behov av detta men utredningen anser att den statliga regleringen av tandvårdsmarknaden inte präglats av tillräcklig långsiktighet. I stället för att finna långsiktiga processer för att anpassa tandvårdsstödet till förändringarna på tandvårdsmarknaden har regler-

ingen byggt på kortsiktiga och svårförutsägbara regelförändringar. Det bör därför skapas institutioner som skapar långsiktig förutsägbarhet samtidigt som de möjliggör nödvändiga förändringar av reglerna kring tandvårdsstödet. Dessa institutioner bör ta hänsyn till tandvårdsmarknadens struktur med ett stort inslag av enskilda vårdgivare. Det behöver finnas givna spelregler men också utrymme för anpassningar inom dessa spelregler. Därigenom skapas viktig förutsägbarhet för såväl staten, vårdgivare som patienter.

6.2 Ett skydd mot höga kostnader

6.2.1 Utgångspunkter

På lång sikt är det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader en satsning på förebyggande insatser som minimerar vårdbehovet. Styrningen av tandvården skall därför, oavsett ersättningssystem, inriktas mot att stödja beteenden hos vårdgivare och patienter som minskar tandvårdsbehoven på längre sikt. Det förebyggande synsättet och arbetet har en stark position i svensk tandvård. Utredningen anser dock att en tandvårdsreform bör ge ännu tydligare incitament, såväl ekonomiska som administrativa, till hälsobefrämjande tandvård.

Framgångsrik förebyggande tandvård är avgörande för att bibehålla den goda tandhälsa som finns i stora grupper av den vuxna befolkningen. Allt fler kvarvarande tänder hos i befolkningen leder till ökade behov av tandvård, såväl reparativ som förebyggande. Förebyggande insatser är därför centrala bland de grupper som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan fyllda tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium och därigenom minska behoven av mer omfattande behandling. Förebyggande tandvård är även viktig för de äldre åldersgrupperna för att bibehålla munhålan infektionsfri även högt upp i åldrarna.

Tandhälsoförbättringen leder således till tydligare krav på förebyggande tandvård. En sådan förskjutning av vårdprofilen ligger väl i linje med prognoserna för tillgången på tandvårdspersonal, eftersom antalet tandhygienister väntas öka och antalet tandläkare minska. En effektiv organisering av tandvårdsresurserna torde därför leda till en fortsatt god tillgång till tandvård, eftersom tand-

hygienisternas kompetens är särskilt inriktad på förebyggande tandvård. Tandläkarresurserna kan därmed i högre grad koncentreras på den mer kvalificerade tandvården.

Såsom diskuterats i kapitel 5 finns det två huvudsakliga typer av ersättningssystem för ett tandvårdsstöd. Utredningen anser att ersättningssystem baserade på fast pris har en stor fördel i och med att de ger ekonomiska incitament för vårdgivare att agera förebyggande. Vidare ger dessa system starka incitament för patienten att besöka tandvården regelbundet, vilket är en viktig faktor för att bibehålla en god tandhälsa. På sikt anser utredningen att tandvård till fast pris bör bli det dominerande ersättningssystemet på den svenska tandvårdsmarknaden. I dag finns dock ingen färdig modell för hur ett nationellt system för tandvård till fast pris skall se ut. Utredningen föreslår därför även ett ersättningssystem baserat på styckepris. Det innebär att det enligt utredningens förslag under överskådlig framtid kommer att finnas två parallella system för att ge patienter ett skydd mot höga tandvårdskostnader. Det styckebaserade systemet bör dock successivt fasas ut.

6.2.2 Tandvård till fast pris

Utredningens förslag: System med tandvård till fast pris bör på sikt bli det dominerande inslaget på tandvårdsmarknaden. Patienten betalar därvid en fast premie per år och den statliga ersättningen utgår med ett fast belopp per patient.

Utredningen avser att i sitt fortsatta arbete föra en dialog med företrädare för vårdgivarna och professionerna i syfte att utarbeta förslag till hur en nationell modell skall kunna tas fram. Ambitionen är att renodla försäkringsmässigheten i en nationell modell. Målsättningen skall vara att utarbeta en nationell modell som är tillgänglig för alla.

Utredningen använder begreppet tandvård till fast pris som ett samlingsbegrepp för olika former av capitationsbaserade system. Dessa bygger på ett fast statligt ersättningsbelopp per patient (per capita) och därutöver avtal mellan vårdgivare och patient som innebär att patienten betalar en fast premie (per år eller månad) för sin tandvård. Ett sådant system har likheter med dagens s.k. abonnemangstandvård (eller frisktandvård) som erbjuds inom flera län.

Tandvård till fast pris är ett sätt att hantera osäkerhet för både patienter och det offentliga. För personer som ogillar osäkerhet är tandvård till fast pris välfärdshöjande eftersom patienternas risktagande minskar.

Tandvård till fast pris har ett antal önskvärda egenskaper som ett styckeprisbaserat system saknar (se kapitel 5). Utöver förutsägbarheten i kostnader för patienten skapar systemet tydliga ekonomiska incitament för vårdgivarna att prioritera förebyggande insatser. Systemet ger också bättre förutsättningar för en god kontroll över de statliga utgifterna. En förebyggande profil är möjlig att åstadkomma även i ett styckeprisbaserat system, men de ekonomiska incitamenten är inte lika tydliga som i system med capitation. Eftersom utredningen särskilt prioriterar att inom det nya tandvårdsstödet skapa ökade ekonomiska incitament till hälso-befrämjande tandvård så är denna egenskap mycket viktig.

En renodlad capitationslösning skulle även, förutsatt god konkurrens, innebära att vårdresurserna fördelades efter var befolkningen bor. Med ett styckeprisbaserat system fördelas istället vårdresurserna efter var det är möjligt för vårdgivaren att utföra flest åtgärder. Om marknaden fungerar dåligt och vårdgivarna skapar sin egen efterfrågan så underlättar ett styckeprisbaserat system det för vårdgivarna att själva välja var de skall lokalisera sig. Detta försämrar möjligheterna att få en tandvård på lika villkor över hela landet.

Nackdelen med tandvård till fast pris är främst att det kan vara svårt att hantera riskspridningen för enskilda vårdgivare. Det innebär att det måste utvecklas tekniker för att alla vårdgivare skall kunna konkurrera med tandvård till fast pris. Dessutom måste det finnas möjligheter för patienterna att ta med sig sina avtal när de flyttar eller vill byta vårdgivare. Annars finns en risk för att tandvård till fast pris leder till inlåsnings effekter.

Tandvård till fast pris har således tilltalande egenskaper men utredningen vill peka på det relativt begränsade empiriska underlaget när det gäller effekterna av olika ersättningssystem på tandhälsan och samhällsekonomin. Detta gäller effekterna av både capitationsbaserade och styckeprisbaserade system. Utredningen föreslår därför ett utvärderingsprogram av effekterna av dagens ersättningssystem, se avsnitt 6.4.

Avsaknaden av utvärderingar av de olika systemen för tandvårdsersättning kan inte förhindra att ett nytt tandvårdsstöd utformas. Med dagens kunskaper menar utredningen att ersättningssystem

som bygger på tandvård till fast pris är mer tilltalande än en styckeprislösning. Utredningen anser således att tandvård till fast pris på sikt bör bli det dominerande ersättningsystemet. Att dagens tandvårdsersättning till största del är styckeprisbaserad innebär inte att detta är utgångsalternativet som tandvård till fast pris skall ställas emot.

Utformning av ett system för alla

För att tandvård till fast pris skall vara ett effektivt skydd mot höga kostnader för alla patienter måste staten kunna kraftigt subventionera kostnaden för avtalen för de patienter som har de största tandvårdsbehoven. Inom dagens abonnemangstandvård är det svårt att hantera patienter med kostnader på 10 000-tals kronor per år eftersom det inte finns några nationella riskklasser som möjliggör differentierad statlig ersättning. Det innebär att dagens abonnemangstandvård främst är ett högkostnadsskydd för patienter med måttliga eller låga tandvårdskostnader. Detta är inte acceptabelt, i ett nationellt system är ett grundkrav att tandvård till fast pris fungerar som ett skydd mot höga kostnader för alla.

Ett framtida system med tandvård till fast pris måste alltså konstrueras så att det kan omfatta fler grupper än vad dagens abonnemangstandvård gör. Utredningen anser att den statliga ersättningen för tandvård till fast pris bör utformas på ett sätt som så långt som möjligt renodlar försäkringskaraktären i tandvårdsstödet. Grundprincipen bör vara att de som har de största riskerna och tandvårdsbehoven skall få den största subventionen. I det befintliga tandvårdsstödet ges en given summa till abonnemangstandvård oberoende av hur avtalslösningarna ser ut och vilka patienter som tecknar avtalen. Detta innebär att subventionen är densamma för en patient med litet vårdbehov som för en med ett stort vårdbehov. Utredningen anser att det är önskvärt att differentiera subventionen efter vårdbehovet. Detta för att möjliggöra att avtalen skall omfatta fler än dem med relativt litet vårdbehov. Utredningen anser att en differentiering av de statliga subventionerna kräver enhetliga och kontrollerbara riskgrupper.

Utredningen har fört diskussioner med företrädare för professionen och branschen om förutsättningarna för att utveckla ett nationellt definierat system för tandvård till fast pris. Ett nationellt system bör definiera vad avtalen skall omfatta, vilka patient- eller

åldersgrupper avtalen skall erbjudas till och hur riskgrupperingen skall göras. Utredningens slutsats efter dessa diskussioner är att det behövs ett bättre underlag än det i dag tillgängliga för att kunna utforma ett väl fungerande nationellt system.

Vidare behöver förutsättningarna för mindre enskilda vårdgivare att tillämpa tandvård till fast pris noggrant analyseras. Utformningen av ett nationellt system behöver göras med utgångspunkten att modellen skall vara lämplig för såväl privata som offentliga vårdgivare och innehålla komponenter som underlättar t.ex. riskspridning för enskilda vårdgivare. Utredningen kommer i det fortsatta arbetet analysera vad staten kan göra för att möjliggöra för alla vårdgivare att tillämpa tandvård till fast pris.

Utredningen anser att ett nationellt system är nödvändigt för att tandvård till fast pris på sikt skall kunna bli den dominerande ersättningsformen på tandvårdsmarknaden. Det måste bl.a. skapas förutsättningar för att patienterna skall kunna flytta sitt avtal mellan olika vårdgivare. För att utarbeta förslag till hur ett fast pris-system skall utvecklas avser utredningen att föra en dialog med företrädare för vårdgivare och med professionen. Det ersättningssystem som tas fram bör ha ett brett stöd. Givet skillnaderna mellan olika aktörer och olikheterna i dagens abonnemangstandvård kommer denna process att ta tid. Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med förslag på hur processen för att skapa ett nationellt system för tandvård till fast pris skall se ut.

Fram till dess att ett nationellt system kan börja tillämpas föreslår utredningen att dagens s.k. abonnemangstidvård stimuleras. Utredningen föreslår som framgår av avsnitt 7.2.11 att den statliga ersättningen för abonnemangen skall uppgå till ett belopp om 400 kronor per år. Dessutom föreslås att tiden för abonnemangsavtalen skall utökas från två till tre år. Detta för att åstadkomma en bättre koppling till artonmånaders-intervallet inom ramen för det föreslagna grundstödet.

Utredningen anser att möjligheten att lämna ett differentierat statligt stöd beroende på ålder till system med tandvård till fast pris, där högre subvention ges till patienter med högre ålder, bör övervägas. Till detta avser utredningen att återkomma till i sitt slutbetänkande.

6.2.3 Styckeprisbaserad tandvård

Behovet av reglering

Det finns som beskrivits i kapitel 5 en betydande risk för att ersättningssystem som är styckeprisbaserade blir kostnadsdrivande om marknaden inte fungerar tillräckligt bra. Detta eftersom vårdgivarna kan tjäna på att använda sitt informationsövertag till att skapa efterfrågan. Om staten står för en stor del av finansieringen minskar patienternas incitament att hålla nere den konsumerade volymen och priset på vården. Detta innebär att styckeprisbaserade ersättningssystem skapar risker för överbehandling samt otillräcklig kontroll av både patienternas och statens kostnader. Erfarenheterna från 65+reformen visar på många av de kontrollproblem som finns med styckeprisbaserade system.

Det kommer att ta tid innan ett nationellt system för tandvård till fast pris kan tillämpas fullt ut. Utredningen utgår därför i sitt konkreta förslag från styckepris-modellen. För att minska riskerna för en okontrollerad kostnadsutveckling lämnar utredningen ett antal förslag som syftar till att förtydliga och skärpa regelverket samt att förstärka den statliga styrningen av tandvårdsmarknaden, se avsnitt 6.3.

Givetvis är inte effekterna av ett styckeprisbaserat system givna. Vilket regelverk som skapas kring ersättningssystemet styr vilka effekter det får. Det är dock ett faktum att styckeprisbaserade ersättningssystem i sig är kostnadsdrivande. För att minska riskerna för ett kostnadsdrivande system behövs en reglering av både volym och priser. All reglering riskerar att skapa andra problem än dem det skulle lösa, t.ex. hämma den naturliga utvecklingen av marknaden. Det måste därför göras en avvägning mellan olika aspekter för att hitta ett fungerande regelverk.

För att hantera de kostnadsdrivande egenskaperna i ett styckeprisbaserat ersättningssystem lämnar utredningen ett antal förslag för att styra pris- och volymutvecklingen. Utredningens bedömning är att dessa kommer att ge tillräcklig kontroll över kostnadsutvecklingen såvitt avser det alternativ som utredningen förordar, se nedan. En lösning med lägre karensbelopp och högre ersättningsnivåer än i det alternativ som utredningen förordar skulle ställa krav på ytterligare reglering, främst av pris- och volymfaktorerna. Det kan exempelvis handla om regler som begränsar hur många behandlingar av ett visst slag som det är möjligt att få

inom tandvårdsstödet inom en viss tid. Detta skulle vara ett trubbigt men effektivt instrument för att hålla den konsumerade volymen under kontroll.

Skydd mot extremt höga kostnader

Utredningens förslag: Utredningen anser att ett skydd mot extremt höga kostnader är erforderligt och föreslår att ett sådant skydd inkluderas i skyddet mot höga kostnader.

Av utredningens direktiv framgår att skyddet mot höga kostnader skall innebära att en viss andel av behandlingskostnaden ersätts av tandvårdsstödet sedan patienten betalat ett karensbelopp. Vidare anges att behovet av ett skydd mot extremt höga kostnader skall övervägas.

Såsom framgår av kapitel 3 har de flesta patienter med höga tandvårdskostnader detta under ett eller ett fåtal enskilda år och inte under flera år i följd. De flesta personer drabbas någon eller några gånger i livet av höga tandvårdskostnader under ett enskilt år. Utredningen menar att skyddet mot höga kostnader bör inriktas på att minska kostnaderna för den minoritet av patienter som har höga tandvårdskostnader under det aktuella året. En sådan inriktning innebär att stödet över en längre period kommer att komma stora grupper till del vid just de tidpunkter då de drabbas av höga tandvårdskostnader.

Utredningen anser att skyddet mot höga kostnader skall innefatta kostnader även i de högsta intervallen, dvs. extremt höga kostnader. Skälet till detta är att det nya tandvårdsstödet så långt som möjligt skall utgöras av en enkel och sammanhållen modell. Det bör därför i största möjliga utsträckning undvikas att dela upp stödet utifrån olika behandlingstyper, t.ex. bastandvård och protetik, eller utifrån ålder. På så sätt minimeras negativa effekter i form av snedvridande vårdstyrning, trösklar och marginaleffekter samt skapas förutsättningar för begriplighet och en enkel administration. Utredningen menar mot en sådan bakgrund att ett separat skydd mot extremt höga kostnader inte är lämpligt utan att detta bör inkluderas i det generella skyddet mot höga kostnader.

Beräkning av tandvårdsersättningen

Utredningens förslag: Den styckeprisbaserade tandvårdsersättningen bör beräknas utifrån dagens åtgärdslista i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Varje behandling (åtgärd) bör åsättas ett referenspris som utgör grunden för beräkningen av tandvårdsersättningen.

Tandhälsobesök för vilka det utgår tandvårdsersättning bör inte ingå i beräkningen av rätten till ersättning inom skyddet mot höga kostnader.

Skyddet mot höga kostnader bör beräknas för en tolv månadersperiod som är individuell och inte baserad på kalenderår.

Det finns ett antal alternativ för hur styckeprisersättningen skall beräknas. Huvudalternativen kan sägas vara att utgå från dagens lista över åtgärder i tandvårdstaxan eller att skapa en ny åtgärdslista. En ny åtgärdslista skulle exempelvis kunna baseras på diagnos eller omfatta betydligt färre åtgärder än i dag. Det är även tänkbart att inte ersätta vårdgivarna per åtgärd utan per arbetad timme.

Det har inte varit tidsmässigt möjligt för utredningen att under denna fas av arbetet utforma en ny grund för styckepriserna. Utredningen bedömer dock att befintlig åtgärdslista är väl etablerad och rimlig och föreslår därför att styckeprisersättningen beräknas utifrån denna. Det innebär dock inte att utredningen ser den nuvarande åtgärdslistan som den ideala basen för ett system med styckeprisersättning. Såsom beskrivs i avsnitt 6.3.5 anser utredningen att det finns behov av att överväga en större revidering av relationerna mellan priserna på de olika åtgärderna. Vidare menar utredningen att en ersättning baserad på diagnos snarare än åtgärd är intressant. Utredningen avser att återkomma till dessa frågor i slutbetänkandet.

Utredningen anser att ett ersättningssystem där de enskilda vårdgivarnas pris ligger till grund för den offentliga subventionen inte kan förenas med en fri prissättning. Detta eftersom patienter hos vårdgivare med högre pris då skulle få en högre subvention. Utredningen menar dock att den fria prissättningen bör bibehållas. Därför föreslår utredningen ett system med så kallade referenspriser där den statliga ersättningen beräknas på av staten fastställda priser för varje åtgärd (se avsnitt 6.3.5). Användningen av referenspriser innebär att subventionen blir densamma oavsett vårdgivarens

pris för den utförda behandlingen. Därmed ges patienterna incitament att välja vårdgivare med lägre pris.

Den föreslagna subventionen i grundstödet (se kapitel 7) innebär en kraftig förstärkning av ersättningen för undersökning och viss förebyggande vård, det s.k. tandhälsobesöket. Utredningen anser därför att tandhälsobesök, för vilka det utgår tandvårdsersättning, inte bör ingå i beräkningen av rätten till ersättning inom skyddet mot höga kostnader. Om det subventionerade tandhälsobesöket skulle ingå i beräkningen av rätten till ersättning inom ramen för skyddet mot höga kostnader, skulle det utbetalas subvention baserad på subventionen av tandhälsobesöket.

Utredningen anser att skyddet mot höga kostnader bör gälla för en tolv månadersperiod som är individuell och inte baserad på kalenderår. Varje individ får därmed en period som är anpassad efter när denne gjorde sitt senaste besök hos tandvården. Detta ger fördelen att det inte ger incitament att förlägga tandvård så tidigt som möjligt under ett kalenderår. Risken för köer hos vårdgivarna minskas därmed. Konstruktionen av det nya tandvårdsstödet som innebär att rätten till ersättning grundas på patientens tidigare tandvårdskonsumtion, ställer andra och högre krav på att ändamålsenligt och väl fungerande IT-stöd (se kap. 8).

Alternativa karensbelopp och ersättningsgrader

Utredningens förslag:

Utredningen lämnar fyra alternativ till ett styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader. Utredningen förordar alternativ 1.

Karensbeloppen bör räknas upp och justeras i samma takt som referenspriserna.

	<i>Alt 1</i>	<i>Alt 2</i>	<i>Alt 3</i>	<i>Alt 4</i>
Karensbelopp (kronor)	3 000 25 000	5 000 20 000	3 000 20 000	5 000 20 000
Ersättning (procent av kronor)	3 000-25 000 : 50 % över 25 000: 85 %	5 000-20 000: 70 % över 20 000: 85 %	3 000-20 000: 70 % över 20 000: 85 %	5 000-20 000: 40 % över 20 000: 60 %

Av direktiven framgår att utredningen skall överväga och kostnadsberäkna olika alternativ till skydd mot höga kostnader. Utredningen lämnar fyra alternativ till utformning som i varierande grad ger patienten ett skydd mot höga kostnader. Alternativen skiljer sig även åt vad gäller de beräknade totala statliga kostnaderna (se kapitel 10). Utredningen menar att de olika alternativen ger en handlingsfrihet att besluta om ett skydd mot höga kostnader med olika ersättningsnivåer beroende av hur mycket tillgängliga resurser som finns för ändamålet.

Utredningen menar att en hög kostnad bör anses vara en kostnad på en sådan nivå att en minoritet av patienterna träffas. Som framgår av kapitel 3 har cirka 20 procent av patienterna årliga tandvårdskostnader som är högre än 3 000 kronor och cirka 10 procent högre än 5 000 kronor. Utredningen har därför valt att utforma de alternativa förslagen till skydd mot höga kostnader med utgångspunkt i dessa båda summor. Därefter har en högre nivå identifierats, 20 000 respektive 25 000 kronor, för att kunna ge ett skydd mot extremt höga kostnader. De olika alternativen ger i olika grad ett skydd mot kostnader i olika kostnadsintervall. I kap. 10 ges en närmare redogörelse för de fördelningsmässiga konsekvenserna av de olika alternativen och jämförelser med dagens system.

Inkomsterna skiljer sig kraftigt åt mellan olika individer och därmed också möjligheterna att betala en viss summa för tandvård. Ett generellt system, med samma karensbelopp och ersättningsnivåer för alla, innebär därför att tandvårdskostnaderna inte för samtliga grupper kan förväntas minska så mycket att de ekonomiska hindren för att få tandvård helt utradas. Utredningen är medveten om detta men menar att det inom ramen för ett generellt system är svårt att konstruera ett tandvårdsstöd som hanterar alla de skillnader i ekonomiska förutsättningar som finns. För dem med allra lägst inkomster är det möjligt att få särskilt finansiellt stöd till tandvård via socialtjänsten. Enkätundersökningar visar att en del av problemet med höga tandvårdskostnader inte primärt är kostnadens storlek utan att den kommer oplanerat och i klump. Utredningen menar därför att ett kreditsystem som omfattar alla patienter bör övervägas som ett komplement till skyddet mot höga kostnader. Utredningen avser att återkomma till denna fråga i slutbetänkandet.

Ju lägre karensbeloppet sätts, desto fler personer får del av subventionen och desto högre blir kostnaden för staten. Om fler personer får del av subventionen och många personer redan i

nuläget har tandvårdskostnader strax under karensbeloppet ökar potentialen för dynamiska effekter, dvs. att patienter förändrar sin tandvårdskonsumtion och rör sig över karensnivåerna. Högre ersättningsgrader ger ett ökat skydd mot höga kostnader för dem som ligger över karensbeloppen. Samtidigt ger det ökade potentiella risker för oönskade kostnadsökningar för staten.

Ett skydd mot höga kostnader måste konstrueras på ett sådant sätt att det ger ett tillräckligt stöd för att möjliggöra för fler patienter med höga tandvårdskostnader att få tandvård. Det skall minska kostnaderna för patienterna så mycket att ekonomin inte innebär ett hinder för att få erforderlig tandvård. Samtidigt måste hänsyn tas till det statsfinansiella utrymmet och riskerna för oönskade dynamiska effekter. Om inte det sistnämnda kan kontrolleras finns en risk för att stödet inte blir långsiktigt hållbart, vilket i sin tur riskerar att leda till behov av drastiska försämringar av stödet för att återskapa kontroll över statens utgifter.

Utredningen redovisar fyra olika alternativ, se tabell 6.1. Det nya tandvårdsstödet för åldersgruppen 20–64 år, inklusive det föreslagna grundstödet, kostnadsberäknas (brutto) i alternativ 1 till högst 4,6 miljarder kronor, i alternativ 2 till högst 3,8 miljarder kronor, i alternativ 3 till högst 6,1 miljarder kronor och i alternativ 4 till högst 2,6 miljarder kronor. I kapitel 10 redovisas kostnadsberäkningarna av de olika alternativen.

Tabell 6.1 Fyra alternativ till ett styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader

	<i>Alt 1</i>	<i>Alt 2</i>	<i>Alt 3</i>	<i>Alt 4</i>
Karensbelopp (kronor)	3 000 25 000	5 000 20 000	3 000 20 000	5 000 20 000
Ersättning (procent av kronor)	3 000-25 000 : 50 % över 25 000 : 85 %	5 000-20 000 : 70 % över 20 000 : 85 %	3 000-20 000 : 70 % över 20 000 : 85 %	5 000-20 000 : 40 % över 20 000 : 60 %

Utredningens bedömning av de olika alternativen

Utredningen bedömer att samtliga alternativ ger ett skydd mot höga kostnader även om det finns skillnader mellan de olika alternativen. I kapitel 10 ges en närmare redogörelse för de fördelningsmässiga konsekvenserna av de olika alternativen.

Alternativ 4 ger i samtliga kostnadslägen det minst förmånliga skyddet mot höga kostnader. Skyddet mot kostnader över cirka 30 000 kronor är betydligt sämre än i de övriga alternativen. Alternativ 1, 2 och 3 är mer likvärdiga i att skydda mot höga kostnader, men det finns dock vissa skillnader. Skillnaderna märks främst i skyddet mot kostnader i intervallet upp till 30 000 kronor. Alternativ 3 ger i samtliga kostnadslägen det bästa skyddet mot höga kostnader. Alternativ 1 ger ett bättre skydd än alternativ 2 mot kostnader i intervallet 3 000–10 000 kronor.

Utredningen anser att skyddet mot de allra högsta kostnaderna i alternativ 4 är allt för lågt för att de övergripande målsättningarna med stödet till fullo skall kunna uppfyllas.

I bedömningen av de olika alternativen har stor vikt lagts vid de potentiella dynamiska effekterna. Statens utgifter för det nya tandvårdsstödet måste vara möjliga att förutsäga, särskilt med bakgrund av erfarenheterna av 65+-reformen. Alternativ 3, med en relativt hög ersättningsgrad och ett karensbelopp på 3 000 kronor, ger det mest omfattande skyddet. Utredningens bedömning är dock att det i detta alternativ finns en betydande risk för stora dynamiska effekter. Det innebär att detta alternativ ställer högre krav på styrning av volym- och prisutvecklingen än de övriga alternativen. Utredningen anser att alternativ 3 innebär så starka drivkrafter till ökade kostnader att detta alternativ, oavsett regelverk, innebär stora svårigheter att uppnå kontroll över de statliga kostnaderna.

Alternativ 2 är mer än alternativ 1 inriktat på att ge ett stöd till patienter med mycket höga kostnader. Å andra sidan ger alternativ 2 en lägre ersättning till patienter med tandvårdskostnader i intervallet 3 000 till 10 000 kronor.

Alternativ 1 ger ett skydd mot höga kostnader redan för de patienter som har 3 000 kronor i tandvårdskostnad, vilket är viktigt eftersom det för många är en relativt hög kostnad. Samtidigt ger alternativ 1 genom att ersättningsgraden är 85 procent över 25 000 kronor ett reellt skydd mot extremt höga kostnader. Utredningens bedömning är att utformningen av alternativ 1 medger möjlighet till kontroll över de statliga utgifterna, vilket dock förutsätter ett tydligt utformat regelverk utifrån de övergripande principer och riktlinjeförslag som utredningen redovisar i detta betänkande. Utredningen lämnar förslag till författningsändringar angående detta i slutbetänkandet. Mot denna bakgrund förordar utredningen alternativ 1.

Det är viktigt att påpeka att de karensnivåer som utredningen presenterar baseras på dagens prisnivåer. Det innebär att eventuella prisökningar kan komma att innebära att fler patienter når över karensnivåerna om de behålls oförändrade. För att förhindra ett för staten kostnadsdrivande skydd mot höga kostnader anser utredningen att karensbeloppen bör räknas upp i takt med prisökningarna. Eftersom skyddet mot höga kostnader baseras på referenspriserna är det lämpligt att karensnivåerna justeras upp i samma takt som referenspriserna (se avsnitt 6.3.5).

6.3 Styrningen av tandvården

6.3.1 Inledning

Den statliga styrningen¹ av tandvården syftar till att åstadkomma en resursfördelning som stämmer överens med de politiska prioriteringarna samt att säkerställa ett effektivt användande av statens resurser. Styrningen skall även medverka till en god kontroll över de statliga utgifterna.

Utredningen menar att den statliga styrningen av tandvården är svag och splittrad. Staten har ansvar för att utveckla styrinstrument som stödjer utvecklingen av en god tandhälsa och att tandvård kan ges på lika villkor till hela befolkningen. För att bli effektiv behöver styrningen anpassas efter de förutsättningar som råder inom tandvårdsområdet, bygga på ett fungerande samspel samt en dialog med professionen och med verksamhetsansvariga vårdgivare.

Utredningen anser att framförallt fyra instrument bör användas för att förbättra den statliga styrningen av tandvårdsmarknaden:

- styrning mot en mer evidensbaserad tandvård, s.k. kunskapsstyrning,
- styrning av vad som är ersättningsberättigad tandvård,
- förbättringar av tandvårdsmarknadens funktionssätt, samt
- effektivare kontroll av utbetald ersättning och utförd vård.

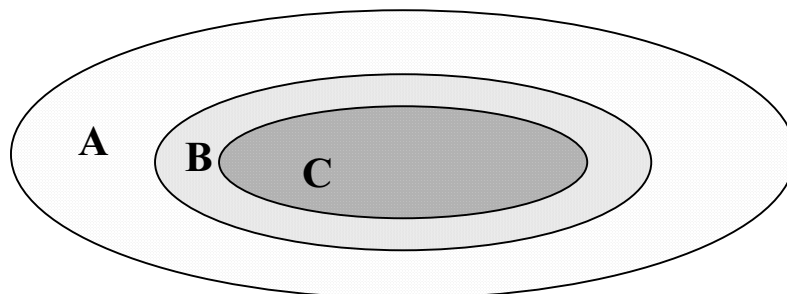
Utredningen anser att inget av dessa fyra instrument används på ett tillräckligt effektivt sätt idag.

Såsom visas i figur 6.1 är den ersättningsberättigade tandvården en delmängd av den tandvård som är förenlig med vetenskap och

¹ Med styrning menas bindande och icke-bindande reglering samt insatser som t.ex. systematisk uppföljning, tillsyn och kunskapsspridning.

beprövad erfarenhet, som i sin tur är en delmängd av den tandvård som är möjlig att utföra. För att avgöra vad som skall vara ersättningsberättigad tandvård måste det först finnas kunskap och riktlinjer kring vilken tandvård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Figur 6.1 Styrningen av vårdens innehåll



A: Tandvård som är möjlig att utföra.

B: Tandvård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

C: Tandvård som är möjlig att utföra, förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet samt är ersättningsberättigad enligt det statliga tandvårdsstödet.

Förstärkta insatser för uppföljning och utvärdering av tandvårdens metoder och utvecklingen av tandhälsan är centralt för att det nya tandvårdsstödet skall kunna fungera ändamålsenligt. Utvärderingarna behöver göras utifrån olika aspekter och avse såväl behandlingseffekt och patientsäkerhet som kostnads- och samhälls-ekonomisk effektivitet.

6.3.2 Kunskapsstyrning

Utredningens förslag: Regeringen bör tydliggöra Socialstyrelsens roll på tandvårdsområdet. Socialstyrelsen bör i större utsträckning än idag utfärda nationella riktlinjer för att öka kunskapsbasen inom tandvården. Riktlinjerna bör även omfatta olika behandlingars kostnadseffektivitet och samhälls-ekonomiska effektivitet.

Många reparativa behandlingar inom tandvården är baserade på empirisk grund. Vilket behandlingsalternativ som väljs styrs ofta av ”beprövad erfarenhet”, det vill säga att vårdgivaren väljer en behandling som han eller hon vet brukar fungera. Med detta följer dock en risk att behandlingsalternativ som är mer kostnadseffektiva inte övervägs.

Kunskapen om hur tandsjukdomar och tandköttsjukdomar utvecklas har lett till att det i dag finns flera bra metoder för förebyggande tandhälsovård. Kunskapsutvecklingen och de tekniska framstegen vad gäller material har vidare lett till att det i dag finns behandlingar för att ersätta förlorad tandsubstans på ett vävnadsbevarande och långsiktigt hållbart sätt.

Den största utmaningen för svensk tandvård är mot en sådan bakgrund inte främst att ta fram ny kunskap utan att på ett effektivt sätt nyttja den kunskap som finns. I detta ligger även att organisera tandvården på ett sådant sätt så att det är möjligt att utföra den önskade vården, vilket understryks av den prognostiserade minskningen av antalet tandläkare och ökningen av antalet tandhygienister. Svensk tandvård i framtiden behöver nyttja alla tillgängliga tandvårdsresurser, både i form av tillgänglig tandvårdspersonal och i form av ekonomiska resurser, för att uppnå bättre tandhälsoreultat.

Utredningen anser att Socialstyrelsen inte varit tillräckligt aktiv i sin roll som normerare av vårdens innehåll. För att få en bättre fungerande tandvård är det avgörande att Socialstyrelsen intar en mer aktiv roll. Utredningen anser därför att regeringen bör tydliggöra Socialstyrelsens roll på tandvårdsmarknaden. Socialstyrelsen bör tillföras resurser för att förstärka arbetet med kunskapsstyrning av tandvården och utvecklingen av ett tandhälsoregister (se avsnitt 10.2.6).

Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), har till uppgift att söka efter och sammanställa vetenskapligt underlag och utifrån detta utarbeta riktlinjer för kunskapsbaserad vård. Syftet med riktlinjerna är att styra tandvården mot en ökad evidensgrad och att behandlingsalternativ som inte är kunskapsbaserade upphör att tillämpas.

Nationella riktlinjer för behandling av de stora tandsjukdomarna finns inte i dag. Det finns emellertid ett stort behov av sådana riktlinjer inom tandvården. Nationella riktlinjer är en nödvändig förutsättning för kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård och faller inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag inom tandvårdsområdet.

Utredningen anser att det bör tydliggöras att Socialstyrelsens riktlinjer även skall ta hänsyn till olika behandlingars kostnadseffektivitet och samhällsekonomiska effektivitet.

Systematiska kunskapsöversikter ger ett underlag för beslut om vilka metoder som leder till bästa utfall både för patientgrupper och i det enskilda fallet. Underlag skapas också för beslut om bästa resursutnyttjande och förslag på kvalitetsindikatorer. Evidensbaserade riktlinjer för vård och behandling ger ett nationellt kunskapsstöd och beslutsstöd för prioriteringar.

Nya behandlingsmetoder inom tandvården kan, om de är väldokumenterade och kostnadseffektiva, förbättra det odontologiska utfallet för patienter. Det är då angeläget att dessa nya metoder införs snabbt och lika över landet. Nya metoder kan också vara förknippade med förhoppningar om att ha stor potential medan dokumentationen och kostnadseffektiviteten är osäker. För dessa metoder finns risker med att de införs utan att effekterna följs upp. Det krävs att relevanta studier görs med tillräckligt stora patientmaterial och med kliniskt relevanta utfallsmått. En struktur som möjliggör ordnat införande och ordnad utmönstring skulle kunna vara ett sätt att minska riskerna för patienterna och för felaktigt resursutnyttjande. Utredningen föreslår därför att det skapas förutsättningar för ett mer kontrollerat införande av ny teknik. Utredningen avser att återkomma till denna fråga i slutbetänkandet.

Kvalitets- och förbättringsarbete handlar om att bidra till att omsätta kunskap till handling och förbättringar. Arbetet bygger på att skapa en riktning för effektiviseringsarbetet genom att integrera data, kunskapsunderlag och praktiska förbättringar. För att förbättra kunskapsstyrningen av tandvården krävs att det finns kunskaper om olika behandlingars effekter. En metod för att öka informationen om olika behandlingar är s.k. kvalitetsregister. Sådana har funnits inom hälso- och sjukvården sedan mitten av 1970-talet men saknas inom tandvårdens område. En modell för kvalitetsregister för implantat utarbetades 2004 men har inte effektuerats. Utredningen anser att det bör avsättas finansiering till kvalitetsregister för tandvård. Ett register för dentala implantat bör prioriteras, se avsnitt 10.2.6.

6.3.3 Ersättningsberättigad tandvård

Utredningens förslag: Definitionen av ersättningsberättigad tandvård behöver förtydligas. Definitionen av vad som är ersättningsberättigad tandvård bör ta hänsyn till vad som är evidensbaserad tandvård, vad som är kostnadseffektivt och samhällsekonomiskt effektivt samt prioriteringarna inom ramen för tandvårdsstödet. Som ett underlag till besluten om ersättningsberättigad tandvård bör det genomföras en prioriteringsutredning.

Regeringen bör årligen fatta beslut om vad som skall vara ersättningsberättigad tandvård. Det bör övervägas att införa en särskild nämnd som tar fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser ersättningsberättigad tandvård. Nämnden kan organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan.

För att säkerställa att offentliga medel används effektivt och till de mest angelägna behoven behöver definitionen av vad som är ersättningsberättigad tandvård förtydligas. I en situation med begränsade resurser och en vård som ständigt utvecklas och erbjuder allt mer avancerad och kostsam behandling är detta en nödvändighet. I grunden innebär en definition av ersättningsberättigad tandvård en prioritering, där staten anger vilken tandvård som man anser vara så angelägen att den skall få ett statligt stöd.

I dagens regelverk anges i 6 § förordningen om tandvårdstaxa att tandvårdsersättning endast skall betalas ut för sådan tandvård som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Det stadgas vidare att vårdgivaren är skyldig att i första hand erbjuda patienten sådan tandvård som är nödvändig enligt 6 §. Om patienten efterfrågar ytterligare eller mer avancerad tandvård får patienten bekosta mellanskillnaden själv. Lagstiftaren lägger med denna reglering ett stort ansvar på vårdgivaren att bedöma vilken tandvård som är nödvändig. I vissa specifika situationer anges dock att en förhandsprövning av behandlingsförslaget skall ske för att säkerställa att behandlingen är nödvändig enligt 6 §. Sådan förhandsprövning görs av Försäkringskassan. Det finns dock endast i mycket begränsad omfattning stöd i regelverket eller praxis för Försäkringskassan att avgöra vilken behandling som inte kan anses vara nödvändig, vilket har resulterat i att cirka 95 procent av förhandsprövningarna godkänns. En konsekvens av detta blir dock att kontrollen över de

statliga utgifterna blir svag eftersom staten har litet inflytande över vilken tandvård som skall ersättas.

Utredningen menar att den tandvård som skall vara ersättningsberättigad måste definieras mer precist. Skälet är att det finns begränsade resurser för ändamålet. Det är därför av stor vikt att genomföra en prioriteringsutredning inom tandvårdsområdet på motsvarande sätt som görs inom hälso- och sjukvården. Definitionen kan inte avgöras av strikt odontologiska motiv utan hänsyn måste även tas till resursfördelningsmässiga motiv.

Det behövs en fortlöpande process för att bestämma vilken tandvård som skall vara ersättningsberättigad. Allt eftersom odontologin och materialen utvecklas så krävs nya ställningstaganden givet att resurserna är begränsade. I avvägningen av vilken tandvård som skall vara ersättningsberättigad måste hänsyn tas till vad som är evidensbaserad tandvård, vad som är kostnadseffektivt och samhällsekonomiskt effektivt samt prioriteringarna inom ramen för tandvårdsstödet.

Utredningen har fört diskussioner med odontologisk expertis vad gäller definitionen av ersättningsberättigad tandvård. I dessa diskussioner har det framkommit att en övergripande prioritering för tandvården bör vara att i första hand vidta förebyggande insatser och insatser för att uppnå infektionsfrihet i munhålan, dvs. stoppa pågående sjukdom och förhindra fortsatt sjukdomsutveckling. I andra hand vidtas restaurerande och rehabiliterande behandlingar.

Utredningen anser att beslut om vilken tandvård som är ersättningsberättigad bör fattas på årlig basis av regeringen. Inom läkemedelsområdet finns en särskild läkemedelsförmånsnämnd med ansvar för att avgöra vilka läkemedel som skall vara subventionerade. Utredningen menar att en motsvarande nämnd inom tandvårdsområdet med uppgift att ta fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser ersättningsberättigad tandvård bör övervägas. En sådan nämnd kan organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan. Nämnden bör ha en bred kompetens inom bl.a. odontologi, hälsoekonomi och samhällsekonomi. Nämnden bör även få ansvar för att ta fram underlag såvitt avser referensprissystemet, se avsnitt 6.3.5. Utredningen avser att återkomma med förslag i denna fråga i slutbetänkandet.

Grundläggande kriterier för att tandvården skall vara ersättningsberättigad i det nya tandvårdsstödet bör enligt utredningens mening vara att tandvården skall vara diagnosrelaterad, ha en

behandlingsplan och vara tillräckligt väl dokumenterad för att möjliggöra förhands- och efterhandskontroller. Vidare skall tandvården för att vara ersättningsberättigad omfattas av uppföljningsinsatser såväl genom löpande statistik som andra insatser, t.ex. i form av kvalitetsregister. Dessa grundprinciper borde vara självklara även i dagens system och omfattas i princip redan av det befintliga regelverket. Utredningen menar dock att det finns uppenbara brister i tillämpningen av regelverket, både hos myndigheter och vårdgivare. Detta märks bl.a. vid genomgångar av förhandsprövningsärenden inom Försäkringskassan där vårdgivarens dokumentation av diagnosen ofta är bristfällig. Utredningen avser att återkomma till frågan i slutbetänkandet.

6.3.4 Kontroll

Utredningens förslag: Försäkringskassans resurser för kontroll bör bibehållas men ändra inriktning. Kontrollinsatser i efterhand baserade på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden bör prioriteras högre medan förhandsprövningarna bör begränsas till de allra mest svårbedömda fallen.

Statens kontroll av utbetalningarna inom 65+-reformen har som beskrivits tidigare varit otillräcklig. I och med det nya tandvårdsstödet kommer staten att öka sin andel av tandvårdskostnaderna. Dessa två faktorer visar på behovet av en förbättrad kontroll av utbetalningarna inom tandvårdsstödet.

En effektiv kontroll måste organiseras annorlunda än dagens kontroll. Utredningen förordar därför att de resurser inom Försäkringskassan som i dag är avsatta för kontrollinsatser, genom förhandsprövningar, bibehålls, men att inriktningen av kontrollinsatserna förändras. Kontrollinsatser i efterhand baserade på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden bör prioriteras högre medan förhandsprövningarna bör avgränsas till de allra mest svårbedömda fallen. Därigenom skulle kontrollen av de delar som i dag inte förhandsprövas stärkas och förhandsprövningarna bli mer effektiva. En förutsättning för en bättre fungerande kontroll av tandvårdsstödet är att det finns ett tydligt regelverk kring vad som är ersättningsberättigad tandvård. Därtill behöver samarbetet mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen när det gäller kontrollen av enskilda vårdgivares kvalitet i vården förbättras.

I dag förhandsprövar Försäkringskassan cirka 90 000 ärenden per år inom det statliga tandvårdsstödet. Av dessa godkänns cirka 95 procent. Alla implantat och all protetik av viss omfattning skall i dag förhandsprövas. Utredningen anser att det bör införas en snävare gräns än i dag för att få en ökad effektivitet i kontrollinstrumentet förhandsprövning. Denna snävare gräns kan vara en beloppsgräns, gälla vissa behandlingar, gälla vissa diagnoser eller något annat. Utredningen avser återkomma i slutbetänkandet angående hur förhandsprövningar skall tillämpas i det nya tandvårdsstödet.

6.3.5 Referenspriser och tandvårdsmarknadens funktionssätt

Utredningens förslag: Regeringen bör årligen fatta beslut om referenspriserna. Det bör övervägas att införa en nämnd som tar fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser referenspriserna. Det bör vara samma nämnd som lämnar underlag både när det gäller referenspriser och ersättningsberättigad tandvård. Nämnden kan organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan.

Den årliga revideringen av referenspriserna bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bland annat utveckling av nya behandlingar och material.

Tandvårdsmarknaden är långt ifrån en perfekt fungerande marknad eftersom patienterna har en allt för svag ställning. Huvudproblemet på tandvårdsmarknaden är att vårdgivarna har betydligt bättre information än patienterna om både patientens tandhälsa och möjliga åtgärder. För att förbättra marknadens funktionssätt behövs det därför åtgärder som stärker patientens ställning framför allt genom förbättrad information. Utredningen lämnade i det första delbetänkandet ett antal principförslag som i detta delbetänkande preciseras (se kapitel 7).

Patienterna behöver förbättrad information framför allt om sin tandhälsa, möjliga behandlingsalternativ samt kvalitet och priser hos olika vårdgivare. Utredningen lägger därför förslag som syftar till att minska patienternas informationsbrist på alla dessa områden.

Genom olika former av regleringar kan det offentliga skapa en bättre fungerande marknad. Utredningen menar att en prisreglering är ett mycket starkt ingrepp på en marknad och att en felaktig pris-

reglering riskerar att orsaka mer skada än nytta. En prisreglering kan förefalla vara ett kraftfullt och effektivt instrument, men risken att en prisreglering initialt eller efter en tid hamnar fel är mycket stor. Informationen om kostnadsbild m.m. hos de som skall reglera priserna är som regel inte fullständig. Erfarenheterna från perioden före 1999, då tandvårdspriserna var reglerade, är vidare att kostnadsutvecklingen ändå inte kan kontrolleras eftersom vårdgivarna genom sin starka ställning gentemot patienten har möjligheter att driva upp vårdvolymerna. Även om en prisreglering skulle genomföras skulle således problemet med höga kostnader inte vara löst.

Utredningen anser således att den fria prissättningen bör bibehållas och att åtgärder istället bör vidtas för att stärka patienternas information om tandvårdsmarknaden. För att förbättra informationen om priserna föreslår utredningen ett system med s.k. referenspriser. Dessa skall användas både som jämförelsepriser och som grund för beräkningen av tandvårdsersättningen. Referenspriserna bör bli kända hos patienten, t.ex. genom den prisjämförelsetjänst som Konsumentverket föreslås utveckla. Det skulle ge patienten en möjlighet att bedöma om den egna vårdgivaren är ”dyr” eller ”billig”, dvs. hur den egna vårdgivarens priser förhåller sig till de priser staten angivit som rimliga. Referenspriserna bör därmed bli normerande. Det skall finnas referenspriser för alla behandlingar, inklusive tandhälsobesöket.

Referenspriserna kan beräknas per åtgärd, per tidsenhet eller på annat sätt. Utredningen menar att priser per åtgärd är att föredra, dels för att underlätta för patienten att jämföra priser, dels på grund av att återrapportering från vårdgivaren specificerat per åtgärd bedöms vara en lämplig uppföljningsform. Utredningen har som grund för kostnadsberäkningarna i detta betänkande tagit fram en preliminär referensprislista (se närmare kapitel 10).

Även om det varit fri prissättning på tandvårdsmarknaden sedan 1999 så är de reglerade taxorna från 1998 grunden för dagens ersättning från staten och prislistorna hos många vårdgivare. Priserna i den reglerade tandvårdstaxan härrörde från en tidsstudie som gjordes i början av 1970-talet. Även om förändringar gjorts över tiden så har inga större förändringar av relationerna mellan olika åtgärder skett sedan mitten av 1980-talet. Den tekniska och odontologiska utvecklingen har sannolikt inneburit att de relativa kostnaderna för att utföra olika åtgärder förändrats över tiden. Utredningen ser därför ett behov av att innan det nya tandvårdsstödet införs ta fram en referensprislista som baseras på nya studier

av kostnaderna för olika åtgärder. Detta för att få rättvisande prisrelationer mellan olika behandlingar.

För att referenspriserna skall kunna tjäna som jämförelsepriser för patienterna måste de kontinuerligt revideras. Utredningen vill särskilt peka på faran i att referenspriserna endast blir grund för den statliga subventionen utan att det finns tillräcklig förankring i vårdgivarnas kostnader. Det bör därför finnas en tydlig och transparent process för hur referenspriserna skall revideras.

Utredningen anser att referenspriserna årligen bör fastställas av regeringen. Detta gäller för alla behandlingar, även tandhälsobesöket. En nämnd inom tandvårdsområdet med uppgift att ta fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser uppräknig av referenspriserna bör övervägas, på samma sätt som avser frågan om ersättningsberättigad tandvård (se avsnitt 6.3.3). Det bör vara samma nämnd som lämnar underlag både när det gäller referenspriser och ersättningsberättigad tandvård. Nämnden kan organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan. Beslutsunderlaget till regeringen bör publiceras årligen för att öka transparensen i regeringens beslut. Utredningen återkommer med preciserade förslag angående denna process i slutbetänkandet.

Den årliga revideringen av referenspriserna bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitsutvecklingen i form av bland annat utveckling av nya behandlingar och material. Det är enligt utredningen tänkbart att som huvudprincip använda uppräknig med någon form av index och att därutöver göra revideringar vid större förändringar av produktionskostnaden för en specifik åtgärd. Indexet som väljs kan vara exempelvis tjänsteprisindex eller ett speciellt index för kostnaderna inom tandvården med avdrag för den förväntade produktivitetstillväxten.

Användandet av s.k. latituder försvårar prisjämförelser mellan olika vårdgivare. Utredningen anser dock att systemet med referenspriser bör leda till att användningen av latituder minskar.

När det gäller patientens kunskaper om den egna tandhälsan så vill utredningen förbättra denna dels genom att tandhälsobesöket skall inkludera ett hälsorådgivande samtal, dels genom att patienten skall få skriftlig information om den egna tandhälsosituationen och rekommendationer vad avser patientens egenvård. Utredningen anser att patienterna även bör få skriftlig information om olika behandlingsalternativ och deras kostnader (se avsnitt 7.2).

I dag saknas en fungerande prisjämförelsetjänst för patienterna. Utredningen föreslår att Konsumentverket skall få ansvar för att tillhandahålla en sådan baserad på uppgifter som tillhandahålls av Försäkringskassan (se avsnitt 7.4). Därigenom blir det enklare för patienterna att jämföra olika vårdgivares priser. Patienterna skall, enligt utredningens förslag, även erbjudas en prislista att ta med för att enklare kunna jämföra sin vårdgivares priser med andra vårdgivare (se avsnitt 7.2).

I dag finns inte tillräckliga data för att kunna informera patienterna om olika vårdgivares kvalitet och olika behandlingars effekter. Utredningen vill därför se en förbättrad uppföljning av dessa områden, bland annat genom att det byggs upp kvalitetsregister. Målet är att på sikt möjliggöra jämförelser mellan olika behandlingars kvalitet och resultat.

För att patienterna skall få en allmänt bättre och mer samlad information kring tandvården föreslår utredningen att en upplysningstjänst för patienterna inrättas, Konsumenternas tandvårdsbyrå. Genom denna skall patienterna kunna få information om framför allt priser, olika behandlingsalternativ och sina rättigheter gentemot vårdgivarna (se avsnitt 7.4).

6.4 Uppföljning och utvärdering

Utredningens förslag: Försäkringskassan bör ges ett förtydligt ansvar för statistik om tandvårdskostnader, patientpriser och tandvårdskonsumtion.

Socialstyrelsen bör ges ett förtydligt ansvar för statistik om tandhälsa för vuxna samt få i uppdrag att svara för en tandhälsodatabas för vuxna.

Särskilda kvalitetsregister bör inrättas inom tandvården. Ett register för dentala implantat bör prioriteras.

Det bör genomföras ett utvärderingsprogram av det nya tandvårdsstödet. Utvärderingsprogrammet bör främst genomföras av oberoende forskare.

För att staten skall kunna styra tandvårdsmarknaden på ett effektivt sätt krävs att staten har tillräcklig information om utvecklingen samt har tolkat denna information korrekt. En förutsättning för en förstärkt styrning är därmed att det genomförs en systematisk uppföljning, och utvärdering av tandvårdsmarknaden. En bättre

uppföljning och utvärdering krävs både när det gäller att utvärdera effekterna av reformeringen av tandvårdsstödet och för att löpande följa utvecklingen på tandvårdsmarknaden.

Staten behöver definiera hur uppföljningen och utvärderingen skall utformas och vilka uppgifter som skall samlas in. Det nya tandvårdsstödet har olika delar och behöver olika typer av uppföljning och utvärdering. För att det skall kunna ske en meningsfull uppföljning och utvärdering måste informationsinhämtandet förbättras. Uppföljningen och utvärderingen bör ske på nationell basis, vilket förutsätter att informationen från vårdgivare skall vara enhetlig och kunna sammanställas på nationell nivå.

Ett reformerat tandvårdsstöd kräver en process för uppföljning och utvärdering av effekterna av reformen. Det handlar om att kunna följa såväl de kort- som långsiktiga effekterna på tandvårds-konsumtion, priser och tandhälsa. Utredningen anser att dagens uppföljning och utvärdering av utvecklingen på tandvårdsmarknaden är allt för svag. Huvudorsaken till detta är att informationen om framförallt tandhälsa och tandvårds-konsumtion är bristfällig. Erfarenheterna från 65+-reformen visar på riskerna med att ha en allt för svag uppföljning och utvärdering av reformer av tandvårdsstödet.

De ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag framgår av kapitel 10.

6.4.1 Behovet av statistik

Det nya tandvårdsstödet måste vara möjligt att följa upp och utvärdera på nationell nivå. Det finns därför ett behov av att se till att det finns enhetlig information om tandvården som utförs hos alla vårdgivare och om tandhälsan hos alla patienter. Samtidigt får lämnandet av uppgifter för statistik inte innebära en orimlig administrativ börda för vårdgivarna. Utredningen menar att en elektronisk kommunikation med vårdgivarna är en förutsättning för att administration, kontroll och uppföljning skall kunna göras kostnadseffektivt och pekar därför på nödvändigheten i att utveckla ett nytt IT-stöd för det statliga tandvårdsstödet. Utredningen anser att det är framför allt information om följande faktorer som måste samlas in:

- tandhälsa,
- vårdkvalitet,
- konsumerad volym och
- priser.

Eftersom Försäkringskassan kommer att ansvara för kommunikationen med vårdgivarna via IT-stödet bör den vara ansvarig för insamlandet av information om tandvården i Sverige. Bearbetningen av denna information bör dock delas mellan flera myndigheter. Den myndighet som i sitt uppdrag ansvarar för frågan skall också vara ansvarig för att bearbeta information av frågan. Det är dock viktigt att de ansvariga myndigheterna samverkar så att en helhetsbild av tandvårdsmarknaden kan skapas.

6.4.2 Tandhälsa

I dag råder det en stor brist på uppgifter om tandhälsan hos den vuxna befolkningen. Bristen beror delvis på otillräcklig information och delvis på otydlighet i vem som är ansvarig för att följa tandhälsan. Utredningen lämnar förslag som åtgärdar båda dessa brister.

Utredningen menar att tandhälsan bör följas såväl avseende självupplevd tandhälsa som kliniska data. Utredningens bedömning är att de enkätundersökningar som regelbundet utförs av bl.a. SCB och Folkhälsoinstitutet ger ett visst underlag för att löpande följa utvecklingen av den självupplevda tandhälsan. De största bristerna såvitt avser tandhälsouppföljningen menar utredningen gäller kliniska data, varför detta i första hand bör prioriteras.

Utredningen anser att Socialstyrelsen bör vara ansvarig myndighet när det gäller uppföljningen av tandhälsan. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges ett förtydligt ansvar för statistik om tandhälsan hos vuxna. För att kunna göra detta på ett bra vis menar utredningen att det finns ett behov av en tandhälsodatabas för vuxna. Detta för att bättre kunna följa utvecklingen över tiden och jämföra tandhälsan mellan individer med olika egenskaper. En tandhälsodatabas skulle ge mycket större möjligheter att kunna följa upp effekterna av det nya tandvårdsstödet på ett meningsfullt vis. Uppgifterna om tandhälsa i en sådan tandhälsodatabas bör lämnas av vårdgivarna i samband med att tandvårdsräkningar lämnas. Detta förutsätter författningsändringar och utredningen avser att återkomma i slutbetänkandet med förslag till sådana.

Dessutom bör det med jämna tidsintervall göras mer omfattande kliniska studier som möjliggör fördjupade analyser av utvecklingen av den svenska tandhälsan. Det gäller bland annat att mäta tandhälsan hos de individer som inte går på regelbundna tandhälsobesök.

6.4.3 Pris- och konsumtionsutveckling

Det är för staten viktigt att nära följa både de kostnader patienterna har för sin tandvård och statens kostnad för tandvårdsstödet. Det innebär att staten måste följa utvecklingen av dels tandvårds-konsumtion, dels priser.

Försäkringskassan bör få ansvaret för uppföljningen av tandvårds-konsumtionen genom framförallt de data över utförd vård som kommer att registreras i Försäkringskassans IT-stöd. Denna uppföljning bör inriktas på att upptäcka om tandvårdsstödet leder till en förskjutning mellan olika behandlingar som vårdgivarna använder. Detta för att tidigt kunna bedöma huruvida en eventuell förskjutning endast är en följd av det förändrade tandvårdsstödet och inte har odontologiska orsaker.

När det gäller prisutvecklingen bör Försäkringskassan vara ansvarig myndighet för att följa denna. Syftet med att följa prisutvecklingen är att se om ökad statlig subvention leder till att priserna för patienterna sänks i motsvarande utsträckning samt att öka transparensen för patienterna. Eftersom vårdgivarna har ett informationsövertag gentemot patienterna är det mycket viktigt att övervaka prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden.

Utredningen föreslår att vårdgivaren skall åläggas att regelbundet lämna uppgifter till Försäkringskassan som underlag för prisjämförelser och kontroller (se avsnitt 7.3). Utredningen anser att vårdgivaren bör informera Försäkringskassan om sina priser för tandvård på två sätt. Dels via tandvårdsräkningen med uppgifter om vårdgivarpris, patientpris och utbetald subvention för varje utförd åtgärd som ligger till grund för utbetalning av tandvårdsersättning, dels genom att vårdgivaren elektroniskt lämnar prisuppgifter på hela åtgärdslistan och behandlingspaket till Försäkringskassan.

6.4.4 Tidshorisont

För att utvärdera olika aspekter av tandvården krävs olika lång tidshorisont. Priser och tandvårdskonsumtion kan utvärderas över relativt kort tidshorisont medan det tar längre tid att se förändringar av tandhälsan. För att en utvärdering skall vara meningsfull måste den göras med en sådan tidshorisont att det är möjligt att undersöka huruvida en reform påverkat utfallet eller inte. Samtidigt är det önskvärt att få resultat så snabbt som möjligt för att kunna åtgärda eventuella brister. Det innebär att det krävs en kombination av kort- och långsiktiga utvärderingar.

När det gäller grundstödet bör utvärderingen och uppföljningen de första åren koncentreras på prisutvecklingen för tandhälsobesöket och hur många som regelbundet genomför tandhälsobesök. Uppföljningen av dessa faktorer bör ske årligen. När det gäller priserna bör det finnas en tydlig kontrollstation efter två år då det görs en bedömning av huruvida det kraftigt ökade stödet till tandhälsobesöket inneburit lägre priser för patienterna. Om inte detta skett anser utredningen att instrumentet prisreglering måste övervägas för denna del av tandvårdsmarknaden.

Utredningen anser att det är viktigt att använda tiden fram till införandet av det nya tandvårdsstödet till att samla in data om framförallt tandvårdskonsumtion och tandhälsa. Detta för att kunna skapa ett jämförelsematerial att utvärdera utfallet av reformen mot.

Utredningen pekar ovan på behovet att utvärdera effekterna av olika ersättningssystem. Denna utvärdering bör starta så snart som möjligt för att ge underlag i arbetet med att utforma ett nationellt system för tandvård till fast pris. Utvärderingen av olika ersättningssystem bör göras av oberoende forskare.

7 Grundstödet

I detta avsnitt beskrivs och utvecklas samt lämnas författningsförslag beträffande de övergripande förslag till grundstöd som utredningen tidigare presenterat. Avsnittet inleds med en kort beskrivning av utredningens tidigare arbete och därefter kommer en närmare redogörelse för de olika förslagen.

7.1 Bakgrund

Utredningen överlämnade den 6 mars 2006 delbetänkandet *Stöd till hälsobefrämjande tandvård* (SOU 2006:27) i vilket utredningen lämnade övergripande förslag till utformning av grundstödet inklusive en beräkning av dess kostnader. Utredningen anser att det statliga tandvårdsstödet bör få en mer hälsofrämjande inriktning där den förebyggande tandvården ges prioritet. Därför lämnade utredningen förslag till ett grundstöd som innebär att det skall vara möjligt för alla att genomgå regelbundna undersökningar och få viss förebyggande vård var artonde månad till en kostnad av cirka 200 kronor. Den ersättning som betalas ut från det statliga tandvårdsstödet till vårdgivaren uppgår till 500 kronor, under förutsättning att det gått minst arton månader sedan patientens senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök. Syftet med detta grundstöd är att patienterna skall uppmuntras att besöka tandvården regelbundet och på så sätt, kombinerat med god egenvård, bibehålla och utveckla en god tandhälsa. Detta skall på sikt leda till att behovet av reparativ tandvård minskar. Utredningens förslag till grundstöd innebär att den förebyggande vård som patienten får inom ramen för tandhälsobesöket skall kunna utföras av både tandhygienist och tandläkare.

I delbetänkandet konstaterade utredningen att tandvårdsmarknaden har flera brister, främst med avseende på patientens kunskap och information. Utredningen föreslog därför en rad åtgärder för

att förbättra marknads funktionssätt genom att stärka patientens ställning. Dessa åtgärder är

- bättre underlag för prisjämförelser,
- en informationskampanj i samband med införandet av grundstödet,
- en rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet,
- krav på att kallelse till tandhälsobesök skall göras skriftligt och att det av kallelsen skall framgå vilka åtgärder besöket omfattar samt en prisuppgift för det,
- krav på att vårdgivaren, för de fall det behövs ytterligare behandling, skall ge patienten en skriftlig behandlingsplan med prisuppgifter, och
- skyldighet för vårdgivaren att tillhandahålla en gällande prislista som patienten kan ta med.

Dessa åtgärder syftar till att stärka patientens ställning och ge patienten större möjligheter att förutse kostnaden för kommande tandvårdsbehandlingar. Patienten får också bättre möjligheter att kunna jämföra priser hos olika vårdgivare.

Delbetänkandet har remissbehandlats vid ett remissmöte som hölls på Socialdepartementet den 26 april 2006. Ett antal skriftliga yttranden har också kommit till Socialdepartementet. En remiss-sammanställning finns tillgänglig på Socialdepartementet (dnr S 2006/2094/HS). Remissinstansernas synpunkter behandlas nedan under respektive förslag. En förteckning över remissinstanserna finns i bilaga 2.

7.2 Utformning och genomförande av grundstödet

Utredningens förslag till grundstöd syftar till att stimulera till förebyggande tandvård. På så sätt skall infektionssjukdomar och skador kunna upptäckas och stoppas tidigt. Enligt utredningens bedömning leder detta på sikt till en minimering av framtida tandvårdsbehov och därmed minskade tandvårdskostnader för enskilda och för samhället. Ett sätt att stimulera till de viktiga regelbundna besöken är den förstärkta ekonomiska ersättningen för det s.k. tandhälsobesöket.

Enligt direktiven skall utredningen i detta delbetänkande lämna förslag till de författningsändringar som krävs för att införa grundstödet. De författningsförslag som krävs för hela det nya tand-

vårdsstödet skall dock lämnas i slutbetänkandet. Detta innebär att de författningsförslag som utredningen nu lämnar endast omfattar införandet av grundstödet. Förslagen utgår därvid från att grundstödet skall utgöra en del av det nu befintliga tandvårdsstödet. Utredningen gör bedömningen att förslagen med stöd av bl.a. 2 kap. 1 och 3 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring kan lämnas i form av ändringar i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Utredningen föreslår dock i kapitel 9 att det nya tandvårdsstödet införs i sin helhet vid ett och samma tillfälle. Skälen för detta är bl.a. att en sårlosning som innebär att grundstödet införs och verkar parallellt med det befintliga tandvårdsstödet bedöms medföra ökade administrativa kostnader. Det riskerar även att skapa otydligheter gentemot patienten om vad tandvårdsreformen innebär.

Utredningen bedömer att införandet av grundstödet kommer att leda till en ökning av antalet utbetalningar från tandvårdsstödet. Kontroller av grundstödet behöver göras på ett effektivt sätt för att minimera risker för missbruk och felaktigt utnyttjande. De regler som idag finns i 20 kap 4 a § lagen om allmän försäkring kommer även att gälla för grundstödet och utredningens bedömning är att det inte krävs några anpassningar i denna reglering med anledning av reformens införande.

7.2.1 Innehållet i grundstödet

Utredningens förslag: Ett grundstöd skall införas som innebär att en ny åtgärd benämnd tandhälsobesök införs i tandvårdsstödet. I tandhälsobesöket skall ingå

1. klinisk undersökning och diagnostik inklusive nödvändiga röntgenbilder för att vårdgivaren skall kunna registrera förekomst av karies och parodontit,
2. klinisk undersökning och diagnostik av munslemhinnor,
3. bedömning av aktuell sjukdomsrisk,
4. hälsorådgivande samtal,
5. borttagande av mjuka beläggningar (plack) och synlig tandsten (salivsten), samt
6. bedömning av behov av ytterligare undersökning, behandling och kompletterande röntgenundersökning.

Om patienten har behov av det skall även fluorlackning och enklare justeringar av fyllningar ingå.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer i huvudsak med förslaget.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker principförslaget. *Sveriges Privattandläkarförening* anser att ett skydd mot höga kostnader borde ha prioriterats.

Tjänstetandläkarföreningen (Tjänstetandläkarna) framför att föreningen är tveksam till att det skulle kunna inrymmas en rätt att få en översiktlig kostnadsberäkning för det fall att ytterligare vård bedöms angelägen. Tjänstetandläkarna anser också att man skulle kunna skapa ett förstärkt tandhälsobesök som inrymmer en fullständig undersökning som kan ligga till grund för fastställande av terapi, som sedan kan genomföras i direkt anslutning till tandhälsobesöket eller vid ett senare tillfälle. *Praktikertjänst AB* framhåller att det inte är möjligt att överallt rekrytera en tandhygienist och sysselsätta denna fullt ut. *Sveriges Folktandvårdsförening* saknar en beskrivning av hur det skall fungera för individer med behov av stödbehandling på grund av sjukdomsrisk för insjuknande eller pågående grad av karies- och parodontitsjukdom samt individer som har behov av reparativ tandvård i anslutning till tandhälsobesöket.

Skälen för utredningens förslag: Den egna vården är viktig ur ett tandhälsoperspektiv. Ett led i egenvården är att regelbundet besöka tandvården i förebyggande syfte. De regelbundna besöken bidrar till patientens kunskaper om vad man kan göra för att bibehålla eller förbättra tandhälsan. Vidare kan tecken på karies och tandlossning upptäckas tidigare hos dem som går regelbundet. Grundstödet bör därför omfatta ett besök i tandvården, som innehåller en undersökning och viss förebyggande vård. Utredningen har valt att benämna åtgärden tandhälsobesök. Genom att prioritera ett statligt stöd till förebyggande tandvård skapas förutsättningar för att bibehålla och utveckla en god tandhälsa, vilket på sikt är det bästa skyddet mot höga kostnader.

Vid tandhälsobesöket bör patienten genomgå en undersökning och få ett hälsorådgivande samtal som skall ge patienten information om sin tandhälsa och vad han eller hon själv kan göra för att bibehålla eller förbättra sin tandhälsa samt en uppfattning om sitt vårdbehov. De åtgärder utredningen anser bör ingå i tandhälsobesöket är viktiga för att kunna upptäcka och förebygga sjukdomar i munnen. Vid tandhälsobesöket bör patienten också få en ungefärlig kostnadsuppskattning av det aktuella vårdbehovet, se även

avsnitt 7.2.6. I samband med tandhälsobesöket kan vårdgivaren även vid behov ge patienten annan tandvård, exempelvis reparativ behandling.

Det hälsorådgivande samtalet fyller en viktig funktion när det gäller att göra patienten medveten om vikten av god egenvård. Samtalet bör bidra till att, vid behov, förändra vanor och beteenden som rör patientens tandhälsa. Det bör så långt som möjligt utformas som en dialog med patienten och budskapet bör förmedlas så att patienten själv kan fatta beslut om tandhälsofrämjande förändringar. I samtalet bör patientens kunskaper och självupplevda hälsa beaktas. Det är viktigt att samtalet utformas så att patienten är delaktig och tar ett eget ansvar för sin tandhälsa.

Den undersökning och vård som ges till patienten i det enskilda fallet måste bygga på patientens individuella förutsättningar och behov. Det innebär att vissa patienter inte behöver få del av samtliga åtgärder som utredningen föreslår. Tandhälsobesökets omfattning är därmed beroende av den enskilde tandläkarens eller tandhygienistens professionella bedömning. Definitionen av innehållet syftar till att ge patienten förutsättningar för att kontrollera att den fått den tandvård som han eller hon har rätt att begära.

Utredningen framhöll i delbetänkandet att innehållet i tandhälsobesöket leder till att en hög andel av besöken kan utföras av tandhygienister, eftersom deras kompetens är särskilt inriktad på hälsobefrämjande och förebyggande tandvård. Utredningens förslag bör därmed leda till att tandhygienisterna får en tydlig och framträdande roll när det gäller undersökningar av vuxna. Detta är viktigt för att vårdgivarna skall kunna möta den ökning av efterfrågan som en omfattande tandvårdsreform bedöms medföra. I beräkningen av ersättningen för tandhälsobesöket har utredningen dock tagit hänsyn till att åtgärden kommer att utföras även av tandläkare.

Vad gäller hur grundstödet skall fungera för patienter med grav parodontit hänvisas till avsnitt 7.2.3.

Förslaget föranleder en ny bestämmelse, 2 a §, i förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.2 Ersättningen för tandhälsobesöket

Utredningens förslag: Grundstödet skall utgöras av ett fast belopp om 500 kronor. Ersättningen skall beräknas i artondelar, där varje artondel motsvarar en månad. Om kortare tid än 18 månader förflutit sedan det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket, betalas en proportionellt beräknad mindre andel av ersättningen ut. Ersättning betalas inte ut om kortare tid än 12 månader förflutit sedan det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer med förslaget.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser, däribland *Sveriges Privattandläkarförening*, *Tjänstetandläkarna*, *Socialstyrelsen*, *Praktikertjänst AB*, *Försäkringskassan*, *Sveriges Folktandvårdsförening* och *Sveriges Tandhygienistförening* anser att systemet med artondelar blir administrativt krångligt. *Praktikertjänst AB*, *Konsumentverket* m.fl. anser också att det finns en risk för att ett artonmånadersintervall uppfattas som norm. *Tjänstetandläkarna* ifrågasätter utredningens val av utgångspunkt för beräkningen av ersättningsbeloppet och menar att det hade varit bättre att utgå ifrån behandlingspaket 3, eftersom behandlingen förutsätts utföras av tandhygienist. *Sveriges Privattandläkarförening* och *Sveriges Folktandvårdsförening* anser att vårdgivarna inte bör belastas med att hålla reda på när patienten senast gjorde ett tandhälsobesök.

Skälen för utredningens förslag: Det nya tandvårdsstödet omfattar ett generellt stöd till hela den vuxna befolkningen. Stödet innebär att patienternas andel av tandvårdskostnaderna minskar medan statens finansieringsandel ökar. Utredningen har konstaterat att tandvårdsmarknaden i flera avseenden fungerar på ett bristfälligt sätt. I och med att statens finansieringsandel ökar försvagas patientens respektive vårdgivarens incitament att hålla kostnaderna nere. Mot denna bakgrund anser utredningen att stödet inte bör utformas så att staten står hela risken för eventuella kostnadsökningar. I stället bör stödet utformas på ett sätt som ger förutsägbarhet och kontroll över de statliga utgifterna. Detta sker bäst genom ett fast ersättningsbelopp för varje tandhälsobesök.

Av utredningsdirektiven framgår att grundstödet bör vara tillräckligt högt för att den som behöver undersöka sin tandhälsa med ungefär 18 månaders mellanrum skall kunna göra detta samt få viss

förebyggande vård utförd mot en patientkostnad som vid stödets införande är i nivå med dagens genomsnittliga kostnad för ett besök i den öppna hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund har utredningen beräknat det fasta subventionsbeloppet till 500 kronor för en artonmånadersperiod. Ersättning för ett tandhälsobesök lämnas med som lägst 334 kronor var tolfte månad och som högst 500 kronor var artonde månad.

Grundstödet utformning innebär att det införs en tidsgräns för rätten till ersättning för tandhälsobesöket. Någon motsvarande tidsgräns finns inte i det befintliga tandvårdsstödet, med undantag för vissa regler gällande t.ex. protetisk behandling och tandreglering. De tidsgränser som finns i dag omfattar en begränsad målgrupp och administreras och kontrolleras genom manuella förhandsprövningar. Målgruppen för grundstödet är i princip hela den vuxna befolkningen och ett stort antal utbetalningar inom grundstödet kommer att göras varje år. Detta innebär att det kommer att ställas stora krav på Försäkringskassan när det gäller administrationen av stödet.

Införandet av en tidsgräns i grundstödet innebär att vårdgivaren, för att kunna debitera patienten rätt pris, måste ha information om när patientens senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök ägde rum. Detta ställer krav på att tidpunkten för samtliga patienters tandhälsobesök registreras av Försäkringskassan och att det är möjligt för vårdgivaren att ta del av informationen. Detta gäller oavsett hur beloppet beräknas, dvs. oberoende av om beloppet endast betalas ut som en klumpsumma var artonde månad eller om beloppet kan betalas ut i en mindre del baserat på artondelar.

Remissinstansernas invändningar är till stor del hänförliga till införandet av en tidsgräns och de därmed sammankopplade kraven på administrationen av stödet. Utredningens direktiv anger att en sådan tidsgräns skall ligga till grund för hur ofta ersättningen för grundstödet kan betalas ut. Utredningen har samtidigt förståelse för remissinstansernas farhågor om att förslaget kan ha konsekvenser som är betänkliga från administrativ synpunkt och anser att utvecklingen av ett användarvänligt och ändamålsenligt IT-stöd är en förutsättning för att det föreslagna grundstödet skall kunna fungera.

Ersättningen skulle i och för sig kunna lämnas med ett samlat belopp som betalas ut en gång var artonde månad. Detta skulle emellertid innebära att patienter med behov av att göra tandhälsobesök med kortare intervall än 18 månader, t.ex. var tolfte månad

som är ett vanligt intervall, skulle få betala hela kostnaden utan subvention för vartannat tandhälsobesök. Utredningen menar att dylika konsekvenser, om möjligt, bör undvikas. De kan bland annat leda till att patienter som behöver kortare revisionsintervall än 18 månader väljer att förlänga revisionsintervallet till 18 månader av ekonomiska skäl. Det torde finnas risk för dylika effekter inte minst i de grupper som i dag avstår från regelbundna tandvårdsbesök av ekonomiska skäl. Genom att göra det möjligt att lämna ersättning vid andra tidpunkter än var artonde månad anser utredningen att patientens behov ställs i fokus och att intervallet om arton månader inte behöver vara en strikt norm.

Utredningen har, i beräkningen av ersättningen, utgått från priset för det så kallade behandlingspaket 2, vilket är undersökning som utförts av tandläkare. Behandlingspaket 3 omfattar undersökning som utförs av tandhygienist. De två behandlingspaketen är dock inte helt jämförbara, eftersom man i det senare utgår från att behandlingstiden för tandhygienisten är längre än för tandläkaren. Priset för behandlingspaket 3 är därför enbart marginellt lägre än det för behandlingspaket 2.

Förslaget föranleder ändringar i 4 och 8 §§ förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.3 Grundstödet och dagens statliga tandvårdsstöd

Utredningens förslag: Ersättningen med ett grundbelopp skall tas bort för olika typer av undersökning (åtgärderna 11 och 12). När det gäller förebyggande åtgärder av mindre omfattning (åtgärd 24) skall ersättningen med ett grundbelopp och med ett och ett halvt grundbelopp tas bort. Ersättning med ett grundbelopp för förebyggande åtgärder och avlägsnande av beläggning, tandsten m.m. (åtgärd 22) skall endast lämnas till personer med grav parodontit. För personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder lämnas inte ersättning med dubbelt belopp för tandhälsobesöket.

Delbetänkandet SOU 2006:27: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Bakgrund: Dagens statliga tandvårdsstöd regleras i förordningen om tandvårdstaxa. Ekonomiskt stöd ges för bl.a. bastandvård. Av

8 § förordningen om tandvårdstaxa framgår att Försäkringskassan lämnar ersättning för åtgärder inom bastandvården med fasta krontalsbelopp för varje åtgärd, s.k. grundbelopp. Grundbeloppens storlek framgår av tandvårdstaxan och finns i en bilaga till förordningen. Utgångspunkten är att ett grundbelopp lämnas för den åtgärd som är aktuell. Om patienten fyller minst 65 år det år som vården ges lämnas enligt 9 § förordningen om tandvårdstaxa ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för vissa i paragrafen uppräknade åtgärder. För personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder lämnas enligt samma paragraf ersättning med dubbla grundbelopp för all bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen anser att åtgärderna 11 (undersökning), 12 (undersökning och diagnostik utförd inom tandhygienistens kompetensområde) och 24 (förebyggande åtgärder av mindre omfattning) enligt bilagan till förordningen om tandvårdstaxa kan ersättas med två nya åtgärder, 10.1 (tandhälsobesök utfört av tandläkare) och 10.2 (tandhälsobesök utfört av tandhygienist). Som framgår av utredningens förslag i avsnitt 7.2.2 skall ersättning för ett tandhälsobesök lämnas med som lägst 334 kronor var tolfte månad och som högst 500 kronor var artonde månad. Mot denna bakgrund anser utredningen att det inte kommer att finnas behov av att behålla den ersättning med ett och, i vissa fall, ett och ett halvt grundbelopp som i dag lämnas för åtgärderna 11, 12 och 24. En patient skall visserligen också vid andra tillfällen än vid tandhälsobesöket kunna få denna behandling om han eller hon så önskar, men det kommer då inte att lämnas någon ersättning från det statliga tandvårdsstödet för dessa åtgärder. När det gäller personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder lämnas högst ersättning för ett tandhälsobesök enligt utredningens förslag i avsnitt 7.2.2. Utredningen anser dock att ersättning med dubbla grundbelopp för åtgärderna 11, 12 och 24 också fortsättningsvis bör lämnas till dessa personer eftersom de har ett väsentligt ökat behov av tandvård.

När det gäller personer som fyller minst 65 år det år som vården ges lämnas i dag ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för den förebyggande åtgärden 22, vilken innefattar bl.a. avlägsnande av beläggning och tandsten. För personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjuk-

dom eller funktionshinder lämnas ersättning med dubbla grundbelopp för denna åtgärd. Utöver dessa personkategorier finns det personer som har behov av sådana förebyggande åtgärder som ingår i dagens åtgärd 22 oftare än var tolfte månad. Detta gäller främst personer med diagnosen grav parodontit, dvs. allvarlig tandlossningssjukdom. För att dessa personer inte skall riskera en försämring av sin sjukdom föreslår utredningen att de bör kunna få ersättning för denna behandling även efter det att grundstödet införts. Förslaget innebär således att personer med diagnosen grav parodontit bör kunna få ersättning från tandvårdsstödet för åtgärd 22 även om ersättning för tandhälsobesök lämnats. Sammanfattningsvis anser utredningen att ersättning för åtgärd 22 endast bör lämnas med ett grundbelopp för personer med grav parodontit, med ett och ett halvt grundbelopp för personer som fyller minst 65 år det år vården ges samt med två grundbelopp för personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Utredningen anser att diagnosen grav parodontit med pågående aktiv sjukdomsprocess bör definieras som att patienten har en förlust av minst en tredjedel av tandbenet och har tandköttsfickor överstigande 6 millimeter som blöder vid upprepad sondering.

Försäkringskassan har i dag ett kontrollsystem som innebär att en vårdgivare, som för en patient debiterar åtgärd 22 oftare än två gånger per år, måste förklara varför just denna patient behöver behandlingen så ofta. Detta görs för att minimera risken för överutnyttjande av tandvårdsstödet och för att minimera riskerna för diagnosglidning, dvs. att vårdgivare använder sig av åtgärd 22 oftare än vad patientens tandhälsa kräver. Utredningen anser att Försäkringskassans kontrollsystem även i fortsättningen bör ha sådana spärrar.

Förslaget föranleder ändringar i 9 § förordningen om tandvårdstaxa samt i punkterna 11, 12 och 24 i bilagan till förordningen. Förslaget innebär vidare att det införs två nya punkter, 10.1 samt 10.2, i bilagan till förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.4 Prissättningen av tandhälsobesöket

Utredningens bedömning: Vårdgivarens pris för tandhälsobesöket bör inte regleras.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Utredningen föreslog två alternativ: fri prissättning eller att vårdgivaren skulle följa ett fast angivet pris för att tandvårdsersättning skulle lämnas. Utredningen förordade alternativet fri prissättning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna tillstyrker det alternativ som utredningen förordade. *Pensionärernas Riksorganisation* anser att vårdgivaren bör följa ett fast pris för att tandvårdsersättning skall lämnas.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen anser att tandvårdsmarknaden fungerar otillfredsställande. Det offentliga kan genom olika former av regleringar få marknaden att fungera bättre. Det starkaste sättet är att införa prisreglering. Prisreglering är dock ett mycket starkt ingrepp på en marknad och utredningen anser inte att bristerna på tandvårdsmarknaden är så omfattande att de motiverar en sådan ekonomisk reglering. Dessutom är svårigheterna med att utforma ett optimalt regelverk stora. Utredningen anser därför inte att vårdgivarens pris för tandhälsobesöket bör regleras.

Utredningen lämnar i detta delbetänkande ett flertal förslag som syftar till att stärka patientens ställning och i övrigt utveckla konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Vidare lämnar utredningen förslag till en på förhand definierad process för att följa upp och utvärdera införandet av grundstödet. Resultatet av utvärderingen bör kunna ligga till grund för ett eventuellt framtida beslut om ändringar av prissättningen av tandhälsobesöket om det visar sig att prisutvecklingen leder till en kraftig urholkning av subventionen. Se vidare avsnitt 7.4 och kapitel 6.

7.2.5 Kallelse till nytt tandhälsobesök

Utredningens förslag: Vårdgivaren skall, i den mån det är möjligt, inom lämplig tid kalla patienten till ett nytt tandhälsobesök. Kallelsen skall innehålla uppgifter om vad besöket omfattar och en prisuppgift för det.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer i huvudsak med förslaget.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* och *Konkurrensverket* är positiva till förslaget.

Skälen för utredningens förslag: Det är av väsentlig betydelse för patientens tandhälsa att han eller hon regelbundet besöker tandvården. Grundstödet ger ett gott incitament för patienter att regelbundet gå till tandvården, men även andra faktorer är viktiga för att åstadkomma regelbundna besök hos tandvården. Ett viktigt instrument är att vårdgivarna kallar sina patienter till nästa tandhälsobesök.

I dag anges i 2 § förordningen om tandvårdstaxa att vårdgivaren bör se till att den försäkrade kallas till ny undersökning inom lämplig tid. Utredningens förslag är att bestämmelsen skärps så att vårdgivaren skall kalla patienten till ett nytt tandhälsobesök. Syftet är att betona vårdgivarens ansvar för att regelbundet kalla sina patienter till tandhälsobesök.

Utredningen anser således att det är viktigt att patienten kallas till regelbundna tandhälsobesök. Vidare anser utredningen att det av kallelsen bör framgå dels vilken behandling han eller hon kan väntas få, dels en prisuppgift för denna behandling. Ett syfte med att ställa ett krav på prisuppgift är att göra det lättare för patienten att jämföra priser hos olika vårdgivare. För patienten är det naturligtvis också en fördel att i förväg känna till kostnaden för tandhälsobesöket.

Det ankommer på vårdgivaren att göra en individuell bedömning av när patienten bör göra sitt nästa tandhälsobesök. Om vårdgivaren kallar en patient till ett nytt tandhälsobesök oftare än var artonde månad kommer det att framgå av kallelsen att patientens pris blir högre eftersom ersättningen från tandvårdsstödet blir lägre om patienten gör tätare tandhälsobesök än var artonde månad.

Utredningen anser att skyldigheten att kalla patienten endast bör gälla i den mån det är möjligt för vårdgivaren att göra detta. För det fall att en patient flyttar eller en vårdgivare avser att minska omfattningen av eller lägga ner sin verksamhet kan en sådan skyldighet inte föreligga. I en sådan situation kan det istället vara lämpligt att vårdgivaren meddelar sina patienter att de inte kommer att kallas till ett nytt tandhälsobesök.

Förslaget föranleder en ny bestämmelse, 2 b §, i förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.6 Skriftlig behandlingsplan med prisuppgifter

Utredningens förslag: Vårdgivaren skall ge patienten en skriftlig behandlingsplan för det fall han eller hon utöver tandhälsobesöket behöver ytterligare behandling vid flera tillfällen. Av behandlingsplanen skall framgå

- den föreslagna behandlingen inklusive prisuppgift,
- odontologiska skäl för föreslagen behandling, samt
- alternativa behandlingsförslag inklusive prisuppgift för dessa.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer i huvudsak med förslaget.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* anser att frågan måste behandlas med viss pragmatism, exempelvis bör information om behandlingsplan och pris i vissa fall kunna lämnas muntligt.

Skälen för utredningens förslag: En viktig faktor för att tandvårdsmarknaden skall fungera bättre är att patienterna blir mer medvetna om bland annat priser och behandlingsalternativ. I dag är det reglerat i tandvårdslagen¹ att vårdgivaren skall upplysa patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. I samma lag anges vidare att vårdgivaren skall upplysa patienten om kostnaden innan en undersökning eller viss behandling påbörjas. Om det behövs en följd av behandlingar skall vårdgivaren upplysa patienten om de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna. Även i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område² finns det bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Dessa bestämmelser reglerar dock inte hur detta skall göras. Konsumentverket³ och Konkurrensverket⁴ har i rapporter till regeringen föreslagit bland annat att vårdgivaren skall åläggas att ge patienten en skriftlig behandlingsplan där den föreslagna behandlingen och det uppskattade priset för den framgår, detta som ett led i att stärka patientens ställning.

Utredningen instämmer i verkens förslag och anser att det även bör regleras hur patienten skall få denna information och föreslår

¹ 3 och 4 §§ tandvårdslagen (1985:125).

² 2 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

³ Konsumentverket (2003).

⁴ Konkurrensverket (2004).

därför att vårdgivarna bör åläggas en skyldighet att ge patienten en skriftlig behandlingsplan när han eller hon behöver behandling utöver tandhälsobesöket. Av behandlingsplanen bör den behandling som vårdgivaren föreslår samt det uppskattade priset för den framgå. Utöver detta bör alternativa behandlingsförslag inklusive prisuppgift för dessa framgå av behandlingsplanen. Vårdgivaren bör även motivera valet av behandling utifrån odontologiska skäl. Dessa uppgifter är viktiga för att patienten skall kunna ta ställning till vilken behandling han eller hon skall genomgå. Om det under behandlingen uppstår komplikation som kräver att behandlingsplanen revideras bör vårdgivaren tillhandahålla patienten en reviderad behandlingsplan.

Förslaget föranleder en ny bestämmelse, 2 d §, i förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.7 Prislista

Utredningens förslag: Vårdgivaren skall tillhandahålla patienten en prislista.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer med förslaget.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* och *Konkurrensverket* stöder förslaget.

Skälen för utredningens förslag: Enligt 26 § förordningen om tandvårdstaxa är vårdgivaren skyldig att ha ett exemplar av förordningen, med bilaga, på en för patienterna väl synlig plats på mottagningen. I anslutning till förordningen skall det även finnas en lista med de priser som vårdgivaren tar ut för varje åtgärd. Patienten skall alltså i samband med tandvårdsbesök kunna ta del av vårdgivarens priser samt ersättningen från tandvårdsstödet.

Enligt Konsumentverket⁵ finns det tydliga behov av bättre kunskaper hos konsumenterna och det behövs därför bättre information från vårdgivarna om bland annat priser. Konsumentverket föreslog med anledning av detta att vårdgivaren på eget initiativ skulle tillhandahålla gällande prislista att ta med hem. Konkurrensverket⁶ har tillstyrkt Konsumentverkets förslag i denna del. Dessa förslag har ännu inte genomförts.

⁵ Konsumentverket (2003).

⁶ Konkurrensverket (2004).

Utredningen delar Konsumentverkets och Konkurrensverkets bedömning att patienten har en svag ställning på tandvårdsmarknaden och att denna ställning måste förstärkas. Därför föreslår utredningen att det, i enlighet med Konsumentverkets förslag, införs en skyldighet för vårdgivaren att ge patienten möjlighet att få ett eget exemplar av prislistan. Utredningen föreslår detta främst för att ge patienterna möjlighet att i lugn och ro kunna jämföra priser mellan olika vårdgivare och mellan olika behandlingsförslag.

Denna prislista bör vara utformad på ett sådant sätt att det är lätt för patienten att jämföra den med tandvårdskvittot. Detta är viktigt för att patienten skall kunna se att priset för den behandling han eller hon fått stämmer överens med vårdgivarens prislista. Genom att patienten ser kostnaden för olika behandlingsförslag kan det underlätta för patienten att välja vilken behandling han eller hon skall genomgå.

Förslaget föranleder en ändring i 26 § förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.8 Begäran om ersättning

Utredningens förslag: Ersättning för tandhälsobesöket lämnas endast i de fall vårdgivarens tandvårdsräkning kommit in till Försäkringskassan inom två veckor från behandlingstillfället.

Delbetänkandet SOU 2006:27: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges Privattandläkarförening* och *Tjänstetandläkarna*, framför att det nya systemet bör konstrueras så att man förhindrar situationer där en patient besöker en vårdgivare vid ett tillfälle och sedan uppsöker en annan vårdgivare någon dag senare. Även om detta torde höra till ovanligheterna menar man att stödet skall administreras på ett sådant sätt att ett dylikt förfarande omöjliggörs.

Skälen för utredningens förslag: För att systemet skall bli tillförlitligt är det viktigt att vårdgivarens tandvårdsräkning avseende tandhälsobesöket kommer in så snabbt som möjligt till Försäkringskassan. En vårdgivare skall bara kunna få ersättning för en patients tandhälsobesök när det gått minst tolv månader sedan patienten gjorde det förra ersättningsberättigande tandhälsobesöket. Uppgifterna hos Försäkringskassan måste därför vara så

aktuella som möjligt för att vårdgivaren och Försäkringskassan skall veta när patienten senast gjorde ett ersättningsberättigande tandhälsobesök. Vårdgivaren måste veta tidpunkten för patientens senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök för att kunna debitera patienten rätt pris. Försäkringskassan måste ha tillgång till aktuella uppgifter för att kunna betala ut rätt ersättning. Även ur ett kontrollperspektiv är det väsentligt att myndigheten har så aktuella uppgifter som möjligt. Utredningen föreslår därför att det regleras att vårdgivaren bör komma in med en tandvårdsräkning gällande tandhälsobesök inom viss tid från behandlingstillfället. Detta görs lämpligen genom att rätten till ersättning görs beroende av om tandvårdsräkningen kommit in i rätt tid. En vårdgivare som inte kommer in med tandvårdsräkningen gällande tandhälsobesöket inom den föreskrivna tiden skall alltså inte ha någon rätt till ersättning för åtgärden.

När det gäller frågan om tidsfristens längd bör en allmän utgångspunkt vara att tiden skall vara relativt kort. Ju snabbare tandvårdsräkningar kommer in från vårdgivarna, desto mindre utrymme finns det för missbruk av systemet. Samtidigt måste vårdgivaren naturligtvis ges rimlig tid för att hinna med administrationen av tandvårdsräkningarna. Vid en avvägning mellan dessa faktorer har utredningen funnit att två veckor är en lämplig tidsfrist.

Om en patient missbrukar systemet och väljer att göra två tandhälsobesök hos två olika vårdgivare inom loppet av två veckor så kommer följderna bli att den vårdgivare som först kommer in med sin räkning kommer att få ersättning från Försäkringskassan, medan den andra vårdgivaren inte kommer att få någon ersättning. Utredningen bedömer dock risken för missbruk som mycket liten eftersom de flesta patienter sällan torde ha något intresse av att göra tandhälsobesök i onödan. Förslaget ger också vårdgivarna incitament att skicka in sina tandvårdsräkningar så fort som möjligt, vilket ytterligare förbättrar förutsättningarna för att korrekta uppgifter snabbt skall finnas tillgängliga hos Försäkringskassan och ytterligare minskar riskerna för missbruk.

En tidsfrist om två veckor bör också utgöra ett incitament för vårdgivarna att så långt som möjligt använda sig av elektronisk kommunikation med Försäkringskassan. I kapitel 8 utvecklar utredningen redovisningen av de administrativa förutsättningarna för det nya tandvårdsstödet, inklusive ett nytt IT-stöd och de krav som bör kunna ställas på ett sådant.

Förslaget föranleder en ny bestämmelse, 2 c §, i förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.9 Information om tandhälsa

Utredningens förslag: Vårdgivaren skall vara skyldig att upprätta ett undersökningsprotokoll efter varje tandhälsobesök. Undersökningsprotokollet skall lämnas till patienten i samband med tandhälsobesöket.

Delbetänkandet SOU 2006:27: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen anser att patienten i samband med tandhälsobesöket bör få information om sin tandhälsa och hur den skall bibehållas eller förbättras. Detta sker genom det hälsorådgivande samtalet som ingår i tandhälsobesöket. Det hälsorådgivande samtalet fyller ett viktigt syfte när det gäller att göra patienten medveten om vikten av god egenvård. Samtalet bör bidra till att, vid behov, förändra vanor och beteenden som rör patientens tandhälsa. Det är viktigt att samtalet utformas så att patienten är delaktig och tar ett eget ansvar för sin tandhälsa.

För att ytterligare ge patienten förutsättningar att ta ansvar för sin tandhälsoutveckling anser utredningen att information om patientens tandhälsa även bör lämnas skriftligt. Utredningen föreslår därför att vårdgivaren skall vara skyldig att upprätta ett undersökningsprotokoll efter varje tandhälsobesök. Detta bör innehålla en överskådlig presentation av patientens tandhälsosituation och rekommendationer för patientens egenvård. Uppgifter som bör omfattas är registrering av kvarvarande tänder och status på dessa samt angivelse av kariesangrepp i behov av fyllning. Patienten skall även få besked om det finns risk för kariesangrepp och i så fall var samt om det finns risk för tandlossning.

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ges rätt att lämna föreskrifter om vilka uppgifter som protokollet skall innehålla. De administrativa konsekvenserna av grundstödet införande bör minimeras så långt som möjligt i syfte att underlätta införandet för patient och vårdgivare. Mot en sådan bakgrund anser utredningen att antalet uppgifter som omfattas av undersökningsprotokollet inledningsvis bör begränsas.

Förslaget föranleder en ändring i 15 § förordningen om tandvårdstaxa.

7.2.10 Uppgifter till vårdgivare

Utredningens förslag: Vårdgivarna skall få tillgång till vissa personuppgifter som rör förhållandet vårdgivare – patient i socialförsäkringsdatabasen via medium för automatiserad behandling. Det skall även införas en bestämmelse i lagen (1962:381) om allmän försäkring som reglerar vårdgivarnas rätt att få del av dessa uppgifter samt en bestämmelse i förordningen (1980:995) om skyldighet för Försäkringskassan att lämna uppgifter till andra myndigheter som ger Försäkringskassan rätt att lämna ut dessa uppgifter till vårdgivare som lämnar vård vid folktandvårdsklinik eller högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs.

Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:27: Utredningen pekade på behovet av att vårdgivarna ges uppgifter om tidpunkt för senast genomförda tandhälsobesök och rätt till ersättning för att patienten skall kunna debiteras ett korrekt pris.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* är tveksam till en databas över patienter och utnyttjande av tandvård och anser att man behöver utreda vad personuppgiftslagen säger.

Skälen för utredningens förslag:

Behandling av personuppgifter

I personuppgiftslagen (1998:204) (PUL) finns allmänna bestämmelser om automatiserad behandling av personuppgifter. Genom lagen genomförs Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och det fria flödet av sådana uppgifter (dataskyddsdirektivet)⁷. Personuppgiftslagen syftar till att skydda enskilda personer mot kränkning av den personliga integriteten vid behandling av personuppgifter på automatiserad väg i datorer eller på manuell väg i register. Vid sidan av PUL regleras bl.a. Försäk-

⁷ EGT L 281, 23.11.1995, s. 31.

ringskassans behandling av personuppgifter vid administrationen av socialförsäkringsförmåner genom lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration (socialförsäkringsdatabaslagen) och förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration (socialförsäkringsdatabasförordningen). I socialförsäkringsdatabaslagen anges för vilka ändamål personuppgifterna får behandlas enligt lagen. Enligt 7 § får personuppgifter behandlas i Försäkringskassans verksamhet bl.a. om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar skall kunna bedömas eller fastställas eller för att handlägga ärenden. Sådana uppgifter får enligt 8 § också behandlas bl.a. för tillhandahållande av information som behövs som underlag för beslut om och kontroller av förmåner och ersättningar m.m. i vissa fall. Av 9 § följer att uppgifterna inte får behandlas för något ändamål som är oförenligt med de för vilka uppgifterna samlats in.

I socialförsäkringsdatabasförordningen finns närmare bestämmelser om vilka uppgifter som får behandlas i socialförsäkringsdatabasen. Enligt 2 § i denna förordning får personuppgifter behandlas om de förekommer i en handling som har kommit in i ett ärende eller om de är nödvändiga för ett ärendes handläggning. Utöver detta får i databasen även behandlas bland annat uppgifter om

- att den registrerade har rätt till ersättning enligt 9, 13 eller 14 §§ förordningen om tandvårdstaxa,
- patientavgifter och tandvårdsersättningar,
- tidpunkter, tidsperioder och belopp, dels för ersättningar, dels för ersättningsgrundande förhållanden, i ärenden, samt
- vårdgivare.

I 10 § socialförsäkringsdatabaslagen finns bestämmelser om när s.k. känsliga personuppgifter, dvs. uppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv, får behandlas av Försäkringskassan. Av bestämmelserna i paragrafen följer bl.a. att känsliga personuppgifter generellt får behandlas om det är nödvändigt för handläggningen av ett ärende och, beträffande bl.a. behandling som syftar till att tillgodose behovet av underlag för bedömning och fastställande av en registrerads

socialförsäkringsförmåner, att uppgifter om hälsa får behandlas om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

Av 21 § socialförsäkringsdatabaslagen framgår bl.a. att personuppgifter i databasen får lämnas ut på medium för automatiserad behandling, om det sker för något av de ändamål som anges i 8 § samma lag. Enligt förarbetena till bestämmelsen omfattas av denna sådana utlämnanden som sker med stöd av olika sekretessbrytande bestämmelser som tar sikte på både myndigheter och enskilda.⁸

Vårdgivarnas behov av uppgifter om enskildas tidigare tandvård

I dag får vårdgivarna ersättning från tandvårdsstödet efter vilken behandling, åtgärd, en patient fått. Ersättningens storlek regleras i förordningen om tandvårdstaxa. Vårdgivaren har dock intresse av att veta om patienten är försäkrad enligt socialförsäkringslagen (1999:799) eller inte, eftersom tandvårdsstöd endast betalas ut för personer som är försäkrade enligt denna lag. När vårdgivaren påbörjar behandlingen av en patient vet vårdgivaren hur mycket ersättning som kan lämnas från tandvårdsstödet. För att kunna avgöra hur mycket patienten skall betala för behandlingen behöver vårdgivarna därför i dag i stort sett inte ha tillgång till andra uppgifter om patienten än sådana uppgifter som finns tillgängliga i journal eller som kommer fram vid en undersökning.

Det av utredningen föreslagna grundstödet innebär att ersättningsnivån anpassas efter hur lång tid som har förflutit sedan det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket. Den föreslagna modellen medför därför att en vårdgivare inte enbart utifrån bestämmelserna i förordningen om tandvårdstaxa kan avgöra hur stor ersättning som kan komma att lämnas från tandvårdsstödet vid undersökning och behandling i samband med ett tandhälsobesök. För att kunna beräkna en patients kostnad för ett tandhälsobesök måste vårdgivaren ha kännedom om när det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket ägde rum. För att debiteringen skall bli riktig krävs att vårdgivaren har tillgång till uppgifter om patientens senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök. Endast i fall då en patient enbart besöker en och samma vårdgivare för att göra sina tandhälsobesök finns uppgifterna säkert tillgängliga hos vårdgivaren själv. I andra fall torde osäkerheten om de omständigheter som utgör själva grunden för beräkningen av stödet i många

⁸ Prop. 2002/03:135 s. 97 ff. och 134 f.

fall, med dagens förutsättningar, kunna bli betydande. Ett genomförande av utredningens förslag i denna del förutsätter därför att vårdgivare bereds möjlighet att få tillgång till uppgifter om sina patienters tidigare tandhälsobesök. Uppgifter om patienters senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök är dock den enda typ av uppgifter vårdgivarna behöver få tillgång till.

Utlämnande av uppgifter ur socialförsäkringsdatabasen

De uppgifter som vårdgivarna kommer att behöva för att avgöra hur stora belopp som skall debiteras patienterna enligt det föreslagna grundstödet, kommer att finnas tillgängliga i socialförsäkringsdatabasen. Frågan är dock både vilka de närmare rättsliga förutsättningarna för ett sådant utlämnande är och i vilken form ett utlämnande, om det är lämpligt, i sådant fall eventuellt bör ske.

Enligt 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100) gäller sekretess hos bl.a. Försäkringskassan i ärende enligt lagstiftning om allmän försäkring m.m. Sekretessen gäller för uppgift om någons hälsotillstånd och andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör, eller någon honom eller henne närstående, lider men om uppgiften röjs. Men för den enskilde skall normalt sett anses följa på varje åtgärd, som med hänsyn till omständigheterna, typiskt sett kan antas upplevas som en påtaglig nackdel för den enskilde. Av naturliga skäl blir denna bedömning beroende av bl.a. vilket ändamål mottagaren avser att använda de utlämnade uppgifterna för.

I vissa fall kan den enskilde ha ett eget intresse av att uppgifter om honom eller henne lämnas ut från en myndighet. I sådana fall torde det vanligen inte kunna antas att den enskilde lider men av utlämnandet. Så kan t.ex. vara fallet när den enskilde har ett eget ekonomiskt intresse i utlämnandet. Om det emellertid råder osäkerhet i fråga om risken att den enskilde lider men kan det i vissa fall bli nödvändigt att myndigheten hämtar in dennes medgivande innan uppgifterna lämnas ut. I andra fall kan det konstateras att uppgifterna får lämnas ut, även om den enskilde drabbas av visst men, t.ex. när det är aktuellt att samordna olika förmåner och ersättningar som den försäkrande kan vara berättigad till.

I 7 kap. 7 § fjärde stycket sekretesslagen finns en hänvisning till bestämmelserna i lagstiftningen om allmän försäkring m.m. som rör utlämnande av uppgift till enskild. Den lagstiftning som hän-

visningen avser medger således uttryckligen att uppgifter får lämnas ut till enskilda utan hinder av sekretess i vissa fall. Syftet med de befintliga bestämmelserna är i huvudsak att uppgifter som enskilda kan behöva för beräkning och samordning av olika former av förmåner och ersättningar skall kunna lämnas ut från bl.a. Försäkringskassan.

En uppgift om en enskilds tandhälsobesök rör dennes personliga förhållanden i den mening som avses i sekretesslagen. Uppgiften är därför hos Försäkringskassan skyddad av den sekretess som följer av 7 kap. 7 § sekretesslagen. Nuvarande bestämmelser om undantag från sekretess för utlämnande av uppgifter till enskilda medger inte att Försäkringskassan utan föregående sekretessprövning kan lämna ut uppgifter om enskilda till vårdgivare för tillämpning av bestämmelserna om tandvårdsstödet. Det finns inte heller några bestämmelser som möjliggör för Försäkringskassan att utan särskild sekretessprövning lämna ut uppgifterna till andra myndigheter. Det torde dock i många av de fall som nu är aktuella finnas förutsättning för en tillämpning av den s.k. generalklausulen i 14 kap. 3 § sekretesslagen. Enligt denna får en sekretessbelagd uppgift lämnas till en myndighet om det är uppenbart att intresse av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen skall skydda.

För att Försäkringskassan skall kunna lämna ut uppgifter om en enskilds senaste tandhälsobesök till en vårdgivare krävs alltså, enligt de bestämmelser som nu gäller, att Försäkringskassan gör en sekretessprövning vid utlämnandet i varje enskilt fall. För att möjliggöra för vårdgivare att få tillgång till de aktuella uppgifterna från Försäkringskassan i syfte att göra beräkningar av tandvårdsstödet i samband med enskilda tandhälsobesök menar utredningen att det, med hänsyn till omfattningen av administrationen av det föreslagna tandvårdsstödet, krävs vissa ändringar i de bestämmelser som rör sekretessen.

När det gäller sekretessen hos en myndighet följer av 1 kap. 3 § sekretesslagen att sekretessen enligt lagen också gäller i förhållande till andra myndigheter och i förhållandet mellan olika självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. I den mån uppgifter överförs från en myndighet till en annan, när olika sekretessregler gäller för myndigheternas verksamheter, tillämpas hos mottagaren den sekretess som är primärt tillämplig hos denne. I nu aktuellt hänseende innebär det att uppgifter som skulle kunna komma att överlämnas från Försäkringskassan till t.ex. lands-

tingens folktandvård kommer att omfattas av primär sekretess enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen hos tandvården. Enligt denna bestämmelse gäller inom hälso- och sjukvården sekretess för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Uppgifterna skyddas därmed av en strängare sekretess hos den allmänna tandvården än hos Försäkringskassan. Uppgifter som skulle kunna komma att lämnas ut till privata vårdgivare skulle komma att omfattas bestämmelserna om tystnadsplikt i 2 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Uppgifter om enskildas personliga förhållanden skyddas således mot obehörigt röjande även hos privata vårdgivare.

Vid övervägandena av om det finns förutsättningar att införa bestämmelser om undantag från socialförsäkringssekretessen i dessa fall har utredningen särskilt beaktat att syftet med att ge vårdgivarna tillgång till uppgifterna endast är att fastställa vilket pris denne skall debitera patienten för tandhälsobesöket. Att vårdgivaren får tillgång till dessa uppgifter kan patienten själv sägas ha ett visst eget intresse av. I vart fall om en osäkerhet i fråga om besöket berättigar till något tandvårdsstöd för den enskilde eller inte, leder till att vårdgivaren debiterar patienten ett för högt pris för tandhälsobesöket. Det är också av betydelse i sammanhanget att uppgifterna åtnjuter starkt skydd genom bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hos den vårdgivare som tar emot uppgifterna. Utredningen har även beaktat att antalet ersättningsärenden enligt det föreslagna grundstödet kan förväntas bli mycket stort hos Försäkringskassan och att det därför i praktiken helt saknas förutsättningar för Försäkringskassan att på manuell väg hantera den mängd framställningar om utlämnande av uppgifter ur socialförsäkringsdatabasen som kan bli en följd av det föreslagna tandvårdsstödet utformning. Vid bedömningen har utredningen också övervägt om det finns skäl att föreslå särskilda villkor som ger den enskilde inflytande över utlämnandet eller särskild kontroll över hur uppgifterna hanteras, t.ex. genom krav på särskilt medgivande från den enskilde eller krav på att information skall lämnas till denne varje gång en uppgift i socialförsäkringsdatabasen har behandlats med stöd av dessa aktuella bestämmelser. Utredningens bedömning är dock att hänsynen till de enskildas integritet inte kräver att några sådana villkor i detta fall skall gälla för att sekretessbrytande bestämmelser skall kunna införas.

Utredningen anser att det intrång i den personliga integriteten som den föreslagna bestämmelsen om undantag från socialförsäkringssekretessen leder till, inte är så stort att detta överväger de fördelar som en sådan bestämmelse medför. Detta gäller främst från administrativ synpunkt när det gäller genomförandet av det nu föreslagna tandvårdsstödet. Enligt utredningen är det en viktig utgångspunkt att det nya tandvårdsstödet får en så enkel och liten administration som möjligt. Att ge vårdgivare tillgång till vissa personuppgifter från socialförsäkringsdatabasen är ett led i att förverkliga denna ambition.

Utredningen föreslår därför att det införs en bestämmelse i 20 kap. lagen om allmän försäkring som stadgar ett undantag från sekretessen enligt 7 kap. 7 § sekretesslagen för utlämnande av vissa uppgifter om enskilda till vårdgivare.

För att även vårdgivare vid folktandvårdsklinik eller högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs skall kunna få del av uppgifterna för att kunna beräkna ersättning för tandhälsobesöket föreslår utredningen att det införs en ny punkt, 11, i 3 § förordningen (1980:995) om skyldighet för Försäkringskassan att lämna uppgifter till andra myndigheter.

I de fall en vårdgivare har fått felaktiga uppgifter från Försäkringskassan anser utredningen att detta bör hanteras enligt den ordning som i dag finns för dessa situationer.

Vilka uppgifter bör lämnas ut?

Enligt utredningen bör vårdgivarna inte få tillgång till fler uppgifter om en patient än vad som är nödvändigt för att de skall kunna administrera det föreslagna grundstödet. Uppgifter om vilken behandling patienten har fått bör därför inte framgå. Inte heller bör vårdgivarna få tillgång till uppgifter om vilken eller vilka vårdgivare som tidigare har behandlat patienten, eftersom dessa uppgifter inte är nödvändiga för vårdgivaren för att kunna bestämma priset för tandhälsobesöket. Patientens adress och uppgifter om var i landet dennes ärende handläggs skall inte heller framgå. De personuppgifter som vårdgivaren bör få tillgång till skall alltså inte möjliggöra för vårdgivaren, eller någon annan, att få kännedom om var i landet patienten är bosatt. Detta betyder att personer med sekretessmarkering, s.k. skyddade personuppgifter, inte behöver undan-

tas, eftersom en vårdgivare inte kan se var den personen är folkbokförd.

Enligt utredningens bedömning behöver vårdgivarna endast få tillgång till uppgifter om en patients namn och personnummer samt hur mycket ersättning patienten kan få för nästa tandhälsobesök. Den senare uppgiften grundar sig på tidpunkten för patientens senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök. Uppgifter om namn och personnummer har vårdgivaren oftast, eftersom patienten uppger detta vid sitt besök. Den uppgift som vårdgivaren inte själv har säker kännedom om är alltså tidpunkten för det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket.

Utredningen bedömer mot den redovisade bakgrunden att Försäkringskassan bör få möjlighet att, utan hinder av sekretess, lämna uppgifter till vårdgivare om enskildas senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök. Denna uppgift bör kunna lämnas ut i form av en uppgift om hur mycket ersättning från tandvårdsstöd en viss patient vid ett givet tillfälle är berättigad till. Utredningen menar att detta utlämnande bör kunna ske både till privata och landstingskommunala vårdgivare.

Elektroniskt utlämnande

Inom ramen för administrationen av tandvårdsstödet kommer mycket stora mängder information att hanteras. En förutsättning för att hanteringen skall bli effektiv och rationell är att vårdgivarna får tillgång till uppgifterna från socialförsäkringsdatabasen på medium för automatiserad behandling. Detta kan ske via en webbaserad lösning.

Utredningen gör bedömningen att den föreslagna ändringen i 20 kap. lagen om allmän försäkring medför att Försäkringskassan också får rätt enligt 8 § andra stycket socialförsäkringsdatabaslagen att behandla de aktuella uppgifterna och därmed även möjlighet enligt 21 § att lämna ut dem på medium för automatiserad behandling. Utredningens bedömning är att det inte krävs någon ändring i socialförsäkringsdatabaslagen för att i nu aktuellt hänseende genomföra den föreslagna reformen.

Säkerhetsfrågor

Valet av en webbaserad lösning leder till att vårdgivaren inte behöver göra kostsamma investeringar i teknisk utrustning för att få tillgång till de aktuella uppgifterna. Det skall i stället vara tillräckligt att de har tillgång till en vanlig persondator och en uppkoppling till internet. IT-utrustning av detta slag är något som de flesta vårdgivare får förutsättas ha tillgång till. Utredningen menar dock att det är viktigt att säkerheten kring informationsutbytet upprätthålls på ett tillfredställande sätt.

Det finns olika sätt att lösa säkerhetsfrågorna i en sådan lösning, exempelvis PIN-kod eller så kallade mjuka certifikat. Utredningen menar att det bör vara upp till Försäkringskassan att bedöma vilken lösning som bör användas för utlämnandet av de aktuella uppgifterna. En viktig säkerhetsaspekt är att användningen av informationen loggas så att det i efterhand skall vara möjligt att kontrollera om informationen använts av vårdgivarna bara i de fall detta varit tillåtet. I systemet bör det även finnas spärrar som syftar till att minimera risken för missbruk av informationen.

Utredningen anser också att det är viktigt att vårdgivarna finns med i arbetet med att ta fram ett IT-stöd så att det blir både säkert från de enskilda patienternas perspektiv och användarvänligt ur ett vårdgivarperspektiv.

Förslaget föranleder en ny bestämmelse, 20 kap. 9 b §, i lagen om allmän försäkring samt en ny punkt, 11, i 3 § förordningen om skyldighet för Försäkringskassan att lämna uppgifter till andra myndigheter.

7.2.11 Grundstödet och abonnemangstandvården

Utredningens förslag: Avtalsperioden för abonnemangstandvård förlängs till tre år.

Ersättningen vid abonnemangstandvård skall lämnas med ett grundbelopp om 400 kronor per år. Om det förflutit kortare tid än 18 månader sedan patientens föregående ersättningsberättigande tandhälsobesök lämnas ersättning, för det första året i abonnemangsperioden, med en proportionellt beräknad mindre del av ersättningen.

Delbetänkandet SOU 2006:27: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag: I utredningsdirektiven anges att utredaren skall överväga hur tandvårdsersättningen för abonnemangstandvården kan utformas så att ersättningsnivåerna blir likvärdiga med dem som föreslås i det nya tandvårdsstödet. För att ersättningsnivåerna skall bli likvärdiga mellan abonnemangstandvården och det av utredningen föreslagna grundstödet föreslår utredningen att avtalstiden för abonnemangstandvården förlängs från två till tre år samt att ersättningen för abonnemangstandvården höjs till 400 kronor per år.

Förslaget att avtalsperioden för avtal om abonnemangstandvård förlängs från två till tre år är en anpassning till att ersättningen för tandhälsobesöket är baserad på en periodicitet av 18 månader. Att förlänga avtalsperioden till tre år underlättar anpassningen mellan de båda systemen. Det finns även andra skäl för att förlänga avtalsperioden. Många patienter har i dag revisionsintervall på 18 månader. För en vårdgivare med en patient som har slutit ett avtal om abonnemangstandvård kan det i dag uppstå problem när det är dags att förlänga avtalet om patienten har detta revisionsintervall. Det kan då vara mer än ett år sedan patienten senast var hos tandvården och det kan vara svårt för vårdgivaren att bedöma patientens tandstatus. Vårdgivaren får då antingen förlita sig på relativt gamla uppgifter om patienten eller kalla patienten till en ny undersökning. I det förra fallet riskerar vårdgivaren att missa väsentlig information om patienten. I det senare fallet kallas patienten till en undersökning som bara har till syfte att bedöma tandstatusen inför förlängningen av avtalet. Om, som utredningen föreslår, avtalsperioden förlängs till tre år innebär det att patienten i de flesta fall kommer att genomgå en undersökning i samband med att avtalet skall förlängas. Detta gagnar både patienterna, som inte behöver gå oftare än nödvändigt till tandvården, och vårdgivarna, som inte behöver kalla patienter till undersökning enbart för att fastställa tandstatus inför nästa avtalsperiod.

Eftersom ersättningen i det grundstöd som utredningen föreslår är beroende av hur lång tid som gått sedan det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket genomfördes, behöver ersättningen för abonnemangsavtalen anpassas till detta. Utredningen föreslår därför att ersättningen för abonnemangstandvård beräknas enligt följande. Ersättningen bör betalas ut med en bestämd summa per år. För det första året i abonnemangsavtalet gäller att i de fall det

gått 18 månader sedan det förra ersättningsberättigande tandhälsobesöket när avtalet om abonnemangstandvård tecknas, skall vårdgivaren få full ersättning för abonnemangsavtalet. Om det gått kortare tid än 18 månader gör Försäkringskassan en avräkning på ersättningen motsvarande det antal månader som gått sedan det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket. För de resterande åren i avtalsperioden betalar Försäkringskassan ut full ersättning varje år.

Förslaget föranleder ändringar i 10 och 11 §§ förordningen om tandvårdstaxa.

7.3 Uppföljning och utvärdering

Utredningens förslag: Vårdgivarna skall för uppföljning och utvärdering lämna uppgifter om behandling och priser på begäran av Försäkringskassan.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer i huvudsak med förslaget.

Remissinstanserna: *Konkurrensverket* anser att förslaget bör förenas med en bestämmelse som ger Försäkringskassan möjlighet att förelägga, den som inte lämnar uppgift, lämpligt vite.

Skälen för utredningens förslag: En förutsättning för att staten skall kunna styra tandvården är att det finns goda möjligheter till uppföljning och utvärdering. I dag föreskrivs det i 23 § förordningen om tandvårdstaxa att vårdgivaren är skyldig, att på begäran av Försäkringskassan, lämna uppgifter om behandling för utvärdering och uppföljning. Många vårdgivare anser att detta innebär att de exempelvis inte är skyldiga att lämna uppgifter om priser till Försäkringskassan. Mot bakgrund av de stora bristerna på statistik inom tandvårdsområdet anser utredningen att vårdgivarnas skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan bör preciseras på ett sådant sätt att det står klart att denna skyldighet även omfattar uppgifter om priser. I förra betänkandet föreslogs att vårdgivarna skulle åläggas att regelbundet lämna uppgifter till Försäkringskassan. Utredningen gör nu bedömningen att när och på vilket sätt uppgifter skall lämnas är en fråga som Försäkringskassan, precis som i dag, bör råda över.

När det gäller uppgifter om tandhälsa finns det få sådana uppgifter att tillgå på riksnivå. Det finns därför, enligt utredningens

bedömning, ett stort behov av att hämta in även denna typ av uppgifter från vårdgivarna. Till denna fråga avser utredningen att återkomma i slutbetänkandet, se även avsnitt 6.4. Utredningen avser vidare att i slutbetänkandet utreda frågan om uppgiftsskyldigheten för vårdgivarna bör vara förknippad med en möjlighet för berörda myndigheter att vidta sanktionsåtgärder om vårdgivarna inte kommer in med begärda uppgifter.

Förslaget föranleder ändringar i 23 och 28 §§ förordningen om tandvårdstaxa.

7.4 Övriga åtgärder för att utveckla tandvårdsmarknaden

7.4.1 Informationsinsatser

Utredningens förslag: Försäkringskassan får ett särskilt uppdrag att informera allmänhet och vårdgivare om det nya grundstödet. Särskilda informationsinsatser skall riktas mot unga vuxna. Försäkringskassan bör se till att alla vuxna som omfattas av grundstödet får ett informationsbrev i samband med införandet av det nya stödet. Därefter bör ett särskilt informationsbrev årligen skickas ut till alla som under året fyller 21 år.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer i huvudsak med förslaget. I delbetänkandet lämnades dock inget förslag rörande informationsbrev.

Remissinstanserna: *Konsumentverket* anser att det är viktigt att komplettera en informationskampanj med lätt tillgänglig och mera stadigvarande information och skulle också välkomna ett initiativ för att nå grupper som kan ha svårt att ta till sig informationen. *Praktikertjänst AB* anser att en informationskampanj bör göras i samarbete med vårdgivarna.

Skälen för utredningens förslag: Allmänheten bör uppmuntras till regelbundna tandhälsobesök. Kännedomen om dagens tandvårdsstöd är relativt begränsad och tidigare studier har också visat att få personer jämför priserna för tandvårdsbehandlingar mellan olika vårdgivare.

En informationskampanj kan öka kunskapen och stärka patienternas ställning på marknaden. Det är exempelvis mycket viktigt att patienterna informeras om vilken behandling som skall

ingå i ett tandhälsobesök samt hur stor ersättningens storlek blir i relation till besökens regelbundenhet.

Det är dock inte bara patienterna som är målgrupp för en sådan informationskampanj, utan även vårdgivarna behöver få information om det nya grundstödet, t.ex. vad ett tandhälsobesök skall innehålla samt hur begäran om ersättningsbeloppet skall hanteras.

Försäkringskassan är den myndighet som har ansvar för att informera medborgarna om det statliga tandvårdsstödet. Myndigheten har haft flera informationskampanjer om olika delar av socialförsäkringen. Utöver detta har Försäkringskassan en webbplats där det finns information om bland annat tandvårdspriser i olika län. Utredningen anser därför att det är naturligt att Försäkringskassan även får i uppdrag att informera om det nya tandvårdsstödet. Utredningen anser att regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att genomföra en informationskampanj när det nya tandvårdsstödet införs. Uppdraget bör så långt som möjligt genomföras i samverkan med vårdgivarna.

Besöksfrekvensen inom tandvården sjunker kraftigt mellan gruppen 19-åringar och gruppen 21-åringar. Det finns därför tydliga behov av att underlätta övergången från den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården till vuxentandvården. I utredningens första delbetänkande resonerades kring möjligheten att involvera patienten genom att skicka ut ett värdebevis eller liknande handling som skulle vara bärare av en information om att det finns en subvention. Ett annat alternativ är ett tandvårdskort, som också skulle kunna registrera all tandvård som patienten får. En handling som tydligt visar vilken ersättning som kan betalas ut från tandvårdsstödet för den enskilde kan ha en stimulerande effekt. Sådana lösningar skulle dock kosta betydligt mer att administrera än de informationsinsatser som utredningen här föreslår. Det skulle också kunna uppfattas som besvärligt för den enskilde om man var tvungen att ha ett värdebevis eller tandvårdskort till hands vid besök hos tandvården. Utredningens slutsats är att inget av dessa alternativ är att föredra, utan att det bör vara tillräckligt med ett informationsbrev som på ett tydligt sätt beskriver bl.a. vad som skall ingå i tandhälsobesöket och den statliga ersättningens storlek. I samband med införandet av grundstödet bör, som tidigare nämnts, skriftlig information, skickas ut till alla som omfattas av stödet. Därefter bör informationen främst riktas till dem som nyligen lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

För att öka andelen personer som nyttjar sin rätt till subventionerade tandhälsobesök föreslår utredningen att alla personer som är bosatta i Sverige det år de fyller 21 år, får ett brev med skriftlig information om bland annat betydelsen av regelbundna tandvårdsbesök för att bibehålla en god tandhälsa, vad tandvårdsstödet för vuxna omfattar och ersätter, samt möjligheten att jämföra priser mellan vårdgivare. Utskicket bör också informera om att den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården upphör från och med det år de fyller 20, men tonvikten bör ligga på rätten till ett subventionerat tandhälsobesök var artonde månad.

Utöver de informationsinsatser som behövs i samband med införandet av grundstödet samt den särskilda informationen till dem som fyller 21 år finns det behov av en mera kontinuerlig information. Det bör t.ex. finnas lättillgänglig information på Försäkringskassans hemsida samt i form av broschyrer eller liknande på samma sätt som i dag. Vidare bör Försäkringskassan överväga särskilda insatser för att nå grupper som kan ha svårt att ta till sig sådan information.

Målgruppen för ett första informationsbrev under år 2007 är 6,7 miljoner personer. Årliga utskick till dem som fyller 21 år beräknas därefter uppgå till i genomsnitt cirka 100 000 per år, med variation beroende på årskullarnas storlek.

7.4.2 Konsumenternas tandvårdsbyrå

Utredningens förslag: En rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet, Konsumenternas tandvårdsbyrå, inrättas. Byrån skall fungera som en upplysningstjänst för patienter och ge information om priser, behandlingar och regelverk. Konsumentverket bör få i uppdrag att i samverkan med tandvårdsbranschen ta initiativ till inrättandet av en rådgivningsbyrå.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Utredningen redovisade att en dialog med företrädare för vårdgivare skulle föras i syfte att undersöka förutsättningarna att inrätta en rådgivningsbyrå.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser ställer sig positiva till inrättandet av en rådgivningsbyrå för patienterna. *Praktiker-tjänst AB* och *Sveriges Privattandläkarförening* anser att rådgivningsbyrån bör vara oberoende av branschen. *Sveriges Folktand-*

vårdsförening anser att man borde använda sig av de strukturer som finns, t.ex. sjukvårdsupplysningen.

Skälen för utredningens förslag: Bibehållandet av en fri pris-sättning av tandhälsobesöket förutsätter att en mängd insatser vid-tas i syfte att stärka konkurrensen på marknaden och stärka patientens ställning. En viktig åtgärd är att ge patienten bättre möj-ligheter att skaffa sig kunskap om tandvårdsmarknaden eftersom bristen på kunskap och information är en orsak till den bristande konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Orsakerna till den bristande informationen är flera, men en viktig förklaring är dagens splittrade ansvar för tandvårdsfrågorna. Utredningen föreslår därför att det inrättas en rådgivningsbyrå för patienter på tandvårdsområdet.

Utredningen anser att all tandvård bör omfattas av byråns verk-samhet. Det skall alltså inte ha någon betydelse enligt vilket regel-system tandvården ersätts eller om den utförs av privata eller offentliga vårdgivare. Denna samlade funktion för att hantera patienters frågor om tandvård saknas idag. Utredningen menar att det finns starka skäl att samla frågorna i den föreslagna byrån snarare än att hänvisa patienter till befintliga instanser för informa-tion och rådgivning, då ett av dagens problem är splittringen och svårigheten för patienten att veta vart man skall vända sig.

Patienten skall kunna vända sig till tandvårdsbyrån när man inte är nöjd med den information den fått av sin vårdgivare, när den har frågor angående det statliga tandvårdstödet eller landstinget och kommunernas ansvar för tandvård. Patienten bör utan avgift kunna få hjälp och vägledning i olika frågor som gäller tandvården. Det kan exempelvis gälla tolkning av regelverket, information om vart patienten skall vända sig för att begära omprövning eller överklaga ett beslut samt stöd för prisjämförelser mellan olika vårdgivare. En viktig roll för tandvårdsbyrån är även att fånga upp problem inom branschen och föra dem vidare till huvudmännen för tandvårds-byrån.

Utredningen anser att det kan finnas en risk att konsumenterna uppfattar tandvårdsbyrån mer som ett organ som värnar vårdgivar-nas intressen än konsumenternas. Det är därför nödvändigt att tandvårdsbyrån har en uttalad integritet och självständighet. Bland de rådgivningsbyråer som finns idag inom andra branscher garanteras detta genom att respektive styrelse består av representanter både från stat och bransch och att statens representanter har majoritet i styrelsen. Utredningen tar dock inte ställning till vilken organisatorisk lösning som bör väljas. Det är emellertid viktigt att

verksamheten löpande utvärderas. Det bör även vara reglerat hur förslag i dessa utvärderingar omhändertas.

I betänkandet *Starka konsumenter i en gränslös värld* (SOU 2000:29) görs bedömningen att utvecklingen av branschfinansierade organ för hantering av klagomål från konsumenter bör uppmuntras. I betänkandet påpekas att det är en fördel om branschen finansierar verksamheten eftersom den då får ta ett eget ansvar för att skapa förtroende mellan marknadsaktörer och konsumenter. På detta sätt tar branschen ett bredare samhällsansvar. Utredningen delar denna bedömning. Utredningen anser att man vid bildandet av Konsumenternas tandvårdsbyrå bör ta del av de erfarenheter som finns från befintliga konsumentbyråer.

Utredningen har fört diskussioner med företrädare för vårdgivarna representerade av Sveriges Privattandläkarförening och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Sveriges Privattandläkarförening har uttalat stöd för förslaget om inrättandet av en tandvårdsbyrå och förklarat sig villiga att verka för att finansiering m.m. löses i enlighet med utredningens förslag. SKL har förklarat sig villiga att medverka till att pröva utredningens förslag som en lösning. Det är dock viktigt att påpeka att parternas stöd för förslaget om en tandvårdsbyrå är beroende av övriga delar i utredningens förslag om ett nytt tandvårdsstöd. Utredningen anser att Konsumentverket bör få i uppdrag att i samverkan med tandvårdsbranschen ta initiativ till inrättandet av en rådgivningsbyrå.

7.4.3 Prisportal

Utredningens förslag: Konsumentverket får i uppdrag att tillhandahålla en elektronisk prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:27: Överensstämmer i huvudsak med förslaget.

Remissinstanserna: *Konkurrensverket* och *Konsumentverket* är positiva till förslaget. *Praktikertjänst AB* menar att det inte bara är tjänstens omfattning som måste beskrivas utan att även kvalitet, kompetens, och tillgänglighet behöver framgå för att konsumenten skall få en rättvis bild av priset.

Skälen för utredningens förslag: Det är viktigt att patienten får ökade möjligheter att jämföra priser inom tandvården. Utred-

ningen lämnar i detta betänkande bl.a. förslag om möjlighet för patienten att få en prislista, uppgifter om pris i samband med kallelse samt en rådgivningsbyrå för patienterna. Ytterligare ett sätt att förbättra patienternas möjlighet att jämföra priser är att införa en prisjämförelsetjänst, s.k. prisportal eller köpguide, på tandvårdsområdet.

I dag finns det på Konsumentverkets hemsida information om priser och annan konsumentinformation för olika varor och tjänster, exempelvis Telepriskollen, samt köpguider för bland annat elpriser. Dessa tjänster ger konsumenterna hjälp när det gäller att exempelvis välja el-bolag eller att köpa bil. För konsumenterna på tandvårdsmarknaden finns det i dag inget liknande. Försäkringskassan har på sin hemsida information om priserna på tandvård i olika län, dock bara folktandvårdens pris samt högsta respektive lägsta pris hos privattandläkare i länet. Utredningen anser att det bör finnas en mer utvecklad prisjämförelsetjänst även för tandvården, detta med hänsyn till den svaga ställning som patienterna har på tandvårdsmarknaden både när det gäller kunskap om priser och om olika behandlingsförslag. Det är viktigt att en patient i valet av vårdgivare enkelt kan kontrollera vilket prisläge denne har.

Konsumentverkets hemsida är en naturlig plats för konsumenter som vill ha information i konsumentfrågor och utredningen anser att en prisjämförelsetjänst för tandvården bör finnas på Konsumentverkets hemsida. Det är dock Försäkringskassan som bör ha ansvaret för att samla in och ställa samman de uppgifter som skall finnas tillgängliga på denna tjänst, men den enskilde vårdgivaren skall lämna uppgifterna till Försäkringskassan och måste stå som garant för uppgifterna om sina priser. Försäkringskassan och Konsumentverket bör i samråd avgöra hur ofta dessa uppgifter skall uppdateras. Detta system liknar det som i dag finns på tjänsten Telepriskollen, där Konsumentverket och Post- och telestyrelsen (PTS) står bakom tjänsten men uppgifterna om priser och andra villkor kommer från teleoperatörerna själva. De uppgifter operatörerna lämnar kontrolleras dock av PTS. Det är operatörernas ansvar att kontinuerligt uppdatera uppgifterna.

Utredningen anser att det på prisjämförelsetjänsten bör finnas uppgifter om priser per åtgärd hos vårdgivarna och den statliga ersättningen för varje åtgärd. Det bör även finnas prisuppgifter för fastslagna behandlingspaket. Utredningen lämnar i detta betänkande förslag om ett skydd mot höga kostnader, varvid föreslås att staten bestämmer referenspriser för varje åtgärd. Referens-

priserna bör vara jämförelsepriser på prisjämförelsetjänsten när hela det nya tandvårdsstödet införs.

8 Administrativa förutsättningar

Utredningens förslag: Försäkringskassan ges i uppdrag att utveckla ett nytt IT-stöd för att administrera det nya tandvårdsstödet. IT-stödet skall förenkla kommunikationen mellan vårdgivare och stat, möjliggöra en effektiv administration och kontroll samt ge underlag för uppföljning och utvärdering av tandvårdsområdet.

Utredningen lämnade i delbetänkandet SOU 2006:27 ett principförslag om att ett nytt IT-stöd skulle utvecklas. Flera remissinstanser tillstyrkte förslaget. *Sveriges Folktandvårdsförening* och *Praktikertjänst AB* betonade vikten av att vårdgivarna får vara med i arbete med att ta fram ett nytt IT-stöd för att säkerställa att de krav vårdgivarna ställer på ett sådant system tillgodoses.

Utredningen anser att den avgörande faktorn för vid vilken tidpunkt det nya tandvårdsstödet kan införas är att IT-stödet för administration, kontroll och uppföljning är i drift. Konstruktionen av det nya tandvårdsstödet, som innebär att rätten till ersättning grundas på patientens tandvårdskonsumtion, ställer andra och högre krav på ett ändamålsenligt och väl fungerande IT-stöd. Vidare anser utredningen att bristerna vad gäller statistik för uppföljning och utvärdering inom tandvårdsområdet är så betydande att en reformering av tandvårdsstödet inte bör genomföras innan det säkerställts att det finns tekniska och administrativa förutsättningar för en effektiv insamling av uppgifter.

Utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd kommer att generera betydligt fler ersättningsanspråk än vad som i dag handläggs av Försäkringskassan. För att hantera dessa på ett kostnadseffektivt sätt krävs ett bättre IT-stöd än idag. Utformningen av grundstödet och skyddet mot höga kostnader förutsätter vidare att uppgifter om patientens tidigare tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader registreras. Detta för att vårdgivaren skall kunna debitera pati-

enten rätt pris och för att Försäkringskassan skall kunna administrera tandvårdsstödet.

Alternativet till att ta fram ett nytt IT-stöd för tandvårdsstödet är att vidareutveckla Försäkringskassans nuvarande IT-stöd. Utredningen gör dock bedömningen att detta kan bli mer kostsamt än att utveckla ett nytt stöd. Anledningen till detta är att dagens IT-stöd för det statliga tandvårdsstödet är relativt föråldrat och endast är framtaget för att hantera Försäkringskassans administration av utbetalningarna. Systemet är i dag inte kompatibelt med vårdgivarnas respektive IT-stöd, utan för att kunna ha elektronisk kontakt med vårdgivaren krävs omfattande utveckling av dagens system. En sådan utveckling blir kostsam på grund av systemets ålder. Dessutom är det nuvarande IT-stödet utvecklat i en annan miljö än Försäkringskassans övriga system, vilket medför svårigheter när systemen skall kommunicera med varandra. De flesta av de funktioner som behövs för att administrera och följa upp det nya tandvårdsstödet finns inte i dagens IT-stöd.

Ett nytt IT-stöd bör vara anpassat efter både vårdgivarnas och statens behov. Vårdgivarna behöver uppgifter från staten för att kunna debitera patienten rätt pris och få tandvårdsersättningen utbetalad inom rimlig tid. Vårdgivarna behöver kunna kommunicera med staten på ett sätt som medger en så enkel och effektiv administration som möjligt. Staten har behov av att administration och uppföljning sker på ett heltäckande och effektivt sätt samt att det sker ändamålsenliga kontroller av tandvårdsstödet. Utredningen menar att det genom utvecklingen av ett nytt IT-stöd bör gå att hantera både vårdgivarnas och statens behov och förutsättningar. Det är dock viktigt att vårdgivarna ges möjlighet att delta i utvecklingsarbetet för att säkra att de krav vårdgivarna ställer kan tillgodoses i så stor utsträckning som möjligt.

Som redovisas i detta betänkande är bristerna på statistik inom tandvårdsområdet betydande. Det gäller såväl data om tandvårds-kostnader och tandvårdskonsumtion på individnivå som uppgifter, även de allra mest elementära, om tandhälsostatus och -utveckling i den vuxna befolkningen. Utredningen lämnar ett antal förslag i detta betänkande som syftar till att åtgärda dessa brister. En viktig förutsättning för att mer statistik skall kunna samlas in på ett, för vårdgivare och stat, effektivt sätt, är ett ändamålsenligt IT-stöd. Enligt förslag i detta betänkande åläggs vårdgivare att lämna uppgifter om priser och behandlingar till Försäkringskassan. Utredningen avser att återkomma med förslag till författningsändringar i

slutbetänkandet såvitt avser skyldighet för vårdgivare att även lämna uppgifter om patienternas tandhälsa. Staten har ett ansvar att tillhandahålla en enkel struktur och ett användarvänligt IT-stöd för vårdgivarnas inrapportering av uppgifter. Utredningen anser att vårdgivarna bör ges positiva incitament för att i ökad utsträckning övergå till en elektronisk kommunikation med Försäkringskassan eller berörda myndigheter. Sannolikt är en förutsättning för en effektiv administration av tandvårdsstödet, hos både vårdgivare och stat, att kommunikationen sker helt elektroniskt.

Utredningen anser att kontrollerna av det nya tandvårdsstödet, med anledning av de stora volymerna av utbetalningar, behöver göras per automatik i IT-stödet. Innan ersättning beviljas bör det i IT-stödet genomföras automatiserade kontroller av rätten till ersättning och en beräkning av ersättningsbeloppets storlek. Kontroller av att vårdgivaren utfört behandling som berättigar till ersättning bör göras systematiskt utifrån en kontrollstrategi. Indikationer för en sådan systematisk kontroll kan exempelvis vara att en vårdgivare begär ersättning för avsevärt många fler tandhälsobesök än tidigare. IT-stödet bör därför även utformas på ett sådant sätt som underlättar uppföljningar och kontroller av ett urval av ersättningsanspråk i efterhand.

9 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Det nya tandvårdsstödet bör införas i sin helhet vid ett och samma tillfälle. Utredningen föreslår att införandet sker tidigast under första kvartalet 2008.

Enligt utredningens direktiv skall utredningen i detta delbetänkande presentera förslag till de författningsändringar som krävs för att införa grundstödet. Detta har utredningen tolkat som att grundstödet skall kunna införas före övriga delar av det nya tandvårdsstödet. Även om det i detta betänkande lämnas förslag till sådana författningsändringar så anser utredningen att det vore önskvärt att införa hela det nya tandvårdsstödet vid samma tidpunkt. Skälen för detta är att ett stegvist införande bedöms medföra ökade administrativa kostnader för vårdgivarna och staten samt riskera att leda till negativa effekter för patienterna.

Utredningen anser att patienternas förståelse för och inställning till det nya tandvårdsstödet skulle riskera att skadas om reformen infördes i olika steg. Detta eftersom reformen skulle uppfattas som svåröverblickbar och krånglig. Dessutom ökar risken att patienterna skjuter upp sin vård om inte hela det nya tandvårdsstödet införs samlat. Hälsoeffekterna av att införa stödet till tandhälsobesöket någon tid tidigare är troligtvis mycket små.

För vårdgivarna menar utredningen att inställningen till det nya tandvårdsstödet avgörs av om reformen upplevs som begriplig eller inte. För de flesta vårdgivare skulle ett stegvis införande troligtvis upplevas som krångligt att administrera och svårt att förklara för patienterna. Parallella system med delvis olika administrativa rutiner skulle leda till större administrativ börda för vårdgivarna.

För staten skulle ett stegvist infört tandvårdsstöd, enligt utredningen, med stor sannolikhet innebära ökade administrativa kostnader. Den administrativa bördan skulle bli större i och med att det behövs särslagstiftning för en begränsad period. Om staten i det

första skedet bygger ett IT-system enbart i syfte att administrera grundstödet så kommer merparten av administrationen av det befintliga tandvårdsstödet även i fortsättningen att skötas delvis manuellt. Även om IT-stödet byggs för att samtidigt kunna hantera hela tandvårdsstödet vid ett stegvist införande så skapar detta med största säkerhet en ökad administrativ börda och riskerar att försena införandet av hela det nya tandvårdsstödet. Ett samlat införande av hela tandvårdsstödet skulle troligtvis innebära att reformen kunde genomföras inom en kortare tid än om det görs i olika etapper.

Med tanke på risken för att patienterna skjuter upp vård i avvaktan på det nya tandvårdsstödet är det önskvärt att reformen genomförs så snart som möjligt. Annars finns det en risk för att det aggregeras ett betydande vårdbehov över en längre tidsperiod.

Det är utredningens uppfattning att det är möjligt att ha tekniken bakom ett IT-stöd för hela tandvårdsstödet färdigt i slutet av 2007. Det behövs dock troligtvis ytterligare ett par månader för att vårdgivarna skall få kunskap om hur det nya IT-stödet är uppbyggt. Detta är mycket viktigt för att administrationen av det nya tandvårdsstödet skall fungera. Det innebär att införandet av det nya tandvårdsstödet kan ske tidigast under första kvartalet 2008.

10 Ekonomiska konsekvenser

I detta avsnitt redovisas de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag till skydd mot höga kostnader i det nya tandvårdsstödet, avseende åldersgruppen 20–64 år. Utredningens beräkningar vilar på en rad antaganden om pris- och volymutveckling. Inledningsvis redovisas de grundläggande antagandena och därefter beräkningarna av de statsfinansiella konsekvenserna. Dessa är uppdelade i statiska kostnader och kostnader avseende dynamiska effekter. Metodik och antaganden kring de dynamiska effekterna redovisas i ett separat avsnitt. Utredningen analyserar även förslagens konsekvenser för patientens pris i olika behandlingssituationer. Avslutningsvis lämnas en redovisning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag vad gäller skärpt statlig styrning och uppföljning av tandvårdsområdet samt utvecklingen av ett nytt IT-stöd.

10.1 Beräkningsförutsättningar

Utredningens beräkningar avser prisnivån år 2005.

10.1.1 Volym

Utredningens kostnadsberäkningar bygger på statistik över tandvårdskonsumtionen år 2005. Statistiken är hämtad från Försäkringskassans administrativa register för det statliga tandvårdsstödet. En närmare beskrivning av datamaterialet och utredningens analyser av tandvårdskonsumtionen och tandvårdskostnaderna framgår av kapitel 3. I Försäkringskassans databas finns uppgifter om tandvårdskostnaden för cirka 1,6 miljoner patienter. Av dessa är cirka 1,2 miljoner personer under 65 år och cirka 0,4 miljoner personer över 65 år.

Enligt flera enkätundersökningar¹ besöker 68 procent av den vuxna befolkningen tandvården under en 12-månadersperiod. Detta motsvarar cirka 4,7 miljoner personer, varav cirka 3,6 miljoner personer är under 65 år och drygt 1,1 miljoner personer över 65 år.

Utredningen antar att effekten av subventionen till det s.k. tandhälsobesöket i det föreslagna grundstödet blir att andelen personer i åldersgruppen 20–49 år som under en 18-månadersperiod besöker tandvården regelbundet ökar från dagens cirka 60 procent till cirka 85 procent. Detta antagande om den dynamiska effekten av grundstödet innebär att antalet patienter som besöker tandvården ökar med cirka 336 000 per år.

Av tabell 10.1 framgår det totala antalet patienter per år som besöker tandvården idag samt det antal patienter som finns redovisat på individnivå i utredningens datamaterial. Då utredningen i detta delbetänkande endast lämnar förslag till ett skydd mot höga kostnader avseende gruppen 20–64 år är patienterna uppdelade i åldersgrupperna under respektive över 65 år.

Tabell 10.1 Antal personer per år som besöker tandvården idag och antalet personer som finns redovisat på individnivå i utredningens datamaterial (miljoner)

	Totalt antal patienter	Antal patienter som finns redovisat på individnivå	Antal patienter som inte finns redovisat på individnivå	Förväntad ökning av antalet patienter
65-	3,6	1,2	2,4	0,34
65+	1,1	0,4	0,7	0
Alla	4,7	1,6	3,1	0,34

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Utredningen kan följa tandvårdskonsumtionen på individ- och åtgärdsnivå för 1,23 miljoner personer i åldrarna 20–64 år. Därutöver finns 2,4 miljoner personer som får del av det statliga tandvårdsstödet, men som inte finns registrerade på individ- och åtgärdsnivå i Försäkringskassans databas. Utredningens beräkningar av de statsfinansiella konsekvenserna av det nya tandvårdsstödet baseras på ett antagande om att patienter som inte finns registrerade i Försäkringskassans databas i huvudsak följer samma

¹ SCB, ULF-undersökningarna, Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät.

tandvårdskonsumtion som de patienter som finns registrerade. Utredningen har dock antagit att andelen patienter i vårdprisintervallen under 7 000 kronor är något högre än andelen registrerade patienter i databasen och att andelen patienter i vårdprisintervallen över 7 000 kronor är något lägre. Detta för att kompensera för de skevheter som finns i Försäkringskassans databas (se kapitel 3).

Givet detta antagande och den preliminära referensprislista som ligger till grund för utredningens beräkningar redovisas i tabell 10.2 hur patienternas totala vårdgivarpris fördelar sig över olika intervall. I tabellen är antalet patienter uppdelat utifrån om de finns redovisade på individnivå i Försäkringskassans databas eller inte.

Tabell 10.2 Antal patienter 20–64 år med vårdgivarpris i olika intervall och medianvårdgivarpriset i respektive intervall, år 2005

Referenspris	Antal patienter redovisade på individnivå	Antal patienter som inte är redovisade på individnivå och där tandvårdskonsumtionen bygger på utredningens antagande	Totalt antal	Antagen fördelning (%)	Medianpris (Kronor)
0–200	400	800	1 200	0,0	32
200–500	26 000	51 200	77 200	2,1	258
500–1 000	425 300	837 400	1 262 700	35,1	626
1 000–3 000	519 300	1 022 400	1 541 700	42,8	1 633
3 000–5 000	137 100	270 000	407 100	11,3	3 756
5 000–7 000	55 800	109 800	165 600	4,6	5 835
7 000–10 000	31 500	37 700	69 200	1,9	8 127
10 000–15 000	19 200	22 900	42 100	1,2	11 781
15 000–20 000	6 800	8 100	14 900	0,4	16 898
20 000–25 000	3 100	3 700	6 800	0,2	22 140
25 000–30 000	1 600	2 000	3 600	0,1	27 136
30 000–50 000	2 500	3 000	5 500	0,2	35 896
50 000–75 000	800	900	1 700	0,1	58 915
>75 000	300	400	700	0,0	91 485
Totalt	1 229 700	2 370 300	3 600 000	100	

Källor: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Andelen patienter som konsumerar tandvård till ett värde som understiger 3 000 kronor är 80 procent. De flesta patienter, cirka 43 procent, konsumerar tandvård till ett vårdgivarpris som ligger i

intervallet 1 000–3 000 kronor. Cirka 35 procent av patienterna finns i intervallet 500–1 000 kronor.

10.1.2 Pris

Som framgår av kapitel 6 föreslår utredningen att den styckeprisbaserade tandvårdsersättningen beräknas utifrån dagens åtgärdslista enligt förordningen om tandvårdstaxa. Varje åtgärd bör sättas ett referenspris som utgör grunden för beräkningen av tandvårdsersättningen. Referenspriset för varje åtgärd skall vara kostnadsbaserat och motsvara en skälig ersättning till vårdgivaren för den behandling som utförs. En närmare beskrivning av referenspris-systemet framgår av kapitel 6. Utredningen menar att en skarp referensprislista bör tas fram inför reformens ikraftträdande och att en sådan bör baseras på nya kostnadsberäkningar av de olika åtgärderna inom tandvården. Det har inte varit möjligt att inom ramen för utredningens arbete göra sådana nya kostnadsberäkningar av åtgärderna.

För att kunna genomföra kostnadsberäkningarna har utredningen därför utarbetat en preliminär referensprislista med utgångspunkt i de priser vårdgivarna har idag. Som utredningen i tidigare betänkande konstaterat är spridningen mellan vårdgivarnas priser stor, vilket försvårar arbetet med att fastställa relevanta referenspriser. Utredningen har utgått från priserna inom Folktandvården i Stockholm. Skälet till detta är att priserna kan anses representera ett rikssnitt, se vidare kapitel 4. För att hantera problemet med latituder har utredningen i första hämtat prisuppgifter från de uppgifter som Folktandvården i Stockholm rapporterat till Försäkringskassans databas. Dessa prisuppgifter täcker en majoritet av åtgärderna och utgör det pris som debiterats patienterna. Därmed avspeglar priserna det faktiska prisläget oavsett hur normallatituderna är angivna. För de åtgärder där prisuppgifter saknas i Försäkringskassans databas har uppgifter från Försäkringskassans prisjämförelse år 2005 använts. I de fall där prisuppgifter i dessa båda källor saknas har uppgifter hämtats från prislistan hos Folktandvården i Stockholm, där normalpriset (normallatitud) använts.

10.2 Kostnadsberäkningar

10.2.1 Översikt

Av tabell 10.3 framgår de totala beräknade statliga bruttokostnaderna för det nya tandvårdsstödet avseende åldersgruppen 20–64 år. En närmare beskrivning av vad de olika kostnadsposternas innehåller framgår nedan.

Tabell 10.3 Utredningens bruttokostnadsberäkningar av förslagen till ett nytt tandvårdsstöd, 20–64 år, miljoner kronor

Alternativ till skydd mot höga kostnader				
	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 4
Karensbelopp 1	3 000	5 000	3 000	5 000
Ersättningsgrad 1	50 %	70 %	70 %	40 %
Karensbelopp 2	25 000	20 000	20 000	20 000
Ersättningsgrad 2	85 %	85 %	85 %	60 %
Kostnadsberäkningar				
	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 4
Skydd mot höga kostnader (20-64 år)				
Statiskt	1 190	970	1 620	590
Dynamik 1 (Nya patienter i tandvården)	40–140	20–120	50–180	10–70
Dynamik 2 (Förändrat konsumtionsmönster för dagens patienter)	1 000–1 670	660–1 100	2 040–2 720	130–400
Skydd mot höga kostnader (20-64 år)				
Lågt räknat	2 230	1 650	3 710	730
Högt räknat	3 000	2 190	4 520	1 060
Grundstöd (20-64 år)	1 520	1 520	1 520	1 520
Ökade resurser för styrning och administration av tandvård	55	55	55	55
Totala bruttokostnader för det nya tandvårdsstödet, 20–64 år				
Lågt räknat	3 800	3 200	5 300	2 300
Högt räknat	4 600	3 800	6 100	2 600

Källa: Egna beräkningar.

Utredningen lämnar fyra alternativ till utformning av ett styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader, se kapitel 6. De fyra alternativen framgår av tabell 10.3.

I ett statistiskt perspektiv där tandvårdskonsumtionen i det nya tandvårdsstödet antas följa samma mönster som idag beräknar utredningen den årliga statliga bruttokostnaden för alternativ 1 till 1,2 miljarder kronor, alternativ 2 till 0,97 miljarder kronor, alternativ 3 till 1,6 miljarder kronor och alternativ 4 till 0,59 miljarder kronor. Se tabell 10.3.

De totala kostnaderna för de olika alternativen beräknas som de statiska kostnaderna med tillägg för förväntad konsumtionsförändring med anledning av det förstärkta statliga stödet. Erfarenheten från tidigare förstärkningar av det offentliga tandvårdsstödet är att sådana konsumtionsförändringar kan leda till en kraftigt ökad efterfrågan på tandvård. Det högkostnadsskydd för personer äldre än 65 år avseende protetiska behandlingar, den s.k. 65+-reformen, som infördes år 2002 medförde en betydligt kraftigare efterfrågeökning än vad som beräknades inför reformens införande. Efterfrågan ökade med tre gånger så mycket som vad regeringen hade beräknat. Mot en sådan bakgrund har utredningen prioriterat frågan om bedömning av de potentiella dynamiska effekterna av förslagen till skydd mot höga kostnader.

Utredningen har i beräkningarna delat in beteendeförändringarna i två olika kategorier. Dels görs beräkningar utifrån utredningens antagande om dynamisk effekt med anledning av det föreslagna grundstödet. Denna dynamiska effekt har utredningen bedömt omfatta ett tillskott av cirka 0,3 miljoner nya patienter som idag inte regelbundet besöker tandvården. I tabell 10.3 kallas detta dynamik 1. Dels görs beräkningar av konsumtionsförändringen hos de patienter som redan idag besöker tandvården med anledning av det förstärkta skyddet mot höga kostnader. I tabell 10.3 kallas detta dynamik 2.

Antaganden om dessa dynamiska effekter kan göras på en rad olika sätt, där uppgiftens komplexitet gör sanningen svår att genomskåda. Utredningen har därför valt att arbeta med ett antal konsekvensbeskrivningar av olika antaganden av hur tandvårdskonsumtionen kan komma att förändras och redovisar inte en exakt siffra på den dynamiska effektens storlek. Istället redovisas ett bedömt spann inom vilket kostnaden beräknas ligga. Av tabell 10.3 framgår utredningens beräkningar av det föreslagna styckeprisbaserade skyddet mot höga kostnader inklusive det

tidigare föreslagna grundstödet. Utredningens beräkningar omfattar endast åldersgruppen 20–64 år.

Utredningen har i tidigare delbetänkande redogjort för kostnaderna för grundstödet. Totalt sett beräknas kostnaderna för grundstödet till 1,9 miljarder kronor på årsbasis, varav patienter i åldersgruppen 20–64 år beräknas svara för cirka 1,5 miljarder kronor.

Utredningen föreslår att tandvårdsersättningen till abonnemangstandvård höjs till 400 kronor per patient och år, se kapitel 7 och avsnitt 10.2.6. Utredningens bedömning är att merkostnaden för höjningen ryms inom ramen för de kostnadsberäkningar som utredningen i tidigare betänkande redovisat avseende grundstödet.

Utredningen lämnar i detta betänkande ett flertal förslag avseende en förstärkt styrning och uppföljning av tandvården. Vidare pekas på behovet av ett nytt IT-stöd för att administrerar och följa upp tandvårdsstödet. De ekonomiska konsekvenserna av dessa förslag uppgår sammanlagt till uppskattningsvis 55 miljoner kronor. Av dessa medel är cirka 20 miljoner kronor hänförliga till tidsbegränsade utvecklingsinsatser av IT-system, varför dessa medel skall vara tidsbegränsade. En närmare redovisning framgår av avsnitt 10.2.6.

Det nya tandvårdsstödet med ett skydd mot höga kostnader enligt alternativ 1 beräknas sammanlagt uppgå till 3,8–4,6 miljarder kronor. För alternativ 2 beräknar utredningen den totala kostnaden till 3,2–3,8 miljarder kronor. Ett skydd mot höga kostnader enligt alternativ 3 beräknas till 5,3–6,1 miljarder kronor. Utredningen bedömer att de beteendemässiga förändringarna av tandvårds-konsumtionen i detta alternativ blir större än för övriga alternativ. Skälen för utredningens bedömning är att alternativ 3 innehåller ett karensbelopp på en nivå som ett stort antal patienter ligger relativt nära i dagens tandvårds-konsumtion. Ett karensbelopp på denna nivå i kombination med en hög ersättningsgrad, 70 procent, leder enligt utredningens bedömning till stor risk för att många patienter väljer att öka sin tandvårds-konsumtion vilket leder till kraftigare dynamiska effekter än i övriga alternativ. I alternativ 4 är ersättningsgraden lägre än i de andra alternativen, vilket därmed innebär en lägre kostnad. Utredningens beräkning av kostnaderna för detta alternativ är 2,3–2,6 miljarder kronor. De beteendemässiga förändringarna kan till följd av den lägre ersättningsgraden antas vara betydligt mindre än i de övriga alternativen.

Från de angivna bruttokostnaderna skall befintliga medel i tandvårdsstödet för gruppen 20–64 år dras ifrån, vilket för år 2005 uppgår till cirka 1,1 miljarder kronor.

Utredningen förutsätter att ett nytt tandvårdsstöd aviseras i god tid innan det införs. Därmed kommer det att finnas patienter som skjuter upp sin tandvårdskonsumtion i avvaktan på att det nya systemet skall införas. Utredningens bedömning är därför att de initiala kostnaderna för reformen blir större under de första åren än vad som fortsättningsvis kan förväntas.

10.2.2 Graden av skydd mot höga kostnader

De olika alternativ som utredningen redovisar ovan innebär ett skydd mot höga kostnader i varierande grad. Av diagram 10.1 och 10.2 framgår storleken av patientens pris vid olika vårdgivarpriser. Diagram 10.1 visar vårdgivarpriser upp till 250 000 kronor, medan diagram 10.2 är en detaljstudie över prisintervallet 1 000–30 000 kronor.

Diagram 10.1 Patientens pris vid olika vårdgivarpriser i utredningens fyra alternativ

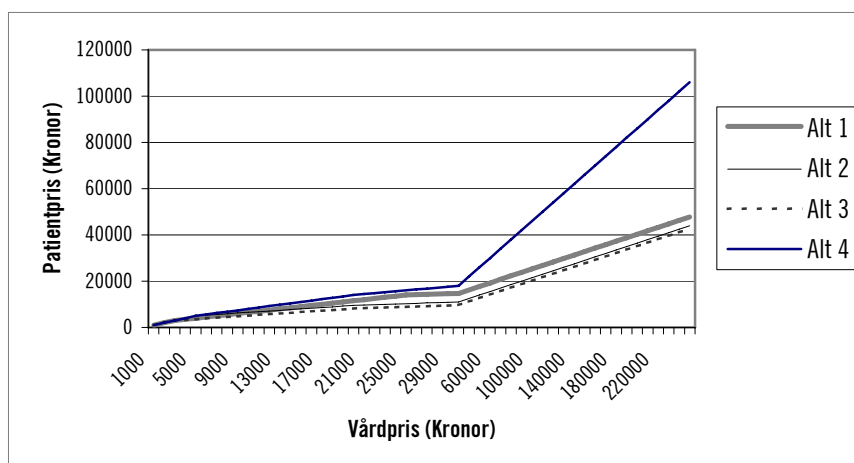
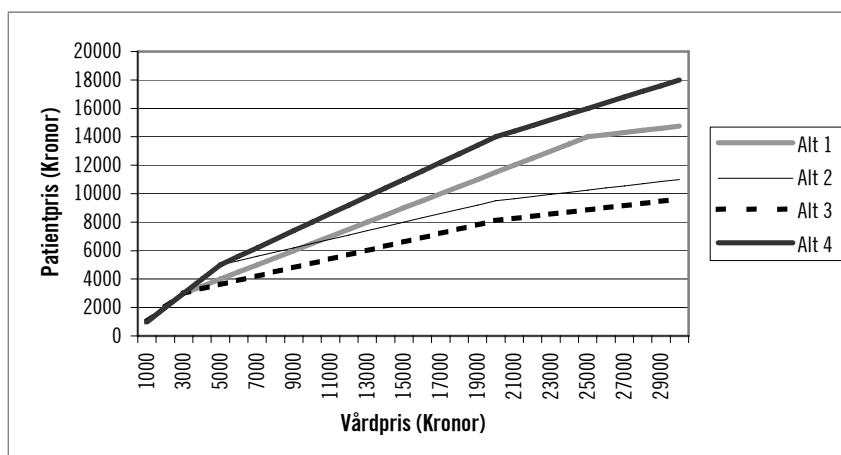


Diagram 10.2 Patientens pris vid olika vårdgivarpriser i intervallet 1 000–30 000 kronor i utredningens fyra alternativ



Av diagrammen framgår att alternativ 4 i samtliga kostnadslägen ger det sämsta skyddet mot höga kostnader. Skyddet mot kostnader över cirka 30 000 kronor är betydligt sämre än i övriga alternativ. Alternativ 1–3 är mer likvärdiga i att skydda mot höga kostnader, men det finns dock vissa skillnader. Skillnaderna märks främst i skyddet mot kostnader i intervallet upp till 30 000 kronor. Av diagrammen framgår att alternativ 3 i samtliga kostnadslägen ger det bästa skyddet mot höga kostnader. Alternativ 1 ger ett bättre skydd än alternativ 2 mot kostnader i intervallet 3 000–10 000 kronor. Skillnaderna i patientpris mellan alternativ 1 och 2 blir dock aldrig större än 3 750 kronor.

10.2.3 Patientens pris vid vanliga behandlingssituationer

I följande avsnitt redovisar utredningen typfallsberäkningar för konsekvenserna av utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd i förhållande till det befintliga statliga tandvårdsstödet. Utredningen bedömer att det nya tandvårdsstödet i ett statiskt perspektiv, givet dagens konsumtionsmönster, kommer att omfatta drygt 80 procent av den vuxna befolkningen. Alternativen med ett lägre karensbelopp når fler patienter. I ett dynamiskt perspektiv antar

dock utredningen att andelen patienter som kommer att ta del av det nya tandvårdsstödet kommer att vara högre. Skälet till detta är att det föreslagna grundstödet, enligt utredningens bedömning, bör leda till att fler patienter regelbundet besöker tandvården.

För att tydliggöra skillnaderna mellan utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd och dagens system har utredningen jämfört patientens pris för några vanliga behandlingssituationer. Dessa utgår från Försäkringskassans behandlingspaket, som är ett urval av de vanligaste behandlingssituationerna. Av tabell 10.4 framgår en översikt av jämförelserna mellan de olika alternativen.

Tabell 10.4 Vårdgivarpris och patientpris i dagens system och i det nya tandvårdsstödet

	Vårdgivar- pris	Patientpris					
		Dagens system		Nytt system			
		20–29 år	30–64 år	Alt1	Alt 2	Alt 3	Alt4
Behandlingspaket 2 Undersökning Förebyggande åtgärder	700	541	647	200	200	200	200
Behandlingspaket 4 Undersökning Förebyggande åtgärder Flerytsfyllning	2 001	1 659	1 765	1 501	1 501	1 501	1 501
Behandlingspaket 5 Undersökning Förebyggande behandling Rotfyllning Pelare Krona	7 717	7 132	7 238	4 859	5 315	3 915	6 130
Behandlingspaket 6 Undersökning Förebyggande åtgärder Rotfyllning Flerytsfyllning	4 394	3 679	3 785	3 197	3 894	2 918	3 894
Behandlingspaket 9 Akutbesök Rotfyllning Krona	4 300	3 640	3 640	3 650	4 300	3 390	4 300
Behandlingspaket 11 Undersökning Singelimplantat Operation Krona	17 025	13 987	14 093	9 512	8 107	6 707	11 715
Behandlingspaket 12 Undersökning Helkäksimplantat Operation Bro	61 653	38 009	38 115	18 988	15 248	13 848	30 161

Anm. Vårdgivarpriserna utgår från utredningens preliminära referensprislsta.

Källa: Egna beräkningar.

Behandlingspaket 2 omfattar undersökning av tandläkare (åtgärd 11) och viss förebyggande vård (åtgärd 24), vilket motsvarar tandhälsobesöket i det föreslagna grundstödet². I dagens system subventioneras åtgärd 11 med 106 kronor för patienter som är 20–29 år. För patienter som är 30–64 år utgår ingen ersättning.

² Behandlingspaket 3 omfattar undersökning av tandhygienist istället för tandläkare. Subventionen i dagens stöd till behandlingspaket 3 är dock lika stor som till behandlingspaket 2. Effekten på patientens pris blir därför likartad.

För åtgärd 24 utgår en subvention på 53 kronor för patienter som är 20–64 år. Det sammanlagda subventionsbeloppet för denna behandling blir därmed i dagens system 159 kronor för patienter som är 20–29 år och 53 kronor för patienter som är 30–64 år. I utredningens förslag om stöd till tandhälsobesök förslås en subvention motsvarande 500 kronor för denna behandling, vilket innebär en förstärkt subvention med 341 kronor för patienter som är 20–29 år och 447 kronor för patienter i åldrarna 30–64 år.³

Behandlingspaket 5 innehåller en undersökning av tandläkare, förebyggande vård, rotfyllning, en krona och en kliniskt framställd pelare. Denna behandling kostar cirka 7 700 kronor. Patientens pris blir 4 000–6 000 kronor beroende på vilket av utredningens alternativ som studeras. Den största subventionen ger alternativ 3 medan alternativ 4 ger den lägsta subventionen. I förhållande till vad patienten betalar idag innebär samtliga alternativ en betydande sänkning av patientens kostnad för behandlingspaket 5.

Behandlingspaket 6 omfattar en undersökning av tandläkare, förebyggande vård, rotfyllning och flerytsfyllning (lagning av hål). Behandlingen kostar cirka 4 400 kronor. Patienter som genomgår denna behandling i dagen system betalar cirka 3 679 kronor om de är 20–29 år och 3 785 kronor om de är 30–64 år. I alternativ 1 och 3 utgår tandvårdsersättning utöver grundstödet, varför dessa alternativ ger ett högre stöd än dagens system. I alternativ 1 blir subventionen cirka 1 197 kronor och i alternativ 3 cirka 1 476 kronor. I alternativ 2 och 4 utgår ingen ersättning utöver grundstödet, eftersom vårdgivarpriset för behandlingen ligger under karensbeloppet på 5 000 kronor. Därmed blir dagens system något förmånligare än alternativ 2 och 4.

Behandlingspaket 9 består av en undersökning och behandling av akutpatient, rotfyllning och en kompositkrona. I dagens system utgår för patienter i åldern 20–64 år en subvention på 106 kronor för akuta åtgärder, 373 kronor för en rotfyllning och 181 kronor för en kompositkrona. Sammanlagt innebär det en subvention på 660 kronor. Med utredningens förslag skulle denna behandling i alternativ 1 subventioneras med 650 kronor och i alternativ 3 med 910 kronor. I alternativ 2 och 4 utgår dock ingen subvention eftersom kostnaden för behandlingen faller under karensbeloppet och någon subvention för tandhälsobesök inte utgår. Denna effekt ger

³ Den totala subventionen till tandhälsobesöket kan dock högst nyttjas en gång var artonde månad.

patienten tydligare ekonomiska incitament till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte.

Behandlingspaket 12 omfattar en undersökning, helkåksimplantat i underkäke (enstegsbehandling) inklusive operation och bro i metall med akrylfasader. Totalt ges i dagens tandvårdsstöd en subvention för denna behandling med 23 640 kronor för patienter 20–29 år och 23 530 kronor för patienter 30–64 år. I de olika alternativen utgår den största subventionen i alternativ 3 och den minsta i alternativ 4. I alternativ 3 blir patientpriset för behandlingspaket 12 cirka 13 850 kronor och i alternativ 4 cirka 30 160 kronor. Patientpriset i alternativ 1 uppgår till 19 000 kronor och i alternativ 2 15 250 kronor.

10.2.4 Dynamiska effekter till följd av att fler besöker tandvården

Utredningens bedömning är att införandet av grundstödet bör leda till att andelen av den vuxna befolkningen som regelbundet besöker tandvården i förebyggande syfte kommer att öka. I tidigare betänkande gjorde utredningen bedömningen att antalet patienter skulle öka med cirka 336 000 på årsbasis.

En ökning av antalet patienter som besöker tandvården för ett tandhälsobesök kan också förväntas öka antalet patienter som är i behov av mer tandvård än vad som omfattas av tandhälsobesöket. Det är dock svårt att ha en bestämd uppfattning om hur stort detta tandvårdsbehov kommer att vara.

Utredningen har gjort en rad konsekvensbeskrivningar av effektens storlek vid olika antaganden om hur tandvårdsbehovet för dessa patienter ser ut. Det första antagandet är att dessa patienter konsumerar tandvård efter samma mönster som dagens patienter gör. Detta antagande får anses vara ett väl tilltaget antagande om denna grups tandvårdskonsumtion. Av utredningens tidigare betänkande framgår att knappt hälften av denna grupp, cirka 150 000 personer, är i åldrarna 20–29 år. Resten är i gruppen 30–49 år. Utredningen bedömer att det genomsnittliga tandvårdsbehovet i åldersgruppen 20–29 är relativt begränsat, även om det finns patienter som kan ha ett omfattande tandvårdsbehov. Ett antagande om en tandvårdskonsumtion i gruppen av nya patienter enligt dagens konsumtionsmönster torde därför vara en överskattning av

antalet patienter med stora tandvårdsbehov och en underskattning av antalet patienter med små tandvårdsbehov.

Utredningen har därför även gjort ett annat antagande för denna patientgrupp, där det antagits att tandvårdsbehovet hos dessa patienter är betydligt mer begränsat än hos de patienter som besöker tandvården idag. Antagandet innebär att endast en begränsad del av de nya patienterna har ett omfattande tandvårdsbehov. Vidare antas andelen patienter med en tandvårdskonsumtion under 3 000 kronor vara högre än idag.

Fördelningen mellan olika vårdprisintervall under dessa antaganden framgår av tabell 10.5. Kostnadsmässigt innebär de olika antagandena att kostnaden för skyddet mot höga kostnader enligt alternativ 1 kan antas öka med 40–140 miljoner kronor, i alternativ 2 med 20–120 miljoner kronor, i alternativ 3 med 50–180 miljoner kronor och i alternativ 4 med 10–70 miljoner kronor.

Tabell 10.5 Fördelning efter vårdgivarpris av de patienter som förväntas tillkomma till tandvården vid införandet av grundstödet, vid olika antaganden om tandvårdskonsumtion

Referenspris	Stort vårdbehov (%)	Litet vårdbehov (%)
0–200	0,03	0,03
200–500	2,11	0,42
500–1 000	34,59	39,75
1 000–3 000	42,23	48,53
3 000–5 000	11,15	7,80
5 000–7 000	4,54	2,27
7 000–10 000	2,56	0,64
10 000–15 000	1,56	0,39
15 000–20 000	0,55	0,11
20 000–25 000	0,25	0,03
25 000–30 000	0,13	0,01
30 000–50 000	0,20	0,02
50 000–75 000	0,06	0,01
>75 000	0,03	0,00
Totalt	100	100

Kostnad (miljoner kronor)	Stort vårdbehov	Litet vårdbehov
Alternativ 1	140	40
Alternativ 2	120	20
Alternativ 3	180	50
Alternativ 4	70	10

Källa: Egna beräkningar.

10.2.5 Dynamiska effekter till följd av förändrade konsumtionsmönster

Utöver de patienter som kan förväntas tillkomma till tandvården som en effekt av ett förstärkt statligt stöd kan ökade kostnader i tandvårdsstödet även uppstå som en följd av att de patienter som idag går till tandläkaren förändrar sitt konsumtionsmönster. Detta kan antas ske eftersom patientens pris för tandvård blir lägre i det nya systemet jämfört med idag.

Denna typ av beteendemässiga förändringar är svåra att på förhand definiera, då det är många parametrar som påverkar det verkliga utfallet. Utredningen har därför valt att göra ett antal olika

antaganden om dessa beteendemässiga förändringar, där bedömningen av förändringarnas storlek har sin grund i utformningen av de olika alternativen. Utredningen menar att ett grundläggande antagande om hur mycket tandvårdskonsumtionen kan komma att förändras är att de beteendemässiga förändringarna blir större ju generösare skyddet mot höga kostnader är i sin utformning. Utredningen har därför anpassat antagandena om de beteendemässiga förändringarna efter de olika alternativens grad av subvention.

Utredningens metodik för att beräkna de beteendemässiga förändringarna är att utgå ifrån hur dagens patienter fördelar sig över olika kostnadsintervall.⁴ Utifrån detta antas att en viss mängd patienter byter intervall och på detta sätt simuleras de beteendemässiga förändringarnas betydelse för kostnadsutvecklingen. Det bör dock påpekas att simuleringen avser utfallet för de totala kostnaderna och inte utgör en prognos över hur enskilda patienters tandvårdskostnader kommer att fördela sig över olika kostnadsintervall.

I alternativ 1 antar utredningen att en övre gräns för den beteendemässiga förändringen är att samtliga individer ökar sin konsumtion i så stor utsträckning att dagens fördelning av patienter över de olika vårdprisintervallen i tabell 10.5 förskjuts ett intervall uppåt. Under detta antagande kommer tyngdpunkten av patienterna att hamna i intervallet 3 000–5 000 kronor, vilket är en relativt kraftig förändring mot hur det ser ut idag. Andelen med riktigt höga kostnader ökar också mycket under detta antagande och är den främsta förklaringen till att kostnadsökningen blir cirka 1,7 miljarder kronor. Ett mildare antagande om beteendemässiga förändringar är att anta att bara hälften av patienterna i respektive vårdprisintervall förflyttar sig ett intervall uppåt. Under detta antagande beräknar utredningen att kostnaden för de beteendemässiga förändringarna uppgår till 1,0 miljarder kronor.

I alternativ 2 är både ersättningsgraden och karensbeloppet högre. Det innebär att subventionen på tandvårdskostnader mellan 3 000–10 000 kronor är något lägre än i alternativ 1. För behandlingar som kostar över 10 000 kronor blir dock subventionen högre. För patientens del blir emellertid prisskillnaden i alternativ 1 och 2 aldrig större än 3 750 kronor. Mot bakgrund av att alternativ 1 och 2 är relativt lika i sitt skydd mot höga kostnader gör utredningen samma antagande om de beteendemässiga förändringarna i alternativ 2 som i alternativ 1. Under antagandet om att

⁴ Denna fördelning framgår av tabell 10.5.

alla patienter ökar sin konsumtion så att de förskjuts ett kostnadsintervall uppåt beräknas den förändrade tandvårdskonsumtionen till cirka 1,1 miljarder kronor. Om de beteendemässiga förändringarna innebär att hälften av patienterna förskjuts ett kostnadsintervall uppåt beräknas den förändrade tandvårdskonsumtionen till cirka 660 miljoner kronor.

I alternativ 3 är ersättningsgraden 70 procent från en nivå på 3 000 kronor i tandvårdskostnader. Utredningen bedömer att de dynamiska effekterna i ett sådant system blir väsentligt större än i alternativ 1 och 2. Erfarenheterna från 65+-reformen visar också att generösa subventioner genererar betydande beteendemässiga förändringar. Mot denna bakgrund antar utredningen att de beteendemässiga förändringarna motsvarar en förskjutning av 120 procent av patienterna i respektive kostnadsintervall över 3 000 kronor. Under detta antagande kan de beteendemässiga förändringarna beräknas uppgå till 2,7 miljarder kronor. Utredningen har också räknat på kostnaden av en mer begränsad dynamisk effekt. Under antagandet att 90 procent av samtliga patienter i respektive kostnadsintervall förändrar sin tandvårdskonsumtion så att de förflyttar sig ett kostnadsintervall uppåt beräknas kostnaden till 2,0 miljarder kronor.

I alternativ 4 är ersättningsgraden betydligt lägre än i de andra alternativen samtidigt som den lägsta karensnivå är 5 000 kronor. Utredningens bedömning är att de dynamiska effekterna i ett sådant alternativ blir mer begränsat än i de övriga. Utredningen antar i ett högalternativ att 60 procent av patienter förflyttar sig ett kostnadsintervall uppåt och i ett lågalternativ att 20 procent av patienterna gör en sådan förflyttning. Kostnaden för de beteendemässiga förändringarna uppgår då till mellan 130–400 miljoner kronor.

Tabell 10.6 Kostnadsberäkningar av olika antaganden om beteendemässiga förändringar hos patienter som idag besöker tandvården (miljoner kronor)

Andel patienter i respektive kostnadsintervall som förskjuter sin tandvårds-konsumtion ett intervall uppåt (procent)	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 4
20				130
60	1 000	660		400
90			2 040	
100	1 670	1 100		
120			2 720	

Källa: Egna beräkningar.

10.2.6 Abonnemangstandvården

Det finns idag inom vissa landsting möjligheten för en del patienter att teckna avtal som ger viss tandvård till fast pris, s.k. abonnemangstandvård eller frisktandvård. I det befintliga tandvårdsstödet lämnas ersättning till abonnemangstandvården med 200 kronor per patient och år.

I detta betänkande lämnas författningsförslag för att grundstödet skall kunna införas (se kapitel 7). För att tandvårdsersättningen till abonnemangstandvården skall vara likvärdig med ersättningen i grundstödet föreslår utredningen att ersättningen höjs till 400 kronor per patient och år. Utredningen anser vidare att möjligheten att lämna en högre statlig ersättning till abonnemang som omfattar all tandvård än till abonnemang som endast omfattar bastandvård bör övervägas. Likaså bör det övervägas att lämna ett differentierat statligt stöd beroende på ålder, där högre subvention ges ju högre ålder. Om detta avser utredningen att återkomma till i sitt slutbetänkande.

Den beräknade kostnaden för den föreslagna höjningen av ersättningen till abonnemangstandvården ryms inom ramen för de kostnadsberäkningar som utredningen i tidigare betänkande redovisat avseende grundstödet.

10.2.7 Styrning och administration

Det nya tandvårdsstödet förutsätter förstärkta insatser för styrning och administration av tandvården. Utredningen ser stora behov av att förbättra den statliga styrningen av tandvårdsmarknaden. Detta för att garantera att det ökade statliga stödet ger de önskade effekterna. Se avsnitt 6.3.

För att förbättra kunskapsstyrningen av tandvården samt för inrättandet av ett tandhälsoregister föreslår utredningen att Socialstyrelsen tillförs ökade resurser. Utredningens preliminära kostnadsberäkning av det ökade behovet uppgår till 15 miljoner kronor årligen.

Försäkringskassans administration beräknas öka som en följd av ökat antal utbetalningar inom tandvårdsstödet. Försäkringskassan föreslås vidare få ett förtydligat ansvar för uppföljning och utvärdering vad gäller tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader. Utredningens preliminära kostnadsberäkning av de ökade behoven uppgår till 5 miljoner kronor per år. Kostnadsberäkningarna av förslagen om att ge lämplig instans ansvar för att lämna underlag för regeringens beslut om vilken tandvård som bör vara ersättningsberättigad och referensprisernas nivå uppgår preliminärt till 5 miljoner kronor.

Det nya tandvårdsstödet kommer att öka kraven på en väl fungerande administration. Detta gäller framför allt det ökade behovet av ett IT-stöd. Utredningen anser att ett nytt IT-stöd är avgörande för att det nya tandvårdsstödet skall kunna införas. Kostnaden för utvecklingen av ett IT-stöd beräknas uppskattningsvis till cirka 20 miljoner kronor och Försäkringskassan bör tillföras dessa medel engångsvist.

Det största problemet på tandvårdsmarknaden är att patienterna har en allt för svag ställning gentemot vårdgivarna. För att stärka patienternas ställning föreslår utredningen därför en rad åtgärder, varav vissa kommer att medföra kostnader för staten. Konsumentverket bör tillföras 3,5 miljoner kronor för att utarbeta och administrera en prisjämförelsetjänst på internet, varav 1 miljon kronor är engångsvisa utvecklingsmedel.

Idag saknas det på tandvården kvalitetsregister av det slag som finns inom hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför att 3 miljoner kronor anslås till utvecklandet av sådana register. Ett implantatregister bör prioriteras.

Ett nytt tandvårdsstöd där den statliga ersättningen av tandvården kraftigt ökar ställer krav på en förbättrad uppföljning och utvärdering av reformens effekter på tandhälsa, tandvårds-konsumtion och prisutveckling. Utredningen föreslår därför att 3,5 miljoner kronor avsätts för detta ändamål. Utvärderingen och uppföljningen bör främst göras av oberoende forskare.

Tabell 10.7 Kostnadsberäkningar av ökade resurser till myndigheter m.m.

Förslag om ökade resurser (miljoner kronor)	
Socialstyrelsen	15
Försäkringskassan	5
Utveckling av nytt IT-stöd	20 (tidsbegränsade medel)
Ansvar för arbete med löpande översyn av referenspriser och definition av ersättningsberättigad tandvård	5
Konsumentverket	3,5 (varav 1 tidsbegränsat)
Utvärdering och uppföljning	3,5
Kvalitetsregister	3
Totalt	55

Källa: Egna beräkningar.

11 Konsekvensanalys och fortsatt arbete

I detta avsnitt redovisas översiktligt konsekvenserna av utredningens förslag och inriktningen på det fortsatta arbetet. För att kunna ge en samlad bild av konsekvenserna av det nya tandvårdsstödet väljer dock utredningen att avvakta till slutbetänkandet med huvuddelen av de detaljerade konsekvensbeskrivningarna.

11.1 Författningsmässiga konsekvenser

Utredningen skall enligt vad som anges i utredningsdirektiven i slutbetänkandet lämna förslag, inklusive förslag till författningsändringar, till ett nytt tandvårdsstöd. De principförslag som lämnas i detta delbetänkande kommer enligt utredningens bedömning att leda till omfattande förändringar i de författningar som reglerar dagens tandvårdsstöd, vilket kan komma att innebära en genomgripande reformering av författningsstrukturen inom tandvårdsområdet. Utredningen kan dock inte i nuläget närmare precisera dessa förändringar.

11.2 Administration och kontroll

Utredningens förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna kommer att leda till att fler personer än i dag får del av det statliga tandvårdsstödet. Detta leder till ökade antal anspråk om ersättning och ett ökat antal utbetalningar.

De främsta förändringarna till följd av det nya tandvårdsstödet avser införandet av en tidsgräns i grundstödet för rätten till ersättning avseende regelbundna undersökningar och viss förebyggande vård, det s.k. tandhälsobesöket, samt införandet av karensbelopp för samtliga patienter efter vilka det utgår viss statlig ersättning. För att vårdgivare skall kunna debitera patienten rätt pris inom

ramen för ett sådant system förutsätts att vårdgivaren ges de uppgifter som är nödvändiga för att kunna beräkna patientens rätt till ersättning. För att Försäkringskassan skall kunna administrera systemet krävs att det registreras fler uppgifter än i dag om patientens tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader.

Utredningen föreslår att fler uppgifter samlas in från vårdgivarna i syfte att skapa bättre statistiska underlag för att kunna följa utvecklingen av tandhälsa, tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader. Uppgiftsinsamlingen bör göras på ett sätt som minimerar de administrativa konsekvenserna för vårdgivarna.

Ett väl fungerande IT-stöd är en förutsättning för att administrationen och uppföljningen av tandvårdsstödet skall vara effektiv. IT-stödet behöver även vara användarvänligt och ändamålsenligt för att vårdgivarnas administrativa börda skall minimeras så långt som möjligt. Utredningen menar att kommunikationen mellan vårdgivare och Försäkringskassan bör vara elektronisk.

Försäkringskassans kontroller av utbetalningarna i det nya tandvårdsstödet är av stor betydelse för att reformen skall bli ändamålsenlig. Mot bakgrund av det stora antal utbetalningar av tandvårdsersättning som kommer att göras menar utredningen att det bör göras automatiska kontroller via IT-stödet och därutöver slumpvisa kontroller samt kontroller efter indikationer. Utredningen anser att Försäkringskassans resurser för kontrollarbete bör bibehållas men ändra inriktning, så att mer resurser används för efterhandskontroller baserade på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden och mindre resurser för förhandsprövningar.

Utformningen av det nya tandvårdsstödet enligt utredningens principförslag förändrar förutsättningarna för uppföljning och utvärdering av tandvårdsstödet. Utredningen lämnar förslag om förtydligat ansvar för Socialstyrelsen respektive Försäkringskassan vad gäller statistik om tandhälsa respektive tandvårdskostnader och tandvårdskonsumtion.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen skall få ett tydligare ansvar för att följa upp och utvärdera tandhälsan hos vuxna. Utredningen anser vidare att Socialstyrelsen bör ta en mer aktiv roll när det gäller kunskapsstyrningen inom tandvården.

För att reformen skall få avsedd effekt är det mycket viktigt att information om det nya tandvårdsstödet sprids väl och i god tid före införandet. Ansvariga myndigheter bör få tillräckligt med resurser till bland annat utbildning av personalen för att på ett bra

sätt kunna informera vårdgivare, patienter och andra berörda om det nya tandvårdsstödet.

Utredningen lämnar i detta betänkande en preliminär kostnadsberäkning av konsekvenserna för berörda myndigheter när det gäller förslagen om utvecklad statlig styrning och uppföljning. De ekonomiska konsekvenserna berör Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Konsumentverket. Därutöver föreslås det att resurser anslås för kvalitetsregister inom tandvården samt ett utvärderingsprogram för det nya tandvårdsstödet. Utredningen anser att det vid en omfattande reformering av tandvårdsstödet är centralt att säkerställa att berörda myndigheter har tillräckliga resurser för att reformen inte skall äventyras. Då förslagen i detta betänkande i stor utsträckning är av riktlinjekaraktär bedömer utredningen att det i det fortsatta arbetet med utformning av detaljförslag kan komma att identifieras ytterligare behov av resursförstärkningar, varför utredningen kan komma att lämna kompletterande förslag om detta i slutbetänkandet.

11.3 Fortsatt arbete

Enligt utredningsdirektiven skall i slutbetänkandet senast den 1 december 2006 lämnas förslag till de författningsändringar som krävs för att införa det nya tandvårdsstödet. Utredningen skall då även föreslå karensbeloppens storlek och ersättningsnivåer för åldersgruppen 65 år eller äldre.

En huvudfråga i utredningens fortsatta arbete kommer att vara frågan om hur processen för att införa ett nationellt system för tandvård till fast pris skall se ut. Ett nationellt system skall vara fungerande för såväl privata som offentliga vårdgivare och innehålla komponenter som underlättar t.ex. riskspridning för enskilda vårdgivare. Utredningen kommer i sitt fortsatta arbete att analysera vad staten kan göra för att möjliggöra för alla typer av vårdgivare att tillämpa tandvård till fast pris.

Utredningen kommer att återkomma i frågan om utvärdering av effekterna av dagens abonnemangstandvård och hur abonnemangstandvården och en utveckling av denna kan stimuleras fram till dess att en nationell modell för tandvård till fast pris kan börja verka. Utredningen avser vidare att i det fortsatta arbetet analysera möjligheten att utforma förslag till hur differentierade statliga ersätt-

ningsbelopp kan lämnas beroende på abonnemangsavtalens omfattning och patientens ålder.

Utredningen kommer i det fortsatta arbetet att närmare belysa och precisera de principförslag som lämnas i detta betänkande vad gäller reglering av tandvårdsområdet, särskilt avseende kontrollen över pris- och volymutvecklingen i ett styckeprisbaserat ersättningsystem. Utredningen kommer bland annat att analysera vilka kriterier för vad som skall vara ersättningsberättigad tandvård som bör gälla samt i vilka situationer och på vilket sätt som förhandsprövning av ersättningsanspråk skall genomföras.

Utredningen menar att utformningen av ett kreditsystem som omfattar alla patienter bör övervägas som ett komplement till skyddet mot höga kostnader. Utredningen avser att återkomma i denna fråga i slutbetänkandet.

I det fortsatta arbetet kommer utredningen att analysera förslagets effekter för små och medelstora företag samt djupare analysera hur förslagen påverkar konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Frågan om hur risken för felaktigt utnyttjande minimeras och hur uppgifter som ligger till grund för utbetalningar kan kontrolleras kommer att närmare belysas i det fortsatta arbetet. Förslagets konsekvenser ur ett kontrollperspektiv kommer att redovisas samt hur kontrollaspekten beaktats vid framtagandet av förslagen. Utredningen kommer även att lämna förslag som möjliggör ett säkert informationsutbyte i erforderliga fall. De förslag som lämnas i detta betänkande angående uppföljning och utvärdering kommer att preciseras.

Enligt direktiven skall utredningen i slutbetänkandet lämna förslag till eventuella ändringar i fråga om återkrav vid omgörningar av protetiska arbeten. Utredningen avser att utreda effekterna av dagens regelverk angående återkrav och vid behov återkomma med förslag på författningsändringar.

12 Författningskommentarer

12.1 Författningskommentar till ändringen i lagen om allmän försäkring

20 kap. 9 b §

Denna sekretessbrytande bestämmelse innebär att Försäkringskassan utan föregående prövning enligt 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100) får lämna ut uppgifter om enskilds senaste tandhälsobesök till vårdgivare som behöver dessa för att beräkna ersättning enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. Se avsnitt 7.2.10.

12.2 Författningskommentarer till ändringarna i förordningen om tandvårdstaxa

2 §

Ändringen består i att det *andra stycket* tagits bort.

2 a §

Paragrafen är ny. I bestämmelsen definieras det nya begreppet tandhälsobesök genom att det i sex punkter anges vad ett tandhälsobesök skall innehålla för behandlingsmoment. De moment som anges i punkterna 1-6 skall således ingå i varje tandhälsobesök. Omfattningen av den behandling som en viss patient får under ett tandhälsobesök skall emellertid alltid anpassas efter den patientens specifika behov. Härutöver skall, enligt bestämmelsens *andra stycke*, även fluorlackning och enklare justeringar av fyllningar, ges till de patienter som har behov av det. Tandhälsobesöket bör ta i

genomsnitt 30 minuter och vården skall kunna utföras av både tandläkare och tandhygienist.

Innehållet i tandhälsobesöket kan sägas motsvara den vård som avses i punkterna 11 (undersökning), 12 (undersökning och diagnostik utförd inom tandhygienistens kompetensområde), samt 24 (förebyggande åtgärder av mindre omfattning) i bilagan till förordningen. Förslaget innebär inte några förändringar såvitt avser sedvanlig hälsodeklaration och anamnes. Se avsnitt 7.2.1.

2 b §

Paragrafen är ny. I bestämmelsen stadgas att vårdgivaren inom lämplig tid skall kalla patienten till ett nytt tandhälsobesök. Lydelserna innebär en skärpning i förhållande till den nuvarande regleringen i 2 § som endast anger att vårdgivaren bör tillse att patienten kallas till en ny undersökning. Det ankommer på vårdgivaren att göra en individuell bedömning av när patienten bör göra sitt nästa tandhälsobesök. Skyldigheten att kalla patienten gäller endast i den mån det är möjligt för vårdgivaren att göra detta. Denna skrivning innebär att en vårdgivare som av någon anledning saknar möjlighet att fortsättningsvis ta emot en patient – t.ex. beroende på att patienten flyttar eller att vårdgivaren lägger ned eller minskar sin verksamhet – inte behöver kalla honom eller henne till nya besök. I stycket anges vidare att en kallelse skall innehålla uppgift om vad besöket omfattar samt vad detta beräknas kosta. Se avsnitt 7.2.5.

2 c §

Paragrafen är ny. Som en förutsättning för att ersättning för tandhälsobesök skall lämnas gäller att vårdgivaren inom två veckor från behandlingstillfället kommer in med en tandvårdsräkning avseende sådan ersättning till Försäkringskassan. En vårdgivare som inte skickar in en tandvårdsräkning i tid förlorar alltså rätten till ersättning. Eftersom rätten till ersättning är beroende av när patienten senast gjorde ett tandhälsobesök är det av central betydelse att Försäkringskassan snabbt får information om genomförda ersättningsberättigande tandbesök. Se avsnitt 7.2.8.

2 d §

Paragrafen är ny. I de fall en patient är i behov av behandling vid fler tillfällen än vid tandhälsobesöket skall vårdgivaren snarast upprätta en skriftlig behandlingsplan. Som huvudregel skall behandlingsplanen upprättas och överlämnas till patienten innan ytterligare behandling påbörjas. Om behandlingen kan påbörjas redan vid själva tandhälsobesöket skall det emellertid vara möjligt för vårdgivaren att påbörja behandlingen trots att någon behandlingsplan inte har upprättats. Behandlingsplanen skall i sådana fall upprättas så snart som möjligt. I behandlingsplanen skall vårdgivaren ange vilken behandling som föreslås samt de odontologiska skälen och priset för den. Vårdgivaren skall även ange de alternativa behandlingsförslag som finns samt prisuppgifter för dessa. Se avsnitt 7.2.6.

4 §

För samtliga åtgärder som en patient får hos tandvården lämnar Försäkringskassan i dag ersättning från tandvårdsstödet med ett grundbelopp som bestämts för varje åtgärd. Dessa grundbelopp framgår av bilagan till förordningen om tandvårdstaxa. Ändringen i bestämmelsen innebär att ersättning för tandhälsobesöket, punkterna 10.1 och 10.2, skall lämnas enligt de grunder som anges i 8 §. Något särskilt grundbelopp finns således inte för dessa åtgärder. När det gäller ersättning för bastandvårdsabonnemang görs en hänvisning till 10 §. I sistnämnda paragraf framgår hur stort grundbelopp som lämnas för denna typ av tandvård. Se avsnitt 7.2.2.

8 §

I det nuvarande andra stycket stadgas för vilka patienter ersättning lämnas för åtgärderna 11 och 12 i bilagan till förordningen. Med bortseende från personer som omfattas av 9 § andra stycket ersätts dessa åtgärder med två nya åtgärder, 10.1 (tandhälsobesök utfört av tandläkare) och 10.2 (tandhälsobesök utfört av tandhygienist). Med hänsyn härtill har lydelsen i andra stycket ändrats. I det nya *andra stycket* anges att ersättningen för det första tandhälsobesöket lämnas med 500 kr till vårdgivaren.

I *tredje stycket* anges hur ersättningen beräknas i de fall tandhälsobesök görs oftare än var artonde månad. Ersättning för

tandhälsobesök beräknas i artondelar. När det gått 18 månader sedan det förra ersättningsberättigande tandhälsobesöket betalar Försäkringskassan ut full ersättning till vårdgivaren. Första gången en patient gör ett tandhälsobesök skall Försäkringskassan således lämna full ersättning till vårdgivaren. För därefter följande besök skall det ha gått minst tolv månader sedan det förra ersättningsberättigande besöket för att ersättning skall kunna betalas ut för ett tandhälsobesök. Beräkningen av ersättningen skall bygga på hur många hela månader som passerat sedan det föregående ersättningsberättigande tandhälsobesöket. Om det t.ex. gått tolv månader och tio dagar skall alltså det lägsta ersättningsbeloppet lämnas. Om patienten väljer att gå till tandvården oftare än var tolfte månad lämnas inte någon ersättning till vårdgivaren för det tandhälsobesök som patienten gjort. Ersättningen för ett tandhälsobesök blir alltså som lägst 334 kronor och kan aldrig bli högre än 500 kronor. En patient kan således inte, genom att göra sina tandhälsobesök mer sällan än var artonde månad, få en högre ersättning än 500 kronor. Se avsnitt 7.2.2.

9 §

I paragrafens *första stycke* regleras hur mycket ersättning som lämnas för bastandvård för personer som fyller minst 65 år det år som vården ges. Dessa patienter kommer även fortsättningsvis att få ersättning med ett och ett halvt grundbelopp för bastandvård enligt uppräknade punkter i avdelning A, utom för behandling enligt punkten 24. Den ersättning från tandvårdsstödet för tandvård som i dag ges under punkt 24 kommer fortsättningsvis att falla under reglerna för tandhälsobesök, punkterna 10.1 och 10.2 i bilagan.

För personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder lämnas ersättning med dubbla grundbelopp för all bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. I *andra stycket* har ett tillägg gjorts som innebär att tandhälsobesök inte omfattas av denna reglering. Tandhälsobesöken ersätts således även för denna grupp enligt de grunder som anges i 8 §.

När det gäller personer som inte omfattas av första och andra styckena föreskrivs i *tredje stycket* att ersättning för bastandvård enligt avdelning A, punkt 22 lämnas med ett grundbelopp under förutsättning att de har diagnosen grav parodontit med pågående

aktiv sjukdomsprocess. Utredningens definition av diagnosen grav parodontit med pågående aktiv sjukdomsprocess är att patienten har en förlust av minst en tredjedel av tandbenet och har tandköttsfickor överstigande 6 millimeter som blöder vid upprepad sondering. Den nu nämnda patientgruppen skall, liksom i dag, kunna få ersättning för behandling enligt punkt 22 i taxan så ofta som deras sjukdomstillstånd kräver det. Se avsnitt 7.2.3.

10 §

I bestämmelses *första stycke* regleras hur lång avtalsperioden för abonnemangstandvård skall vara. Ändringen i detta stycke innebär att perioden förlängs från två till tre år. I övrigt är ändringen i detta stycke endast av redaktionell karaktär.

I *andra stycket* regleras hur ersättningen för abonnemangstandvården skall beräknas för att harmoniera med beräkningen av ersättningen för tandhälsobesök enligt 8 §. Bestämmelsen innebär att Försäkringskassan skall minska ersättningen för det första året för abonnemangsavtalet, punkterna 97 och 98 i bilagan, om det gått kortare tid än 18 månader sedan patientens senaste ersättningsberättigande tandhälsobesök. Ersättningen skall räknas ned med motsvarande belopp som avräknas för en patient enligt 8 §. När en vårdgivare sluter ett abonnemangsavtal med en patient som gjorde det senaste ersättningsberättigande tandhälsobesöket för minst arton månader sedan skall Försäkringskassan inte göra någon avräkning vid utbetalningen av ersättningen för abonnemangsavtalet. Den ersättning som lämnas för abonnemangstandvård benämns fortfarande grundbelopp. Själva beloppets storlek anges direkt i paragrafen och inte i bilagan till förordningen. Se avsnitt 7.2.11.

11 §

Försäkringskassan skall inte betala ut ersättning för grundstödet och abonnemangsavtal för samma patient och tidsperiod. Det nya *fjärde stycket* innebär att när ett avtal om abonnemangstandvård upphört att gälla, skall ersättningen beräknas enligt 8 §. Ersättningen skall då beräknas utifrån det senaste tandhälsobesöket inom abonnemangsperioden. Se avsnitt 7.2.11.

15 §

I bestämmelsen införs ett nytt andra stycke och det tidigare andra stycket blir ett nytt tredje stycke. I det nya *andra stycket* anges att ges vårdgivarna är skyldiga att upprätta ett undersökningsprotokoll i samband med tandhälsobesöket. Detta undersökningsprotokoll skall lämnas till patienten i samband med tandhälsobesöket. Ändringen i det *tredje stycket* innebär att Försäkringskassan får rätt att föreskriva vilka uppgifter som skall finnas med på undersökningsprotokollet. Se avsnitt 7.2.9.

23 §

I bestämmelsen har ett tillägg gjorts som innebär att vårdgivaren är skyldig att, på begäran av Försäkringskassan, lämna uppgifter inte bara om behandling utan också om priser. Se avsnitt 7.3.

26 §

Ändringen innebär att vårdgivaren, utöver att tillse att det finns en prislista på mottagningen, även, på begäran av patienten, skall tillhandahålla patienten en kopia av denna. Se avsnitt 7.2.7.

28 §

I det nya *andra stycket* bemyndigas Försäkringskassan att föreskriva vilka uppgifter en vårdgivare skall lämna till myndigheten för uppföljning och utvärdering enligt 23 §. Försäkringskassan får även meddela föreskrifter om det sätt på vilket en vårdgivare skall komma in med dessa uppgifter. Detta innebär exempelvis att Försäkringskassan kan föreskriva att uppgifterna skall lämnas elektroniskt genom ifyllande av enkäter. Se avsnitt 7.3.

12.3 Författningskommentarer till ändringarna i förordningen (1980:995) om skyldighet för Försäkringskassan att lämna uppgifter till andra myndigheter

3 §

Införandet av *punkt 11* i denna bestämmelse innebär att Försäkringskassan på begäran skall lämna ut uppgifter till vårdgivare som lämnar vård vid folktandvårdslinik eller högskola där odontologisk utbildning och forskning bedrivs, om dessa uppgifter behövs för att beräkna ersättning för tandhälsobesök enligt 8 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Se avsnitt 7.2.10.

Källförteckning

Proposition 1984/95:79, *med förslag till tandvårdslag m.m.*
Proposition 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd*
Proposition 2001/02:51, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*
Proposition 2002/03:135 *Behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration*
Proposition 2005/06:1, *Budgetproposition för 2006*

SOU 2000:29, *Starka konsumenter i en gränslös värld*
SOU 2001:36, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre*
SOU 2002:53, *Tandvården till 2010*
SOU 2005:04 *Liberalisering, regler och marknader*
SOU 2006:27 *Stöd till hälsobefrämjande tandvård*

Rådets förordning 1408/71 (EEG) av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, EGT L 149, 5.7.1971; konsoliderad utgåva – ETG nr L 28, 30.1.1.1997.
Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, EGT L 281, 23.11.1995, s. 31–50

EG-domstolens dom, mål C-158/96 Kohll, REG 1998 I-1931
Regeringsrättens dom RÅ 2004 ref. 41
Regeringsrättens dom RÅ 2005 ref. 95

- Abrahamsson KH et al (2006), *Periodontal conditions in a Swedish city population of adolescents: a crosssectional study*, Swed Dent J, 2006:30, 25-34
- Degerman-Svensson M, Olsson A, Viklund L, Svensson T (2001), *EPI Norr, Munhälsa, vårdbehov och hälsoutveckling hos den vuxna befolkningen i Norrbotten*, Norrbottens läns landsting 2001
- Eriksson, R (2004), "Testing for Price Leadership and for Reputation Goods Effects: Swedish Dental Services", Working Paper 2004:5, SOFI, Stockholms universitet
- Grytten, J (2005), *Models for financing dental services. A review*, Dental faculty, University of Oslo Norway
- Grönqvist, E (2006), "Tjänstemarknader där konsumenten har ett informationsunderläge – empiriska exempel från tandvård och bilreparationer", Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie, 2006:2
- Hugoson, A et al (2003), *Oral hälsa: sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12–15 november 2002*, Gothia, Stockholm
- Hugoson, A et al (2005) *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping. Sweden during 30 years (1973–2003)*, Swed Dent J 2005;29:139-155
- Håkansson, R (1991) *Tandvårdsvanor och tandstatus bland vuxna i Sverige 1974–1985. Jämförande tvärsnitts- och longitudinella undersökningar*, Thesis, Faculty of Odontology, Lund University 1991
- Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Lannerud M och Sondell K (2006), "Financial Systems' Impact on Dental Care", Community Dental Health, kommande
- Olsson, C (1999), "Supplier Induced Demand: An Analysis of the Swedish Dental Care Market", *Essays in the Economics of Dental Insurance and Dental Health*, Umeå Economic Studies, No 494
- Robinson R, Patel D, Pennycare R (2004), *The Economics of Dental Care*, Office of Health Economics
- Uhrbom E, Bjerner B (2003), *EpiWux03. Vuxnas mun- och tandhälsa i Dalarna, utveckling och framtid. En undersökning avseende 35-, 50-, 65- och 75-åringar i Dalarna 2003*. Skriftserie nr 75, Landstinget Dalarna 2003
- Wänman A, Forsberg, H, Sjödin L, Lundgren, P, Höglund-Åberg C (2004), *Tillståndet i mun och käkar bland Västerbottens vuxna befolkning år 2002*, Umeå Universitet och Västerbottens läns landsting

- Wärnberg-Gerdin E (2006), *Vad är oral hälsa – och går den att mäta*, Tandläkartidningen 2006, 8, 50–53
- Dental Liaison Committee (2004), *Manual of Dental Practice*
- Försäkringskassan (2005a), *Prisutvecklingen inom privattandvården och folktandvården, april 2004 till och med maj 2005*, rapport
- Försäkringskassan (2005b), *Vårdgivares priser på tandvårdsmaterial*, rapport
- Försäkringskassan (2006), *Titankomponenter inom högkostnads-skyddet – Förslag till förändringar av tandvårdsersättningen*, rapport
- Konkurrensverket (2004), *Tandvård och konkurrens*, Konkurrens-
verkets rapportserie 2004:1
- Konsumentverket (2003) *Konsumenten och tandvårdsmarkanden*,
Konsumentverkets rapportserie 2003:23
- Riksförsäkringsverket, RFV (2003), *Högkostnads-skyddet inom
tandvården – Första året*, RFV analyserar 2003:18
- Riksförsäkringsverket, RFV (2004), *Landstingens och privattand-
vårdens patientpriser*, april 2004, rapport
- Riksrevisionen (2006), *Tandvårdsstöd för äldre*, RiR 2006:9
- Socialstyrelsen (2006), *Landstingens uppsökande verksamhet och
nödvändig tandvård*, rapport
- Statens folkhälsoinstitut (2004), *Nationella folkhälsoenkäten 2004*
- Statens folkhälsoinstitut (2005a), *Nationella folkhälsoenkäten,
Hälsa på lika villkor, 2005*
- Statens folkhälsoinstitut (2005b), *Folkhälsopolitisk rapport 2005*
- Stockholms läns landsting (2005) *Uppföljning av ungdoms-
tandvården Telefonintervjuer med 19-åringar i Stockholms län.*
LS 0411-2155
- Statistiska Centralbyrån, SCB (2001) *Tandhälsa och
tandvårdsutnyttjande 1975–1999*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005), *Privata läkare och sjuk-
gymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2004*,
rapport
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006a), *Folktandvårdens priser
för allmäntandvård år 2006*, PM 060124
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006b), *Folktandvårdens priser
för allmäntandvård år 2006 i de olika landstingen*, PM 060404

Kommittédirektiv



Nytt tandvårdsstöd för vuxna

Dir.
2005:136

Beslut vid regeringssammanträde den 1 december 2005.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall lägga fram ett förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna, som skall gälla från och med det år då man fyller 20 år. Stödet skall vara utformat så att det både främjar förebyggande insatser och ger ett tillfredsställande skydd mot höga kostnader. Stödet skall bestå av ett grundstöd som täcker större delen av kostnaden för det grundläggande behovet av undersökningar och förebyggande åtgärder, samt ett skydd mot höga kostnader som innebär att en viss andel av behandlingskostnader som överstiger ett karensbelopp ersätts genom tandvårdsstödet. Behovet av ett särskilt stöd vid extremt höga tandvårdskostnader skall övervägas. En översyn av de regler som gäller om återkrav av tandvårdsersättning vid omgörning av fast och avtagbar protetik skall också genomföras. Utredaren skall lägga fram förslag till de författningsändringar som krävs för att införa det nya tandvårdsstödet och som i övrigt följer av uppdraget.

Bakgrund

Nuvarande tandvårdsstöd

Det nuvarande tandvårdsstödet som infördes den 1 januari 1999 har en hälsofrämjande inriktning samtidigt som det också innehåller ett visst skydd för dem som drabbas av höga kostnader. Försäkringskassan betalar i regel ut ett fast ersättningsbelopp per åtgärd till vårdgivaren. Av 4 § första stycket tandvårdslagen (1985:125) framgår att en vårdgivare får ta ut ersättning av patienten för

undersökning och tandbehandling. Ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Som ett alternativ finns också möjligheten att patienten och vårdgivaren sluter ett avtal om s.k. abonnemangstandvård. Detta innebär att patienten betalar en fast årlig avgift för att få sitt behov av bastandvård tillgodosett under en tvåårsperiod. För varje sådant abonnemang betalar Försäkringskassan ut ett fast ersättningsbelopp om 200 kronor per år. Den 1 juli 2002 kompletterades tandvårdsstödet med ett särskilt stöd som gäller fr.o.m. det år den enskilde fyller 65 år. Detta stöd utgörs av ett högkostnadsskydd för protetisk tandvård samt en högre ersättning för bastandvård än den som övriga åldersgrupper får. Högkostnadsskyddet innebär att Försäkringskassan ersätter patientens kostnad för protetik utöver ett karensbelopp om 7 700 kronor. Vissa materialkostnader får dock patienten själv stå för.

För vissa patientgrupper finns det ett särskilt stöd som administreras av landstingen. Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen (1985:125) för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade med stort behov av vård och omsorg samt för tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling. Patienten betalar i dessa fall en avgift enligt de bestämmelser som gäller för öppen hälso- och sjukvård. Närmare bestämmelser om detta finns i tandvårdsförordningen (1998:1338).

Prisutvecklingen och enskildas tandvårdskostnader

Den 1 januari 1999 upphörde den statliga regleringen av tandvårdspriserna. De första åren därefter präglades av kraftiga prisökningar på tandvård. Prisökningarna tycks nu ha dämpats något, vilket bl.a. framgår av Försäkringskassans rapport om prisutvecklingen under perioden april 2004 till maj 2005, men de överstiger fortfarande i stor utsträckning den allmänna prisutvecklingen enligt konsumentprisindex. Då ersättningssystemet, med undantag för högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre, bygger på fasta grundbelopp som inte har uppräknats sedan 1999 har prisökningarna direkt drabbat patienterna. Trots prisökningarna har dock flertalet patienter måttliga tandvårdskostnader. I en enkätundersökning våren 2005, som ingick i en långtidsstudie från Forskningsgruppen för samhälls- och informationsstudier (FSI), uppgav drygt 60 procent att de hade en ungefärlig tandvårdskostnad på

högst 1 000 kronor per år. I denna grupp ingick dock även de som inte hade någon tandvårdskostnad alls, t.ex. för att de avstått från tandvård av kostnadsskäl. Endast 6 procent uppgav att deras ungefärliga tandvårdskostnad per år översteg 3 000 kronor. De som har rik-tigt höga kostnader är alltså relativt få. För den som har behov av många lagningar, protetik eller annan mera omfattande behandling kan dock tandvårdskostnaderna uppgå till flera tusen eller t.o.m. tiotusentals kronor under ett år.

Ett flertal intervju- och enkätundersökningar som bland andra Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Sveriges Privattandläkarförening låtit utföra har visat att en klar majoritet av befolkningen regelbundet uppsöker tandvården, men att det också finns en andel som uppger att de, trots att de har haft behov av tandvård, inte har sökt tandvård av det skälet att de inte haft råd. De yngre vuxna har en förhållandevis låg besöksfrekvens, men undersökningarna uppvisar också stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Yngre vuxna hör i likhet med ensamstående kvinnor med barn, personer med social-bidrag och arbetslösa till de grupper där man finner den största andelen personer som avstått från tandvård av ekonomiska skäl.

Stödet för personer som är 65 år eller äldre

Högekostnadsskyddet för protetik som gäller fr.o.m. det år man fyller 65 år har gjort det möjligt för många äldre att få behandlingar som de annars hade tvingats avstå ifrån. Ett problem har dock varit att genomströmningstiderna hos Försäkringskassans vårdersättningskontor i Lund, som under de första åren förhandsprövat samtliga ärenden om högekostnadsskydd, tidvis har varit oacceptabelt långa. Det har vidare framförts kritik från patienter och vårdgivare mot att patientens kostnad ibland har blivit mycket högre än karensbeloppet på 7 700 kronor, till stor del beroende på de dyra material som ofta används vid protetisk behandling. Det finns också indikationer på att vissa vårdgivare debiterar patienterna för materialkostnader på ett sätt som inte var avsett när stödet infördes.

Den 1 januari 2004 infördes en bestämmelse i 4 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, som reglerar hur stor tandvårdsersättning som kan utgå från Försäkringskassan till vårdgivaren för åtgärder som denne har utfört. Innebörden av bestämmelsen är att

ersättningen från Försäkringskassan högst får motsvara folktandvårdens pris i det landsting där vården utförs. Till följd av de stora prisskillnader som förekommer mellan landstingen kan därför även ersättningen till privata vårdgivare i olika delar av landet variera. Dessa föreskrifter tar dock inte sikte på förhållandet mellan vårdgivare och patient. Detta förhållande regleras i 4 § tandvårdslagen (1985:125).

Konkurrensverket ansåg i rapporten Tandvård och konkurrens (Konkurrensverkets rapportserie 2004:1) bland annat att en konkurrensneutral förhandsprövning borde införas och att det borde skapas incitament för patienter och vårdgivare att begränsa kostnaderna för vården.

Riksrevisionen inledde hösten 2005 en granskning av tandvårdsstödet för äldre som beräknas vara avslutad i februari 2006.

Tidigare utredningar m.m.

I slutet av 2000 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att göra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen 1999 (Tandvårdsöversyn 2000). Uppdraget redovisades i delbetänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36) samt i slutbetänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53). I slutbetänkandet föreslogs bl.a. ändringar i ersättningsnivåerna för bastandvård samt att ett högkostnadsskydd enligt samma modell som för åldersgruppen 65 år och äldre skulle införas för alla åldersgrupper med stora protetiska vårdbehov så snart som statsfinanser och vårdresurser tillät. Utredningens uppdrag var formulerat så att dess förslag i princip skulle utgå ifrån det nuvarande systemet.

Våren 2005 tillsattes en beredningsgrupp inom Socialdepartementet med uppdrag att se över hur tandvårdsstödet skulle kunna förbättras. Syftet var att bibehålla den goda tandhälsa som grundläggs genom den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Vid en hearing den 2 september 2005 inhämtades synpunkter från tandvårdens intressenter på tandvårdsstödet framtida inriktning och utformning.

Återkrav av ersättning när en protetisk behandling görs om

Enligt 16 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa har en vårdgivare som huvudregel inte rätt till tandvårdsersättning från Försäkringskassan när en protetisk behandling måste göras om inom en viss tid (ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik). Patienten har också möjlighet att vända sig till en annan tandläkare för den nya behandlingen. Försäkringskassan kan då återkräva den tandvårdsersättning som lämnats för den nya behandlingen från den vårdgivare som utförde den första behandlingen eller dra av beloppet vid senare utbetalning av tandvårdsersättning till denne.

Riksförsäkringsverket (numera Försäkringskassan) har i en skrivelse till Socialdepartementet i maj 2004 föreslagit att den aktuella bestämmelsen ändras så att Försäkringskassan inte får återkräva ett högre belopp av den vårdgivare som utförde den ursprungliga vården än vad denne fick i ersättning från tandvårdsförsäkringen för behandlingen. Riksförsäkringsverket ansåg att den nuvarande lydelsen kan innebära risker för patienten ur flera perspektiv, t.ex. att vårdgivaren inte vågar göra enklare protetiska behandlingar eftersom han eller hon riskerar högre kostnader om behandlingen behöver göras om. Kostnaderna kan då öka för försäkringen eftersom vårdgivarna i allt större utsträckning väljer att göra mer omfattande behandlingar i första skedet. En annan risk är att tandläkarnas privata försäkringar för omgörning ändras och patientskyddet försämras, eftersom nuvarande försäkringar är utformade utifrån förutsättningen att tandläkaren inte kan krävas på mer än ersättningen för den ursprungliga behandlingen. Även Sveriges Privattandläkarförening har begärt att reglerna ändras så att Försäkringskassan inte kan återkräva mer från den förste vårdgivaren än vad denne fick i tandvårdsersättning.

Uppdraget

En ny modell för tandvårdsstödet

Förbättringar i tandvårdsstödet för de stora åldersgrupper som i dag inte blir berättigade till någon större ersättning genom tandvårdsstödet är en viktig välfärdsfråga. Ett förstärkt, generellt tandvårdsstöd betraktas av regeringen därför som angeläget. Det är vidare av stor vikt att bygga vidare på de investeringar som görs i

den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården genom att utforma ett ersättningsystem som främjar förebyggande insatser och regelbundna kontakter med tandvården. Tandvårdsstödet bör konstrueras så att det fyller två viktiga funktioner, nämligen att dels uppmuntra till förebyggande åtgärder i den utsträckning som behövs för att uppnå och bevara en god tandhälsa, dels, till en rimligare kostnad än i dag, möjliggöra reparativ behandling och protetik – även omfattande sådan – för dem som har behov av det. Det är viktigt att de insatser som görs inom tandvården så långt som möjligt är evidensbaserade. Genom effektiva förebyggande insatser finns det stora möjligheter att förhindra uppkomsten av framtida skador, vilka kan leda till stora kostnader.

I valet mellan att bygga vidare på det nuvarande ersättningsystemet, som redan i dag uppfattas som komplicerat och svåröverskådligt, och att utforma en ny modell, har regeringen tagit ställning för det senare alternativet.

Regeringen anser att det nya stödets konstruktion skall vara relativt enkel. En särskild utredare skall se över hur man i detalj kan utforma ett förslag som bygger på de huvuddrag som beskrivs i dessa direktiv.

Stödets konstruktion

Den nya modellen för tandvårdsstödet skall huvudsakligen bestå av följande delar:

- Ett grundläggande ekonomiskt stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder.
- Ett karensbelopp som patienten betalar, vilket läggs på en sådan nivå att den enskilde visserligen får ta ett eget ansvar, men ändå inte riskerar att behöva avstå från nödvändig vård.
- För tandvårdskostnader över karensbeloppet lämnas en ersättning genom tandvårdsstödet. Patienten skall dock betala en viss andel själv, så att ett val av en dyrare behandling också innebär en högre kostnad för patienten.

Utredaren skall vidare överväga om det behövs ett särskilt stöd vid extremt höga tandvårdskostnader. Det nya tandvårdsstödet bör så långt som möjligt konstrueras på ett sådant sätt att kostnaderna för staten och patienterna kan förutses.

Grundstöd för alla

Utredaren skall inledningsvis inrikta sig på att utforma ett förslag till ett grundläggande ekonomiskt stöd för alla vuxna från 20 år och uppåt. Stödet skall göra det möjligt för alla att få regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder utan hinder av kostnaden från och med det år då man fyller 20 år. Även den som är över 65 år och därmed är berättigad till det särskilda stödet för äldre skall omfattas av detta stöd, eftersom det är viktigt att också de äldre har råd med regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder. Stödet bör vara tillräckligt högt för att den som behöver undersöka sin tandhälsa med ungefär 18 månaders mellanrum – vilket i dag är ett vanligt tidsintervall – skall kunna göra detta samt få viss förebyggande vård utförd mot en patientkostnad som vid stödets införande är i nivå med dagens genomsnittliga kostnad för ett besök i den öppna hälso- och sjukvården.

Utredaren skall dessutom överväga om det finns skäl att konstruera det ekonomiska stödet på ett sådant sätt att en urholkning på grund av kostnadsutvecklingen kan förhindras.

Utredaren skall överväga lämplig utformning av grundstödet och presentera flera alternativa lösningar. Samtliga alternativ skall kostnadsberäknas. Utredaren skall vidare föreslå de författningsändringar som behövs för att genomföra förslagen.

Skydd mot höga kostnader

Efter att ha redovisat sitt förslag till grundläggande stöd skall utredaren utforma förslag till skydd mot höga kostnader, som skall komplettera det grundläggande stödet. Skyddet skall innebära att en viss andel av behandlingskostnaden ersätts av Försäkringskassan sedan patienten betalat ett karensbelopp.

Det nya tandvårdsstödet skall omfatta även dem som är 65 år eller äldre. För att kunna föreslå nivåer på karensbelopp och ersättningsgrad för denna åldersgrupp skall utredaren först analysera hur det nya stödet bör förhålla sig till det befintliga systemet för dem som är 65 år eller äldre. Förslag till nivåer för denna grupp kan således presenteras efter det att utredaren har redovisat sitt förslag till grundläggande konstruktion av stödet samt nivåer för åldrarna 20–64 år.

Utredaren skall överväga om ett särskilt stöd vid extremt höga tandvårdskostnader behövs och hur detta i så fall skulle kunna utformas.

Utredaren skall överväga om det bör ske en fortlöpande anpassning av stödet till kostnadsutvecklingen, till exempel genom förändringar av karensbeloppet.

Utredaren skall ta ställning till vilka grundläggande kriterier som skall gälla för att en behandling skall omfattas av skyddet mot höga kostnader. Sådana kriterier kan till exempel avse bedömningen av vad som är odontologiskt motiverad tandvård.

Utredaren skall överväga och kostnadsberäkna olika alternativ samt redovisa vilka författningsändringar som krävs för införandet av det nya stödet.

Abonnemangstandvård

Flertalet landsting erbjuder i dag abonnemangstandvård i någon form och det är viktigt att möjliggöra en fortsatt utveckling av denna tandvårdsmodell som en del av det framtida tandvårdsstödet. En utgångspunkt för utredaren skall därför vara att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte får försvåra för de vårdgivare som vill erbjuda tandvård i form av abonnemang. Abonnemangstandvården skall kunna fungera parallellt med det nya tandvårdsstödet. Utredaren skall överväga hur tandvårdsersättningen för abonnemangstandvård kan utformas så att ersättningsnivåerna blir likvärdiga med dem som föreslås i det nya tandvårdsstödet samt lägga fram förslag till de författningsändringar som utredaren finner lämpliga.

Garantier samt återkrav när en behandling måste göras om

Utredaren skall kartlägga i vilken mån vårdgivarna lämnar garantier för utförd behandling och analysera situationen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vid behov skall utredaren föreslå ändringar i regelverket.

Utredaren skall vidare göra en analys av de regler som gäller för återkrav av tandvårdsersättning när behandlingar med fast eller avtagbar protetik måste göras om och bedöma hur denna fråga skall regleras i det nya tandvårdsstödet. Förslag till författningsändringar skall läggas fram.

Det särskilda stödet vid sjukdom och funktionshinder

Utredaren skall analysera hur det nya tandvårdsstödet skall förhålla sig till vad som gäller för de personer som i dag har rätt till förhöjd ersättning på grund av ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder.

Landstingens ansvar för uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling enligt bestämmelserna i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) och i tandvårdsförordningen (1998:1338) berörs inte av utredningsuppdraget.

Administration, genomförande och uppföljning

Det nya tandvårdsstödet skall administreras av Försäkringskassan. Utredaren skall belysa förslagets administrativa konsekvenser och lägga fram förslag till de författningsändringar som behövs.

Utredaren skall överväga om det finns behov av övergångsbestämmelser eller andra åtgärder för att underlätta övergången till det nya stödet.

Utredaren skall vidare redovisa utförliga kostnadsberäkningar för de förslag som lämnas. I beräkningarna skall även de sannolika effekterna på patienternas och vårdgivarnas beteende beaktas. Känslighetsberäkningar skall göras. En förutsättning för kostnadsberäkningarna skall vara att de materialkostnader som i dag inte omfattas av tandvårdsersättningen, nämligen kostnader för ädel- och gjutmetaller, även i fortsättningen skall bäras av patienten.

Det är viktigt att tandvårdsstödet kommer patienterna till godo även i ett längre perspektiv och utredaren skall därför lämna förslag på hur prisutvecklingen skall följas upp.

Samråd

Utredaren skall samråda med berörda myndigheter och organisationer, däribland företrädare för vårdgivarna, tandvårdens yrkesgrupper och patienterna.

Övriga frågor

Utredaren skall i sin konsekvensanalys belysa förslagets effekter för små och medelstora företag. Utredaren skall vidare belysa hur förslagen påverkar konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Utredarens uppdrag innefattar att ta fram förslag som leder till utbetalningar av stöd. Utredaren skall därför säkerställa att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras. Utredaren skall vidare redovisa förslagets konsekvenser ur ett kontrollperspektiv och redogöra för hur detta perspektiv har beaktats vid framtagandet av förslagen. Utredaren skall slutligen lämna förslag som möjliggör informationsutbyte för de fall detta behövs för att säkerställa att utbetalningarna kan kontrolleras.

Redovisning av uppdraget

Utredaren skall senast den 1 mars 2006 redovisa den första delen av uppdraget, avseende ett grundläggande ekonomiskt stöd till undersökning och förebyggande åtgärder. Redovisningen skall innehålla förslag till utformning av stödet, kostnadsberäkningar och förslag till ersättningsnivåer.

Utredarens förslag till konstruktion av ett nytt tandvårdsstöd, inklusive ett skydd mot höga kostnader, skall redovisas senast den 30 juni 2006. Denna redovisning skall bl.a. innehålla förslag till de författningsändringar som krävs för att införa grundstödet. Övriga författningsändringar behöver inte redovisas vid detta tillfälle, men det skall framgå hur stödet avses vara konstruerat samt vilka nivåer på karensbelopp och ersättningsgrad som föreslås för åldersgruppen 20–64 år.

Utredaren skall senast den 1 december 2006 redovisa förslag till samtliga författningsändringar som krävs för att införa det nya tandvårdsstödet, inklusive förslag till eventuella ändringar i fråga om återkrav vid omgörning av protetiska åtgärder, en utförlig redogörelse för hur stödet skall administreras samt utredarens analys och eventuella förslag i fråga om garantier för tandvårdsbehandling. Karensbeloppets storlek och ersättningsnivåer skall föreslås för åldersgruppen 65 år eller äldre.

(Socialdepartementet)

Förteckning över remissinstanser

1. Försäkringskassan
2. Socialstyrelsen
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
4. Folkhälsoinstitutet
5. Konsumentverket
6. Konkurrensverket
7. Handikappförbundens samarbetsorgan
8. Sveriges Kommuner och Landsting
9. Sveriges Konsumentråd
10. Pensionärernas Riksorganisation
11. Sveriges Pensionärsförbund
12. Praktikertjänst AB
13. Dentallaboratoriernas Riksförening
14. Svenska Tandsköterskeförbundet
15. Sveriges Folktandvårdsförening
16. Sveriges Tandhygienistförening
17. Sveriges Privattandläkarförening
18. Sveriges Tandteknikerförbund
19. Tjänstetandläkarna

Statens offentliga utredningar 2006

Kronologisk förteckning

1. Skola & Samhälle. U.
2. Omprövning av medborgarskap. Ju.
3. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. N.
4. Svenska partnerskap – en översikt.
Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
5. Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning.
Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. UD.
7. Studieavgifter i högskolan. U.
8. Mångfald och räckvidd. U.
9. Kontroll av varor vid inre gräns. Fi.
10. Ett förnyat programkontor. U.
11. Spel i en föränderlig värld. Fi.
12. Rattfylleri och sjöfylleri. Ju.
13. Djurskydd vid hästavel. Jo.
14. Samernas sedvanemarker. Jo.
15. Detaljhandel med nikotinläkemedel. S.
16. Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. Fö.
17. Ny häkteslag. Ju.
18. Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. Fö.
19. Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. Ju.
20. Tonnageskatt. Fi.
21. Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. Ju.
22. En sammanhållen diskrimineringslagstiftning. Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. Ju.
23. Nya skatteregler för idrotten. Fi.
24. Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. S.
25. Arbetslivsresurs.
Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. N.
26. Sverige som värdland för internationella organisationer. UD.
27. Stöd till hälsobefrämjande tandvård. S.
28. Nya upphandlingsregler 2. Fi.
29. Teckenspråk och teckenspråkiga.
Kunskaps- och forskningsöversikt. S.
30. Är rättvisan rättvis?
Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. Ju.
31. Anställ unga! U.
32. God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. N.
33. Andra vägar att finansiera nya vägar. N.
34. Den professionella orkestermusiken i Sverige. U.
35. Värdepapper och kontrolluppgifter. Fi.
36. För studenterna...
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. U.
37. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Ju.
38. Vuxnas lärande. En ny myndighet. U.
39. Ett utvidgat miljöansvar. M.
40. Utbildningens dilemma
Demokratiska ideal och andrafierande praxis. Ju.

41. Internationella sanktioner. UD.
42. Plats på scen. U.
43. Översyn av atomansvaret. M.
44. Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. N.
45. Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: "Det ser lite olika ut..." En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. U.
46. Jakten på makten. Ju.
47. Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. Ju.
48. Bidragsbrott. Fi.
49. Asylsökande barn med uppgivenhets-symtom – trauma, kultur, asylprocess. UD.
50. En ny lag om värdepappersmarknaden. + Författningsbilaga. Fi.
51. Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor. + Daisy. U.
52. Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. Ju.
53. Partierna nominerar. Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. Ju.
54. Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning. S.
55. Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. Fi.
56. Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. S.
57. En bättre tillsyn av missbrukarvården. S.
58. Sanktionsavgift i stället för straff – områdena livsmedel, foder och djurskydd. Jo.
59. Arbetstidens (o)synliga murar. Ju.
60. På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. Ju.
61. Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. UD.
62. Testa och öva i norra Sverige. Center i Arvidsjaur. N.
63. Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. Ju.
64. Internationella kasinon i Sverige. En utvärdering. Fi.
65. Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. S.
66. Hästtävlingar – på lika villkor. Jo.
67. Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till finansiering av service till sjöfolk. N.
68. Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. U.
69. Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. Fi.
70. Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. Ju.
71. Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. S.

Statens offentliga utredningar 2006

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Omprövning av medborgarskap. [2]
Rattfylleri och sjöfylleri. [12]
Ny häkteslag. [17]
Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. [19]
Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. [21]
En sammanhållen diskrimineringslagstiftning.
Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. [22]
Är rättvisan rättvis?
Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. [30]
Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. [37]
Utbildningens dilemma
Demokratiska ideal och andrafierande praxis. [40]
Jakten på makten. [46]
Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. [47]
Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. [52]
Partierna nominerar.
Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. [53]
Arbetslivets (o)synliga murar. [59]
På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. [60]

- Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. [63]
Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. [70]

Utrikesdepartementet

- Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.
En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. [6]
Sverige som värdland för internationella organisationer. [26]
Internationella sanktioner. [41]
Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. [49]
Asylförfarandet
– genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. [61]

Försvarsdepartementet

- Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. [16]
Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. [18]

Socialdepartementet

- Detaljhandel med nikotinläkemedel. [15]
Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. [24]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård. [27]
Teckenspråk och teckenspråkiga.
Kunskaps- och forskningsöversikt. [29]
Teckenspråk och teckenspråkiga.
Översyn av teckenspråkets ställning. [54]

Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. [56]
En bättre tillsyn av missbrukarvården. [57]
Att ta ansvar för sina insatser.
Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. [65]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. [71]

Finansdepartementet

Kontroll av varor vid inre gräns. [9]
Spel i en föränderlig värld. [11]
Tonnageskatt. [20]
Nya skatteregler för idrotten. [23]
Nya upphandlingsregler 2. [28]
Värdepapper och kontrolluppgifter. [35]
Bidragsbrott. [48]
En ny lag om värdepappersmarknaden.
+ Författningsbilaga. [50]
Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. [55]
Internationella kasinon i Sverige. En utvärdering. [64]
Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. [69]

Utbildnings- och kulturdepartementet

Skola & Samhälle. [1]
Studieavgifter i högskolan. [7]
Mångfald och räckvidd. [8]
Ett förnyat programkontor. [10]
Anställ unga! [31]
Den professionella orkestermusiken i Sverige. [34]
För studenterna...
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. [36]
Vuxnas lärande. En ny myndighet. [38]
Plats på scen. [42]
Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: "Det ser lite olika ut..." En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. [45]
Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor.
+ Daisy. [51]
Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. [68]

Jordbruksdepartementet

Djurskydd vid hästavel. [13]
Samernas sedvanemarkar. [14]
Sanktionsavgift i stället för straff
– områdena livsmedel, foder och djurskydd. [58]
Hästtävlingar – på lika villkor. [66]

Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet

Ett utvidgat miljöansvar. [39]
Översyn av atomansvaret. [43]

Näringsdepartementet

Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. [3]
Svenska partnerskap – en översikt.
Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [4]
Organisering av regional utvecklingspolitik
– balansera utveckling och förvaltning.
Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [5]
Arbetslivsresurs.
Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. [25]
God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. [32]
Andra vägar att finansiera nya vägar. [33]
Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. [44]
Testa och öva i norra Sverige. Center i Arvidsjaur. [62]
Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till finansiering av service till sjöfolk. [67]